

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS

Uppsala Studies in History of Ideas

49

Omslag utformat av Annelie Drakman och Camilla Eriksson.
Omslagsbild baserad på detalj ur Carl Aspelin (1857–1932), "Läkarbesöket".
Olja på duk, mått 137,5 cm x 211,5 cm. Tavlan målades under slutet av 1800-talet, ägs sedan 1950 av Nationalmuseum och disponeras av Socialstyrelsen, för närvarande (2018) i huvudkontorets entré på Kungsholmen i Stockholm.
Aspelins far, Gustav Aspelin, var provinsialläkare i Åhus 1858 samt i Brösarp 1859–1860. Han förekommer som källa i denna avhandling. Se not 770, s. 153.

ANNELIE DRAKMAN

När kroppen slöt sig och blev fast

Varför åderlätning, miasmateori och
klimatmedicin övergavs vid 1800-talets mitt



UPPSALA
UNIVERSITET

Dissertation presented at Uppsala University to be publicly examined in Sal X, Biskopsgatan 3, Uppsala, Friday, 25 May 2018 at 10:15 for the degree of Doctor of Philosophy. The examination will be conducted in Swedish. Faculty examiner: Førsteamanuensis Anne Kveim Lie (Institutt for helse og samfunn, Oslo universitet).

Abstract

Drakman, A. 2018. När kroppen slöt sig och blev fast. Varför åderlåtning, miasmateori och klimatmedicin övergavs vid 1800-talets mitt. *Uppsala Studies in History of Ideas* 49. 254 pp. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. ISBN 978-91-513-0309-3.

For 2500 years, bloodletting, purging, climate medicine and the miasmatic theory were the fundaments of Western medicine. But then, over the course of just a few decades during the middle of the nineteenth century, they disappeared. Silently, without having been disproven or even disputed, before the breakthrough of bacteriology.

In this study I investigate the reasons behind this abandonment, which has been described as "a precondition for scientific medicine", using 8800 yearly reports written by 2500 Swedish provincial doctors between 1820 and 1900. These were state funded doctors, based in mostly rural districts throughout all of Sweden. Their tasks included overseeing midwives and vaccinators, inspecting pharmacies, managing epidemics, establishing their own practice and reporting back to the National Board of Health. Their digitised reports constitute a unique source of materials giving direct insight into their conceptions of health and disease.

The reports provide evidence that the collapse of "traditional" medicine should be understood as the result of a decisive break between two different ways of understanding the interaction between body and environment: "flow-managing" and "boundary-protecting" medicine. Until the 1860s, the provincial doctors aimed to manage the volume and pace of flows of body fluids. However, between 1865 and 1900, they instead focused on upholding the boundaries between the body and its environment. Doctors stopped understanding bodies as open, fluid, and constantly interacting with the world around them, and rather began perceiving them as closed off, autonomous from and independent of their environment. This shift in what it meant to practice medicine explains the covert but momentous demise of "traditional" theories and therapies.

Keywords: History of medicine, physician, doctor, bloodletting, the miasmatic theory, climate medicine, purging, health, disease

Annelie Drakman, Department of History of Science and Ideas, Box 629, Uppsala University, SE-75126 Uppsala, Sweden.

© Annelie Drakman 2018

ISSN 1653-5197

ISBN 978-91-513-0309-3

urn:nbn:se:uu:diva-347628 (<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-347628>)

Till minnet av K. J.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	11
Den förbakteriologiska medicinens tysta försvinnande	12
Tidigare forskning.....	15
1800-talets medicinhistoria.....	19
Teoretiskt perspektiv och syfte	21
Frågeställningar	24
Praktikperspektivet.....	26
Källor och metod.....	28
Digitala humaniora.....	30
Till övergripande studiers försvar.....	34
Forskningsläget om provinsialläkare	35
Disposition	38
2. Bakgrund – provinsialläkarna	39
3. Flödeshanterande kroppsuppfattningar: åderlätning och evakuerande terapier..	49
Läkarutbildningen.....	54
Stheniska och astheniska sjukdomar.....	54
Antiphlogistisk behandling	57
Flödesterapier.....	58
Avsaknad av flöde.....	58
Skadliga flödesuttömningar.....	60
Avlägsnandet av skadliga ämnen	63
Intern flödesblockering.....	64
Pulsen.....	70
Sammanfattning.....	71
4. Flödeshanterande omgivningsuppfattningar: klimatmedicin och miasmateori..	72
Flödeshastigheten i omgivningen.....	76
Likheter mellan miasmatisk och contagionistisk smittspridningsteori.....	76
Sjukdomsprocesser i kroppar och omgivningar	85
Omgivningens flöden och kroppens porositet.....	87
Inrättandet av barriärer.....	88
Passivitet	90
Den svaga kroppen.....	92
Fukt och temperatur	94
Sammanfattning.....	97

5. Gränsskyddande kroppsuppfattningar: härdande	99
Vaccinationens påverkan.....	104
En ny sorts styrka.....	106
Ett nytt slags härdande.....	107
Resande och färsk mat.....	109
Barriärernas nedrivande.....	112
Härdandets konsekvenser.....	116
Sammanfattning.....	118
6. Gränsskyddande omgivningsuppfattningar: renlighet.....	120
Från riskfyllda distrikt till hotande hem.....	122
Förruttnelsesmuts och vardagssmuts.....	127
Från miasma till kroppsutsöndringar.....	130
Vardagssmutsens gränsöverskridande skadlighet.....	133
Läkarnas gränsskyddande arbete.....	138
Skadlig närhet.....	140
Farlig familj, vådliga vänner.....	141
Ingen boskap i sovrummen.....	146
Giftiga ting och hälsovidrig rörlighet.....	147
Parasiter och skadedjur.....	153
Sammanfattning.....	156
7. Varför förbakteriologisk medicin försvann.....	158
Argument för varför klimatmedicin och miasmateori övergavs.....	163
Argument för varför åderlätning övergavs.....	173
Övergången från den flödande kroppen till den slutna.....	184
8. Hur den slutna kroppen omöjliggjorde äldre praktik och teori, och var flödesmedicinen tog vägen.....	189
Vattenrenlighet. Slutet för klimatmedicinen och miasmateorin.....	189
Kroppen som ekonomisk enhet. Slutet för evakuerande terapier och åderlätning.....	196
Alternativmedicinen – flödesmedicinens tillflykt.....	203
Utblick.....	209
9. Sammanfattning.....	213
10. English Summary.....	217
Efterord.....	223

Käll- och litteraturförteckning	227
Digitaliserade källor.....	227
Otryckta källor	227
Riksarkivet.....	227
Landsarkivet i Uppsala	228
Svenska provinsialläkarförningens arkiv.....	228
Uppsala universitetsbibliotek.....	228
Tryckta källor.....	229
Elektronisk litteratur	231
Tryckt och otryckt litteratur.....	232
Person- och sakregister.....	253

*Den gamla världens kropp är släkt med kosmos.
Den nya världens kropp är autonom, men ensam.¹*

¹ Karin Johannisson, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997), s. 9.

1. Inledning

I ett hus nära Vättern på vårvintern 1845 låg bonden Carl Lindgren och blödde ihjäl. Efter några timmar, när grannen som satt en yxa i huvudet på honom hade försvunnit, anlände läkare N. G. Forling. Hans första åtgärd var att mäta patientens puls. När han fann den ”nästan okännbar” öppnade läkaren ”genast” bondens åder för att tappa honom på blod. Först därefter, då ”pulsens höjt sig och var temligen fri”, började läkaren undersöka själva skadan.²

Ett kvarts sekel senare flammade intresset upp för blodtransfusioner från djur till människor. I Sverige genomfördes tio transfusioner med lammblood mellan åren 1868–1878, bland annat på Uppsala akademiska sjukhus. Helst användes 4–7 månader gamla lamm, vilka räckte till tre eller fyra blodöverföringar. En av anledningarna till att läkarna använde lammblood var att de ansåg det moraliskt tvivelaktigt att avlägsna blodet från friska personer.³

På 1840-talet kunde det alltså vara rimligt att åderlåta en kraftigt blödande patient – på 1870-talet var all blodförlust potentiellt skadlig. Något avgörande hade uppenbarligen förändrats. Men att blodavtappning omtolkades var långt ifrån den enda förändringen under denna period. Vid mitten av 1800-talet förbyttes en lång rad medicinska praktiker och uppfattningar i sina motsatser.

För provinsialläkare, de statsavlönade tjänsteläkare som analyseras i denna studie, var det under tidigt 1800-tal tydligt hur sjukdom förebyggdes och behandlades: undvik drag, kyla, främlingar och avstå från häftiga sinnesrörelser. Personer som var ordentligt påklädda, bodde i varma hus, höll okända borta och undvek överraskningar var bäst skyddade. Men på bara några decennier förbyttes läkares uppfattningar om vad som skadade respektive skyddade hälsan till de motsatta. Från 1850-talet och framåt blev det istället farligt att isolera sig. Sjukdom ansågs uppkomma i hemmet snarare än tränga sig in från en hotfull omvärld. Trångboddhet, instängdhet och överdriven närhet blev centrala sjukdomsorsaker. Att undvika främlingar var nu bakåtsträvande räddhagsenhet snarare än berömvärd akksamhet. Behandlingsmetoder och sjukdomsteorier som åderlätning, hudretande terapier, klimatmedicin och miasmateori inte bara

² Årsrapport från provinsialläkare, författad av G. Varenius, Hjo distrikt, 1845. Beskrivningen är hämtad ur den obduktionsrapport Varenius författade efter Lindgrens död, där han även inkluderade sin kollega Forlings beskrivning av sina ingripanden. I följande noter kommer provinsialläkarrapporter att refereras i förkortat format: ”1845 Hjo Varenius”. För att finna specifika årsrapporter, sök på dessa uppgifter i Medicinhistorisk databas.

³ Boel Berner, *Blodflöden. Blodgivning och blodtransfusion i det svenska samhället* (Lund, 2012), s. 19–56, särskilt s. 30.

övergavs – de blev närmast obegripliga. Att åderlåta drunknade personer för att återstarta blodcirkulationen, skapa varande sår för att avlägsna skadliga ämnen, se förbindelser mellan nattfrost och underlivslidande eller mellan rost, ruttande äpplen och kallbrand – läkare gav upp alla dessa en gång så självklara terapier och orsakssamband.

Den förbakteriologiska medicinens tysta försvinnande

Varför förändrades läkares terapeutiska och preventiva ingripanden så drastiskt? Enligt medicinhistorikern K. Codell Carters beskrivning av övergivandet av åderlåtning, vilken jag menar kan appliceras på brytningen med förbakteriologisk⁴ medicin överlag, är detta skeende:

among the most curious developments in all of social or scientific history. Bloodletting was the most prominent medical therapy in early nineteenth-century Europe. From there, it can be traced back, without interruption, to Greek and Roman physicians. [...] Then, in nineteenth-century Europe, over the course of about a single generation, without significant discussion or debate, it was almost completely abandoned. Even while this was happening, almost no one seemed to have argued against the practice or to have provided any reason to believe it was ineffective.⁵

Det finns visserligen flera gängse förklaringar till varför läkare övergav förbakteriologiska praktiker, men vid närmare granskning framstår de alla som otillräckliga. Historiker hävdar återkommande att läkare under 1800-talet alltmer frigjorde sig från auktoriteter och istället började omfamna skepticism och empirism.⁶ Men hur dessa förändringar – vilka historiker mer eller mindre uttalat använder som synonymer till ökad rationalitet – faktiskt tog sig uttryck är oklart. Varken klimatmedicin, evakuerande terapier, åderlåtning eller miasmatorin motbevisades under 1800-talets gång. Faktum är att deras effektivitet eller ineffektivitet knappt diskuterades alls i medicinska tidskrifter, böcker, mötesprotokoll eller andra källor som lämnar skriftliga spår.⁷ De bara övergavs, en efter en, i tystnad. Varför?

⁴ ”Förbakteriologisk” är en problematisk term. Den överbetonar bakteriologin som brytpunkt på ett olyckligt sätt och förklarar en periods praktiker med efterkommande händelser. Med viss motvillighet använder jag ändå termen eftersom den tycks mig vara mindre värderande än de alternativa termerna ”hippokratisk” eller ”traditionell” medicin.

⁵ K. Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting and the Collapse of Traditional Medicine* (New Brunswick, 2012), s. 1.

⁶ Till exempel David Wootton, *Bad Medicine. Doctors Doing Harm Since Hippocrates* (Oxford, 2007).

⁷ Jag har själv sökt igenom hela Svenska provinsialläkarföreningens arkiv från 1800-talet utan att finna några sådana diskussioner. Inte heller en genomgång av index av samtliga nummer av *Hygiea* och *Eira* kunde visa fram några sådana debatter. Anglosaxiska, särskilt amerikanska, medicinshistoriker har ställt sig samma fråga, gjort samma slags undersökningar på amerikanskt och brittiskt material, men inte heller funnit några nämnvärda diskussioner. Se Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*; John Harley Warner, *The Therapeutic Perspective. Medical Practice,*

De flesta forskare har antagit att det var bakteriologins genombrott som fick de äldre förklaringsmodellerna och terapierna att framstå som orimliga och skadliga.⁸ Men praktikerna övergavs under 1830–1870-talen, medan bakteriologin uppstod under det sena 1870-talet: skiftet skedde långt innan den vetenskapliga medicinens genombrott och innan bakteriologin ens var påtänkt.⁹ Inte heller andra kännetecken för den vetenskapliga medicin, som den ansenliga utbyggnaden av sjukhus, beroendet av laboratorieundersökningar eller förändrade diagnostiska metoder, terapier och mediciner var särskilt omfattande i Europa eller USA före sekelskiftet 1900. Flera forskare har därtill poängterat att bakteriologin sällan framställdes som ett radikalt brott med äldre medicin före 1900-talets början, utan snarare pusslades in i ett övergripande system av redan existerande uppfattningar och praktiker.¹⁰ Codell Carter menar att

the collapse of what is sometimes called traditional or Hippocratic medicine, which included bloodletting as its most prominent therapy, preceded and so cannot have been a direct consequence of the general acceptance of scientific medicine.¹¹

Knowledge, and Identity in America, 1820–1885 (Cambridge, 1986); Charles E. Rosenberg, "The Therapeutic Revolution. Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America" i *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 20, nr 4, 1977, s. 485–506. Det enda egentliga undantaget från denna regel är fallet som diskuteras i John Harley Warner, "Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy. Two Perspectives on the Medical Meaning of Science in the Mid-Nineteenth Century" i *Medical History*, vol. 24, nr 3, 1980, s. 241–258.

⁸ Det finns många exempel. Se exempelvis K. Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting and the Collapse of Traditional Medicine* (New Brunswick, 2012).

⁹ Se exempelvis Karin Johannisson, "Folkhälsa" i Karin Johannisson, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997), s. 150. Men detta perspektiv är genomgående. För översikter över 1800-talets uppfattningar om sjukdom och hälsa se Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity* (London, 1999); Mark Jackson (red.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford, 2011); W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004); Jacalyn Duffin, *History of Medicine. A Scandalously Short Introduction* (Toronto, 2010); Roger Qvarsell, *Vårdens idéhistoria* (Stockholm, 1991). För texter om public health, se George Rosen, *The History of Public Health* (New York, 1993); Ann F. la Berge, *Mission and Method. The Early-Nineteenth-Century French Public Health Movement* (Cambridge, 1992). För svenskspråkiga verk som ansluter sig till ovanstående beskrivning, se exempelvis Per Axelsson, *Höstens spöke. De svenska polioepidemiernas historia* (Stockholm, 2004), särskilt s. 65; Henry Nygård, *Bara ett ringa obehag? Anfall och renhållning i de finländska städernas profylaktiska strategier 1830–1930* (Åbo, 2004); Robin Fähræus, *Vår tids medicin. Läkarkonstens historia. En översikt* (Stockholm, 1970). Vissa forskare arbetar dock för att nyansera bilden. Se Christopher Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, Britain 1800–1854* (Cambridge, 1998) samt Christopher Hamlin, "Providence and Putrefaction. Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease" i *Victorian Studies*, vol. 28, nr 3, 1985, s. 381–411; Christopher Hamlin, "Predisposing Causes and Public Health in Early Nineteenth-Century Medical Thought" i *Social History of Medicine*, vol. 5, nr 1, 1992, s. 43–70.

¹⁰ Michael Worboys, *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1865–1900* (Cambridge, 2000); Ulrika Graninger, *Från osynligt till synligt. Bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin* (Linköping, 1997).

¹¹ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 3–4. Kursivering i original.

Ett annat argument presenterat av flera medicinhistoriker, exempelvis Roy Porter, är att läkare under 1800-talet visste att behandlingsmetoder som åderlåtning var ineffektiva, men fortsatte använda dem av sociala skäl: för att möta patienternas efterfrågan och kunna ge lugnande behandlingar i förtvivlade situationer. Historiker har alltså förklarat metodernas fortsatta popularitet under 1800-talet genom att beskylla läkare för harhjärtad konservatism,¹² påstå att de kände ”hjälploshet”¹³ samt understryka deras behov av att trösta, lindra och ta betalt.¹⁴ Men teorin om att läkare under tidigt 1800-tal använde verkningslösa metoder med vilje är dåligt underbyggd – snarare visar många källor att läkarna trodde på metodernas effektivitet och använde dem på sig själva.¹⁵

Alla de existerande förklaringarna till varför terapierna och teorierna försvann är alltså otillräckliga. Denna gåta – varför åderlåtning, miasmatiska smittspridningsteorier, klimatmedicin och evakuerande terapier övergavs – kvarstår olöst.

Flera medicinhistoriker utöver Codell Carter har kommenterat detta. Shirohisa Kuriyama kallar åderlåtningens övergivande ”an enigma”.¹⁶ David Barnes beskriver klimatmedicinens bortdöende som en av de mest slående etiologiska förändringarna i läkares sjukdomsuppfattningar under 1800-talet, eftersom geografiska, klimatologiska och meteorologiska inflytanden hade varit en grundpelare inom medicinsk vetenskap i århundraden.¹⁷ Barnes påpekar också att inget vetenskapligt bevis vederlade miasmateorin och att ingen händelse orsakade dess övergivande. Hela processen, menar han, kännetecknades av en ”lack of resolution” och ”lack of clarity”.¹⁸

Avsaknaden av ett hållbart svar på frågan varför dessa terapier och teorier försvann är särskilt problematisk eftersom 1800-talet generellt anses vara en avgörande period i västerländsk medicinhistoria. William Bynum menar att vad han kallar för ”vår” medicin ”was the product of nineteenth century society”.¹⁹ Enligt Monica Libell innebar seklet att gällande utgångspunkter övergavs till förmån för radikalt nya ”syn- och tänkesätt, metod- och teorival”.²⁰ John Harley Warner betecknar förändringarna i medicinska praktiker och uppfatt-

¹² Warner, *The Therapeutic Perspective*, särskilt kapitel 1, ”Intervention and Identity”, s. 11–37 och kapitel 5, ”Attitudes toward Change”, s. 162–185; Wootton, *Bad Medicine*, s. 251–256.

¹³ Berner, *Blodflöden*, s. 45.

¹⁴ Karin Johannisson, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och sambälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990); Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*.

¹⁵ Se kapitel 7 samt Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 492, 494.

¹⁶ Shigehisa Kuriyama, ”Interpreting the History of Bloodletting” i *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 1, nr 50, 1995, s. 11–46, citat på s. 11.

¹⁷ David Barnes, *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle Against Filth and Germs* (Baltimore, 2006), s. 116.

¹⁸ *Ibid.*, s. 259.

¹⁹ W. H. Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century* (Cambridge, 1994), s. xi. Se även Keir Waddington, *An Introduction to the Social History of Medicine. Europe Since 1500* (New York, 2011), s. 189.

²⁰ Monica Libell, ”Vägen från konstform till naturvetenskap” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Stockholm, 2008), s. 315–335, citat på s. 315.

ningar som ”dramatic” och ”momentous”.²¹ Charles Rosenberg hävdar att perioden innebar en terapeutisk revolution.²² Rosenberg har vidare beskrivit förändringarna i läkares terapeutiska ingripanden på följande vis, vilket jag menar även kan appliceras på deras uppfattningar om hur sjukdom uppstod och spreds:

Medical therapeutics changed in some ways remarkably little in the 2 millennia preceding 1800; by the end of the century, traditional therapeutics had altered fundamentally. This is a significant event not only in the history of medicine, but in social history as well. Yet historians have not only failed to delineate this change in detail, they have hardly begun to place it in a framework of explanation which would relate it to all those other changes which shaped the twentieth-century Western world.²³

Denna tysta kollaps av det system som dominerat medicinen sedan antiken fick också långtgående konsekvenser: enligt Codell Carter var försvinnandet en förutsättning för den vetenskapliga medicinens tillblivelse.²⁴ Varför har då inte brytpunkten utforskats mer grundligt?

Tidigare forskning

Jag menar att detta skifte har förbisetts eftersom i stort sett all tidigare forskning hanterat åderlätning, miasmatiska smittspridningsteorier, klimatmedicin och evakuerande terapier med road, ursäktande eller irriterad distans. Dessa medicinska praktiker och uppfattningar är förmodligen det medicinshistoriska område som drabbats hårdast av vad historikern E. P. Thompson kallat för ”the enormous condescension of posterity”.²⁵

Vetenskaplig medicin, med bakteriologin som främsta kännetecken, framställs med all rätt som oerhört framgångsrik i medicinshistoriska översiktsverk. Roy Porter inleder exempelvis en sådan handbok med följande påstående: ”Never have people in the West lived so long, or been so healthy, and never have medical achievements been so great.”²⁶ Men att ta medicinens framgångar som utgångspunkt och att koppla samman dem med förvetenskapligandet av medicinen, gör det svårt att se på medicinska praktiker från tiden före bakteriologins genombrott som annat än irrationella.²⁷ Charles Rosenberg påpekar att många historiker uppfattat det tidiga 1800-talets behandlingsmetoder som

²¹ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 5.

²² Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 485–506.

²³ *Ibid.*, s. 485.

²⁴ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 3–4.

²⁵ E. P. Thompson, *The Making of the English Working Class* (New York, 1966), s. 12.

²⁶ Roy Porter, ”Introduction” i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 6.

²⁷ *Ibid.*, s. 10.

”risible or tragic” eller som ”darkness”.²⁸ David Wootton beskriver dem som ”injurious” och ”worthless”.²⁹ Karin Johannisson menar att åderlätning av eftervärlden anses vara ”en primitiv reminiscens av den urgamla humoralpatologin”.³⁰ Porter kallar själv åderlätning ”positively harmful”³¹, ”deleterious”³² och återberättar en äldre medicinhistorikers åsikter om att sådana behandlingar var ”so unbelievably deplorable”.³³ Praktiskt taget all tidigare forskning utgår alltså från att skiftet till vetenskaplig medicin var självklart, naturligt och nödvändigt. Frågan har därför inte varit varför äldre medicin övergavs, utan varför den inte övergavs *tidigare*.³⁴

Eftersom historiker alltså har utgått från att dessa teorier och terapier var irrationella och ineffektiva, har de diskuterat dem mindre för att förstå dem än för att göra poänger om efterkommande medicin. Hur åderlätning använts i historieskrivningen är ett bra exempel på detta. De flesta forskare har antagit att åderlätning är hälsovådligt. Därför har dess dominans fram till 1800-talets mitt använts både för att kritisera nutida medicin och för att hylla den, beroende på om medicin definieras som en mångtusenårig praktik eller som något som uppfanns mot slutet av 1800-talet.

Å ena sidan har åderlätning använts som ett exempel på att modern västerländsk skolmedicin har ett blodigt förflutet. Genom att lyfta fram åderlätning som ett misstag ur medicinens historia kan auktoriteten hos 1900-talets och 2000-talets medicin ifrågasättas; skolmedicinen har haft fel förut. Det är utifrån denna synvinkel som språkrör för kritisk medicinshistoria, exempelvis Roy Porter, har skildrat åderlätning.³⁵

Å andra sidan kan åderlätningens skadlighet också användas för att hylla nutida skolmedicin: argumentet hänger på hur medicin definieras. Farlig åder-

²⁸ Charles E. Rosenberg, ”Belief and Ritual in Antebellum Medical Therapeutics”, i John Harley Warner & Janet A. Tighe (red.), *Major Problems in the History of American Medicine and Public Health* (2001, Boston), s. 108–113, båda citaten på s. 108.

²⁹ Wootton, *Bad Medicine*, s. 143. Se även Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 4.

³⁰ Johannisson, *Medicinens öga*, s. 23.

³¹ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 266.

³² *Ibid.*

³³ Porter, ”Introduction”, s. 14. Utgångspunkten att det tidiga 1800-talets medicin inte fungerade är genomgående i nästan all medicinshistoria. För ett begränsat urval av svenska verk där denna åsikt uttrycks, se Ingrid Gottfries & Bodil E. B. Persson *Humaniora och medicin* (Lund, 1996), s. 12: ”Läkarna hade under 1800-talet mycket högre status än vad som var motiverat i förhållande till hur mycket de faktiskt kunde bota sjukdomar”; Ling i *Kärringmedicin och vetenskap*, s. 12, som menar att den medicinska vetenskapen ”inte hade så mycket att erbjuda sina patienter rent konkret” under tidigt 1800-tal; Fähræus i *Vår tids medicin*, s. 93, som menar att den romantiska medicinen var ”en klenmodig verklighetsflykt” och utövades ”i undermedveten förtvivlan över läkekonstens svårframkomlighet”. Därtill fick ”psykologisk människokunskap och välvilja [...] ersätta medicinsk effektivitet”; Ingemar Nilsson & Hans-Inge Peterson, *Medicinens idehistoria* (Stockholm, 2000), s. 112 som menar att: ”läkaren [...] stod maktlös inför de flesta sjukdomar”; Gunnar Broberg, ”Liten svensk medicinshistoria” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinshistoria* (Stockholm, 2008), s. 9–50, särskilt s. 42: ”Vad skulle man göra när läkarkonsten egentligen var hjälplös?”

³⁴ Se särskilt Wootton, *Bad Medicine*.

³⁵ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*. Se särskilt s. 266.

låtning kan lyftas fram för att understryka skillnaden mellan äldre, felaktiga försök att åtgärda sjukdom och den *verkliga* medicin som uppstod under sent 1800-tal när skolmedicinen allierade sig med vetenskapen. I en sådan framgångsberättelse blir åderlåtning ett exempel på den okunnighet modern medicin höjde sig ur och övervann. Det mest uppmärksammade exemplet på sådan historie-skrivning under senare år är David Woottons *Bad Medicine. Doctors Doing Harm since Hippocrates* från 2007.³⁶

Dessa två sätt att använda exemplet åderlåtning knyter an till de två syften utifrån vilka 1800-talets medicinhistoria generellt har undersökts. Studier av denna period har utförts antingen för att demonstrera hur modernitetens förtryckande, övervakande och patriarkala aspekter är historiskt skapade snarare än naturliga, eller för att förklara mänsklighetens största framgångar: hur världen blev frisk, ren och säker.

Det finns två problem med att forskningen om 1800-talsmedicin på detta sätt tenderar att ta två radikalt skilda omdömen av historisk förändring som startpunkt. Dels opererar forskningsfälten – summariskt kan de beskrivas som *kritisk kroppshistoria* respektive *utvecklingsintresserad medicinhistoria* – nästan helt separat från varandra, utan att debattera eller samverka. Dels avspeglar de båda samtidsorienterade agendor vilken riskerar att göra dem ohistoriska.

Den kritiska kroppshistorien har syftat till att avtäcka den historiska tillblivelsen av nutida kropps- och könsuppfattningar, främst för att undergräva deras förmenta naturlighet. Teoretiskt har detta fält lutat sig mot Michail Bachtin, Norbert Elias och Michel Foucault. Flera studier vilka använder medicinska källor för att skildra hur uppfattningar om kön förändrades under 1800-talet passar också in här. Mest inflytelserik har Thomas Laqueur varit; på svensk mark har Maja Bondestams studie varit viktig.³⁷ Särskilt intressant för min undersökning är forskning som visat på tydliga kontraster mellan vad som kallas förmoderna respektive moderna kropps- och könsuppfattningar, exempelvis av Barbara Duden, Dorinda Outram och Emily Martin.³⁸

Den utvecklingscentrerade medicinhistorien kännetecknas också av sökandet efter rötter till senare förändringar.³⁹ Störst intresse har ägnats åt sanitära och hygienistiska rörelser, Pasteurs upptäckter samt bakteriologin, eftersom dessa ansetts lägga grunden för vetenskaplig medicin och det moderna samhället.⁴⁰ Det tidiga 1800-talets sjukdomsuppfattningar har generellt undersökts genom analyser av de antika källor från vilka de antas härröra, hippokratiska och

³⁶ Wootton, *Bad Medicine*.

³⁷ Thomas Laqueur, *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud* (Cambridge, 1992); Maja Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen. Tolkningar av kön och individualitet i 1800-talets populärmedicin* (Hedemora, 2002).

³⁸ Barbara Duden, *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany* (Cambridge & London, 1991); Emily Martin, *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS* (1994, Boston); Dorinda Outram, *The Body and the French Revolution. Sex, Class and Political Culture* (New Haven, 1989).

³⁹ Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*.

⁴⁰ Till exempel Barnes, *The Great Stink of Paris* och Christopher Hamlin's samlade verk.

galeniska texter.⁴¹ Men varför skulle en idéns ursprung vara viktigare än hur den modifierades och användes praktiskt? Ett viktigt avvikande exempel är Michael Worboys undersökning *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain 1865–1900*, en analys av debatter om smittspridningsteorier. Worboys främsta resultat är att bakteriologin var en utveckling av, snarare än en brytpunkt med, tidigare sjukdomsuppfattningar. David Barnes har på samma sätt undersökt miasmatiska uppfattningar i Frankrike under 1800-talet såsom de förstods av utövarna själva, men utan att förklara varför miasmateorin försvann.⁴² Åderlätning under 1800-talet har undersökts främst av K. Codell Carter, John Harley Warner och Charles Rosenberg, som alla menar att metoden användes och övergavs främst av sociala snarare än av medicinska skäl.⁴³

Det är ett generellt problem att dessa två forskningsfält haft lite att säga varandra trots att medicin utövats i ett spänningsfält mellan kropps-, sjukdoms- och omgivningsuppfattningar. Särskilt problematiskt är att de forskningsresultat om historiskt föränderliga kroppsuppfattningar som presenterats inom den kritiska kroppshistorien inte kommit den utvecklingsintresserade medicinshistorien till godo.⁴⁴ Där diskuteras istället medicinshistoria återkommande utan att kroppsuppfattningar nämns.

I denna studie har jag två ambitioner i relation till tidigare forskning. För det första vill jag föra över insikter och resultat från kritisk kroppshistoria till den utvecklingscentrerade medicinshistorien. Främst vill jag undersöka om de resultat flera kroppshistoriker har presenterat om föränderliga kroppsuppfattningar kring sekelskiftet 1800 kan användas för att förstå övergivandet av förbakteriologiska medicinska praktiker.

För det andra har jag inspirerats av de antropologiska angreppssätt som präglat en del kropps forskning. Härigenom vill jag försöka förstå 1800-talsmedicin på sina egna villkor snarare än utifrån efterkommande förändringar: särskilt har jag inspirerats av Barbara Dudens, Alain Corbins och

⁴¹ Se exempelvis Caroline Hannaway, "Environment and miasmata" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 292–308; Frederick II Sargent, *Hippocratic Heritage. A History of Ideas about Weather and Human Health* (New York & Oxford, 1982); Margaret Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825–1865* (Oxford, 1978); Margaret Pelling, "Contagion/Germ Theory/Specificity" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 309–334.

⁴² Barnes, *The Great Stink of Paris*. Andra studier om miasmateorin under 1800-talet inkluderar Michael Brown, "From Foetid Air to Filth. The Cultural Transformation of British Epidemiological Thought, ca. 1780–1848", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 82, nr 3, 2008, s. 515–544. Det viktigaste verket är dock fortfarande Alain Corbin, *The Foul and the Fragrant. Odor and the French Social Imagination* (Cambridge, 1986). Se även Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825–1865*; Melanie Kiechle, *Smell Detectives. An Olfactory History of Nineteenth-Century Urban America* (Seattle, 2017).

⁴³ Warner, *The Therapeutic Perspective*; Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*; Rosenberg, "The Therapeutic Revolution".

⁴⁴ Det finns några exempel på forskare som engagerat sig i båda forskningsfälten, t.ex. Karin Johansson, men de är få.

Georges Vigarellos angreppssätt.⁴⁵ Denna målsättning har även fått mig att ta hjälp av teoribildning inom vetenskapshistoria och *Science and Technology Studies*, främst hämtad från Ludwig Fleck och David Bloor. Särskilt användbart har jag funnit Flecks begrepp ”tankestil” för hur individers tänkande konstitueras socialt. Fleck definierar detta som sättet på vilket människors uppmärksamhet, bedömningar, problemformuleringar och lösningar formas i grupp snarare än individuellt.⁴⁶ I avhandlingen kommer 1800-talets medicinhistoria därmed att undersökas som ett skifte mellan två olika tankestilar. Från Bloor har jag främst hämtat inspiration från de fyra komponenter han lägger fram som grundläggande för *the strong programme* inom vetenskapsociologin: att undersöka orsaker till kunskapsförändringar, att undersöka både framgångsrika och icke framgångsrika kunskapsanspråk, att behandla dessa med samma slags förklaringar, samt att applicera de analytiska verktygen även på den egna verksamheten, i mitt fall att skapa medicinhistoria.⁴⁷ Som Thomas Kuhn, grundaren till fältet kritisk vetenskapshistoria, har påpekat är ”omoderna teorier [...] inte i princip ovetenskapliga för att de har övergetts.”⁴⁸

Min tes är att läkares medicinska ingripanden under åren 1820–1865 var *flödeshanterande*, det vill säga inriktade på att hantera flöden in i, ut ur och inuti kroppen. Mellan åren 1840–1870 övergick läkarna till att istället bevaka och skydda gränsen mellan kropp och omgivning. Detta angreppssätt, vilket jag kallar *gränsskyddande* medicin, blev dominerande under åren 1865–1900. Skiftet i uppfattningarna om hur kropp och omgivning samverkade var den huvudsakliga orsaken till att åderlätning, evakuerande terapier, miasmatorin och klimatmedicinen försvann.

Mitt mål är att med hjälp av kritisk kroppshistoria ifrågasätta den utvecklingsintresserade medicinhistoriens etablerade bild av 1800-talets medicin. Den brukar berättas ungefär så här.

1800-talets medicinhistoria

Medicinens utveckling under 1800-talet skildras i allmänhet som en progressiv utvecklingshistoria eller som ett uppvaknande. Under seklets början dominerade enligt denna beskrivning fortfarande humoralpatologiska och klimatmedicinska sjukdomsteorier med rötter i antiken. Läkare ansåg sjukdom bero på rubbningar i individens balans av humoral vätskor, orsakade av felaktigt leverne och negativt inflytande från omgivningen. Åderlätning och andra evakuerande terapier var uttryck för ”heroisk medicin”: desperata läkares

⁴⁵ Duden, *The Woman Beneath the Skin*; Corbin, *The Foul and the Fragrant*; Georges Vigarello, *Concepts of Cleanliness. Changing Attitudes in France Since the Middle Ages* (Cambridge, 1988).

⁴⁶ Ludwig Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact* (Chicago, 1979), s. 99.

⁴⁷ David Bloor, *Knowledge and Social Imagery* (Chicago, 1991), s. 9.

⁴⁸ Thomas S. Kuhn, *De vetenskapliga revolutionernas struktur* (Stockholm, 1992), s. 16.

förlitande på drastiska metoder för att åtgärda sjukdom, trots att metodernas ineffektivitet var eller borde ha varit uppenbar för läkarna själva.

Kring 1800-talets mitt förkastades de äldre förklaringsmodellerna tack vare förfinad diagnostik, införandet av statistiska metoder samt minskad auktoritetstro, orsakad av tilltagande skepticism och ökad rationalitet. Bland läkare orsakade detta ofta ”terapeutisk uppgivenhet”, en ovilja att behandla sjukdomar, då gamla terapier förkastats utan att nya alternativ tillkommit.

Periodens stora stridsfråga var hur epidemiska sjukdomar spreds. Miasmateorin förklarade epidemiers uppkomst med stinkande förruttnelseångor och dess förespråkare ville därför åtgärda lokala smitthärdar som träsk, avloppshögar och gödselstackar. Stadsplanerare använde miasmatiska teorier för att motivera sanering av stadsmiljöer genom utbyggandet av sophämtning och avloppssystem. Det mest berömda exemplet är socialpolitikern Edwin Chadwicks reformer i London under 1840-talet, men liknande initiativ fanns i alla större europeiska städer inklusive Stockholm.

I motsatsställning till den miasmatiska förklaringen har historiker ställt uppfattningen om att sjukdom spreds via kontagion, ett odefinierat smittämne som överfördes från person till person. Denna teori ledde till att karantäner inrättades vid epidemier, vilket orsakade hetsiga debatter mellan kontagionister och anti-kontagionister (miasmatisker). De senare hävdade att karantäner var verkningslösa och därtill skadade handeln. Tvisten anses avgjord till kontagionisternas fördel i och med bakteriologins genombrott på 1870-talet, vilket också skapade ett starkt uppsving för sjukdomsbekämpning genom vardagsrenlighet, aseptik och antiseptik. Miasmatiske sägs ha gjort rätt av fel anledning då deras renlighetsintresse ledde till minskad dödlighet men utifrån en teori som senare motbevisats. Då stadsmiljön redan rengjorts riktades uppmärksamheten alltmer mot enskilda hushåll och personer, vilket under sent 1800-tal och tidigt 1900-tal ledde till uppkomsten av hygienistiska rörelser som försökte lära allmänheten att hålla hem och kroppar rena.

Inom denna historieskrivning framställs alltså bakteriologins genombrott som den avgörande orsaken till att skolmedicinska uppfattningar om omgivning och kroppar förändrades under 1800-talet. Särskilt anses bakteriernas konkretion ha inneburit att teorier som avfärdas som vaga, främst klimatmedicinen och miasmateorin, motbevisades. Övergivandet av evakuerande terapier som åderlåtning anses främst ha orsakats av att deras ineffektivitet bevisades med statistik. I stort sett är forskare både inom kroppshistoria och medicinhistoria ense om denna bild: stridsfrågan har inte varit om denna skildring stämmer, utan snarare om utvecklingen varit gynnsam eller skadlig.

Men som redan nämnts är flera av dessa beskrivningar missvisande. Särskilt felaktig är uppfattningen om att terapier som åderlåtning motbevisades, avslöjades som ineffektiva och skadliga eller ens ifrågasattes öppet: knapp

någon debatt fördes om terapiernas värde under 1800-talet.⁴⁹ Flera av orsaks-sambanden som tas som självklara kan också ifrågasättas: att nya metoder och ökad renlighet åtföljdes var inte alls nödvändigt. Antiseptikens förgrundsgestalt, Joseph Lister, stoltserade exempelvis i en artikel i *British Medical Journal* 1875 med att hans vårdavdelning inte städats på tre år: "If we take cleanliness in any other sense than antiseptic cleanliness, my patients have the dirtiest wounds and sores in the world."⁵⁰

Denna skevhet – att förklaringar kvarstår trots att de knappt testats empiriskt – beror på att vad som hittills implicit undersökts främst är hur medicinen under 1800-talet förändrades från "traditionell" till "vetenskaplig". Men en sådan startpunkt bygger in svaret i själva frågan.⁵¹ I denna studie har jag därför undvikit värderande omdömen som "antik", "hippokratisk", "traditionell", "vetenskaplig" eller "modern" i relation till medicinska teorier eller terapier, eftersom sådana ordval får förändring att framstå som naturlig och väntad, en självklar effekt av ökad insikt.⁵²

Därför har jag också avstått från att använda medikalisering som analytiskt begrepp eftersom det generellt är sammantvinnat med ett moderniseringsperspektiv, särskilt då det ofta används tillsammans med professionaliserings-teorier: dessa perspektiv riskerar att skildra de undersökta historiska förändringarna som ofrånkomliga, uppenbara och nödvändiga även i sin samtid.⁵³

Teoretiskt perspektiv och syfte

Att på detta sätt utvärdera praktiker och uppfattningar utifrån senare skeenden och att ta avfärdandet av upplevt felaktiga förhållningssätt som utgångspunkt är ett angreppssätt som kunskapssociologer har avrått från i årtionden. Resultatet blir ofta bara vinnarnas historia.⁵⁴ I sitt klassiska verk *Knowledge and Social Imagery* polemiserar David Bloor mot en vanlig tendens bland vetenskapshistoriker att dela upp beteenden och uppfattningar i rätt och fel, sant och falskt, rationellt

⁴⁹ Det främsta undantaget är en debatt kring åderlåtningens effektivitet i Edinburgh under 1850-talet samt den franske statistikern Louis undersökningar. Se kapitel 7.

⁵⁰ Joseph Lister, "Address on the Effects of the Antiseptic Treatment upon the General Salubrity of Surgical Hospitals" i *British Medical Journal*, vol. 11, 1875, s. 769–771, genom Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 291, not 4. Se även Bruno Latour, *The Pasteurization of France* (Cambridge, 1993), s. 47.

⁵¹ Till exempel Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*.

⁵² Monica Libell använder termerna "humanistisk" och "naturvetenskaplig" och Eva Palmblad använder termerna "hippokratisk" och "bakteriologisk" istället för "modern" och "traditionell" medicin. Men även dessa begreppspar inbegriper en hierarki på ett olyckligt sätt. Libell, "Vägen från konstform till naturvetenskap", s. 323; Eva Palmblad, *Sanningens gränser. Kvacksalveriet, läkarna och sambället, Sverige 1890–1990* (Stockholm, 1997).

⁵³ Roger Cooter, "Medicine and Modernity" i Mark Jackson (red.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford, 2011), s. 100–116.

⁵⁴ Se även Thompson, *The Making of the English Working Class*.

och irrationellt. En sådan utgångspunkt är vilseledande eftersom den får uppkomster av tolkningsramar och modeller som förstås vara korrekta, sanna och rationella att framstå som naturliga, medan de som avfärdas som felaktiga, falska och irrationella förklaras med psykologiska och sociala motiv. Detta får enligt Bloor tillblivelsen av en framgångsrik teori att framstå som ”self-explanatory and self-propelling. It becomes its own explanation”.⁵⁵ Ett sådant förfarande är också likt det analytiska felslut filosofen Olli Lagerspetz varnar för: att ta det som självklart att de praktiker och uppfattningar som mest liknar forskarens egna är mer rationella än andra och därmed framställa deras uppkomst och dominans som resultatet av tilltagande rationalitet.⁵⁶

Så hur bör den omvälvande förändringen i vad som ansågs orsaka, skydda från och bota sjukdom undersökas istället? Jag vill utforska 1800-talets medicinska uppfattningar utan att ta avgörande händelser, viktiga personer eller genombrott som utgångspunkt. Därför utgår jag från en stor grupp medicinska utövare för att urskilja gemensamma drag i deras uppfattningar och praktiker. Samtidigt är studien diakron för att kunna undersöka och förklara förändring. Tillsammans innebär detta en ordentlig överblick: långa tidsperioder, en stor uppsättning läkare, geografisk spännvidd. Det finns gott om medicinhistoriska studier av enskilda sjukdomar, enskilda utövare, och specifika grupper och rörelser, men få historiker har tagit ett sammanhållet grepp på praktiker och uppfattningar hos tusentals aktörer utspridda över ett helt land under många decennier.⁵⁷

I denna undersökning står alltså förändringarna i läkares sjukdomspraktiker och uppfattningar under 1800-talet i centrum. Med utgångspunkt i cirka 2500 svenska provinsialläkares egna beskrivningar och problemformuleringar, författade under åtta decennier, vill jag klargöra hur nya praktiker och uppfattningar rörande sjukdom, smittspridning, omgivning och kroppar samspelade och bidrog till att omgestalta villkoren för det medicinska utövandet.⁵⁸ Som främsta källmaterial används 8807 av de årsrapporter som svenska provinsialläkare skickade till Sundhetskollegium under perioden 1820–1900, det vill säga

⁵⁵ Bloor, *Knowledge and Social Imagery*, s. 9.

⁵⁶ Olli Lagerspetz, *Smuts. En bok om världen, vårt hem* (Höör, 2007), s. 100.

⁵⁷ Ett flertal undersökningar av specifika sjukdomar har utförts under senare år men jämförelsevis få verk existerar vilka hanterar komplexet av uppfattningar och praktiker om kropp, omgivning och beteende som en helhet. Några exempel är Mark Jackson, *Asthma. The Biography* (Cambridge, 2009); Christopher Hamlin, *Cholera. The Biography* (Cambridge, 2009); Robert Tattersall, *Diabetes. The Biography* (Cambridge, 2009); Sander L. Gilman, *Obesity. The Biography* (Cambridge, 2010); David Weatherall, *Thalassaemia. The Biography* (Cambridge, 2010). Se även Catherine J. Kudlick, *Cholera in Post-Revolutionary Paris. A Cultural History* (Berkeley, 1996). För svenska verk, se exempelvis Axelsson, *Höstens spöke*, Bodil Persson, *Pestens gåta. Farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne* (Lund, 2001). För studier av individer, se exempelvis Sven-Eric Liedman, *Israel Hwasser* (Uppsala, 1971); Palmblad, *Medicinen som samhällslära*. För specifika rörelser, se exempelvis Latour, *The Pasteurization of France*.

⁵⁸ Sammanlagt 2857 olika provinsialläkare står listade som författare till provinsialläkarrapporterna digitaliserade i Medicinhistorisk databas enligt uppgift via epost-korrespondens 2018-02-28 från Peter Bergstrand, administratör för databasen.

de rapporter som finns digitaliserade i *Medicinhistorisk databas*, underhållen av Linköpings universitet.⁵⁹

Eftersom min studie tar sig an en stor grupp medicinska utövare över lång tid skiljer den sig från den medicinhistoriska forskningens huvudfåra. Vanligtvis fokuserar sådana studier på framträdande individer, vilkas förehavanden och yttranden har antagits vara antingen representativa eller särskilt inflytelserika.⁶⁰ Det är dock problematiskt att vissa personer förutsätts ha haft så stort inflytande att skeendena de kopplas samman med framstår som förklarade bara individens bevekelsegrunder, bakgrund och psykologi utretts. Fleck har påpekat att individstudier är problematiska eftersom tankestilar formas socialt:

Although the thought collective consists of individuals, it is not simply the aggregate sum of them. The individual within the collective is never, or hardly ever, conscious of the prevailing thought style, which almost always exerts an absolutely compulsive force upon his thinking.⁶¹

Det finns andra sätt att skriva historia på. När Bruno Latour undersöker hygienismen i Pasteurs efterföljd försöker han undvika människan Louis Pasteur för att istället studera de hygienister som av olika anledningar använde Pasteurs namn för att uppnå förändring.⁶² I denna studie analyseras på ett liknande sätt en stor grupp yrkesutövare snarare än specifika individer, med ambitionen att ge en bättre översiktsbild över hur normalpraktiker- och uppfattningar såg ut och förändrades.

För att nå denna mer övergripande nivå kommer jag att särskilt undersöka *relationer* och *samspel* mellan uppfattningar och praktiker som annars ofta hålls åtskilda, exempelvis hur sjukdom motverkades på befolkningsnivå respektive individnivå. I detta har jag inspirerats av Michael Worboys metod för att undersöka bakteriologiska teorier.⁶³ Jag kommer att analysera läkares uppfattningar och praktiker kring sjukdomsorsaker, korrekt preventivt

⁵⁹ Databasen administreras av Linköpings universitet och återfinns på adressen <http://www.ep.liu.se/databas/medhist>. Rapporterna under åren 1820–1900 är fördelade på följande vis: 1820-talet: 58 stycken, 1830-talet: 265 stycken, 1840-talet: 753 stycken, 1850-talet: 1409 stycken, 1860-talet: 971 stycken, 1870-talet: 401 stycken, 1880-talet: 2011 stycken, 1890-talet: 2632 stycken.

⁶⁰ I Storbritannien undersöks exempelvis framväxten av den sanitära rörelsen ofta genom studier av Edwin Chadwicks och Thomas Southwood Smiths tankevärldar, bakgrunder och bevekelsegrunder. Se exempelvis Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825–1865*; Brown, "From Foetid Air to Filth"; Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. För svenska exempel, se Gräninger, *Från osynligt till synligt* som följer Curt Wallis, personen som introducerade bakteriologin i Sverige samt Eva Palmblad, *Medicinen som samhällslära* (Göteborg, 1989), en studie av den svenska sanitära rörelsen som följer bl. a. Henrik Berg och Hjalmar Öhrvall.

⁶¹ Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. 41.

⁶² Latour, *The Pasteurization of France*, s. 13–20. Man kan visserligen ifrågasätta om han lyckas undvika individen Pasteur, men ambitionen finns i alla fall där.

⁶³ Worboys, *Spreading Germs*, s. 20 och s. 4, där han skriver att han medvetet undviker "the common presumption that there were no theories of disease before germs, or that alternatives were undeveloped and 'unscientific'".

beteende, agens i relation till sjuklighet, kroppars relation till sin omgivning och huruvida människor kunde påverka detta samspel: kort sagt förhållandet mellan omgivning, kropp och ingripande. Därför har jag undersökt läkares uppfattningar om hygien i den äldre, vidare betydelsen av begreppet, det vill säga allt som påverkar hälsan, med särskild vikt vid samspelet mellan kropp och omgivning. Det är ett medvetet val att fokusera mer på omgivningsuppfattningar än vad som vanligtvis görs i studier av kroppens historia. Inom detta fält tenderar kroppar att analyseras som fristående från omgivningarna de befann sig i, men det var inte så medicin praktiserades, särskilt inte vid 1800-talets början. Jag strävar alltså efter att förklara hur medicinens grundläggande antaganden förändrades: viktigast är inte kropps- eller omgivningsuppfattningar i sig utan skiftningarna i hur de uppfattades interagera och samspela. Detta fokus präglar även dispositionen.

Vilka preventiva och terapeutiska ingripanden som var rimliga, hur kroppar fungerade, vad som ansågs hota hälsan och vad som skyddade den – läkarnas svar på sådana frågor förändrades radikalt under 1800-talets lopp.⁶⁴ En analys av hur medicinska praktiker och uppfattningar samspelade under olika tidsperioder kan ge nya svar på frågan om hur dessa genomgripande förändringar gick till och vad de innebar.

För att nå den eftersträfvade överblicken kommer jag att undersöka hur provinsialläkare förebyggde, diagnostiserade, kontrollerade, hanterade och behandlade vad de menade var sjukliga tillstånd.⁶⁵ Härigenom undersöks samspelet av normala, korrekta, rutinartade medicinska praktiker och uppfattningar.⁶⁶

Frågeställningar

För att låta analysen av provinsialläkarnas uppfattningar och praktiker styras av empirin har jag avstått från att närma mig deras årsrapporter utifrån fördefinierade konstruktioner av vad medicin innebär, exempelvis genom att på förhand skilja mellan medicinska och meteorologiska observationer. Istället använder jag det analytiska begreppet ”medicinskt problem”, vari jag inbegriper allt läkarna antog sig själva ålagda att åtgärda inom ramen för sin yrkesutövning.⁶⁷ Jag utgår alltså från att provinsialläkare själva menade att allt som diskuterades utförligt i en rapport på något sätt utgjorde ett medicinskt

⁶⁴ Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, s. xi.

⁶⁵ Worboys, *Spreading Germs*, s. 8.

⁶⁶ Emily Martin, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction* (Milton Keynes, 1989), s. 13.

⁶⁷ Att använda ”medicinskt problem” som analytiskt fokus är ett försök att undvika utgångspunkten att tankeverksamhet föregår fysisk handling och istället förutsätta att de samspelar och samverkar. Se Ludmilla Jordanova, ”The Social Construction of Medical Knowledge” i Frank Huisman & John Harley Warner, *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings* (Baltimore, 2006), s. 339–350.

problem, det vill säga var en omständighet relevant för läkare att uppmärksamma, diskutera och i sista hand lösa inom ramarna för sin yrkesutövning. Mitt fokus på just problem lutar sig mot Flecks iakttagelse om att tankestilar kännetecknas av riktad uppmärksamhet, gemensamma värderingar och i hög utsträckning karaktäriseras av "common features in the problems of interest".⁶⁸ "Problem" blir därmed ett användbart verktyg för att nå fram till läkarnas omfattningar om förhållandet mellan kropp och omgivning. Frågeställningarna blir därför:

- Vad uppmärksammade läkarna som medicinska problem?
- Vilka orsaker till och lösningar på problemen föreslogs?
- Hur förhöll sig läkarnas medicinska problem till den övergång mellan öppna och slutna kroppsuppfattningar tidigare forskning om kroppens historia uppmärksammat?
- Hur påverkade läkarnas medicinska problem deras behandlingar och teorier, särskilt åderlåtning, evakuerande terapier, miasmatorin och klimatmedicinen?

I denna undersökning kommer alltså de sätt varigenom specifika beteenden, fenomen och processer gjordes till problem vid olika tidpunkter och under olika omständigheter att studeras. Jag har varit särskilt uppmärksam på varningar, bedömningar, orsaksförklaringar, beskrivningar av läkarens egna behandlingar och preventiva åtgärder samt förklaringar av sjukdomsfallens förlopp.

Jag kommer återkommande att diskutera "kroppen" snarare än "kroppar", "omgivningen" snarare än "omgivningar" och "sjukdom" snarare än "sjukdomar". Detta för att jag menar att läkare förhöll sig till abstrakta idealtyper likväl som till specifika kroppar, sjukdomar och omgivningar. Det är just grundprinciperna i dessa abstrakta koncept jag undersöker.

Min undersökning tar som redan nämnt hjälp av vetenskapssociologiska och antropologiska perspektiv. Dessa är väl etablerade inom mer kulturhistoriskt inriktad medicin-, kropps- och renlighetshistoria. Studier som Barbara Dudens *The Woman Beneath the Skin*, Georges Vigarellos *Concepts of Cleanliness* och Alain Corbins *The Foul and the Fragrant* undersöker medicinska praktiker och renlighetsuppfattningar såsom de förstods i sin samtid. De har alla inspirerat denna studie.⁶⁹ Utmärkande för deras perspektiv är att de inte värderar äldre förhållningssätt eller använder sig av narrativ om ökande insikt som

⁶⁸ Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. 99.

⁶⁹ Duden, *The Woman Beneath the Skin*; Vigarello, *Concepts of Cleanliness*; Corbin, *The Foul and the Fragrant*.

förklaringar. I detta har de – och jag – inspirerats av historisk antropologi, en inriktning med rötter i den franska *Annales*-skolan, företrädd av historiker som Fernand Braudel, Jacques Le Goff och Emmanuel Le Roy Ladurie.⁷⁰ Senare efterföljare inkluderar Carlo Ginzburg och Peter Burke. Även antropologer som Clifford Geertz har haft stort inflytande.⁷¹ Ett grundantagande för dessa forskningsinriktningar är alltså vikten av att beskriva historiska aktörer utifrån deras egen förståelsehorisont.

Detta är också grunden till mycket av den vetenskapssociologi som företräts av ett flertal kunskapsociologer, särskilt inom Bath-skolan och av David Bloor. Han menar att sociologer gör bäst i att undersöka ”whatever people take to be knowledge”, det vill säga de uppfattningar som människor förlitar sig på och lever efter, särskilt uppfattningar som tas för givna, som har institutionaliserats och som anses vara auktoritativa av stora grupper.⁷² Just att undersöka grupperns uppfattningar är centralt för Bloor – det är så han skiljer ”knowledge” från ”belief”: bara det som är ”collectively endorsed” anses vara kunskap, medan det individuella och idiosynkratiska anses vara ”mere belief”.⁷³ Enligt Bloor bör sociologer försöka finna regelbundenheter samt generella principer för olika utsagor inom gruppens kunskapsfält. Detta angreppssätt präglar min undersökning.⁷⁴

Praktikperspektivet

Det praktikcenterade perspektivet är därtill grundläggande i denna studie, eftersom studier av historiska debatter eller av inflytelserika medicinska teoretiker – det vanligaste angreppssättet för att undersöka denna period – inte är tillräckliga för att förstå hur medicin praktiserades.⁷⁵ Jag utgår från att provinsialläkares medicinska praktiker rimligtvis påverkats av modeller och medicinsk teoribildning som de kände till från sin utbildning och de medicinska tidskrifter många av dem prenumererade på, men att de inte nödvändigtvis var ett direkt derivat därur.⁷⁶ Flera studier som undersökt läkares praktiker har påvisat en betydande skillnad mellan medicin såsom den lärdes ut och medicin såsom den praktiserades.⁷⁷

⁷⁰ Peter Burke, *What is Cultural History?* (Cambridge, 2008).

⁷¹ Clifford Geertz, *The Interpretation of Cultures. Selected Essays by Clifford Geertz* (New York, 1973); Carlo Ginzburg, *The Cheese and the Worms. The Cosmos of a Sixteenth Century Miller* (Baltimore, 1980); Burke, *What is Cultural History?*.

⁷² Bloor, *Knowledge and Social Imagery*, s. 5.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Bloor är inte den enda företrädaren för detta perspektiv. Dess utveckling hänger samman med det stora inflytande flera andra sociologer, exempelvis Harry Collins, Steven Shapin, Simon Schaffer och Bruno Latour, haft på vetenskapshistoria de senaste 30 åren.

⁷⁵ Evelyn Bernette Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside, 1800–1914* (New Brunswick, 1990), s. 168.

⁷⁶ Martin, *Flexible Bodies*, s. 7–9.

⁷⁷ Bl.a. Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 1.

Praktikbaserade studier utvecklades av en grupp vetenskapshistoriker och filosofer som främst undersökt experiment och instrument historiskt, som Peter Galison, Harry Collins, Ian Hacking, Allan Franklin, Nancy Cartwright och Robert Ackermann.⁷⁸ Poängen har varit att återskapa historiska aktörers faktiska omständigheter för att slippa den normativitet som genomsyrat mycket äldre vetenskapshistorisk forskning.⁷⁹ Praktikperspektivet är ett fruktbart angreppssätt att överföra till medicinhistoria, särskilt för studier av förbakteriologiska praktiker eftersom de så ofta avfärdats som irrationella.⁸⁰ Ett centralt metodologiskt ideal har varit att detaljerat rekonstruera händelseförlopp och resonemang såsom de fungerade i den dagliga verksamheten. Detta är vad Bruno Latour menar när han skriver att vetenskapshistoria hellre borde starta i "science in action" snarare än i "ready-made science".⁸¹ Poängen är att försöka återskapa situationen "inifrån", medan efterkommande historisk utveckling ännu inte var ofrånkomlig.⁸² I förhållande till denna undersökning innebär detta perspektiv ett fokus på frågor kring hur medicin "görs" rent konkret och på vilka omständigheter som läkare framställde som medicinskt relevanta under olika tidsperioder. Förebildliga i detta avseende har särskilt två studier varit: William Bynums *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century* och John Harley Warners *The Therapeutic Perspective. Medical Practice, Knowledge, and Identity in America, 1820–1885*.⁸³ De skildrar båda hur medicinska praktiker förändrades under 1800-talet och analyserar på ett givande sätt medicin som ett agerande i specifika situationer, men de är främst intresserade av hur skolmedicin förvetenskapligades under sent 1800-tal och har därmed en annan ingång än denna studie.⁸⁴

Praktikperspektivet har blivit mer populärt under senare år och ett växande antal studier tar det som utgångspunkt.⁸⁵ Detta praktikfokus har gjort det rimligt att använda brukstexter som källmaterial snarare än normativa texter. Läkares sjukdomsuppfattningar under 1800-talet har tidigare undersökts främst utifrån tryckt material, företrädesvis debatter i medicinska tidskrifter: normerande, programmatiska, föreskrivande och teoretiska texter som ibland antagit

⁷⁸ Se Peter Galison, *How Experiments End* (Chicago, 1987); Harry Collins, *Changing Order. Replication and Induction in Scientific Practice* (London, 1985); Ian Hacking, "The Self-Vindication of the Laboratory Sciences" i Andrew Pickering (red.), *Science as Practice and Culture* (Chicago, 1992); Allan Franklin, *The Neglect of Experiment* (Cambridge, 1986); Nancy Cartwright, *How the Laws of Physics Lie* (Oxford, 1983); Robert Ackerman, *The Philosophy of Science* (London, 1970).

⁷⁹ Den främste företrädaren för den normativa vetenskapshistorien var Robert K. Merton.

⁸⁰ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 266; Martin J. S. Rudwick, *The Great Devonian Controversy. The Shaping of Scientific Knowledge among Gentlemanly Specialists* (Chicago, 1985).

⁸¹ Bruno Latour, *Science in Action. How To Follow Scientists and Engineers Through Society* (Cambridge, 1987).

⁸² Luna Soler, Sjoerd Zwart, Michael Lynch & Vincent Israel-Jost, *Science after the Practice Turn in the Philosophy, History and Social Studies of Science* (New York, 2014), s. 12–17.

⁸³ Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*; Warner, *The Therapeutic Perspective*.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Se Karin Johannisson, *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm, 2004); Annemarie Mol, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice* (Durham, 2002). Den senare undersökningen klargör hur en specifik sjukdom, åderförkalkning, konstitueras i medicinsk praktik.

doktrinär form.⁸⁶ Det handlar bland annat om polemiska artiklar riktade till andra läkare, riksdagsdebatter inför förändrad lagstiftning eller handböcker för läkekonstens utövande med den bildade allmänheten som tänkt publik. Sådana källor är utåtriktade. Genom samtliga format – tidskriftsartikeln, debattinlägget, handboken – kommuniceras uppfattningar som är potentiellt okända för mottagaren och syftar till att övertyga och därmed förändra läsarens förståelse och handlande. Studier av sådana källor har flera förtjänster, men de riskerar att överbetona medicinska stridsfrågor framför medicin såsom den faktiskt utövades.⁸⁷ Eftersom de polemiska texterna implicit riktade sig till människor som skulle övertygas stod uppfattningar som framfördes där dessutom potentiellt långt från vardagsmedicinen. Därtill förutsätter sådana studier ofta en överensstämmelse mellan föreskrivande texter och praktiker vilken inte alltid bekräftats empiriskt.

Källor och metod

Mitt huvudsakliga källmaterial är provinsialläkarrapporter. De härrör från medicinskt yrkesutövande och är snarare redogörande än programmatiska: de är brukstexter. Ett tidigt resultat av min undersökning var att medicinsk praxis inte ifrågasattes eller ens diskuterades i rapporterna. Snarare framställde provinsialläkare sina egna praktiker som självklara – de försökte inte övertyga sina tänkta läsare, tjänstemän vid Sundhetskollegium, om uppfattningarnas riktighet, utan såg dem som en gemensam utgångspunkt.

I sina rapporter tenderade provinsialläkarna alltså att presentera sina medicinska uppfattningar och praktiker som konventionella, okontroversiella, otvetydigt sanktionerade, icke uppseendeväckande och gemensamma med rapportens mottagare. Just att rapportskrivaren bevisade sin tillförlitlighet genom att ansluta sig till vedertagna sanningar gör rapporterna till ett lämpligt källmaterial för att analysera medicinska normaluppfattningar och för-givettaganden.⁸⁸

Det är ett grundantagande att uppfattningar som beskrevs i provinsialläkar-rapporterna varit sanktionerade om tre kriterier uppfyllts: om uppfattningarna

⁸⁶ I Sverige till exempel Jakob Kihlberg, ”Att organisera det sunda samhället. Magnus Martin af Pontin och Carl Trafvenfelt om etiologi och hälsans ordning”, Skriftserien Stella från Avd. för vetenskapshistoria, Uppsala universitet, 2002; Graninger, *Från osynligt till synligt*; Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*; Karin Johannisson, *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (Stockholm, 1994).

⁸⁷ Graninger, *Från osynligt till synligt*, m.fl. Det är också det perspektiv som sanitär medicin främst utforskats ifrån: vilka åsikter reformatorer uttryckt i publicerade, utåtriktade texter. Historikern Anne le Berge beklagar exempelvis att hennes analys av den franska sanitära rörelsen begränsats av avsaknaden av arkivkällor och att hennes text därmed ”to some extent [is] official history, theoretical and institutional, policy oriented, and descriptive”. la Berge, *Mission and Method*, s. xii–xiii.

⁸⁸ Se Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 129.

delades av många läkare under samma period, om de ej i årsrapporten framställdes som kontroversiella och om inga sanktioner mot läkare som uttryckt sådana uppfattningar i form av erinringar eller varningar har kunnat spåras i Sundhetskollegiums eller dess efterföljare Medicinalstyrelsens arkiv.⁸⁹ Dessa kriterier har uppfyllts för samtliga uppfattningar och praktiker som analyseras i denna text.

Årsrapporterna skickades från svenska provinsialläkare till Sundhetskollegium, senare Medicinalstyrelsen, mellan åren 1820 och 1900.⁹⁰ Därutöver har jag gått igenom Svenska provinsialläkarföreningens arkiv från åren 1881–1900, vilket förvaltas av Sveriges läkarförbund. Uppskattningsvis tio hyllmeter har lästs översiktligt, även om detta material huvudsakligen används för bakgrundsstudier.⁹¹

För att få en bättre bild av 1800-talsmedicinen och för att säkerställa att provinsialläkarnas uppfattningar och praktiker var någorlunda representativa för läkarkåren överlag har jag även gått igenom index för de två största svenska medicinska tidskrifterna under 1800-talet, *Hygiea* under perioden 1839–1900 och *Eira* under perioden 1878–1900. Därtill har jag undersökt föreläsning-anteckningar från läkarutbildningen i Uppsala under 1800-talet.

Men det huvudsakliga arbetet har som sagt utgått från digitaliserade årsrapporter i *Medicinhistorisk databas*, där 8807 provinsialläkarrapporter finns transkriberade.⁹² De flesta rapporterna är mellan två och tio sidor långa och de har skrivits av ungefär 2500 olika läkare.⁹³ Långt fler rapporter har digitaliserats från

⁸⁹ Riksarkivet, 420608 Sundhetskollegium 1813–1877. D2B Liggare över inkomna årsberättelser från prov. läkare, E17 Insända förteckningar över fältläkar- och provinsialläkararkiv, C 1 B Diarier över utgående handlingar, samt SE/RA/420177/420177.04, Medicinalstyrelsen äldre Huvudarkivet, C 1 B Diarier över utgående handlingar.

⁹⁰ Även broschyrer som skickats tillsammans med provinsialläkarrapporterna har använts.

⁹¹ *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv* är ej indexerat. Referenserna i denna avhandling hänvisar till de pärmar materialet förvaras i.

⁹² Epost-korrespondens med Peter Berkesand, ansvarig för Medicinhistorisk databas vid Linköpings universitet, 2016-04-15. Transkriberingen utfördes under 1990-talet i Säter och Norrköping. Arbetsförmedlingen var huvudman för arbetet, vilket utfördes av arbetssökande personer. Detta motiverades av att cirka halva tiden ägnades åt en datautbildning och arbetet med att transkribera provinsialläkarrapporterna ansågs vara arbetstränande. Programvaran togs fram av datastudenter i Borlänge. Formellt sett ingick projektet i ett kommunalt utvecklingsbolag i Säter som hade till uppgift att skapa arbetstillfällen inom det nedlagda sjukhusområdet. Transkriberingsarbetet utfördes vanligen i grupper om tre, och Roger Qvarsell, professor i idéhistoria vid Linköpings universitet, skrev ett kvalitetsdokument vilket krävde 99 % korrekthet. Detta uppnåddes med god marginal vid den första inskrivningen. Kontroll gjordes genom motläsning av texterna. Vilka provinsialläkarrapporter som transkriberades bestämdes av Riksarkivet, som enbart lånade ut volymer vilka var väl sammanbundna och ansågs klara transporten och arbetet med avskrifterna. Det låg således inga principiella överväganden bakom urvalet. Uppgifter från epost-korrespondens med professor emeritus Roger Qvarsell, 2018-04-10.

⁹³ I databasen finns 2857 olika författare listade. Dock kan transkriberingsprocessen ha medfört att samma namn stavats på olika sätt eller förkortats och därför blivit dubbelbokfört. En översiktlig genomgång har visat att sådana problem är sällsynta, varför jag anser siffran 2500 vara rättvisande.

senare årtionden än från tidiga och ett glapp existerar mellan 1870–1877.⁹⁴ Därför har det digitaliserade materialet i viss utsträckning kompletterats med provinsialläkarrapporter i andra format: i original, på mikrofilm och avfotograferade på Riksarkivets hemsida.⁹⁵

Denna undersökning sträcker sig över 80 år. En så lång tidsperiod ger god översikt över förändringar som är långsamma och odramatiska men ändå genomgående.⁹⁶ Studiens start- respektive slutpunkter har bestämts av tillgången på källmaterial: detta är åren *Medicinhistorisk databas* täcker in. Att de första tjugio åren av 1800-talet saknas är inte ett avgörande problem då provinsialläkares uppfattningar och praktiker inte skilde sig nämnvärt mellan åren 1800–1820 och åren 1820–1840: detta har kontrollerats genom en genomgång av ett trettiotal rapporter från de tidiga decennierna, avfotograferade och digitaliserade av Riksarkivet.⁹⁷

Digital humaniora

Denna studie är en av de första längre undersökningar inom svensk medicinhistoria som baserats på ett huvudsakligen digitalt källmaterial. Digital humaniora, forskning som använder digitaliserade källor för humanistiska studier, är ett kraftigt växande fält.⁹⁸ Den främsta styrkan med digitaliserat

⁹⁴ Originalen från årsrapporterna från åren 1870–1877 är i dåligt skick, men finns tillgängliga på mikrofilm på Riksarkivet Marieberg i Stockholm. Dessa har enbart undersökts översiktligt.

⁹⁵ Originalrapporterna finns sparade på Riksarkivet Marieberg i Stockholm, indexerade under Medicinalstyrelsen, äldre huvudarkiv, årsrapport provinsialläkare, E 5 A. Många finns även avfotograferade och tillgängliga digitalt på Riksarkivets hemsida. Se tex. Årsberättelser från provinsialläkare 1815–1869: https://sok.riksarkivet.se/bildvisning/A0009115_00002.

⁹⁶ Historikerna Jo Guldi och David Armitage argumenterade i *The History Manifesto* (Cambridge, 2014) för att historiker ska våga göra undersökningar av längre tidsperioder istället för att studera vad de kallar ”the Short Past”, det vill säga historiska studier begränsade till ett fåtal decennier eller år. Längre studier har, enligt Guldi och Armitage, misstänkliggjorts från och med 1960-talet, då bland andra Cambridgeskolan började förespråka den begränsade kontextens betydelse och mikrohistoriker förfäktade den enskilda händelsens förklaringsvärde. Se även John V. Pickstone, *Ways of Knowing. A New History of Science, Technology and Medicine* (Manchester, 2001).

⁹⁷ Jag har jämfört ett trettiotal original med de transkriberade kopiorna i Medicinhistorisk databas. 1 rapport jämfördes från år 1820, 1 från år 1833, 1 från 1841, 5 rapporter jämfördes från år 1847, 4 från år 1862, 10 från 1878, 2 från 1881, 5 rapporter från 1895 och 1 från 1899.

⁹⁸ För en överblick av digital humaniora som forskningsfält, se Anna Nilsson Hammar, ”Scandia introducerar – Digital History” i *Scandia. Tidskrift för historisk forskning*, vol. 81, nr 2, 2015, s. 99–110; Thomas Nygren, Anna Foka & Philip Buckland, ”The Status Quo of Digital Humanities in Sweden. Past, Present and Future of Digital history”, 2014, <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-88730>, besökt 2018-03-19; Pelle Snickars, *Digitalism. När allting är internet* (Stockholm, 2014); Kenneth Nyberg, ”Om digital historia”, version 1.0, https://digihist.files.wordpress.com/2013/01/nyberg_om_digitalhistoria_1_0.pdf; William Pannapacker, ”Digital Humanities Triumphant?” i Matthew K. Gold (red.), *Debates in the Digital Humanities*, <http://dhdebates.gc.cuny.edu/debates/text/46> 2013, besökt 2018-03-19; Patrik Svensson, ”The Landscape of Digital Humanities” i *Digital Humanities Quarterly*, vol. 4 nr 1, 2010; Tara McPherson, ”Introduction. Media Studies and the Digital Humanities” i *Cinema Journal* vol. 48, nr 2, 2009, s. 119–123; Cathy N. Davidson, ”Humanities 2.0: Promises, Perils,

material är förmågan att ge överblick över stora materialmängder snabbt. Att handskrivna texter transkriberats, som i *Medicinhistorisk databas*, möjliggör undersökningar av ett långt mer omfattande källmaterial än vad som vanligtvis är möjligt i en avhandling.

Då digitaliserade, transkriberade källor analyseras är det viktigt att reflektera över materialets medialitet.⁹⁹ Vad går förlorat i transkriberingsprocessen och i sökarbetet? I detta fall är det största problemet att ordsökningar riskerar att ge en falsk känsla av kontinuitet genom att ställa samman provinsialläkarrapporter från vitt skilda år och platser.

Automatisering kan inte ersätta tolkning. För att analysen ska bli rättvisande är det viktigt att ordsökningar görs först *efter* att ett omfattande genomläsningsarbete utförts, vilket ger en grundläggande kännedom om vilka träffar som ansluter sig till ett övergripande mönster och vad som är anomalier. Inledningsvis läste jag därför cirka 25 rapporter från varje år mellan 1820 och 1900 för att få en uppfattning om rapporternas övergripande struktur.¹⁰⁰ Denna kronologiska genomläsning gav en första överblick av hur rapporterna var uppbyggda, vilka ämnen som vanligtvis togs upp, hur begrepp användes i olika sammanhang samt vad som innebar idiosynkrasier.

Den systematiska genomgången var dock bara ett första steg: majoriteten av rapporterna har lästs noggrant. Därtill har jag översiktligt jämfört digitaliserade rapporter med ett femtiotal icke digitaliserade för att kontrollera att digitaliseringsprocessen inte har introducerat några missvisande artefakter, till exempel genom att utesluta delar av rapporterna, samt för att kontrollera transkriberingsprocessens tillförlitlighet. Inga betydelsebärande skillnader mellan rapporterna i olika format har upptäckts – akribin har varit avsevärd.

Om sådant förarbete genomförts kan uppdykandet av vissa ord i materialet tas som stöd för att intresset för detta ämne ökat bland provinsialläkarna. En tilltagande frekvens av vissa ord kan dock bero på ojämn källtillgång. Undersökningens källmaterial innefattar fler rapporter från seklets slut än från dess början eftersom antalet distrikt ökade. Därtill har en större andel av de sena rapporterna digitaliserats. Alla argument som stöds av ökad förekomst av vissa ord måste därför viktas för att ta hänsyn till att källmaterialet är mer omfattande för det sena 1800-talet.

Predictions? i *PMLA* vol. 123, nr 3, 2008, s. 707–717; Franco Moretti, *Graphs, Maps, Trees. Abstract Models for a Literary History* (London, 2005); Luke Blaxill, "Quantifying the Language of British Politics, 1880–1910", i *Historical Research*, vol. 86, nr 232, 2013, s. 313–341. För digital humaniora i relation till specifikt idéhistoria och intellektuell historia, se Mark J. Hill, "Invisible Interpretations. Reflections on the Digital Humanities and Intellectual History" i *Global Intellectual History*, vol. 1, nr 2, 2016, s. 130–150.

⁹⁹ Solveig Jülich, Patrik Lundell & Pelle Snickars (red.), *Mediernas kulturhistoria* (Stockholm, 2008), s. 10.

¹⁰⁰ Rörande år där färre än 25 rapporter har digitaliserats har alla digitaliserade rapporter lästs. Gällande år där inga rapporter digitaliserats har jag i viss mån kompletterat med årsrapporter i original på Riksarkivet i Marieberg, samt avfotograferade årsrapporter på Riksarkivets hemsida. I sådana fall har dock färre än 25 per år lästs.

En möjlig metod vore att räkna ordfrekvenser i relation till den totala summan digitaliserade ord från ett visst år, men i detta fall skulle sådana resultat bli missvisande då inte alla provinsialläkarrapporter digitaliserats.¹⁰¹ Ordsökningar har därmed endast använts för att ge ytterligare stöd för analyser som redan gjorts kvalitativt. Därtill har ordfrekvenser där det varit relevant relaterats till total mängd rapporter från det specifika året.

Sökordsmetoden är särskilt effektiv för att studera hur begrepp förändras. Det är enkelt att skapa en lista över de sammanhang ett visst ord användes i, vilket genast avslöjar nya användningsområden. Exempelvis betyder ordet ”ren” i rapporter från tidigt 1800-tal huvudsakligen ”oblandad”, medan det under sent 1800-tal snarare används som motsatsord till ”smutsig”. Ibland används dock olika ord om samma fenomen under skilda perioder, som ”bleksot” respektive ”chlorosis/clorosis”, vilket kan ge en missvisande bild av att intresset minskat.

En annan svårighet med ordsökningar är att likartade företeelser kan beskrivas på olika sätt. Jag har till exempel letat efter diskussioner om miasma, vilket försvårats av att provinsialläkarna sällan använde detta ord. Då har det istället varit mer effektivt att söka på adjektiv än på substantiv, som ”ruttnande”, ”stinkande”, ”asig”, ”motbjudande”, ”vämjelig” och så vidare, vilka lett till diskussioner av miasmatiske materia där inte själva begreppet användes. Påståenden om att ”inga träffar finns” bör därmed underbyggas med ordsökningar av synonymer snarare än att förlita sig på ett enda ord.¹⁰²

I *Medicinhistorisk databas* sorteras träffar i fallande ordning utifrån år, medan specialgrepp behövs för att sortera utifrån orter. Därmed organiseras källmaterialet så att förändring över tid framhålls på bekostnad av regionala skillnader. En inledande ansats i arbetet var att påvisa de stora olikheter jag antog skulle existera geografiskt. Säkerligen hade provinsialläkare i gles befolkade distrikt annorlunda upplevelser och tolkningar av sjukdom än läkare som praktiserade i anslutning till större städer?

Flera forskare som studerat liknande källor i andra länder har utgått från att regionala skillnader var avgörande. Evelyn Ackerman, som undersökt fransk landsbygdsmedicin under perioden 1800–1914, begränsade exempelvis sin studie till ett enda distrikt eftersom hon förutsatte att en omfattande variation i lokala traditioner skulle göra en nationell översikt näst intill omöjlig.¹⁰³ Pamela Gilbert, som undersökt folkliga sjukdomsuppfattningar i 1800-talets USA menar att sjukdomsuppfattningar var så lokalt förankrade och regionalt sammansvetsade att det fanns stora variationer mellan skilda geografiska

¹⁰¹ Det vore möjligt men arbetskrävande att sammanställa alla ord från ett visst år, då varje rapport öppnas separat.

¹⁰² För att automatiskt räkna antal träffar från ett visst decennium i en onummerad träfflista, sök på de tre första siffrorna i årtalet, t.ex. ”189*” i träfflistan.

¹⁰³ Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*, s. 8.

platser, urbaniseringsnivåer och etniska grupper.¹⁰⁴ Ett av denna undersökningens första resultat var dock att sådana regionala skillnader är svåra att finna i svenska provinsialläkarrapporter. Snarare är likheterna mellan olika rapporter slående och de stora skillnaderna finns mellan olika tidsperioder snarare än mellan olika distrikt eller individuella läkare.

För att kontrollera att detta resultat inte påverkats av databasens utformning har jag jämfört rapporter från tre så olika platser som möjligt, för att se om regionala skillnader gav effekter vilka dolts av sökmetoden. Rapporter från Vimmerby, Umeå och Stockholm valdes ut för att nå stor geografisk brännvidd samt täcka in distrikt med varierande storlek, befolkningstäthet och närhet till tätorter. Upp till nio rapporter från varje decennium under åren 1820–1899 från dessa tre distrikt jämfördes med varandra. Denna kontroll påvisade inga avgörande skillnader utan bekräftade snarare en märkbar kontinuitet och samstämmighet.¹⁰⁵ Läkares erfarenheter var förmodligen heterogena, med distrikt som varierade i storlek, klimat samt avstånd från städer och allfartsvägar. De själva hade skilda mängder erfarenhet och olika goda förhållanden till lokalbefolkningen. Trots det, och trots att provinsialläkarrapporternas innehåll fram till och med 1851 var helt oreglerat, finns alltså en samstämmighet i rapporterna som visar att läkare anslöt sig till en liknande modell för hur sjukdom borde beskrivas och för vilka slags exempel och uppgifter som borde lyftas fram. Det svenska fallet skiljer sig därmed från det franska och amerikanska.¹⁰⁶ I undersökningen behandlas därmed rapporterna

¹⁰⁴ Pamela K. Gilbert, "Popular Beliefs and the Body. 'A Nation of Good Animals'" i Michael Sappol & Stephen P. Rice (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire* (London, 2014), s. 126.

¹⁰⁵ De undersökta rapporterna är 1820 Vimmerby Hanström; 1835 Vimmerby Hanström; 1840 Vimmerby Hanström; 1845 Vimmerby Hanström; 1851 Vimmerby Bergenklint; 1858 Vimmerby Bergenklint; 1860 Vimmerby Bergenklint; 1878 Vimmerby Christiernsson; 1881 Vimmerby Christiernsson; 1885 Vimmerby Christiernsson; 1890 Vimmerby Lind; 1895 Vimmerby Lind; 1900 Vimmerby Lind/af Zellén; 1820 Stockholm Westman; 1831 Stockholm Brandelius; 1835 Stockholm Brandelius; 1840 Stockholm Brandelius; 1846 Stockholm Brandelius; 1850 Stockholm Brandelius; 1855 Stockholm 1/3 Ekecrantz; 1860 Stockholm (1) Rydberg; 1865 Stockholm Rydberg; 1878 Stockholm Rydberg; 1885 Stockholm Svedberg; 1890 Stockholm Berlin; 1895 Stockholm Berlin; 1900 Stockholm Berlin; 1826 Umeå Hallström [ofullständig]; 1837 Umeå Genberg; 1840 Umeå Hay; 1845 Umeå Hay; 1850 Umeå Hajj; 1855 Umeå Hajj; 1860 Umeå Hajj; 1865 Umeå Hajj; 1869 Umeå Westman; 1881 Umeå Bergenholtz; 1885 Umeå Bergenholtz; 1892 Umeå Bergenholtz; 1897 Umeå Ekeröth.

¹⁰⁶ Att det svenska systemet var mer enhetligt än det amerikanska är inte konstigt. USA är ett stort land med stora geografiska skillnader och saknade statlig översyn av medicinsk utbildning samt någon central sammanställande organisation på 1800-talet. Men skillnaderna gentemot Frankrike är mer förvånande. Kanske kan de förklaras av den turbulenta politiska situationen i Frankrike på 1800-talet jämfört med Sverige? De svenska provinsialläkarrapporterna blev till under relativt stabila omständigheter och är därför värdefulla att studera för att nyansera den anglosaxiska och franska slagsidan inom det internationella medicinhistoriska fältet. Den näst intill unika situationen av fred under hela den studerade tidsperioden kombinerad med en statligt finansierad sjukvård som avkrävde läkarna årlig redovisningsplikt, innebär att en värdefull kontinuitet existerar gällande just svenska provinsialläkare. En studie av läkarrapporter under en lång tidsperiod utan avbrott eller omorganiseringar skulle vara svårare att uppnå i andra länder

som en bred indikation av vad gruppen ansåg vara relevant och möjligt att yttra om dessa frågor. Jag har därför behandlat provinsialläkare som en homogen snarare än som en heterogen grupp.¹⁰⁷

Till övergripande studiers försvar

Det omfattande källmaterialet och det övergripande anslaget innebär att denna studie skiljer sig från den dominerande trenden inom vetenskaps-, medicin- och kroppshistoria under de senaste trettio åren. Det har här varit vanligt att polemisera mot ”grand narratives” och istället hålla fram mikrohistoria – tydligt avgränsade studier av distinkta händelser, få personer och korta tidsperioder – som ideal.¹⁰⁸ En inflytelserik företrädare för detta perspektiv är vetenskaps-historikern Katharine Park. I sin artikel ”Was There a Renaissance Body?” argumenterar hon för att kroppshistoriker alltför ofta utgått från ”modernist assumptions”, underskattat mångfalden av kroppsdiskurser vid varje period och plats, förminskat viktiga lokala och regionala skillnader och förbisett sam-existensen av väsensskilda föreställningar inom enskilda kulturer och individer.¹⁰⁹ Park tar renässansidéer om menstruation som exempel på denna multiplicitet, eftersom den beskrevs på oförenliga sätt: samma person kunde kalla menstruationsblod nedsmutsande, magiskt och nödvändigt för hälsan. Denna motstridighet innebär enligt Park att historiska studier bäst görs av mikrohistoriker som motstår frestelsen att skapa ”totalizing interpretations of a particular culture”.¹¹⁰

Problemet är att även om mikrostudier är viktiga komplement till andra slags undersökningar skapar de sällan sammanhängande, övergripande tolkningsramar. De riskerar därför att förbise samband och helheter som bara översiktliga analyser kan påvisa. Parks menstruationsexempel demonstrerar exempelvis snarare flera uttryck av samma grundprincip än totalt motstridiga uppfattningar. Inom flödeshanterande medicin – medicin inriktad på flöden in i, ut från och inuti kroppen, vilken präglade skolmedicinen fram till mitten av 1800-talet¹¹¹ – förstods menstruation vara del av kroppens ständiga cirkulation. Därför ansågs processen hälsosam trots att menstruationsblodet var nedsmutsande. Blodet kunde därtill användas för magi då kropp och omgivning hörde ihop – kroppsutsöndringar kunde uppfattas som delar av kroppen även efter att de lämnat den. Exemplet Park använder för att bevisa samexistensen

där sjukvårdssystemet antingen inte var statligt organiserat som i USA och Storbritannien, eller där kontinuitet förhindrats av konflikter eller starkt lokalstyre som i Frankrike och Tyskland.

¹⁰⁷ Jämför Martin, *Flexible Bodies*, s. 10.

¹⁰⁸ En liknande diskussion har förts inom vetenskapssociologi och vetenskapshistoria om förhållandet mellan översiktshistoria och fallstudier.

¹⁰⁹ Katharine Park, ”Was There a Renaissance Body?” i Walter Kaiser & Michael Rocke (red.), *The Italian Renaissance in the Twentieth Century* (Florence, 2002), s. 321–335. Citat på s. 325.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Se kapitel 3.

av motsägelsefulla uppfattningar kan ur ett annat perspektiv alltså ses som kompletterande facetter av samma helhet.

Att frysa en process vid ett givet ögonblick för att sönderdela dess struktur medför också risken att centrala förhållanden döljs.¹¹² Mikrohistoria riskerar att missa helheten eftersom historisk förändring ofta följer samma mönster som sömn eller förälskelse: först sker gradvisa, omärkliga förändringar och sedan förändras allt plötsligt på en och samma gång.¹¹³ Korta, begränsade undersökningar tenderar att överbetona dramatiska händelser framför långsamma processer. Det är ett av metodens tillkortakommanden att mikrohistorier sammantaget ofta ger intryck av att historien består av en lång rad viktiga men frikopplade och egentligen obegripliga händelser: *one damn thing after another*.¹¹⁴ Detta var Fernand Braudels poäng när han liknade händelsehistoria vid vågskum: vändpunkter är lätta att upptäcka men svåra att förklara utan större sammanhang.¹¹⁵ Många plötsliga händelser föregås av stöttepelares långsamma vittrande, vilket förblir osynligt vid studier av själva brytpunkten. Utan långa översiktsstudier som stöd riskerar därmed mikrostudier att beskriva förändring utan att förklara den – just det tillstånd som kännetecknat forskning om medicinska praktiker och uppfattningar under 1800-talet. Det finns flera studier som nämner att ”hippokratiska” praktiker och förståelsesystem först dominerade och sedan försvann, men bara en studie utifrån vad Braudel benämnt *longue durée*, med källor från många spridda individers uppfattningar och praktiker, kan förklara hur förändringen gick till.

Samtidigt är de invändningar som mikrostudiers förespråkare lyft fram mot långa studier av många personer giltiga. Sammanfattande studier kan bli summariska och ignorera lokala skillnader och nyanser. Denna risk kan motverkas genom att tydligt underbygga och argumentera för påståenden om gemensamma drag samt förankra dem i specifika kontexter: kort sagt genom ett tydligt fokus på hur medicin utövades praktiskt.

Forskningsläget om provinsialläkare

Befintlig forskning om svensk medicin under 1800-talet består i stor utsträckning av studier av organisatorisk förändring och representationer. Med organisatorisk förändring menar jag kartläggningar av sjukvårdens tillväxt i form av föreningar,

¹¹² Thompson, *The Making of the English Working Class*, s. 9.

¹¹³ Se John Green, *The Fault in Our Stars* (New York, 2012), s. 125.

¹¹⁴ Frasen är hämtad från Arnold Toynbee, *A Study of History* (London, 1954), s. 195. Toynbee polemiserade mot detta angreppssätt.

¹¹⁵ Fernand Braudel, *The Mediterranean and the Mediterranean World in the Age of Philip II* (Berkeley, 1996).

sjukhus och professionaliseringsprocesser,¹¹⁶ och med representationer menar jag undersökningar av hur medicinska debatter, diskussioner och klassifikationer medskapat identiteter och utanförskap.¹¹⁷ Att undersöka vardagsmedicin, medicinska praktiker och läkare stationerade på landsbygden har i Sverige inte gjorts mer än bitvis.¹¹⁸

Provinsiälläkarrapporter har tidigare främst använts antingen som källor för specifika uppgifter, exempelvis antalet svenska fall av polio ett visst år, eller för avgränsade fallstudier av provinsialläkarrapporter från ett speciellt distrikt.¹¹⁹

¹¹⁶ Organisatorisk tillväxt: Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963); Anders Åman, *Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning* (Stockholm, 1976). Professionaliseringsstudier: Ulrika Nilsson, *Det beta könet. Gynkologin i Sverige kring förra sekelskiftet* (Stockholm, 2014); Tony Gustafsson, *Läkaren, döden och brottet. Studier i den svenska rättsmedicinens etablering* (Uppsala, 2007); Solveig Jülich, *Skuggor av sanning. Tidig svensk radiologi och visuell kultur* (Linköping, 2002); Christina Romlid, *Makt, motstånd och förändring. Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskäväsendet 1663–1908* (Uppsala, 1998); Lisa Öberg, *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård, 1870–1920* (Stockholm, 1996); Åsa Andersson, *Ett högt och ädelt kall. Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering 1850–1933* (Umeå, 2002); Lena Lannerheim, *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering* (Göteborg, 1994); Margareth Nordgren, *Läkarprofessionens feminisering. Ett köns- och maktperspektiv* (Stockholm, 2002).

¹¹⁷ Svenska studier av processerna varigenom medicinska representationer konstituerat kön och mental ohälsa: Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*; Johannisson, *Den mörka kontinenten*.

¹¹⁸ Josep L. Barona & Steven Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005); J. T. H. Connor & Stephan Curtis, *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011).

¹¹⁹ Uppgifter från provinsialläkarrapporter har använts i exempelvis Maria Arvidssons avhandling om arbetarskydd och Per Axelssons avhandling om de svenska polioepidemierna. Maria Arvidsson, *När arbetet blev farligt. Arbetarskyddet och det medicinska tänkandet 1884–1919* (Linköping, 2002) samt Axelsson, *Höstens spöke*. Provisiälläkare förekommer som en del i mer övergripande studier över den svenska medicinhistorien under 1800-talet i exempelvis Roger Qvaresell & Ulrika Torell, *Humanistisk hälsöforskning. En forskningsöversikt* (Lund, 2001); Johannisson, *Kroppens tunna skal*; Johannisson, *Medicinens öga*. Mer specifikt inriktade på att undersöka just provinsialläkarnas situation under 1800-talet är en artikel av Peter Nilsson utgår från provinsialläkare Aspelins rapporter för att säga något om yrkesgruppens arbetssituation under 1800-talet. Peter Nilsson, ”Folkhälsan i Östskåne under mitten av 1800-talet speglad via en provinsialläkares arbete” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 6, nr 1, 2002. Malin Appelquist & Peter M. Nilsson, ”Folkhälsan i östra Skåne 1860–1899. En studie utifrån provinsialläkarrapporter” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 9, nr 1, 2005, s. 95–115, handlar om allmogen, men då artikeln utgår just från provinsialläkare får även dessa stort utrymme. Se även Mats Beronius, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia – eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi* (Stockholm, 1994), särskilt kapitel 4, ”Provisiälläkarnas sociala blick”, s. 43–53; Rune Karlsten, ”Epidemier och hygienism. En analys av provinsialläkarnas i Norrbotten årsberättelser år 1893–1939”, opublicerad C-uppsats, Institutionen för idé- och samhällsstudier, Umeå universitet, vt. 1998. Genomgående har tidigare studier av provinsialläkare undersökt en viss provinsialläkares utsagor under ett fåtal år samt redogjort för vanliga teman i rapporterna utan att analysera dem. Ylva Sjöstrand är mer analytisk och har i sin artikel ”Modernitet och traditionalism i svenska provinsialläkarberättelser 1851–1874” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 7, nr 1, 2003, s. 139–161, nått slutsatsen att provinsialläkarna försökte de motverka moderna konsumtions- och rese-mönster som allmogen alltmer tog till sig. Konflikter mellan provinsialläkare och andra grupper har behandlats i två avhandlingar. Sofia Ling har studerat åtal mot kvacksalverianklagade mellan 1770 och 1870 och kan därmed ovanligt nog även presentera ”kvacksalvarnas” syn på konflikterna med läkarkåren och sjukvårdsväsendet i stort. Sofia Ling, *Kärringmedicin och vetenskap. Läkare och kvacksalveri-*

Oftast utgår undersökningar av 1800-talsmedicin från tryckt material samt källor rörande borgerliga patienter och läkare.¹²⁰ Ingen studie existerar som på djupet undersökt ett stort antal provinsialläkares sjukdomsuppfattningar. Denna undersökning bidrar med mycket ny information även om denna läkargrupp, vilken varit så viktig för svensk 1800-talsmedicin, inte minst som knutpunkt mellan Sundhetskollegium och andra utövare som barnmorskor, vaccinatörer och apotekare.

Det finns flera internationella studier av dels landsbygdsmedicin, dels av andra läkargrupper som fungerade på ungefär samma sätt som svenska provinsialläkare under 1800-talets gång, exempelvis om *General Practitioners* och *Medical officers of Health* i Storbritannien och *distriktslege* i Norge.¹²¹ Min analys kan förhoppningsvis bidra till även dessa forskningsfält med svenska exempel.

anklagade i Sverige omkring 1770–1870 (Uppsala, 2004). Lisa Öberg redogör för relationen mellan läkare (däribland provinsialläkare) och barnmorskor mellan 1870 och 1920, särskilt i förhållande till de båda gruppernas professionaliseringsstrategier. Öberg, *Barnmorskan och läkaren*. Därtill har provinsialläkaryrkets praktiska förutsättningar beskrivits i Hilding Bergstrands artikel som en del i en skildring av läkaryrkets svenska historia. Hilding Bergstrand, "Läkarkåren och provinsialläkarväsendet" i Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962* (Stockholm, 1963). Se även Annelie Drakman, "Alla mina bemödanden hafva strandat på okunnigheten, lågheten och egenyttnan. Hur allmogen beskrevs av provinsialläkare 1840–1900 och fyra funktioner av dessa beskrivningar", *Lychnos. Årsbok för idé- och lärdomshistoria*, vol. 1, 2012, s. 33–52; Tony Gustafsson, "Mellan pliktuppfyllelse och berättarglädje. En genreanalys av provinsialläkarrapporter från 1800-talets första hälft" i Torbjörn Gustafsson Chorell & Maja Bondestam (red.), *In på bara huden. Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson* (Stockholm, 2010), s. 27–44; Angelica Carlsson, "Det allmänna hälsotillståndet 1855–1860 i Örebro och Askersund utifrån provinsialläkares årsberättelser", opublicerad B-uppsats, Mittuniversitetet, 2014; Anna Prestjan, "State's Medical Experts in Local Practice. Provincial Doctors' View of Themselves as Public Health Promoters. An Example from the Swedish Countryside, 1880–1920", *Hygiea Internationalis*, vol. 9, nr 1, 2010, s. 223–246. Därtill har Svenska provinsialläkarföreningen och dess efterföljare Sveriges läkarförbund sammanställt egna historiker över yrkeskåren samt dess fackliga organisation. För 1800-talet, se Carl Dahlborg, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905* (Stockholm, 1905). För 1900-talet, se Gottfrid Törnell, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1906–1930* (Stockholm, 1930); Carl Gustaf Sundell, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1931–1955* (Stockholm, 1955); Göran Gerner, *Svenska Provinsialläkarföreningen 1880–1972* (Stockholm, 1975).

¹²⁰ Främst utifrån källor bestående av medicinska tidskrifter och rådgivningslitteratur riktad till en borgerlig allmänhet, genom att undersöka medicinska debatter i *Hygiea*, *Eira* och i småkrifter.

¹²¹ För landsortsmedicin, se Keir Waddington, "I should have thought that Wales was a wet part of the world". Drought, Rural Communities and Public Health, 1870–1914" i *Social History of Medicine*, vol. 30, nr 3, 2017, s. 590–611; Keir Waddington, "Vitriol in the Taff. River Pollution, Industrial Waste, and the Politics of Control in Late Nineteenth-Century Rural Wales" i *Rural History*, vol. 9, nr 1, 2018, s. 23–44; Keir Waddington, "In a country every way by nature favourable to health'. Landscape and Public Health in Victorian Rural Wales", *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 31, nr 2, 2014, s. 183–204; Keir Waddington, "It might not be a nuisance in a country cottage'. Sanitary Conditions and Images of Health in Victorian Rural Wales". *Rural History*, vol. 23, nr 2, 2012, s. 185–204; Connor & Curtis, *Medicine in the Remote and Rural North*; Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*. I Norge motsvaras provinsialläkare från 1830-talet av *distriktslege*. Se Hogne Sandvik, "Distriktslegen (1836–1984)" i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 120, 2000, s. 3160–3161; Hogne Sandvik, "Spedalskhet og arv. En distriktsleges betraktninger fra 1884" i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 112, 1992, s. 3799–3801; Aina Schiøtz, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900–1984* (Oslo, 2000); Øivind Larsen, "Medical Reports from the 1800s and What They Tell About Health Conditions,

Disposition

Avhandlingen inleds med ett kort bakgrundskapitel om svenska provinsialläkares utbildning, åligganden och rapporteringsskyldighet, som grund för argumenten som följer i efterkommande kapitel. Utöver detta är dispositionen baserad på undersökningens argumentativa struktur och består av tre delar.

Ett centralt argument i denna undersökning är att läkare under åren 1820–1865 reaktivt hanterade flöden in i, ut ur och inuti kroppen. Mellan åren 1840–1870 började de istället bevaka och skydda gränsen mellan kropp och omgivning, ett angreppssätt som kom att dominera under perioden 1865–1900 och som jag kallar för gränsskyddande medicin. Kapitel 3 och 4 redogör för grundprinciperna i flödeshanterande medicin och kapitel 5 och 6 redogör för den gränsskyddande medicinens kännetecken samt för övergången mellan angreppssätten. Den tredje delen, kapitel 7 och 8, kopplar samman denna övergång med den bland kroppshistoriker etablerade tesen att västerländska kroppsuppfattningar genomgick ett skifte före eller i samband med upplysningen, då kroppen började uppfattas som sluten snarare än öppen mot omgivningen. Jag menar att detta skifte pågick även under 1800-talets mittersta tredjedel och använder denna omperiodisering som stöd för mitt huvudargument: att förändrade uppfattningar om samspelet mellan kropp och omgivning förklarar varför åderlätning, evakuerande terapier, miasmateorin och klimatmedicinen övergavs under 1800-talets mitt – inte bara bland svenska provinsialläkare, utan inom västerländsk medicin generellt.

Population and the Work of Doctors in Peripheral Norway” i J. T. H. Connor & Stephan Curtis (red.), *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011), s. 115–128. För Finland, se Saara-Maija Kontturi, ”Parantajat ja tieteen tekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun”, opublicerad pro gradu-uppsats (Jyväskylä universitet, 2014); Bertel von Bonsdorff, *The History of Medicine in Finland 1828–1918* (Helsingfors, 1975); *Läkare och läkekonst i Finland under 300 år 1640–1940* (Ekenäs, 1978); Woldemar Backman, *Nykarleby provinsialläkärdistrikt. En 50-års berättelse 1870–1920* (Helsingfors, 1927). För Danmark, se Anne Lokke, *Døden i Barndommen – Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920* (København, 1998); Ole Peter Grell, Andrew Cunningham & Robert Jütte (red.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe* (London & New York, 2017); Gerda Bonderup, Jørgen Mikkelsen & Lisbeth Skjernov, *’af yderste Vigtighed for det hele Borgersamfundes Trygbed’. Medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning* (København, 2006). För Storbritannien finns digitaliserade rapporter från åren 1842–1972 skrivna av brittiska *Medical Officers of Health*, vilka hade uppgifter mycket snarlika svenska provinsialläkares, samlade på följande adress, <https://wellcomelibrary.org/moh/>. Hämtad 2018-02-26.

2. Bakgrund – provinsialläkarna

Provinsialläkare var statliga tjänsteläkare utsända över hela Sverige med uppgift att förebygga och behandla sjukdom, överse andra medicinska utövare och samla information åt centralorganisationen Sundhetskollegium i Stockholm.¹²² Yrkeskategorin instiftades 1688 och existerade fram till 1973. Systemet byggdes ut långsamt och förstatligades 1773.¹²³ Först då täckte provinsialläkardistriktet hela landet eftersom de tidigare berott på lokala initiativ. År 1805 var landet uppdelat i 40 provinsialläkardistrikt, varav 8 i Finland, men 10–15 tillkom per decennium genom att befintliga distrikt avstycades: 1900 fanns 137 distrikt.¹²⁴ Under 1800-talet utgjorde provinsialläkarna mellan en tredjedel och en femtedel av den svenska läkarkåren.¹²⁵ Vid sekelskiftet 1900 fanns 1100 läkare listade av Svenska Läkaresällskapet, varav 137 ordinarie provinsialläkare, 162 extra

¹²² Mellan 1814–1905 ingick Sverige i union med Norge, men de respektive provinsialläkar-systemen styrdes separat.

¹²³ Det finns inga exakta motsvarigheter till svenska provinsialläkare internationellt under 1800-talet, men vissa läkargrupper fungerade på liknande sätt. Spanska landsortsläkare kallades *inspector provincial de sanidad*, men var lokalt snarare än statligt avlönade. Det norska systemet visade större likheter med det svenska: här fanns statligt utnämnda *distriktslege* från 1816. I Frankrike skilde man i statlig lagstiftning från 1803 mellan första klassens medicinska utövare samt *officier de santé*, vilka hade kortare utbildning och avlönades lokalt. I Ryssland instiftades *Zemstvo*-systemet 1864, där lokala myndigheter även avlönade landsortsläkare. I Storbritannien hade privatpraktiserande *General Practitioners* stort inflytande och fram emot seklets andra hälft infördes även lokala tjänster som *Medical Officers of Health* med sanitära och hygienistiska uppdrag. John Cule, *A Doctor for the People. 2000 Years of General Practice in Britain* (London, 1980); Barona & Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)*, s. 106, 43, 74; Ling, *Kärringmedicin och vetenskap*, s. 25–26; Sten Lindroth, *Svensk lärdombhistoria. Frihetstiden* (Stockholm, 1978), s. 421; Bergstrand, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet”, s. 60, 120–124; Otto E. A. Hjelt, *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Del 2* (Helsingfors, 1891), s. 60–73.

¹²⁴ Bergstrand, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet”, s. 60.

¹²⁵ År 1850 hade Sverige drygt 400 läkare, år 1880 drygt 600, år 1900 drygt 1200. Antal ordinarie provinsialläkare under utvalda år: 1816 – 40; 1830 – 47; 1835 – 47; 1845 – 65; 1852 – 66; 1859 – 71; 1885 – 137. Antal extra provinsialläkare under utvalda år: 1816 – 0; 1830 – 8; 1835 – 15; 1845 – 16; 1852 – 17; 1859 – 26; 1885 – 0. Antalet distriktsläkare under utvalda år: 1835 – 0; 1845 – 31; 1852 – 30; 1859 – 22; 1885 – 56. Sören Edvinsson, ”A Country Doctor. Health Care in a Mid-Nineteenth-Century Swedish Remote Area” i J. T. H. Connor & Stephan Curtis (red.), *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011), s. 98; Gerner, *Svenska Provinsialläkar-föreningen 1880–1972*, s. 11; Ling, *Kärringmedicin och vetenskap*, s. 4, 20, 26; J. Sundin & S. Willner, *Social Change and Health in Sweden. 250 Years of Politics and Practice* (Linköping, 2007), s. 93; Ulf Schöldström, ”Läkarförbundet under ett sekel” i Nils O. Sjöstrand (red.), *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003* (Stockholm, 2003), s. 15–57, särskilt s. 21; ”Svensk allmänmedicin – när praktiken fick en teori” i Sjöstrand (red.), *Ett sekel med läkaren i fokus*, s. 251; Motzi Eklöf, *Läkarens etos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960* (Linköping, 2000), s. 199.

(assisterande) provinsialläkare och 55 distriktsläkare, vilka löd under provinsialläkarinstruktionerna men avlönades lokalt. Sammanlagt fanns 462 statligt avlönade tjänsteläkare 1900, 42 procent av den inhemska läkarkåren.¹²⁶ Den svenska läkartätheten – 1,7 läkare per 10 000 invånare 1890 – fördubblades mellan 1880 och 1900 men var låg europeiskt sett. Flera länder hade 2–4 gånger så många läkare per invånare som Sverige.¹²⁷

Provinsialläkarna var allmänpraktiker – föregångare till specialister i allmänmedicin, *General Practitioners* – och förväntades hantera alla medicinska problem som uppstod i distriktet. Deras uppgifter reglerades i provinsialläkarinstruktionen, fastställd 1744 och utökad 1774, då en bestämmelse tillkom om att varje provinsialläkare skulle insända en årlig beskrivning av ämbetsförrättningar och lokala farsoter.¹²⁸ Instruktionen uppdaterades 1822 till den version som användes till 1890, det vill säga huvuddelen av min undersökningsperiod. 1822 års instruktion prioriterade övervakande funktioner: i dess första paragraf ålades provinsialläkarna att överse den allmänna hälsovården och tillhandahålla densamma till individer.¹²⁹ Läkarnas uppgift var alltså att både behandla patienter och överblicka det lokala sjukvårdssystemet, vilket innebar att granska vaccinatörer och barnmorskor, bekämpa epidemier och veneriska sjukdomar, vara veterinären behjälplig, utföra förebyggande hälsovård och rättsmedicinska undersökningar samt inspektera bevaringsmanskap, hälsokällor och apotek. Om provinsialläkarnas mångskiftande uppdrag skrev en läkare 1890 att

av dem fordrar man nästan allting. De måste vara kunniga praktiserande läkare, de måste vara ackouschörer [förlossningsläkare], de böra vara kirurger, i alla dessa grenar av medicinen hemmastadda i utövningen. De böra vara psykiatrer, de måste vara farmaceuter och kemister samt hava egnat sig åt den forensiska medicinen, sundhetspolisen och medicinallagfarenheten. Med ett ord: de måste vara allt i allom för att fullständigt motsvara sin idé.¹³⁰

¹²⁶ I kategorin tjänsteläkare inbegreps även t.ex. militärläkare.

¹²⁷ Öberg, *Barnmorskan och läkaren*, s. 253; Gerner, *Svenska provinsialläkarföreningen 1880–1972*, s. 11. Läkartätheten per 10 000 personer i Sverige år 1890 motsvarande Rysslands men var låg jämfört med Valencias 5 år 1854, Frankrikes 6,25 år 1850, Tysklands 2,43 år 1861 och Storbritanniens 5–7, varav 7 under 1800-talet. Schöldström, ”Läkarförbundet under ett sekel” i Sjöstrand (red.), *Ett sekel med läkaren i fokus*, s. 21; Palmblad, *Sanningens gränser*, s. 24; Carmen Barona Vilar, ”The Role of Rural Doctors in Valencian Society” i Josep Barona & Steven Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005), s. 193–212, särskilt s. 199; Steven Cherry, ”Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe” i Josep Barona & Steven Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005), s. 29, 44, 49, 52, 53, 60.

¹²⁸ Gerner, *Svenska provinsialläkarföreningen 1880–1972*, s. 10, 13.

¹²⁹ ”Kunglig Instruktion d. 13 juli 1822 för provinsialläkarna i riket” i Dahlborg, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905*, s. 14–15. Se även F. Lennmalm, *Svenska Läkaresällskapets historia 1808–1908* (Stockholm, 1908).

¹³⁰ A. H. Wistrand, *Historisk öfversigt af läkare-konstens och statsmedicinens uppkomst och utveckling inom fäderneslandet* (Stockholm, 1851), s. 44. Se även Hagström et al, ”Utdrag ur embetsberättelser. Af provinsial-, distrikts- och stadsläkare antecknade vetenskapliga iakttagelser, sjukdomsfall, etc.” i *Hygiea*, vol. 45, nr 6, 1883, s. 357.

Långa beskrivningar av hur svårt, tungt, riskfyllt och känslomässigt krävande arbetet var, hur många mil en genomsnittlig läkare reste per år samt hur mycket kortare provinsialläkare levde än genomsnittliga svenska män (11 år) florerade i tidskrifter och mötesprotokoll.¹³¹ Deras uppdrag var vagt definierat, till synes för att inte utesluta något, men vissa instruktioner fanns ändå. Särskilt viktigt för undersökningens syfte är uppmaningen i 1822 års instruktion, paragraf 8, om att identifiera omständigheter som påverkade människors hälsa:

Utom denna skyldighet, att biträda de sjuka inom distriktet, som hans hjälp anlita, bör prov.-läkaren även fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidra till att bibehålla innevärnarnas hälsa, samt på allt, som för hälsan kan medföra skadliga följder. Han bör för detta ändamål, då tillfälle därtill gives och i synnerhet under sina ämbetsresor, taga noga kännedom om sitt distrikt till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, särskilt folklynne och levnadssätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt brukliga huskurer m.m., varuti allt han vid alla tillfällen bör upplysa om det rätta och motarbeta det skadliga, och varvid han, liksom i många andra fall, bör kunna räkna på kraftigt biträde av prästerskapet. Särskilt bör han vara uppmärksam på beskaffenhet av allmogens dryck och födoämnen, när därav, vid inträffad missväxt, otjänlig väderlek vid bärgningstiden eller andra tillfällen, farsoter eller skada kunna befaras; och då anmäla förhållandet hos landshövdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare avböja vad för innevärnarnas hälsa kunde vara av menligt inflytande.¹³²

Provinsialläkarrapporterna skulle alltså sammanställa information om allt som kunde gynna respektive skada invånarnas hälsa, exempelvis vilka områden som var särdeles sjukdomsdrabbade, samt befolkningens levnadsvanor och tillgång till föda.¹³³

Provinsialläkarnas sociala bakgrund varierade, men de kom huvudsakligen från en borgerlig medelklass.¹³⁴ De hade utbildats tillsammans: utbildningen var så pass liten att de flesta läkarstudenter ur samma generation bör ha känt varandra.¹³⁵ Till skillnad från andra länder under 1800-talet var svensk läkarutbildning tydligt statligt reglerad med en noga fastslagen utbildningsgång som

¹³¹ Ibid, s. 75. Se även *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*, exempelvis två mappar märkta ”Cirkulär 1880–1890” och ”Cirkulär 1898–1899”.

¹³² ”Kunglig Instruktion d. 13 juli 1822 för provinsialläkarna i riket” i Dahlborg, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905*, s. 14–15.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Provinsialläkares faders yrken listades som till exempel lantmätare, grosshandlare, konsul, landskontorist, lagman, glasmästare, kammarråd, hemmansägare, kapten. Vissa provinsialläkare gifte in sig i adeln, någon blev riddare av Kungliga Nordstjärneorden och flera satt med i stadsfullmäktige, men de flesta tycks ha levt obemärkta liv. A. J. Bruzelius, *Sveriges Läkare-historia Ifrån Konung Gustaf den I:s till närvarande tid. Tredje följden. Del I; Läkarmatrikel* (Stockholm, 1895), se till exempel s. 601.

¹³⁵ Magnus Huss beskrev den pågående läkarutbildningen vid Karolinska Institutet på 1840-talet som att 27 studenter utbildades, 20 från Uppsala och 7 från Lund. Även om antalet läkarstudenter ökade så fanns färre än 500 tjänsteläkare i Sverige år 1900. Broberg, ”Liten svensk medicinshistoria”, s. 9–50.

samtliga läkarstudenter skulle följa.¹³⁶ Under 1800-talet utbildades de tillsammans vid universiteten i Uppsala eller Lund. Från 1812 krävdes dubbelexamen för behörighet till provinsialläkartjänster: både medicine doktor och kirurgie magister. Den kirurgiska delen av utbildningen gavs vid Karolinska Institutet i Stockholm, där också stora delar av praktiken var förlagd.¹³⁷

Universitetsutbildningen förblev påverkad av 1700-talsteoretiker inom medicin och botanik fram till 1800-talets mitt. Enligt studentbeskrivningar var undervisningen traditionsorienterad och betonade antika texter.¹³⁸ Men även iatromekanismen var viktig, särskilt holländaren Boerhaaves teorier, vilka influerade svenska 1700-talsläkare som Nils Rosén von Rosenstein och Carl von Linné.¹³⁹ Föreläsningsanteckningar bevarade från Uppsala universitets läkarutbildning från tidigt 1800-tal visar att professorerna i medicin gärna sorterade sjukdomar i olika taxonomiska system, särskilt Saugaves, Linnés, Vogels och Cullens.¹⁴⁰ Pehr von Afzelius, som innehade den centrala lärostolen i teoretisk och praktisk medicin i Uppsala 1801–1820, hade nära kopplingar till periodens medicinska stora stjärna William Cullen och besökte honom i Edinburgh. Afzelius undervisning bestod främst av att återge och kommentera Cullens och dennes efterföljares Browns teorier, vilka förklarade att alla sjukdomar uppkom av en enda grundprincip: att kroppen var alltför eller inte tillräckligt stimulerad eller ”retad” av sin omgivning. De föreskrivna terapierna bestod företrädesvis av åderlåtning och koppning samt användandet av kräkmedel, spanska flugor och våta omslag.¹⁴¹ Israel Hwasser tog över denna befattning i Uppsala och förde den romantiska medicinens ideal vidare. Enligt Sven-Eric Liedman rörde sig Hwasser ”i en tidlös värld där Hippokrates, Galenos och Sydenham är lika närvarande som 1800-talets medicinska forskare”.¹⁴²

För blivande provinsialläkare fanns även ett betydande praktiskt inslag i utbildningen. Vid Lunds universitet ägnade studenterna sig åt dissektionsövningar från 1790-talet och framåt.¹⁴³ Från 1820-talet avkrävdes alla läkar-

¹³⁶ Dahlborg, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905*, s. 20–30; Broberg, ”Liten svensk medicinshistoria”. Särskilt oreglerat var det amerikanska fallet, där ingen federal översikt över läkarutbildningen fanns under 1800-talet.

¹³⁷ Bergstrand, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet”, s. 109.

¹³⁸ En översiktlig studie av brev från Arvid Henrik Florman, som var professor i anatomi, kirurgi och veterinärmedicin i Lund från år 1801, har demonstrerat att inga avgörande skillnader tycks ha existerat mellan undervisningen i Lund och Uppsala under tidigt 1800-tal. Carl M. Fürst, *Arvid Henrik Flormans Bref till Anders Retzius* (Lund, 1910). Se även Krister Gierow, ”Medicinska fakulteten” i *Lunds universitets historia. Utgiven av universitetet till dess 300 års-jubileum. 3. 1790–1867* (Lund, 1971), s. 266–310.

¹³⁹ Broberg, ”Liten svensk medicinshistoria”, s. 17; David Dunér, ”Maskinen människa”, i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinshistoria* (Stockholm, 2008), s. 111–150.

¹⁴⁰ Liedman, *Israel Hwasser*, s. 13, 96.

¹⁴¹ F. Bågenholm, *Afzelius. Föreläsningar i medicinen*, otryckta föreläsningsanteckningar, Uppsala universitetsbibliotek, s. 51.

¹⁴² Liedman, *Israel Hwasser*, s. 51.

¹⁴³ Gierow, ”Medicinska fakulteten”, s. 267. Se även Alfred Flaum, *Lasarettet i Lund, 1768–1968* (Lund, 1968).

studenter flera månaders praktik på Allmänna Barnbördshuset i Stockholm, vilket innefattade att ha förlöst minst 15 kvinnor.¹⁴⁴ År 1828 tillkom kravet på ett godkänt ämbetsprov inför Sundhetskollegium för att få statlig tjänst. Detta testade bland annat färdigheter i rättsmedicinsk obduktion och apoteksvisitation.¹⁴⁵ Från 1840 var klinisk undervisning vid Serafimerlasarettet obligatorisk, förutom den praktiska kirurgutbildning alla ämbetsläkare behövde ha genomgått vid Karolinska Institutet.¹⁴⁶

Även universitetsundervisningen blev mer empiriskt inriktad allteftersom seklet fortskred. I en medicinsk kandidat-examen från 1870-talet ingick anatomi och histologi, fysiologi, medicinsk och fysiologisk kemi, farmakologi, allmän patologi, medicinens historia, allmän kirurgi, fysiologisk obstetrik, samt propedeutisk medicinsk och kirurgisk klinisk utbildning.¹⁴⁷ I en medicinsk licentiat-examen ingick vid samma tid medicinsk patologi och terapi, pediatrik, psykiatri, läran om syfilis och hudsjukdomar, kirurgi, oftalmiatrik, obstetrik och gynekologi, patologisk anatomi, toxikologi och rätts- och statsmedicin.¹⁴⁸

En genomsnittlig blivande provinsialläkare på 1850-talet tog först studentexamen och sedan en filosofie kandidat-examen innan han (under 1800-talet var de alla män) studerade anatomi vid Karolinska Institutet i några terminer: utbildningslängden berodde på kandidatens försörjningsmöjligheter. Några år senare tog han sin medicinska kandidat- och senare licentiat- eller doktors-examen i Uppsala eller Lund. Under studietiden arbetade många studenter som underläkare och efter kandidatexamen inom olika assistent-tjänster – till exempel som extraläkare inom militären, vid epidemier eller på lasarett – innan de fick tjänst som till exempel distrikts- eller stadsläkare, extra provinsialläkare och slutligen ordinarie provinsialläkare. Trettio år senare innefattade karriärvägarna för en provinsialläkare fortfarande många olika anställningar. Rörligheten var potentiellt stor både geografiskt och mellan befattningar. Läkaren C. F. Möller, som titulerades ”provinsialläkare” i 1895 års läkarmatrikel, rörde sig exempelvis under 23 år mellan tjänster som gruvläkare, lasarettläkare, distriktsläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, järnvägsläkare och ordinarie provinsialläkare och var verksam i tio distrikt i fem olika landskap från Dalarna i norr till Småland i söder.¹⁴⁹ Men det fanns också läkare som stannade på samma provinsialläkartjänst i årtionden – stor mobilitet var alltså

¹⁴⁴ Öberg, *Barnmorskan och läkaren*, s. 214.

¹⁴⁵ Jan Kuuse & Bengt Dahlin, ”Öppen vård i Mittenälvsborg nu, då och sedan. Del I, Provinsialläkartiden”, 2008. Förarbete till boken *Från provinsialläkare till primärvård – en historisk exposé*, s. 21; Ling, *Kärringmedicin och vetenskap*.

¹⁴⁶ Bergstrand, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet”, s. 109; Karin Johannisson, ”Kliniken. Medicinens praktik” i Karin Johannisson, Ingemar Nilsson, Roger Qvarsell (red.), *Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under 200 år* (Stockholm, 2010), s. 44, 47; F. Lennmalm, *Karolinska Mediko-Kirurgiska Institutets Historia. Del 1, Karolinska. Medikokirurgiska Institutets uppkomst och utveckling* (Stockholm, 1910), särskilt ”Kirurgiska undervisningsverket i Stockholm 1797–1810”, s. 77–89.

¹⁴⁷ Lennmalm, *Karolinska Mediko-Kirurgiska Institutets Historia*, s. 249.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Bruzelius, *Sveriges Läkare-historia I från Konung Gustaf den I:s till närvarande tid*, s. 583.

möjlig men inte nödvändig.¹⁵⁰ Under 1880-talet hade många av de läkare som avslutade sitt yrkesliv som provinsialläkare vid något tillfälle haft en åtminstone tillfällig tjänst vid universitetens medicinska kliniker eller vid lasarett. Det fanns alltså ingen tydlig skiljelinje mellan lasarettsläkare och landsortsläkare.

Provinsialläkare kallas i tidigare forskning ofta för landsbygdsläkare, men i praktiken var uppdelningen mellan stads- och landsbygdsläkare diffus.¹⁵¹ Fram till 1860-talet bodde många provinsialläkare i distriktets centralort, vilken också kunde ge distriktet dess namn: Visby distrikt istället för Gotlands. Det fanns provinsialläkare stationerade i alla större städer under hela 1800-talet, som i Stockholm från 1773.¹⁵²

Under 1800-talet låg den huvudsakliga skillnaden mellan provinsialläkare och stadsläkare inte i första hand i arbetsuppgifterna, utan bestod snarare i att provinsialläkarna hade statlig tjänst och rapporteringsskyldighet till Sundhetskollegium, medan stadsläkarna var lokalt avlönade av distriktet. Så småningom blev distinktionen mellan provinsialläkare och stadsläkare tydligare.¹⁵³

Provinsialläkarna var inte nödvändigtvis avskurna från sin samtids medicinska kunskapsutveckling. Som ett flertal enskilda provinsialläkararkiv visar brevväxlade flera läkare med varandra.¹⁵⁴ När *Svenska Provinsialläkarföreningen* började ge ut sin egen tidskrift *Eira* 1877 blev dessutom en stor andel svenska provinsialläkare prenumeranter redan från början. Att flertalet även läste *Hygiea*, den dominerande svenska medicinska tidskriften, demonstreras av att uppmaningar till provinsialläkare återkommande publicerades i denna tidskrift istället för att cirkuleras brevledes.¹⁵⁵ I dessa tidskrifter förekom förutom inhemska författade artiklar många översatta referat ur de viktigaste franska, tyska och brittiska läkartidskrifterna. Receptionen av internationell medicin gick generellt snabbt och nya tekniker och terapier togs ofta i bruk bara efter något år. Exempelvis utfördes den första svenska vaccinationen i Lund 1800, mindre än två år efter Edward Jenners artikel i juni 1798.¹⁵⁶ Denna snabba kunskapsöverföring var genomgående under 1800-talet: ett exempel är

¹⁵⁰ Provinsialläkare Sommelius i Norrtälje innehade exempelvis sin tjänst under åren 1835–1853.

¹⁵¹ Se exempelvis Anna Prestjån, ”State’s Medical Experts in Local Practice”; Edvinsson, ”A Country Doctor”.

¹⁵² Det fanns ett provinsialläkar-distrikt i Stockholm under hela perioden. Vid mitten av perioden delades det upp i ”Stockholms län” och ”Stockholms stad”.

¹⁵³ Särskilt i samband med att provinsialläkarnas rapportering och överseende funktion alltmer betonades på bekostnad av deras egen praktik mot 1800-talets slut.

¹⁵⁴ Se exempelvis arkivet efter provinsialläkaren i Lövstabruks distrikt år 1863–1968, kod SE/ULA/11249; arkivet efter provinsialläkaren i Flen distrikt år 1874–1876, kod SE/ULA/11242; arkivet efter provinsialläkaren i Östhammar distrikt år 1851–1963, kod SE/ULA/11254, samtliga vid Landsarkivet i Uppsala. Många andra provinsialläkararkiv finns också bevarade på landsarkiv runt om i Sverige.

¹⁵⁵ Se till exempel P. G. Cederskjöld, ”Till Herrar Provincial-Läkare” i *Hygiea*, vol. 7, nr 12, 1845, s. 379, där Carl Cederskjöld, professor i obstetrik i Stockholm, vänder sig till ”herrar provinsialläkare”, för att instruera hur de bör granska uppgifter lämnade från barnmorskor.

¹⁵⁶ Broberg, ”Liten svensk medicinhistoria”, s. 31.

att flera svenska provinsialläkare använde bakteriologiska tester redan under 1880-talet.¹⁵⁷

Provinsialläkarna hade alltså goda förutsättningar för att hålla sig informerade om medicinska innovationer samt praktisk och teoretisk utveckling. Från 1860-talet hölls också årliga läkarmöten runt om i landet. År 1881 bildades *Svenska Provinsialläkarföreningen* som ett sätt att ena yrkeskåren inför en kamp för höjd lön.¹⁵⁸ Denna förening stod i flitig kontakt med enskilda provinsialläkare, vilket dess omfattande arkiv av cirkulär, korrespondens och mötesanteckningar visar.¹⁵⁹ Genom denna aktivitet ingick provinsialläkare som visserligen var geografiskt isolerade ändå i ett livligt nätverk av kunskapsutbyte, vilket i kombination med den gemensamma utbildningen och den likartade medicinkonsumtionen förmodligen förstärkte den avsevärda homogenitet som präglade deras sjukdomsuppfattningar. Men provinsialläkarna ingick också i ett större medicinskt sammanhang och kan därför användas som källor för en mer övergripande medicinsk diskurs. Deras uppfattningar och praktiker var inte unika eller avvikande jämfört med medicinska tidskrifter. Uppgifter ur deras årsrapporter fördes också vidare i många sammanhang.

År 1755 ålades provinsialläkarna att sända in årsrapporter vilka beskrev det gångna årets göromål samt hälsotillståndet i distriktet till Collegium Medicum, Sundhetskollegiums föregångare.¹⁶⁰ Provinsialläkarrapporterna var en viktig del av det statliga informationsinsamlandet. Fram till 1850-talet var läkarna fria att själva utforma innehållet i sina rapporter, även om paragraf 8 ovan visar vilka uppgifter om sjukdomar, dödlighet och distriktets kännetecken som förväntades.¹⁶¹ År 1851 utarbetade Fredrik Theodor Berg, sedermera Statistiska Centralbyråns första direktör, ett formulär för rapporterna vilket tydliggjorde vilka uppgifter som efterfrågades.¹⁶² Härigenom begärdes uppgifter om

¹⁵⁷ Se exempelvis 1888 Ronneby Neyber.

¹⁵⁸ Allmänna provinsialläkarmöten anordnades år 1861, 1865, 1855, 1877 med mellan 11 och 25 deltagare. Vid mötena diskuterades nästan enbart lönefrågor. Under mötet 1861 rörde 12 av 13 mötespunkter ekonomi. Andra läkargrupper började organisera sig ungefär samtidigt, exempelvis bildades svenska militärläkarföreningen 1874. Det första årsmötet för svenska provinsialläkarföreningen hölls i Stockholm 1881. Mapp märkt ”Afskrifter”, *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*.

¹⁵⁹ Se *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*, särskilt fyra mappar märkta ”Bref 1880–1896 I–IV”; tre mappar märkta ”Cirkulär 1880–1890”, ”Cirkulär 1898–1899” och ”Cirkulär och semesterfrågan 1896”, o.s.v.

¹⁶⁰ Bergstrand, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet”, s. 121–129; Bengt Dahlin & Jan Kuuse, *Från provinsialläkare till primärvård. En historisk exposé med exempel från Mittenålsborg i Västra Götalandsregionen* (Lerum, 2010).

¹⁶¹ Här finns likheter med lantmäteridirektörer som från och med 1740-talet skickade in sockenbeskrivningar till Vetenskapsakademien. Besläktade är även de tabellformulär i vilka präster fyllde i uppgifter om födda, döda och vigda samt befolkningmängden indelad efter klasser, stånd och yrken och skickade in till det år 1748 år inrättade Tabellverket, senare Statistiska Centralbyrån. Karin Johansson, *Det mätbara samhället. Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa* (Stockholm, 1988), s. 141, 159.

¹⁶² Se Gustafsson, ”Mellan pliktuppfyllelse och berättarglädje”, s. 27–44. Det skedde på Fredrik Bergs initiativ. Fredrik Berg var medicinalråd vid Sundhetskollegium, ledamot av kommissionen för Tabellverket och blev 1853 den förste chefen för Statistiska Centralbyrån. Dahlin & Kuuse, *Från provinsialläkare till primärvård*, s. 54.

väderleken, vanligt förekommande sjukdomar, förhållandet till lokala institutioner som sockennämnder, sundhetspolis, fattig- och fångvård, vaccinatörer, folkskolor, apotek, barnmorskeväsende, hälsobrunnar och bevaringsmanskap. Därtill skulle läkaren redogöra för genomförda obduktioner samt för distriktets läkare, veterinärer, apotekare, vaccinatörer, barnmorskor och kvacksalvare. Slutligen skulle läkarna rapportera vetenskapliga iakttagelser och märkliga sjukdomshändelser, samt ”andra med allmänna helsovårdens sammanhang egande ämnen, som anses böra till allmän kännedom komma”.¹⁶³ Årsrapporternas innehåll förändrades också för att passa deras nya form, men i en utdragen process. Många provinsialläkare fortsatte pussla in samma uppgifter som rapporterats sedan 1820-talet under nya rubriker. Under tidigt 1800-tal hade rapporterna delvis fungerat som varianter av reseberättelser, där kännetecknen för lokal geografi, befolkning och sedvänjor samt väder och klimat beskrevs utförligt. Mot mitten av 1800-talet förekom försök att upprätta medicinska topografier – kartor över endemisk sjuklighet – men snart tog den mer statistiska sammanställningen över, vilken fokuserade på antalet sjuka snarare än på relationen mellan sjukdomsfall och plats. Omstruktureringen ledde inte till någon omedelbar förändring i rapporternas innehåll: intresseskiftningarna skedde gradvis, över decennier.

Rapporterna reglerades både genom provinsialläkarinstruktionen och genom korrespondens från Sundhetskolegium i form av erinringar och varningar. Provinsialläkare kunde avskedas eller åläggas böter, även om det endast skedde undantagsvis. En översiktlig undersökning av kollegiets arkiv har visat att provinsialläkare främst kontaktades vid epidemier för att beordras ut på tjänstesor och för att reda ut ersättningstvister vid arbetsuppgifter där läkaren fick extra betalt, exempelvis obduktioner.¹⁶⁴ Rapportskrivningen var alltså inte någon tvåvägskommunikation även om vissa kontakter förekom.

Provinsialläkarrapporterna bör inte betraktas som neutrala beskrivningar. Läkarna nämnde knappast omständigheter som fick dem själva att framstå i dålig dager.¹⁶⁵ I rapporterna kunde de demonstrera sin egen duglighet samt lyfta fram upplevda bristförhållanden och behov av utökade resurser. Därtill skrevs rapporterna generellt mellan januari och mars om händelser som skett upp till ett år tidigare.¹⁶⁶ Därmed finns ett tidsglapp mellan rapportförfattandet och de beskrivna händelserna, även om många rapporter rimligtvis baserades på löpande anteckningar.

¹⁶³ Sammanställt ur flera provinsialläkarrapporter från 1851, bland annat 1851 Sigtuna Elisson och 1851 Uppsala Schultz.

¹⁶⁴ Riksarkivet, Medicinalstyrelsens arkiv, 420177.04, Medicinalstyrelsen äldre, Huvudarkivet 1878–1914; C1a, Diarier över inkomna handlingar, C1b, diarier över utgående handlingar, 420177.57, Medicinalstyrelsen Disciplinnämnden.

¹⁶⁵ Som Roy Porter menar vore det ”false to assume that regulars washed their dirty linen en camera”. Roy Porter, *Health for Sale. Quackery in England 1660–1850* (Manchester, 1989), s. 187.

¹⁶⁶ De flesta rapporter undertecknades med datum.

Provinsiälläkarrapportens utformning var delvis bestämd av hur den var tänkt att användas av mottagaren, Sundhetskollegium. Kollegiet var ett ämbetsverk där verkschefer och anställda övervakade rikets medicinska organisation samt försökte påverka beslutsfattare och allmän opinion. Dess föregångare Collegium Medicum tillkom som en läkarsammanslutning under sent 1600-tal, men omvandlades 1813 till ett statligt verk. Från 1877 kallades verket Medicinalstyrelsen och det uppgick under 1900-talet i Socialstyrelsen. Dess uppgift under 1800-talet var främst att övervaka och kontrollera medicinska utövare. Myndigheten hade ”öfverinseendet och styrelsen öfver allt det, som angår sundhetstillståndet samt läkarvården och sjukskötseln [...] i freds- och krigstid”.¹⁶⁷ Detta genomfördes av ett tiotal avlönade tjänstemän. Alla beslutsfattare – generaldirektören och medicinalråden – var legitimerade läkare. Detta innebar ansvar för att sammanställa och skicka uppgifter vidare till domstolar, myndigheter och ämbetsmän, samt från 1850-talet till Statistiska centralbyrån. Informationen samlades in genom rapporter från provinsiälläkare och de andra yrkesgrupper kollegiet översåg. Om Medicinalstyrelsen beslutade Kungl. Maj:t att ”varje innehavare av läkar- och veterinärtjänst liksom alla de, som eljest utövade läkar- eller veterinärkonsten eller apotekar- tandläkar- fältskärs- eller barnmorskeyrket, vore beträffande utövningen därav ställda under styrelsens överinseende”.¹⁶⁸ De skulle även överse sjukgymnastikväsendet, kurhus, hälsobrunnar och badinrättningar, epidemisjukvården och skyddskoppsympningen samt avge utlåtanden i rättsmedicinska mål. Från 1876 översåg de även hospitalsväsendet samt sinnessjukvården.¹⁶⁹ Sundhetskollegiums respektive Medicinalstyrelsens uppgift var därmed till stor del informationsinsamling.¹⁷⁰ Från mitten av 1700-talet och framåt sände provinsialläkare, lasaretschefer, inspektörer och många andra in årsrapporter för verksamheten runt om i landet.¹⁷¹ Provisiälläkarnas rapporter var alltså en del av ett större sammanhang av centralförvaltningens informationsinhämtande om hälsotillståndet i riket. Även rapporter från präster, landshövdingar och lantmätare med flera samlades in.¹⁷² Rapporterna ställdes därefter samman till översiktliga års- eller verksamhetsberättelser, vilka från 1860 blev en del av den offentliga statistiken. Dessa rapporter användes för att förklara den medicinska

¹⁶⁷ Medicinalstyrelsen avlönade år 1877 tre medicinalråd, en generaldirektör och en överfältläkare, som alla skulle vara legitimerade läkare och utnämndes av Kungl. Maj:t, samt 12 övrig huvudsakligen administrativ personal. Erik Björkquist & Ivar Flygare, ”Den centrala medicinalförvaltningen” i Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962. Utgiven med anledning av Kungl. Medicinalstyrelsens 300-årsjubileum* (Stockholm, 1963), s. 7–101, 44. Se även Hjelt, *Svenska och finska medicinalväsendets historia*.

¹⁶⁸ Björkquist & Flygare, ”Den centrala medicinalförvaltningen”, s. 31–32, 41–42.

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Schöldström, ”Läkarförbundet under ett sekel”; Roger Qvarsell, ”Att räkna sjuka och friska” i Bengt Erik Eriksson & Roger Qvarsell (red.), *Samballets linneaner. Kartläggning och förståelse i samhällsvetenskapernas historia* (Stockholm, 2000), s. 125.

¹⁷¹ Qvarsell, ”Att räkna sjuka och friska”, s. 126.

¹⁷² Ibid., s. 123.

situationen i landet och blev alltmer siffertunga under 1800-talets lopp.¹⁷³ Sundhetskollegiums insamlade uppgifter låg också till grund för kungliga författningar, till exempel om motverkandet av smittkoppor på 1850-talet.¹⁷⁴ Provinsialläkarrapporter användes även som källor till andra slags publikationer. Fredrik Theodor Berg gav exempelvis ut boken *Bidrag till Sveriges medicinska topografi och statistik* 1853 och redan på 1750-talet hade provinsialläkarrapporter varit källor till liknande publikationer, som Peter Jonas Bergius *Uti Sverige gångbare sjukdomar*.¹⁷⁵ Som en del av Statistiska Centralbyråns årliga publikation *Bidrag till Sveriges Officiella Statistik* publicerades uppgifter från provinsialläkare från 1864 under delserien K1: Hälso- och sjukvården. Dessa skickades till bland annat alla riksdagsmän, alla rikets elementarläroverk, *Aftonbladet* och sex andra tidningar samt kungahuset. 25–50 exemplar reserverades för försäljning i bokhandlarna.¹⁷⁶ Statistik och sakuppgifter publicerades även i *Statistisk tidskrift* och i *Post- och Inrikes Tidningar*, förutom i medicinska tidskrifter som i *Eina* och *Hygiea*.¹⁷⁷ Uppgifter från provinsialläkarrapporter nådde alltså mycket längre än bara till den tjänsteman på Sundhetskollegium som tog emot rapporten.

¹⁷³ Henrik Höjer, *Svenska siffror. Nationell integration och identifikation genom statistik 1800–1870* (Hedemora, 2001), särskilt s. 126–127. Perioden 1830–1850 präglades enligt Höjer av en ”sifferlavin” av publicerad statistik vilken cirkulerade som populär läsning.

¹⁷⁴ Kock, *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962*, s. 26.

¹⁷⁵ Fredrik Theodor Berg, *Bidrag till Sveriges medicinska topografi och statistik* (Stockholm, 1853); Broberg, ”Liten svensk medicinhistoria”, s. 18.

¹⁷⁶ Ulf Jorner, *Summa summarum. SCB:s första 150 år* (Stockholm, 2008), s. 61.

¹⁷⁷ Särskilt under 1840-talet var sådana uppmaningar återkommande i *Hygiea*, men de var vanliga även senare. Se exempelvis A. Wistrand, ”Utdrag af Herrar Provincial-läkares och Stads-läkares embetsberättelser för år 1853” i *Hygiea*, nr 6, vol. 44, 1883, s. 357.

3. Flödeshanterande kroppsuppfattningar: åderlåtning och evakuerande terapier

Detta kapitel handlar om hur läkare ansåg kroppen fungera samt vad de framställde som medicinska problem och legitima terapeutiska ingripanden under perioden 1820–1865. I provinsialläkarrapporter från dessa år beskrev läkare utförligt metoderna de använde för att bota sjuka: kräkmedel, lavemang, laxermedel, urindrivande medicin, svettframkallande lindor, retande fotbad och ”spanska flugor”, plåster med irriterande ämnen som skapade varande sår. Frotteringar – gnuggande med trasor – förekom. Åderlåtning var mycket vanligt. Generell åderlåtning (*venosektion*, *flebotomi*) innebar en bloduttömning från kroppen i stort. Var blodet lämnade kroppen var mindre viktigt. En ven – oftast på handleden eller fotleden – snittades upp, ibland med ett verktyg kallat ”snäppare”. För åderlåtning på en specifik plats, som en svullnad eller böld, användes iglar eller ”kophorn”, ett verktyg som sög ut blod genom undertryck. Läkare avlägsnade alltså uppkastningar, exkrement, urin, svett, var och blod från sjuka kroppar för att bota dem. Bloduttömning var bara en bland många vätskeutdragande praktiker.

Åderlåtning har givits en framträdande plats i detta kapitel. Terapin var frekvent och har återkommande använts som paradexempel på skadlig förbakteriologisk medicin inom akademisk och populär historieskrivning.¹⁷⁸ Men i den historiska kontexten vore det artificiellt att skilja åderlåtning från terapier som påverkade andra kroppsvätskor, eftersom läkare såg dem som komplementära och sammanhängande. I kapitlet analyseras principerna som låg till grund för samtliga kroppsvätskeinriktade terapier.

Vad var målet med sådana behandlingar? Tidigare forskning påstår samstämmigt att de användes för att återskapa kroppens balans. Charles Rosenberg beskriver exempelvis det tidiga 1800-talets medicin som ”a system of intake and outgo – a system which had, necessarily, to remain in balance if the individual were to remain healthy”.¹⁷⁹ Detta påstående står helt oemotsagt inom samtida medicinhistoria. Men ett av kapitlens syften, utöver att åskådliggöra den flödeshanterande medicinens kännetecken, är att demonstrera att påståendet är

¹⁷⁸ Se kapitel 7.

¹⁷⁹ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 5–6. Se även Anne Kveim Lie, ”Syke blødninger og 1800-tallets sykelige kvinner” i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie (red.), *Rødt og hvitt. Om blod og melt i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 23–50.

inkorrekt. Balans var som mest ett underordnat mål för dessa terapier och ofta helt oviktigt.

Termen balans är problematisk av flera anledningar: den är vag och används återkommande som en etikett av historiker utan att dess betydelse klargörs. Hade termen beskrivit ett fokus på kvantitet, där vissa kroppsvätskor ansågs behöva stå i korrekt proportion till andra, hade förklaringsmodellen kunnat bevisas eller motbevisas. Men termen balans tenderar snarare att användas som en synonym till hälsa, vilket gör den så bred att den får lågt förklaringsvärde. Medicinhistorikern John Harley Warner menar exempelvis att "during the first two-thirds of the nineteenth century physicians viewed disease as essentially a systemic imbalance", men utan att precisera hur likställandet mellan systemisk obalans och sjukdom faktiskt yttrade sig rent praktiskt.¹⁸⁰ Antagandet att 1800-talsläkare strävade efter balans demonstreras heller sällan empiriskt. Istället hänvisas återkommande till att de hippokratiska texterna upphöjde balans till medicinens mål, men att denna aspekt av antik medicin styrde 1800-talsläkares ingripanden underbyggs inte.¹⁸¹

Skulle läkare försökt återupprätta balans borde de rimligtvis ha diskuterat sjukdom som ett kvantitativt problem, det vill säga att alltför mycket eller alltför lite av specifika vätskor förekom. Men provinsialläkare rapporterade ytterst sällan *hur mycket* av en specifik kroppsvätska som avlägsnats spontant eller terapeutiskt – kvantiteten var inte relevant. Det förekom heller inga försök att tillföra kroppsvätskor utifrån eller att stimulera bildandet av vissa kroppsvätskor genom mediciner eller diet.¹⁸² Balansförklaringen klargör heller inte varför provinsialläkare uppmärksammade flödesstopp eller varför de använde terapier som stimulerade cirkulationen av kroppsvätskor utan att avlägsna dem ur kroppen eller på andra sätt förändra deras kvantitet.

Ett ännu större problem med tesen att balans var syftet med det tidiga 1800-talets terapier är att sådana mål inte diskuterades eller ens nämndes av de tusentals läkare som undersökts i denna studie. Både Rosenberg och Warner anser att periodens terapeutiska ingripanden var menade att återinrätta balans eller *ekvilibrium* – Rosenberg påstår att de utgick från principen att "Equilibrium was synonymous with health, disequilibrium with illness".¹⁸³ Men orden "ekvilibrium/equilibrium" förekommer inte i någon digitaliserad provinsialläkarrapport alls.¹⁸⁴ Ordet "balans" förekommer bara i två av de 8807

¹⁸⁰ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 85.

¹⁸¹ Till exempel Arthur L. Caplan, "The Concepts of Health, Illness, and Disease" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 233–248, särskilt s. 243; Vivian Nutton, "Humoralism" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 281–291, särskilt s. 282.

¹⁸² Vissa försök till blodtransfusioner gjordes på 1600-talet i England, men övergavs därefter. Se Berner, *Blodflöden*. Inga exempel på försök till införandet av svart galla, gul galla eller slem i människors kroppar för att bota sjukdom förekommer i provinsialläkarrapporter. Det var också ytterst ovanligt att provinsialläkare nämnde hur mycket av en viss kroppsvätska som evakuerats.

¹⁸³ Rosenberg, "The Therapeutic Revolution", s. 13.

¹⁸⁴ "Ekvilibrium" och "equilibrium" förekommer 0 gånger i Medicinhistorisk databas.

rapporterna: i båda fallen rör ordet ekonomiska balansräkningar, det vill säga bokföring.¹⁸⁵

I detta kapitel kommer jag att visa att läkare under tidigt 1800-tal strävade efter ett tillstånd av jämnt flödande. Eftersom läkarnas terapeutiska ingripanden syftade till att reglera, mildra och återinrätta flöden in i, ut ur och inuti kroppen, föreslår jag att deras terapeutiska och preventiva arbete under denna period bör kallas för *flödeshanterande medicin*.

Med detta begrepp vill jag lyfta fram att läkarna uppmärksammade och försökte förändra rörelsehastigheten på flöden av luft, vatten och kroppsvätskor. Deras medicinska problem var i stor utsträckning varianter på temat häftiga, ojämna eller otillräckliga flöden. Detta innebar antingen alltför kraftiga flöden in i kroppen (som plötsliga temperaturväxlingar), ut ur kroppen (som diarré) och inuti kroppen (som hastig puls). Eller så innebar det alltför begränsade flöden in i kroppen (som otillräcklig luftväxling), ut ur kroppen (som hämmad perspiration) och inuti kroppen (som svullnader). Terapierna åtgärdade flödens rörelsemönster snarare än kroppsvätskors mängd. Vad Rosenberg kallat ”intake and outgo” bör därför förstås som beskrivningar av flödeshastigheter.

Ett tydligt exempel på att termen flödeshanterande medicin är mer rättvisande än varianter på ordet ”balansinriktad” är att ordet ”jämvikt/jemvikt/jemnvikt/jämnvikt”, en synonym till balans, inte använts i en enda digitaliserad provinsialläkarrapport, medan däremot ordet ”jämn/jemn” användes 626 gånger.¹⁸⁶ Vad betyder det att läkare så ofta ansåg det viktigt att beskriva om kroppar och omgivningar var ”jämna” men aldrig om de var i ”jämvikt”, i ”balans” eller i ”ekvilibrum”?¹⁸⁷ Jag menar att de var intresserade av flöden, inte av balans. Att de strävade efter stadig och regelbunden rörelse snarare än efter att uppnå harmoni. Det centrala var rörelse, inte kvantitet.

Jag kommer alltså att ifrågasätta de existerande beskrivningarna av läkares terapeutiska arbete och kroppsuppfattningar under tidigt 1800-tal. Balans är inte den enda vanligt förekommande men vilseledande termen som används om ovannämnda terapier. Engelskspråkiga historiker brukar kalla alla terapier utom åderlåtning för ”purging”, det vill säga ”utrensande”. Detta är missvisande eftersom behandlingarna inte enbart syftade till att avlägsna skadlig materia. De var heller inte ”tömmande” eftersom själva tömmandet inte var det egentliga målet med terapierna. Detta begrepp samt begreppet ”evakuerande” är fördunklande eftersom de antyder att terapierna enbart avsåg avlägsna kroppsvätskor. Men flera terapier – som frotteringar och applicerandet av

¹⁸⁵ 1881 Söderköping Böttinger; 1889 Porla Moberg.

¹⁸⁶ ”Jämvikt”, ”jämnvikt”, ”jemvikt” och ”jemnvikt” förekommer 0 gånger. ”Jämn” förekommer 78 gånger, ”jemn” 548 gånger.

¹⁸⁷ Det läkare beskrev som ”jämnt” var främst väder, klimat samt det ideala sjukrummets temperatur, men även patients puls. Se till exempel 1833 Elmlund Borås; 1851 Jämtland Fornander; 1881 Söderfors Selldén.

omslag – syftade snarare till att stimulera flödescirkulationen inuti kroppen.¹⁸⁸ Medan tidigare forskning har förbigått sådana icke-evakuerande terapier med tystnad menar jag att begreppet flödeshanterande terapier istället förklarar deras betydelse.

Även att kalla dessa terapier ”humoralpatologiska” leder tanken fel.¹⁸⁹ De fyra vätskorna vilka kännetecknade antik humoralpatologi nämns ytterst sällan av provinsialläkare. ”Blod” och ”slem” är inte ovanliga i de digitaliserade rapporterna – orden förekommer 339 respektive 151 gånger – men de diskuteras genomgående utan att balans eller humoralpatologiska teorier nämns, exempelvis vid åderlätning eller när lungsjuka hostade upp slem. ”Gul galla” och ”svart galla” förekommer endast fyra gånger vardera och används främst för att beskriva gallblåsans innehåll. Det förekommer inga eller ytterst få diskussioner om balans mellan de fyra vätskorna. Tre av temperamenten vilka korresponderar med humoralpatologiska vätskebalanser – ”flegmatisk”, ”sangvinisk” och ”kolerisk” – omnämns bara en gång vardera. Det fjärde temperamentet, ”melankolisk”, nämns åtta gånger men bara en gång med referens till mjälten och svart galla.¹⁹⁰ Det som saknas för att det ska gå att kalla provinsialläkares medicinska ingripanden humoralpatologiska är vad historikern Vivian Nutton beskriver som ”the distinctive characteristic of humoralism, the humours themselves”.¹⁹¹ Terapierna var heller inte uteslutande inriktade på kroppens vätskor. Visserligen står kroppsvätskor i centrum men fokus på flytande form var inte absolut. Även fast materia i form av blockeringar av flöden var relevant. Vätskorna var bara medlet för vad som var viktigt för provinsialläkare: själva flödet.

Detta kapitel har inspirerats av forskningsfältet om kroppens historia. Men en återkommande tendens inom sådan forskning är att enbart studera kroppsuppfattningar utan att ta hänsyn till hur kropparna ansågs interagera med sin omgivning.¹⁹² Jag utgår istället från att omgivnings- och kroppsuppfattningar samspelade och har därmed nått andra resultat. Läkarna diskuterade ofta kroppars öppenhet, bräcklighet och mottaglighet under denna period och det vore enkelt att anta att detta var deras huvudsakliga medicinska problem. Men

¹⁸⁸ Till exempel använde Roy Porter ”purging” som samlingsbegrepp i *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 668–680.

¹⁸⁹ Vivian Nutton menar exempelvis att ”humoralism formed the basis for the Western tradition of medicine down to the nineteenth century”. Nutton, ”Humoralism”, s. 281.

¹⁹⁰ ”Svart galla” ger 4 träffar, ”gul galla” ger 4 träffar, ”slem” ger 151 träffar och ”blod” ger 339 träffar, men de två senare används på många sätt vilka är frikopplade från humoralpatologi, och träffantalet är därmed missvisande. ”Flegmatisk/phlegmatisk”, ”sangvinisk”, ”kolerisk” ger varsin träff och ”melankolisk” ger åtta träffar varav sju är uppenbart orelaterade till humoralpatologi. Se 1835 Nätra Hajj; 1839 Landskrona Schagerström; 1838 Borås Elmlund; 1853 Eskilstuna G:son Malm; 1851 Ulricehamn Heinrici; 1850 Landskrona Segerstedt. Termerna försvinner helt ur provinsialläkarrapporter efter 1860-talet.

¹⁹¹ Nutton, ”Humoralism”, s. 282.

¹⁹² Till exempel Duden, *Woman Beneath the Skin*; Séverine Pilloud & Micheline Louis-Courvoisier, ”The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth-Century. Between Interiority and Experiory” i *Medical History*, vol. 47, nr 4, 2003, s. 451–472.

jag kommer att visa hur denna sårbarhet bara var förutsättningen för läkarnas huvudsakliga problem: häftiga eller otillräckliga flöden in i, ut ur eller inuti kroppen.

Medicinshistoriker har återkommande framställt förekomsten av terapier vilka avlägsnade kroppsvätskor under 1800-talet som en besvärande omständighet, vilken ursäktats med sociala skäl. Särskilt åderlätning har ifrågasatts och beskrivits som ett utslag av så kallad heroisk medicin, där heroisk i sammanhanget ovanligt nog används pejorativt. Med historikern Jacalyn Duffins ord antyder det ”overdrugging, overdosing, and overreacting”.¹⁹³ Ledande medicinshistoriker är överens om att åderlätning var förkastligt. Warner kallar åderlätning för ”an incorrect, worthless, and possibly injurious practice”.¹⁹⁴ Rosenberg, som visserligen gör ett allvarligt försök att förstå praktikerna i sin samtid, menar ändå att de var viktiga främst för läkarens självbild och sociala ställning. De fungerade dessutom enligt Rosenberg enbart om läkare med sina patienter lyckades upprätta ”a conspiracy to believe”.¹⁹⁵

Även Roy Porter beskriver 1800-talsmedicin som att läkare använde verkningsslösa terapier eftersom ”curing remained a subordinate consideration”.¹⁹⁶ Porter påstår också att läkarna förstod att deras mediciner var ”largely eyewash”,¹⁹⁷ och att många därför lockades av terapeutisk nihilism, det vill säga att avstå från behandling vid sjukdom för att istället låta naturen ha sin gång. Porter tycks mena att detta angreppssätt var ädlare än det heroiska, eftersom han kallar det ”an honest option” till ”bleeding and purging – and all the rest of the worthless mass of the pharmacopoeia”.¹⁹⁸ Enligt Porter var läkare alltså medvetna om terapiernas ineffektivitet men använde dem ändå för att framstå som handlingskraftiga inför desperata människor, såtillvida de inte var modiga nog att ärligt erkänna sin egen hjälplöshet och istället bli terapeutiska nihilister. Men Porters beskrivning av flödeshanterande terapier som ett slags bedrägeri finner inget stöd i provinsialläkarrapporterna.

Jag vill heller inte utgå från ett samtida biomedicinskt perspektiv där åderlätning a priori är skadligt, eller – som flera historiker – tolka terapierna som huvudsakligen menade att främja sociala relationer. K. Codell Carter och Charles Rosenberg går längst med sådana sociala tolkningar av det tidiga 1800-talets terapeutiska ingripanden.¹⁹⁹ Rosenberg skriver exempelvis att läkare använde evakuerande terapier som ”a pivotal link in a stylized interaction

¹⁹³ Jacalyn Duffin, *History of Medicine. A Scandalously Short Introduction* (Toronto, 2010), s. 110.

¹⁹⁴ Warner, ”Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy”, s. 244.

¹⁹⁵ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 489.

¹⁹⁶ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 680. Det finns många exempel på medicinshistoriker som beskriver 1800-talsmedicin som verkningsslös utifrån samtida biomedicinska (gränsskyddande) sjukdomsuppfattningar. Se exempelvis Vivian Nutton, ”The Rise of Medicine”, i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 52–81, särskilt s. 41.

¹⁹⁷ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 680.

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*; Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”.

between doctor and patient” och att terapeutiskt arbete under perioden ”was to act out a sacramental role in a liturgy of healing”,²⁰⁰

Men denna beskrivning av terapeutiska ingripanden som närmast rituella stämmer inte alls överens med mina resultat. Provinsialläkare uppfattade terapierna som medicinskt effektiva utifrån en allt genomsyrande princip: att kropp och omgivning var inbegripna i ett oupphörligt samspel mellan olika flöden. Terapierna ansågs verksamma eftersom de ingrep i, eggade på, dämpade, mildrade, justerade, kort sagt *hanterade* detta samspel.

Kapitlets huvudsakliga poäng är alltså att läkares medicinska åtgärder under tidigt 1800-tal var flödeshanterande. Deras sjukdomsbeskrivningar uppmärksammade i stor utsträckning irregularitet eller stopp i livsnödvändiga flöden in i, ut ur och inuti kroppen. Deras ingripanden var menade att skynda på eller sakta ned flöden samt undanröja blockeringar. Detta förklarar varför även icke-evakuerande terapier som frotteringar och appliceringen av våtvarma omslag användes. Därtill var den flödande kroppen inte – vilket flera forskare vidhållit – könskodad. Alla kroppar uppfattades utifrån det flödeshanterande perspektivet.²⁰¹ Inledningsvis kommer jag att kontextualisera provinsialläkarnas medicinska praktiker genom att undersöka hur sjukdomar och kroppar beskrevs inom den medicinska utbildningen.

Läkarutbildningen

Varför använde läkare under tidigt 1800-tal flödeshanterande terapier? Utifrån de sjukdomsteorier deras utbildning baserades på förväntas det av dem. I stort sett alla svenska 1800-talsläkare, inklusive blivande provinsialläkare, utbildades vid Karolinska Institutet i Stockholm samt vid universiteten i Lund och Uppsala.²⁰² Medicinstudenters föreläsninganteckningar från den sistnämnda platsen finns bevarade och jag har använt dem som källor för hur utbildningen bedrevs under perioden 1800–1830, då majoriteten av de läkare som arbetade som provinsialläkare 1820–1865 utbildades.²⁰³

Stheniska och astheniska sjukdomar

Föreläsninganteckningarna visar att läkarutbildningen i Uppsala under tidigt 1800-tal till stor del var uppbyggd kring brittiska 1700-talsteorier i form av

²⁰⁰ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 492. Åderlätning beskrivs även av andra som en rituell praktik, till exempel av Harold J. Cook i artikeln ”Physical Methods” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 939–960, s. 940.

²⁰¹ Se särskilt Laqueur, *Making Sex*.

²⁰² Karolinska Institutet inrättades år 1810.

²⁰³ Utbildningen tog ungefär tio år och de flesta blivande provinsialläkare hade inledningsvis tillfälliga positioner i 5–10 år innan de fick en fast provinsialläkartjänst. Det var inte ovanligt för provinsialläkare att inneha samma tjänst i uppemot 30 år, vilket innebär att flera som utbildades på 1820-talet bör ha varit aktiva fram till mitten av 1860-talet.

William Cullens och John Browns läror. Dessa utgick från att alla sjukdomar berodde på samma grundprincip: kroppen befann sig i ett tillstånd av för mycket eller för litet reaktion på utomstående påverkan. Detta kallades för kroppens "retbarhet".²⁰⁴ Vid *astheniska* sjukdomar, som minskade patientens krafter, behövde extra retning tillföras utifrån. Exempel på sådana sjukdomar var bleksot eller tuberkulos (den sistnämnda kallades under tidigt 1800-tal för *consumption* på engelska eftersom patienten tycktes "konsumeras" av sjukdomen). Ett annat sådant tillstånd var kallbrand, vilket i professor Johan Gustaf Acrels föreläsningar sades bero på "brist på vitalité i fibren".²⁰⁵ Här bestod behandlingen i att tillföra stärkande mediciner och kost.

Vid *stheniska* sjukdomsfall, då kroppen ansågs vara alltför retad, gick läkares behandlingar istället ut på att lugna ned och minska kroppens uppdrivna aktivitet.²⁰⁶ De främsta exemplen på stheniska sjukdomar var dels feber, vilken påverkade en hel kropp och därför skapade ett generellt problem, dels inflammation, vilken påverkade en viss kroppsdel och därför skapade ett lokalt problem. "Spänning, Wårk, och en ökad action hos Hjärtat" var enligt Acrel naturens sätt att motarbeta ett skadligt, sjukdomsalstrande ämne som uppstått eller trängt in i kroppen.²⁰⁷ Sådana ämnen skapade irritation och fick vävnader att dra sig samman, vilket enligt Acrel "hindra Bloden i sitt omlopp samt låcka vetskorne till det inflammerade stället".²⁰⁸ Om en del av kroppen på något sätt försvagats "upkommen gjenast ditåt en accumulation och congestion af blod, hvaraf sedan blir inflammation".²⁰⁹ Problemet var alltså att ett irriterande ämne lockat till sig kroppens vätskor och skapat ett stopp i dess naturliga flöden. Kroppen reagerade på fördämningen med ökad retbarhet.²¹⁰ Under en föreläsning om febrar 1804 föreskrev professor Acrel åderlåtning för att häva sådana tillstånd.²¹¹ Läkarestudenterna instruerades alltså att åderlåta vid tecken på att kroppens flöden var uppstoppade eftersom hinder antogs leda till stegrad,

²⁰⁴ G. J. Ström, *Feber-Läran in specie afhandlad af Professorn och Riddarn Job. Gust. Acrel i Dess Allmänna Föreläsning. Tredje Delen om Inflammatoriska, Eocanthe, mathicka och Hektiska Febrar* (Uppsala, 1804), s. 295. Browns läror, vilka vidareutvecklade sin lärare Cullens teorier, publicerades 1780 i verket *Elementa Medicinæ*. Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 313–314. Brown och Cullen var knappast ensamma: "1700-talets stjärndoktorer – Boerhaave, Stahl, Cullen, Brown, Hunter, Rush – lanserade sjukdomsteorier om för stark eller svag spänning i kroppens vätskor, muskler, fibrer, nerver eller livskraft." Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 188. Acrel kallas för övrigt för "den svenska kirurgiens fader" av Wolfram Kock i hans översikt över svensk kirurgi. Wolfram Kock, *Svensk kirurgi – historisk rapsodi* (Stockholm, 1978).

²⁰⁵ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 13. Flödeshanterande terapier bör rimligtvis ha påverkats av vitalismen. Detta kvarstår dock att utforska.

²⁰⁶ Ibid. Se även Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 63.

²⁰⁷ Ström, *Feber-Läran in specie afhandlad*, s. 8.

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Ibid., s. 7.

²¹⁰ Inflammation var enligt medicinhistorikern W. F. Bynum en central process i mycket av de medicinska diskussionerna om sjukdomsteorier under 1700-talet. Främst debatterade man ifall inflammationen var en hälsosam del av läkeprocessen eller en patologisk del av sjukdomsprocessen. Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, s. 15.

²¹¹ Ström, *Feber-Läran in specie afhandlad*, s. 8.

skadlig retning i den sjukas kropp. Hur identifierades sådana fall? Åderlåtning var särskilt nödvändig, skrev en läroboksförfattare i Uppsala 1823, ”i de febrar, som kallas inflammatoriske, då pulsen är hastig, hård, hög och spänd, då ansiktet är rött och uppdrivet, då ögonen äro röda, andedräkten är besvärad och warm, huden het”.²¹² Tecken som sades ha anvisat åderlåtning i provinsial-läkarrapporter var också just rödflammigt ansikte, snabb puls och hög temperatur. Rödsot sades exempelvis vara en sthenisk sjukdom just för att de insjuknade kännetecknades av att ”ansiktet rodnadt och pulsen [blivit] spänd och sammandragen”.²¹³ Hög temperatur, ojämn puls och rodnad tydde på alltför mycket aktivitet i kroppen. Läkare använde flödeshanterande terapier, främst bloduttömning, för att reducera processer vilka riskerade att göra kroppen överansträngd.²¹⁴

Enligt en avhandling om åderlåtning, skriven av den svenska kirurgen Carl Jacob Ringblom 1804, hade terapin fyra konsekvenser: minskande, avledande, tillförande samt utförande. Åderlåtning reducerade mängden blod i kroppen generellt, ledde bort blod från specifika kroppsdelar samt skapade ett blodflöde mot åderlåtningplatsen.²¹⁵ Kirurgen menade att

Åderlätning häfver alla delars spänning, gifve alla fasta delar sin spänstighet åter, och gör fölgakteligen, at igenom pulsådromes sammandragning safterna mera om hwarandra gnides, fördelas, och tunnöras, så att blodet friare löper i de smörjta ådror; och at afsöndringarna friare och ömnigare gå för sig. Igenom detta medlet blir blodet rensat, flödningar [stopp i flöden] blifva häfne, och botemedlen werkar mycket bettere.²¹⁶

Även om reduktion av blodmängden sades vara en konsekvens av åderlåtning så specificerades inte hur mycket blod som borde avlägsnas. Blodet diskuterades inte som en humoral vätska eller i relation till andra sådana vätskor. Bloduttömningens huvudsakliga funktion var istället att kontrollera blodets cirkulation genom att se till att rätt mängd blod flödade i rätt hastighet på rätt plats. Det viktigaste målet med åderlåtning var alltså enligt läroboksförfattaren att främja flöden av kroppsvätskor. Detta angreppssätt präglade också provinsialläkares praktiska arbete.

²¹² Albr. Jul. Segerstedt, *Lärobok uti Medicinen innehållande kort underrättelse om de allmännaste sjukdomars kännetecken, skåtsel och enklaste betningsätt. Annotationer av författarens son, provinsialläkare Fredrik Segerstedt i Ämål. Uppsala, 1823*, s. 4.

²¹³ 1857 Lidköping Graewe.

²¹⁴ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 30.

²¹⁵ Carl Jacob Ringblom, *Afhandling om åderlåtning. Dess nytta och verkningar, samt om blodiglar och spanska flugor, deras nytta wid förefallande sjukdomar, och sättet at applicera dem. Utgifven i sammandrag til svenska allmogens nytta, af Carl Ringblom, Chirurgus* (Uppsala, 1804), s. 17.

²¹⁶ *Ibid.*, s. 18.

Antiphlogistisk behandling

Det fanns visserligen andra syften med uttömmande terapier än att hantera flöden, som att minska feber. Behandling som ämnade motverka feber och inflammation kallades ”antiphlogistisk”.²¹⁷ Phlogiston är ett begrepp hämtat från kemin, där det användes för att beteckna det eldämne som antogs finnas inuti alla brännbara material och som frigjordes vid förbränning. I kemiska kretsar övergavs teorin på 1780-talet till förmån för Lavoisiers caloric-teori, men genom det fortsatta användandet av 1700-talsteorier inom medicinen ansågs konceptet giltigt av läkare även i början av 1800-talet.²¹⁸ När 1700-talsteoretikern Cullen klassificerade inflammation och feber satte han dem i klassen *Pyrexia*, från det grekiska ordet för eld.²¹⁹ Som visat antogs sjukdom bestå av alltför mycket eller alltför lite retning. Sjukdomar som i provinsialläkar-rapporter kallades stheniska var exempelvis ”[b]röst-Inflammationer”,²²⁰ ”ögon-inflammationer”,²²¹ ”[f]lussfebrar”²²² eller ”[p]uerperalfeber”.²²³ Dessa sades av provinsialläkare fordra upprepade åderlätningar samt andra terapier som ”iglar, starka pungantia och diaphoretica, Spanska flugor och fotbad”.²²⁴ Allmogen sades ofta dela dessa uppfattningar. Läkaren i Lidköping 1857 beskrev exempelvis hur lokalbefolkningen försökte motverka en epidemi av den astheniska sjukdomen rödsot. De insjuknade trugades i mat, ”af det b[ä]sta huset förmädde”, och

hetsiga och skarpa medel voro mycket använda, såsom peppar med bränvin, starka [drycker] af allehanda slag, Campher bränvin [...] Medel, som hade röd färg, voro i stort förtroende, såsom rödkrita, gallmeja, sönderstötta tegelstenar, rödt vin med rödt lack, rökt kött o.s .v.²²⁵

Mycket tyder på att läkare och allmoge under denna period såg likheter mellan retning och förbränningsprocesser. Stheniska sjukdomstillstånd identifierades främst genom hög temperatur och rödflammig hudton. I ovanstående citat gav allmogen ”hetsiga och skarpa” eller rödfärgade medel för att öka de sjukas livsviktiga retning. Terminologin kring antiflogistiska behandlingar hade hämtats från kemiska teorier om hur just förbränning gick till. Eftersom läkare såg tydliga överensstämmelser mellan fysiologisk retning och sinnlig upphetsning kunde även uppjagade känslor orsaka sjukdom. Provinsialläkaren i Ronneby beskrev exempelvis en kvinna som led av bland annat huvudvärk, feber,

²¹⁷ Exempelvis 1847 Gimo Liljebjörn.

²¹⁸ Se till exempel Kuhn, *De vetenskapliga revolutionernas struktur*, s. 52–60. ”Antiflogistika” är fortfarande en synonym till ”antiinflammatorisk”.

²¹⁹ Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, s. 15.

²²⁰ 1823 Malmö Wejlander.

²²¹ 1847 Gimo Liljebjörn.

²²² 1817 Strömstad Landeberg.

²²³ 1823 Malmö Wejlander.

²²⁴ 1820 Ängelholm Wieslander.

²²⁵ 1857 Lidköping Graewe.

kräkningar, värk och förstoppning, ”alltsammans till följd af själsaffecter (förargelser och hämmad vrede)”.²²⁶ Det är förmodligen också därför Årstafrun, Märta Helena Reenstierna, åderläts av sin läkare efter att hennes son drunknat 1812 – vrede och sorg var uppjagande känslor som kunde sätta kroppen i brand och göra den sjuk.²²⁷ Flödeshanterande terapier kunde alltså vara sätt att antingen tillföra behövlig retning eller dämpa den överhettning som riskerade att skada kroppen.

Flödesterapier

Kroppen kunde inte vid denna tidpunkt skäras upp under ett sjukdomsförlopp utan att patienten dog, vilket gjorde dess skeenden obskyra. Därför användes flöden av kroppsvätskor ut ur kroppen – menstruation, avföring, urin – som hjälpmedel för att tyda dolda inre tillstånd.²²⁸

Läkares metoder för att reglera kroppars flöden baserades på hur kroppar själva gjorde sig av med kroppsvätskor genom kräkningar, lös avföring, upphostande av slem, varande sår eller blödningar. En spontan blödning kunde exempelvis uppmuntra till åderlätning, eftersom den visade att kroppen försökte göra sig av med ett inre överflöd, en ”plethora”, av blod.²²⁹ Eftersom blodsamlingar och andra svullnader i kroppen ansågs uppstå då retande ämnen lockade till sig kroppsvätskor, innebar applicerandet av retande ämnen utanpå kroppen att läkaren lockade överflödiga vätskor till kroppens yta där de kunde avlägsnas.

Avsaknad av flöde

Provinsiälläkarna ansåg under denna period att kroppars förmåga att göra sig av med överflödiga materia var avgörande för hälsan. Därför var det ett centralt medicinskt problem om ett förväntat flöde ut ur kroppen saknades. Ett viktigt exempel var utebliven menstruation, vilket förstods både som symptom på och orsak till sjuklighet. Menstruationsrubbingar (dysmenorrhé) var en etablerad sjukdomskategori i provinsiälläkarrapporter långt in på 1880-talet.²³⁰ Provinsiälläkaren i Luleå 1825 beskrev exempelvis ett fall där en bondhustru sökte hjälp

²²⁶ 1860 Ronneby Rydberg.

²²⁷ Sigurd Erixon, Arvid Stålhane & Sigurd Wallin (red.), *Årstadagboken av Märta Helena Reenstierna. Journaler från åren 1793–1839*. Del I 1793–1812 (Stockholm, 1993), s. 466: ”25 november 1812: Onsdag. Ännu töväder. En Jernbärare hämtades, som tog upp mitt Älskade saknade barn kl: 9 f:m: på 22 Alnars djup – Store Gud, huru var Han mörk och uppsväld. [...] alla högst bestörta. Dr Vetzell öppnade på min högra arm ådern.”

²²⁸ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 107.

²²⁹ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 86. Dessa metoder var i viss utsträckning baserade på galeniska texter.

²³⁰ För dysmenorrhé som diagnostisk kategori, se exempelvis 1844 Vingåker Aurell; 1856 Undersåker Strandberg; 1858 Ronneby Rydberg; 1879 Slite Kolmodin; 1889 Hudiksvall Wessén.

”för en mängd Sjukdomssymptomer, tydligen uppkomna af hämmad menstruation”.²³¹ Att en kvinna var ”ordentligt menstruerad” var ett tecken på att hon var frisk.²³² Ett annat fall, där en 25-årig kvinna led av en stor tumör i magen, förklarades med att hon ”förkylde sig under fluxus mensium, hvarigenom denna afstodnade”.²³³ Här orsakade alltså uppstannad menstruation en tumör, vilken läkaren behandlade genom att försöka egga fram menstruationens ankomst via ”koppning på inre sidan af lären och iglar kring Partes genitales”.²³⁴ På samma sätt rapporterade provinsialläkaren i brunnsorten Söderköping att sjukdom övervunnits genom att kurbad återinrättat nödvändig månadsrening: ”hos tvänne 20–24åriga qvinnspersoner har Fallsot blifvit verkligen botad genom af mineralvattnet framkallad menstruation”.²³⁵

Att flöden strömmade fritt togs alltså som ett tecken på att patienten var på bättringsvägen. Det gällde flera slags kroppsvätskor. En läkare skrev att de första tecknen på att en patient höll på att tillfriskna var ”ökad urinafsöndring”. Därtill antydde förmågan att ”upphosta eller upkräka ett purulent slem” säker förbättring för läkaren i Sundsvall 1830.²³⁶

Om kroppens normala metoder för att avlägsna kroppsvätskor var förhindrade kunde vätskorna ibland ta oväntade vägar.²³⁷ Provinsialläkare beskrev hur kroppsvätskor rörde sig inuti kroppen och sökte sig ut på fel plats, som när läkaren i Sundsvall 1844 menade att en flicka kräkts mensblod då hennes menstruation blockerats.²³⁸ Ett annat exempel på vandrande kroppsvätskor beskrevs av läkaren i Landskrona 1848, där två fall av lunginflammation övergått i hälsa: ”det ena genom perforation af lungor och vahrets upphostning, det andra genom vahrets uttömning spontant genom bröstväggen”.²³⁹ I en rapport började en sjuk person kräkas avföring,²⁴⁰ i en annan sjukdomsbeskrivning uppstod ett ”Anus Artificialis”,²⁴¹ ett sår på buken varigenom exkrement avgick. I ett ovanligt sent exempel från 1897 sades en kvinna bajsja ut fosterdelar från en avbruten

²³¹ 1837 Kisa Swedmark. Även 1852 Västervik Forling.

²³² 1838 Vimmerby Hanström; 1848 Åmål Segerstedt.

²³³ 1825 Luleå Waldenström.

²³⁴ Ibid.

²³⁵ 1825 Söderköping Lagberg. Under sent 1800-tal uppstod vid flera tillfällen konflikter mellan läkare och barnmorskor, där barnmorskorna anklagades för fosterfördrivning, att ha framkallat abort. Gränsen mellan att frammana avsaknad menstruation och att fördriva foster bör rimligtvis ha varit svår att fastslå. Enligt Barbara Duden ansågs de första fosterrörelserna, ”the quickening” anses vara en avgörande tidpunkt, då fostret började uppfattas som en egen individ. Se Öberg, *Barnmorskan och läkaren*, s. 263–271 samt Barbara Duden, *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn* (Cambridge, 1993), särskilt s. 79–88.

²³⁶ 1838 Sundsvall Platzman.

²³⁷ Se även Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 120, 126.

²³⁸ 1844 Sundsvall Platzman: ”Wid en händelse af hämmad exesetion genom förkylning, menstruerades medelst några dagars upkräkning af en ymnig, den naturliga uttömningen till utseende och lukt fullkomligt liknande, massa.”

²³⁹ 1858 Landskrona Gullstrand.

²⁴⁰ 1840 Vimmerby Hanström.

²⁴¹ 1838 Sundsvall Platzman.

graviditet.²⁴² Kroppsutsöndringar var inte alltid begränsade till specifika kroppsöppningar. De anatomiska gränserna var inte helt fastslagna. Kroppens inre kunde framställas som en porös plats med föränderliga snarare än konstanta flödesvägar.²⁴³

Eftersom gränserna inuti kroppen alltså inte var helt fasta kunde flödesframkallande terapier också resultera i en annan uttömning än den förväntade, som när läkaren i Eskilstuna 1842 gav ”kräkvin” för att orsaka kräkningar, men fann att detta medel ”verkade icke upåt, utan gjorde slutligen 2:ne goda öppningar [tarmuttömningar]”.²⁴⁴ De utdragande praktikerna var också i viss mån utbytbara. När läkaren i Norberg 1851 inte tilläts sätta iglar på en patients mage satte han istället senapsdeg på samma plats.²⁴⁵

Mellan åren 1820 och 1865 återkom alltså provinsialläkarna ofta till blockerade flöden i årsrapporterna. Historikern Barbara Duden har påpekat att en sådan flödande kropp – med överflöd, stagnation, ackumulation och spontant uppkomna flödesvägar inuti kroppen – är svår att förena med den kropp som anatomiska system beskriver. 1700-talsläkaren som Duden har undersökt använde båda förklaringsmodellerna parallellt.²⁴⁶ Svenska provinsialläkare under tidigt 1800-tal förhöll sig också till en fast, anatomiskt bestämd och en flödande, föränderlig kropp samtidigt. Den anatomiska kroppen förekom särskilt i de rättsmedicinska undersökningar – obduktioner – som provinsialläkare utförde.²⁴⁷

Skadliga flödesuttömningar

Läkarna använde alltså många olika flödeshanterande terapier. Det är viktigt att understryka att de använde dessa metoder med försiktighet och måtta snarare än hämningslöst och utan urskiljning. Roy Porter med flera har beskrivit det tidiga 1800-talets medicin som att den heroiska medicinens ideal om aktiva läkare ledde till överdrivna ingripanden, särskilt genom åderlätning: utövare av heroisk medicin sägs ha ”cried up blood-letting for virtually everything”.²⁴⁸ Porter påstår att orsaken var desperation och psykologiska skäl:

Living amidst a sea of infections and fevers, the old-style doctor had a choice between conservative options (bed-rest, tonics, care and hope) and heroic

²⁴² 1897 Neder Kalix Holmèn: ”I Januari 1897 började små ofullgångna skelettdelar att utkomma genom stolgången på henne och detta fortsatte till början af November 1897, så att det kom ett ben då och då med olika långa mellantider. Några af hufvudskälsbenen, som voro mycket hvasskantade, kunde hon ej få ut af sig sjelft utan måste jag dit och hjälpa henne med detta. Bennen uppsamlades och gömdes i en ask, så att vi hade ungefär halfva skelettet.”

²⁴³ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 10–11.

²⁴⁴ 1842 Eskilstuna Nyberg.

²⁴⁵ 1851 Norberg Pallin.

²⁴⁶ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 126.

²⁴⁷ Vid obduktioner förhöll sig provinsialläkarna till en kropp med fasta organ, tydligt avgränsade från varandra. Se exempelvis 1854 Filipstad Pallin.

²⁴⁸ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 313.

possibilities, including violent purges [...] or, in Rush's America and Broussais's France, drastic blood-letting (physically dubious if psychologically effective).²⁴⁹

Benjamin Rush och François-Joseph-Victor Broussais, den heroiska medicinens främsta förespråkare, hade rimligtvis störst inflytande i sina hemländer USA och Frankrike. Regionala skillnader kan därmed delvis förklara varför en studie av svenska läkare inte ger stöd för framställningen att 1800-talsläkare utan urskiljning använde drastisk evakuering mot alla tänkbara sjukdomar. Men det är ändå värt att betona att svenska läkares praktiker ger en bild som tydligt skiljer sig från Porters.²⁵⁰ Provinsialläkare evakuerade enbart vid specifika sjukdomsfall och använde dessa terapier med försiktighet. Eftersom lugna, jämna och regelbundna flöden definierades som mest hälsosamma kunde omfattande flöden ut ur kroppen vara skadliga för hälsan. Alltför kraftiga blödningar kallades "störtningar" och beskrevs som medicinska problem. Läkaren i Strömstad 1817 behandlade exempelvis en flicka som fick sin första menstruation "med fullkomlig störtning". Han var mycket bekymrad över hennes tillstånd och skrev: "I 4 dagars tid använde jag förgäfvets alla möjliga lämpeliga medel [...] för att minska blödningen]. Flickan var robust i början, men bloden afgick i sådan mängd att hennes krafter på 5:te dagen voro totalt förlorade."²⁵¹ En annan läkare problematiserade epidemisk diarré för att den orsakade "stor vätsk-förlust" och skrev därtill att flussfebrar ledde till "stark oppression på bröstet", men att "Blodevacuationer voro ändoch aldrig nödvändiga; tvärt om förlängde de alltid Sjukdommen".²⁵² Läkaren i Kalmar 1840 skrev att "under sjukdomens lopp underhålles öppningen, om den är trög [...] med lavement, om så behöfs; dock är det bättre, att öppningen är mera sällan, än för ofta".²⁵³ Även om läkare använde artificiella uttömningar terapeutiskt så gjordes det alltså bara under särskilda omständigheter. Porters beskrivningar av läkare under tidigt 1800-tal som närmast hämningslöst evakuerande behöver därmed ifrågasättas.

Provinsialläkares arbete med att återinrätta hälsosamma flöden ut ur kroppen knyter an till flera kroppshistorikers forskningsresultat. Barbara Dudens studie av kroppsuppfattningar hos en läkare och hans patienter i den tyska staden Eisenach på 1730-talet har varit tongivande för detta fält. Ett av Dudens viktigaste resultat är att kroppen i hennes källor uppfattas som flödande: "to recover and strengthen itself, the traditional body had to 'flow': pus, blood and sweat had to be drawn out".²⁵⁴ Denna beskrivning går också att applicera på svenska provinsialläkares kroppsuppfattningar under tidigt 1800-tal.

²⁴⁹ Ibid., s. 674.

²⁵⁰ Rosenberg menar dock att amerikanska läkare under tidigt 1800-tal otvetydigt trodde på sina egna terapier. Rosenberg, "The Therapeutic Revolution", s. 492.

²⁵¹ 1817 Strömstad Landeberg.

²⁵² 1825 Luleå Waldenström.

²⁵³ 1840 Kalmar Ekman.

²⁵⁴ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 17.

Men en viktig skillnad mellan min undersökning och Dudens samt flera andra kroppsforskare är att den flödande kroppen inte var direkt genuskodad i provinsialläkarrapporterna. Flera forskare, inklusive Duden, har menat att den flödande kroppen var specifikt kvinnlig. Karin Johannisson beskriver exempelvis i *Den mörka kontinenten* fysiologers, anatomers och patologers arbete under 1800-talet med att bestämma ”sekundära könskaraktärer”, det vill säga könsspecifika egenskaper som inte hängde direkt samman med könsorganen. Johannisson menar att detta innebar uppkomsten av en särskild kvinnobiologi som framställde kvinnokroppen som holistisk. Enligt Johannisson var ”kvinnans sjukdomar [...] inte – som hos mannen – stringenta, avgränsade och lokaliserade, utan vaga, utflytande och generella”.²⁵⁵

Sådana modeller, vilka provinsialläkare bör ha kommit i kontakt med under sin utbildning och fortbildning, gav inte några spår i provinsialläkarrapporterna, varken i form av könsspecifika behandlingsmetoder eller medicinska problem. Läkare använde flödeshanterande metoder och åtgärdade uppstoppade flöden även hos män. Även om avsaknad av månadsrening var en kvinnlig åkomma var läkare på analoga sätt uppmärksamma på regelbundna flöden även ut ur den manliga kroppen i form av svettning, stolstömning och urinkastning. Även män led av blockerade flöden genom hämmad transpiration, förstoppning och svullnader. I provinsialläkarrapporterna flödade båda könsens kroppar.²⁵⁶

I provinsialläkarmaterialet finns heller inget som tyder på att flödeshanterande terapier skulle varit huvudsakligen sociala ritualer, vilket bland andra Charles Rosenberg och K. Codell Carter föreslagit.²⁵⁷ Visserligen kan de flesta interaktioner människor emellan i viss mån förstås som ritualer, även medicinska ingripanden, men det finns få indikationer på att terapeutiska ingripanden var mer rituella under denna period än under tidigare eller senare perioder. Snarare ansågs behandlingarna uppnå en rad konkreta fysiologiska förändringar i människors kroppar. När läkaren i Vimmerby 1840 åtgärdade feber med flödeshanterande terapier menade han sig därigenom vilja uppnå flera effekter. För det första att undanröja ”de nedstämmande och försvagande orsaker, som åstadkommo och underhålla smittan”, för det andra ”att på en gång minska pulsådornas verksamhet och underhålla krafterna”. En viktig biavsikt var, fortsatte han, att ”incitera och skaka nervsystemet; och bringa hudens organ i verksamhet”. Slutligen ville han också ”motarbeta benägenheten för röta”.²⁵⁸ Läkaren försökte alltså avlägsna det retande ämnet som orsakat sjukdomen. Han avsåg att minska pulsådornas verksamhet för att avlasta kroppen vars krafter behövdes för att bekämpa smittan. Genom att skapa ett blodflöde mot åderlätningssåret hoppades han stimulera den omgivande huden

²⁵⁵ Johannisson, *Den mörka kontinenten*, s. 32.

²⁵⁶ Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*; Duden, *The Woman Beneath the Skin*; Martin, *The Woman in the Body*.

²⁵⁷ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 486–490; Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 29–35.

²⁵⁸ 1840 Vimmerby Hanström.

samt ge nervsystemet en nyttig chock. Slutligen ville han förhindra att vätskorna ruttnade, det vill säga att flödesstoppet varade så pass länge att kroppsvätskorna blev skämda.

Avlägsnandet av skadliga ämnen

Många av läkarnas terapier syftade till att skapa flöden ut ur kroppen. Läkare avlägsnade blod via åderlåtning, använde våtvarma omslag för att egga fram svett, gav kräkmedel och lavemang samt satte retande omslag på huden för att dra ut var. Sådana tillvägagångssätt användes även av allmogen. Till exempel skrev läkaren i Våla 1864 att allmogen var entusiastiska åderlåtare: ”derest menses [menstruation] icke infinna sig vid en sådan vederbörlig antagen ålder, genast tillgripas åderlätningar.”²⁵⁹ Tidigare forskning har beskrivit sådana terapier som sätt att föra bort skadliga ämnen ur kroppen, och det stämmer. Själva avlägsnandet var en av anledningarna till att provinsialläkare använde sig av flödeshanterande terapier.²⁶⁰ Dock var det inte den enda anledningen.

Läkaren i Ljungby 1835 menade att reumatism orsakades av ett sjukdomsämne i kroppen: ”orsaken tyckes bestå uti ett eget volatilt, skarpt eller retande ämne, som angriper [muskelnerna]”.²⁶¹ Läkaren använde först bloduttömning för att minska inflammation och sedan ”borde det Rheumatiska ämnet afledas, utur kroppen, antingen genom hudens organ eller genom urin-vägarne”.²⁶² Ljungbyläkaren försökte därför skapa artificiell transpiration, vilket han kallade att föra den ”sjukliga aktiviteten till huden” genom att använda varbildande omslag.²⁶³ Spontana kroppsuttömningars innehåll kunde också föranleda terapeutisk evakuering. Läkaren i Eskilstuna 1842 skrev om ett sjukt barn att ”[trots att] barnet tycktes hafva tillräckligt med öppningar; ansåg jag ändå nödigt att ytterligare befördra dem, sedan de alltid medförde en obehaglig luckt och utseende”.²⁶⁴ Läkaren menade alltså att avföringens egenskaper visade att den bestod av material som behövde avlägsnas ur kroppen. Därför främjade han fortsatta tarmtömningar med laxermedel och lavemang trots att antalet tömningar egentligen redan borde varit tillräckligt.

Läkare behandlade inflammation med åderlåtning men de använde andra terapier – varbildande omslag, laxermedel, lavemang – för att föra ut skadliga

²⁵⁹ 1864 Våla Leffler.

²⁶⁰ Åderlåtning beskrivs ofta felaktigt som en praktik som syftade till att avlägsna sjukdomsalstrande materia, till exempel i *Nationalencyklopedin*, internetupplagan uppslagsord ”åderlåtning”, www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/åderlåtning, författare Bengt Lundh och David Bergqvist, hämtad 2015-12-09. Se även Robin Fähræus, *Blodet i läkekonstens historia* (Stockholm, 1924); Hilding Bergstrand, ”Läkekonstens utveckling och medicinska teorier förhärskande vid tiden för Svenska läkaresällskapets stiftande” i *Svenska läkaresällskapets historia 150 år dess tillkomst och utveckling* (Stockholm, 1958), s. 166–179, citat på s. 170–172.

²⁶¹ 1835 Vimmerby Hanström.

²⁶² Ibid.

²⁶³ 1835 Ljungby Billengren.

²⁶⁴ 1842 Eskilstuna Nyberg.

ämnen ur kroppen. Åderlåtning användes sällan eller aldrig för att avlägsna skadliga ämnen och läkarna beskrev sällan eller aldrig det uttömnda blodets egenskaper, som färg eller konsistens. Jag ifrågasätter därför att åderlåtning skulle ha syftat till att avlägsna ”ont blod”, ett argument som lagts fram av bland andra läkaren och medicinhistorikern Robin Fähræus.²⁶⁵

Intern flödesblockering

I andra fall var det dock inte skadliga ämnens egenskaper som var problemet, utan istället att deras närvaro förhindrade cirkulationen av kroppsvätskor. Blockeringar, fördämningar och andra tecken på uppstoppade flöden inuti kroppen lyftes återkommande fram som medicinska problem.

Flödesstopp diskuterades oftare mellan åren 1820–1865 än mellan åren 1865–1900. Ordet ”förstoppning” var sju gånger vanligare i digitaliserade provinsialläkarrapporter från 1850-talet än under 1890-talet i relation till antalet rapporter,²⁶⁶ ”trög” fyra gånger mer frekvent²⁶⁷ och ”svullen” dubbelt så frekvent.²⁶⁸ Ordet ”tyngd” användes i 36 av rapporterna från 1850-talet men bara i fyra av rapporterna från 1890-talet.²⁶⁹ Ord sammankopplade med flödesstopp var alltså betydligt mer frekventa vid mitten än vid slutet av seklet.

Därtill användes vissa ord om kroppsliga skeenden under den tidiga perioden, men om folkgrupper under den sena. Exempelvis skedde en betydelseförskjutning i hur ordet ”trög” användes. Under åren 1820–1870 användes ordet nästan uteslutande för att beskriva ”trög öppning”, det vill säga förstoppning, vilket upphörde mot seklets slut.²⁷⁰ Istället användes det för att skildra trög postgång,²⁷¹ allmogens motvillighet mot förbättringar,²⁷² bristfällig tankeverksamhet samt långsamma lynne.²⁷³ Längst gick provinsialläkaren i Hede

²⁶⁵ Fähræus, *Blodet i läkekonstens historia*, s. 15.

²⁶⁶ Ordet ”förstoppning”, frekvens i provinsialläkarrapporter digitaliserade i Medicinhistorisk databas: 1890-tal 13, 1880-tal 29, 1870-tal 6, 1860-tal 31, 1850-tal 54, 1840-tal 24, 1830-tal 8.

²⁶⁷ Ordet ”trög”, frekvens: 1900 1, 1890-tal 8, 1880-tal 15, 1870-tal 7, 1860-tal 12, 1850-tal 20, 1840-tal 18, 1830-tal 4, 1820-tal 2.

²⁶⁸ Ordet ”svullen”, frekvens: 1890-tal 12, 1880-tal 18, 1870-tal 3, 1860-tal 13, 1850-tal 13, 1840-tal 7, 1830-tal 3, 1820-tal 5.

²⁶⁹ Ordet ”tyngd”, frekvens: 1890-tal 4, 1880-tal 13, 1870-tal 4, 1860-tal 13, 1850-tal 36, 1840-tal 36, 1830-tal 12, 1820-tal 9.

²⁷⁰ Se exempelvis 1843 Hedemora Silversparre: ”stolgången trög föreskrefvos lösande medel”; 1840 Orust Boustedt: ”Urinen blek och sparsam, öppning trög”; 1841 Sölvesborg Swedenborg: ”under sjukdomens lopp underhålles öppningen, om den är trög”.

²⁷¹ 1897 Lenhovda Brattström: ”allt för trög postgång”.

²⁷² 1897 Åsele Lundh: ”Befolkningen här uppe temligen trög, när det gäller att införa förbättringar.” Även Rejmyre 1900 Arnell: ”Under året har ytterligare tillkommit en bostad efter systemet ”egna hem”, hvilket dock tycks vinna trög anslutning”; 1894 Borås Geete/Andrén: ”omsättningen på Lazatsplatserna för Sinnessjuke blir så trög”.

²⁷³ 1894 Älvdalen Gullström: ”Till lynnet är han tämligen trög”; 1890 Dannemora Tham: ”svarar tröget på tilltal”; 1894 Föllinge Mitander: ”af trög tankeverksamhet”.

1889 som surt skrev att ”Allmogen är trög i allt”.²⁷⁴ Tröghet var ett kroppsligt medicinskt problem vid mitten av 1800-talet, men ej vid slutet av seklet.

Oron angående förhindrade flöden delades av allmoge och läkare.²⁷⁵ Provinsiälläkaren i Härjedalen 1856 berättade att folket ansåg att kalla somrar var nyttigare än varma, för då kunde allmogemannen ta ut sig ordentligt under kräftfisket ”derest han icke fruktade att blodet skulle stelna i hans ådror”.²⁷⁶ Läkaren tillskrev alltså lokalbefolkningen uppfattningen att stor kraftanstängning vid varmt väder saktade ned blodcirkulationen, vilket riskerade att skapa flödesstopp. Hans ton må ha varit raljant, men grundprincipen att uppstoppade flöden orsakade sjukdom kännetecknade även läkares ingripanden och beskrivningar.

Flödesstoppen tog sig många uttryck. Förstoppning nämndes ofta. Mestadels avsågs försvårad stolgång, men även andra kroppsvätskor kunde vara förstoppade.²⁷⁷ Läkaren i Västerås 1837 beskrev vanliga symptom på en lokal epidemi som att ”Näsan [var] först förstoppad sedan flytning från näsa och ögon”.²⁷⁸ Olika slags svullnader sattes också i samband med sjukdom, som när en provinsiälläkare skrev: ”Svullnaden åtföljdes af allmän dåsigheit, hufvudvärk, [...] trög och ofta plägsam urinavgång.”²⁷⁹ Vad läkaren uppmärksammade som svullnadens konsekvenser var alltså energilöshet, huvudvärk – vilket ofta ansågs uppstå genom vätskeansamling i huvudet – och minskade flöden ut ur kroppen.

Det var vidare gängse att läkare under tidsperioden 1820–1865 återberättade sina patienters känsla av tyngd och stopp som sjukdomssymptom.²⁸⁰ Läkaren i

²⁷⁴ 1889 Hede Svenonius.

²⁷⁵ Det är tydligt att det finns stora likheter mellan provinsiälläkares och allmogens sjukdomsuppfattningar under tidigt 1800-tal. Invändningen att periodens terapeutiska ingripanden bättre förstås som flödeshanterande än som balanserande är därmed giltig även mot historiker som karaktäriserat landsbygdsbefolkningens kroppsuppfattningar som balansinriktade. Till exempel skriver Françoise Loux i artikeln ”Folk medicine” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 661–675, att kroppsuppfattningar på landsbygden på 1800-talet kännetecknades av att ”health is conceived as a state of equilibrium [...] and healing often consists of re-establishing this equilibrium”, s. 665. Som bevis tar hon följande exempel: ”to cure sciatica, an incision to the ear on the side opposite to the pain would be made”, s. 665. Hur ett sådant ingrepp skulle fungera balanserande är oklart; däremot vore det fullkomligt rimligt som en flödesbejakande praktik, där snittet i örat ämnar motverka det flödesstopp som orsakat smärtan genom att skapa ett flöde av kroppsvätskor mot såret.

²⁷⁶ 1856 Härjedalen Ellmin.

²⁷⁷ Ordet ”förstoppning” förekommer 168 gånger i Medicinhistorisk databas. För hämmade öppningar, se exempelvis 1835 Vimmerby Hanström; 1844 Trosa Stad Witt; 1844 Lycksele Hallström; 1849 Nora Cederschjöld. För annan slags förstoppning, se till exempel 1835 Vimmerby Hanström.

²⁷⁸ 1837 Västerås Ringenson.

²⁷⁹ 1851 Falu Gruvor Beronius.

²⁸⁰ Ordet ”tyngd” förekommer 127 gånger i Medicinhistorisk databas. Under tidigt 1800-tal används det genomgående som symptombeskrivning, medan det under sent 1800-tal även kunde användas i överförd mening. För sjukdomssymptom se till exempel Malmö 1820 Wejlander; 1823 Jönköping Eneroth; 1823 Luleå Waldenström; 1840 Orust Boustedt. För andra användningar av ordet, se till exempel 1900 Klippan Peters vilken talar om ”barntyngda” familjer.

Luleå beskrev 1825 ett fall av feber som kännetecknat av ”mycken tyngd i hufvudet [...] magen något trög [...] känslan af en knut under bröstet”.²⁸¹ På samma sätt skrev läkaren i Vimmerby 1841 att han identifierade fall av influensa ”när oppression för bröstet var betydande, förenad med ångest och besvärad respiration”.²⁸² Han ansåg sin behandling framgångsrik när ”upphostningen blef lösare och andedrägten friare, tyngden och oppression upphörde”.²⁸³

Läkare beskrev ofta patientens känsla av tyngd i samma mening som sina egna iakttagelser om otillräckliga flöden ut ur patientens kropp. När läkaren i Sölvesborg 1841 diagnostiserade dragsjuka gjorde han det med hjälp av följande symptom: ”tyngd i hufvud, mattighet och svaghet i extremiteterna, med kramp, och i hög grad försvårad andedrägt – Urinen blek och sparsam, öppning trög”.²⁸⁴ Alla tre symptom var tecken på att flöden ut ur kroppen hindrats.

Läkares uppmärksammade också återkommande ”congestion”, det vill säga att vätskor ansamlats på en viss punkt i kroppen där de gjorde lokal skada. Terapier ansågs framgångsrika om sådana stopp försvann. En läkare kallade exempelvis sin behandling mot nervfeber lyckad ”då congestionen [...] var minskad genom bloduttömningar”.²⁸⁵ En annan behandlade feber på det ”vanliga” sättet, medelst ”lokala blodevacuationer genom Iglar, vid inträffad congestion åt hufvudet”.²⁸⁶ Behandlingen var en framgång eftersom ”slemsamlingen löstes och affördes”.²⁸⁷ Att upplösa congestion var viktigt vid sjukdom men även vid förgiftning eller olycksfall. Till exempel sades en pojke som ätit arsenik lida av att ”congestionen åt hufvudet var stark”. Läkaren satte därför blodiglar i pojkens nacke, vilket ”afstodnade de häftigaste symptomerna”.²⁸⁸ En annan läkare förklarade att slaganfall berodde på ”tröghet i circulation”.²⁸⁹

Uppstoppade flöden skadade inte bara lokalt, som congestioner. De kunde också göra stor åverkan på hela kroppen och kallades då för ”obstruktioner”.²⁹⁰ I en rapport sades kikhosta visa sig genom ”den mäst envisa obstruktion”.²⁹¹ På samma sätt beskrev läkaren i Umeå 1840 ett fall där en fru ”i flera år lidit af habituell obstruktion” och som därför led av så allvarliga öronsusningar och svindel ”att ett par gånger fråga om lifvet syntts vara för hand”. Men då en ”fontanell å benet” öppnats upp och blivit ”bibehållen i flytning” hade susningarna och svindeln försvunnit.²⁹² Ingreppet skapade en artificiell öppning

²⁸¹ 1825 Luleå Waldenström.

²⁸² 1841 Vimmerby Hanström.

²⁸³ Ibid.

²⁸⁴ 1841 Sölvesborg Swedenborg.

²⁸⁵ 1835 Ljungby Billengren.

²⁸⁶ 1835 Vimmerby Hanström.

²⁸⁷ Ibid.

²⁸⁸ 1823 Borås Ahlberg.

²⁸⁹ 1841 Kungsbacka Mosén.

²⁹⁰ En annan skillnad mellan obstruktion och congestion var att obstruktion ofta bestod av fast materia som avföring medan congestion bestod av vätskor, men orden användes överlappande.

²⁹¹ 1857 Åmål Segerstedt.

²⁹² 1840 Umeå Hay.

på kvinnans ben för att se till att vätskor ständigt flödade ut. Detta gjorde att obstruktionen, stoppet, löstes upp och kvinnan blev frisk. Interna blockeringar identifierades alltså genom avsaknaden av förväntade flöden ut ur kroppen samt via svullnader, bölder, tumörer och inflammationer. Att åtgärda sådant utgjorde en betydande del av läkarnas arbete.

De löste ibland upp flödesstopp kirurgiskt. En provinsialläkare beskrev exempelvis 1857 ett fall där en bonde höll på att dö eftersom denne inte fått fram en enda droppe urin på tre dagar. Läkaren satte in en kateter och skrev sedan nöjt att ”Pat[ienten] som efter denna aftappning kände sig aldeles plågfri, började gråta av glädje”.²⁹³ Det var under tidigt 1800-tal en återkommande topik att människor räddats till livet genom ingripanden där läkaren avlägsnade flödesstopp av antingen fast eller flytande materia.

Men kirurgi var farligt. Därför användes huvudsakligen icke-kirurgiska metoder på hudens utsida för att lösa upp flöden. Vätskeutdragande praktiker var vanligt förekommande och för dessa är de etablerade termerna evakuerande, tömmande eller utrensande (purging) passande. Problemet med tidigare forsknings begreppsanvändning är dock att dessa termer inte beskriver alla flödeshanterande terapier utan bara just de vätskeutdragande, trots att det var minst lika vanligt med en annan flödeshanterande praktik som förbigåtts med tystnad. Varken Rosenberg, Warner eller andra har uppmärksammat hur vanligt det var för läkare under denna period att försöka lösa upp blockeringar av både fast och flytande materia *inuti* kroppen utan att avlägsna dem ur kroppen.

Hudstimulerande behandlingar är exempel på detta. De ansågs påverka kroppens interna cirkulation. Läkare lade ofta våtvarma och kylande omslag på patienters hud för att flytta kroppsvätskor mellan olika delar av kroppen.²⁹⁴ Eftersom slag och olyckshändelser ofta skapade svullnad ansågs de innebära att cirkulationen i övriga kroppsdelar minskade eftersom kroppsvätskorna drogs mot svullnaden, som när läkaren i Vimmerby 1836 skrev att ”overksamhet i tarmkanalen, [...] är en vanlig följd af hufvudskador”.²⁹⁵

Läkarna menade också att kyla drev bort kroppsvätskor. Därför behandlades congestioner och obstruktioner med kylande omslag eftersom kyla skapade en flödesrörelse bort från blockeringen vilken minskade svullnaden. Av denna anledning behandlades exempelvis kirurgiska huvudskador med isblåsor för att ”drifva blodet ifrån hufvudet”.²⁹⁶ Läkaren i Gävle 1866 var exempelvis förbryllad över att en behandling inte fungerade: ”Oaktadt bruk af köld [...]”

²⁹³ 1857 Åmål Segerstedt. Se även till exempel 1855 Filipstad Pallin: avtappad svullnad; 1846 Jönköping Sköldberg: stopp i urinröret; 1846 Hedemora Grill: stopp i bröstet efter bisting.

²⁹⁴ Ordet ”omslag” förekommer i 244 av de digitaliserade provinsialläkarrapporterna.

²⁹⁵ 1836 Vimmerby Hanström.

²⁹⁶ 1858 Ramsberg Malmberg.

började svullnaden [...] att ökas.”²⁹⁷ I ett annat fall placerade en läkare retande omslag på fötterna för att minska svullnad kring huvudet.²⁹⁸

På samma sätt gav läkare ”lösande” mediciner.²⁹⁹ Alkohol kunde användas för att stimulera inre flöden. En läkare skrev exempelvis att den dagliga huvudvärk samt de reumatiska krämpor han själv led av berodde på ”at jag för nära 2 år sedan uphörde at nyttja bränvin, och bortlade för dagligt bruk alla spiritueusa saker, hvilken stimulans magen torde behöft”.³⁰⁰ Alkohol stimulerade magen, vilket motverkade huvudvärk och reumatism eftersom de orsakades av otillräcklig flödes hastighet: huvudvärken av övertryck i huvudet och reumatismen av alltför långsam cirkulation i lederna. Alkoholens stimulans av magen var flödesbefrämjande. Därför var det ibland medicinskt problematiskt att avstå från alkoholkonsumtion.

Att evakuerande terapier ansågs kunna egga fram livgivande interna flöden under tidigt 1800-tal är tydligt i föreläsningsanteckningar från läkarutbildningen i Uppsala, där många provinsialläkare studerat. För att återuppliva en drunknad person förespråkades där åderlåtning, eftersom orsaken till att den drunknade inte andades var congestion samt ”blodets hindrade omlopp i lungorna”.³⁰¹ Åderlåtningen såg till att blodet åter flödade och därigenom ”undanröjs hinder ur lungorna, blodets omlopp sätts igång, [vilket] kan väcka slumrande livskraft i hjärta och hjerna”.³⁰² På samma sätt åderlät provinsialläkaren i Vimmerby en lam pojkes friska arm bara som andrahandsval, eftersom ”Venosection på lama armen misslyckades”.³⁰³ Att åderlåta den lama armen hade varit mer gynnsamt, eftersom det var där flödet var otillräckligt. Att blod rann ut ur kroppen kunde alltså mekaniskt återstarta nödvändig blodcirkulation.

Flödeshanterande terapier syftade ibland också till att minska det tryck svullnader utövade inuti kroppen. Läkaren i Vimmerby beskrev 1835 sina flödeshanterande behandlingar av en gosse som förklamats efter ett fall. Han började med att åderlåta men fick kämpa för att laxermedel skulle få effekt. Sedan satte han 8 blodiglar på tinningarna och bakom öronen på den plats där pojken slagit sig. Vidare använde han retande varma fotbad samt kalla omslag om huvudet. I nacken sattes ett plåster av spanska flugor som irriterade huden så att ett rikligt flöde av var upprätthölls. Läkaren förklarade behandlingarna med att fallet orsakat ”ett mindre extravasut [flödesstopp] inom hufvudskålen, hvars tryckning på Nervernas ursprung vållade lamtiden [förlamningen]”. Hans

²⁹⁷ 1866 Gävle von Sydow.

²⁹⁸ 1840 Kalmar Ekman.

²⁹⁹ ”Lösande” mediciner var särskilt salmiak. Se till exempel 1820 Stockholm Westman. Lösande medel var ibland laxermedel, men inte alltid. Läkaren i Sigtuna 1839 gav exempelvis både ”lösande och uttömmande medel” mot feber. 1839 Sigtuna Wistrand.

³⁰⁰ 1831 Enköping Rudolphi. Se även till exempel 1823 Jönköping Eneroth, där läkaren föreskrev ”någotd magstärkande, såsom Bränvin”.

³⁰¹ *Föreläsningar öfver Pathologica och Therapia Speciale*, s. 74–75.

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ 1835 Vimmerby Hanström.

terapier sades vara verksamma eftersom de ”befordra absorption”.³⁰⁴ Läkaren förstod det medicinska problemet som att slaget mot huvudet orsakat en irritation som lockade till sig vätskor från resten av kroppen. Målet var att förhindra att stoppet fick ödesdigra konsekvenser då trycket av vätskeansamlingen hindrade nerverna från att fungera normalt.

Läkare åtgärdade alltså medicinska problem genom att skapa flöden ut ur kroppen eller genom att återinrätta jämna flöden inuti den. Läkarna skilde sällan sådana ingripanden åt. Deras flödeshanterande praktiker syftade alltså inte nödvändigtvis till att *avlägsna* vätskor, vilket som tidigare påpekats motsäger flera forskares beskrivningar av tidig 1800-talsmedicin som balansinriktad. Om läkare verkligen hade strävat efter att inrätta balans vore det rimligt att de använde evakuerande terapier för att avlägsna överflödiga vätskor. Men hänvisningar till balans förklarar inte varför läkare använde terapier som kylande eller våtvarma omslag, frotteringar och fotbad, vilka inte avlägsnade vätskor ur kroppen. Det förklarar heller inte varför de utbildades till att åderlåta drunknade. Dessa ingrepp är däremot fullt rimliga ifall de syftade till att åter skapa jämna flöden inuti kroppen.

En läkare i Kalmar får exemplifiera hur evakuerande och icke-evakuerande terapier kunde användas komplementärt för att hantera flöden. När han behandlade patienter som led av nervfeber 1840 satte han tre blodiglar på varje tinning i alla fall där huvudvärken var svår, ansiktet rött och där patienten yrade. Dessutom lade han iskalla omslag på huvudets svullna del, vilka byttes ut när de blivit varma. Surdeg, som irriterade huden, lades på vaderna och under fötterna, men läkaren var noga med att inga blåsor fick uppstå. Så snart huden började rodna tog han bort surdegen för dagen. Åderlåtning användes enbart vid häftiga fall och bara i måttliga mängder.³⁰⁵ Svullnaden var alltså det största problemet. För att minska den använde läkaren terapier som evakuerade kroppsvätskor – iglar – och terapier som fick vätskor att röra sig inuti kroppen – kalla omslag – komplementärt. Att läkaren använde surdeg på fötter och vader men var noga med att inga blåsor fick uppstå betyder att han inte försökte avlägsna skadlig materia, utan endast ville förbättra cirkulationen. Han stimulerade just fötterna när huvudet var svullet för att dra kroppens vätskor så långt från svullnaden som möjligt. På samma sätt var ”frottering”, det vill säga att gnugga huden med trasor, ett vanligt förekommande terapeutiskt ingripande.³⁰⁶ Målet med läkarens behandlingar var alltså dels att dra ur vätskor ur kroppen, dels att skapa intern cirkulation.

³⁰⁴ Ibid.

³⁰⁵ 1840 Kalmar Ekman.

³⁰⁶ Till exempel 1842 Halmstad Smitt; 1851 Åmål Segerstedt; 1859 Torp Reuteran.

Pulsen

Att läkare uppmärksammade flödes hastighet snarare än balans förklarar också varför det var vanligare att rapportera om patienters puls under tidigt 1800-tal än under seklets slut. Ordet ”puls” förekommer i 4,1 procent av de digitaliserade rapporterna från 1850-talet, men bara i 0,7 procent av rapporterna från 1890-talet.³⁰⁷ Oregelbunden puls har varit ett viktigt symptom sedan Galenos tid och även om pulsens beskaffenhet förblivit medicinskt relevant än idag menar jag att den under tidigt 1800-tal var viktig främst eftersom den gav information om flödes hastigheter.³⁰⁸

Pulsens kännetecken inledde ofta fallbeskrivningar och fungerade som problemkonstitution. Provinsiälläkare beskrev ibland pulsens rytmiska dimension genom att bedöma dess hastighet i slag per minut.³⁰⁹ Främst utvärderades den dock utifrån sin kraftighet, som när läkaren i Sundsvall 1838 förklarade att en patients hastiga försämring indikerades av att ”[p]ulsen blef mindre, svagare och hastigare än förut”.³¹⁰ Pulsen hade ibland spatiala egenskaper: den kunde ta större eller mindre plats genom att vara ”hopdragen”³¹¹, eller ”sammandragen”.³¹² Den kunde också beskrivas som ”sjunken”³¹³ om den först var svag men sedan förstärktes då läkaren tryckte hårdare eller ”sväfvande”³¹⁴ om den var enklare att identifiera med ett lätt tryck än med ett hårt. En medicinskt problematisk puls som indikerade sjukdom kunde beskrivas som ”liten hastig och hård”³¹⁵, ”klen och darrande”,³¹⁶ ”omärklig”,³¹⁷ eller ”hård och långsam”.³¹⁸ Pulsen kunde också vara ”låg”,³¹⁹ vilket omedelbart behövde åtgärdas. Åderlåtning sades ibland syfta till att förändra pulsen – eller snarare kroppens tillstånd, vilken pulsen var ett tecken på – och blod-

³⁰⁷ Ordet ”puls”, frekvens i provinsiälläkarrapporter digitaliserade i Medicinhistorisk databas: 1820-tal 5, 1830-tal 22, 1840-tal 43, 1850-tal 58, 1860-tal 24, 1870-tal 10, 1880-tal 38, 1890-tal 19. Av de 1410 digitaliserade rapporterna år 1850 förekommer ordet i 4,1 % av rapporterna, av de 2632 rapporterna från 1890 förekommer ordet i 0,7 %.

³⁰⁸ Philip van der Eijk, ”Medicine and Health in the Graeco-Roman World” i Mark Jackson (red.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford, 2011), s. 28. Galenos skrev nästan tusen sidor om just pulsens beskaffenhet. Shigehisa Kuriyama, *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine* (New York, 2002), s. 20.

³⁰⁹ Pulsen bedömdes i slag per minut i 1838 Sundsvall Platzman: ”sjunken, sväfvande puls med omkring 110 slag i minuten, alldrig långsam”, även i 1849 Askersund Lagerstedt; 1860 Ronneby Rydberg. Karin Johannissons uttalande om att ”pulsen mättes kvalitativt, inte genom räkning av pulsslagen” behöver alltså kvalificeras, åtminstone gällande 1800-talsmedicin. Johannisson, *Tecknen*, s. 30.

³¹⁰ 1838 Sundsvall Platzman.

³¹¹ 1848 Landskrona Schagerström.

³¹² 1845 Hjo Varenius.

³¹³ 1838 Sundsvall Platzman.

³¹⁴ 1838 Sundsvall Platzman.

³¹⁵ 1860 Ronneby Rydberg.

³¹⁶ 1835 Vimmerby Hanström.

³¹⁷ 1823 Stockholm Cederschjöld.

³¹⁸ 1823 Borås Ahlberg. För långsam puls, se även 1826 Söderhamn Nordblad.

³¹⁹ 1831 Uppsala Schultz.

uttömningens effekt utvärderades genom att pulsens beskaffenhet före och efter åderlåtningen jämfördes.³²⁰ Ingreppet hade fungerat om pulsen blev mer jämn och misslyckats om den inte gjorde det: ”Pulsen blef jemnare [...] efter Venaesectionen”.³²¹ Läkaren i Örebro skrev exempelvis 1832 att huvudsymptomet på en sjukdom var ”h[ä]ftig spasmodisk puls”,³²² och en annan läkare använde på samma sätt ”en varierande puls, ifrån hög och spänd, till liten och utomordentligt häftig”³²³ som indikation på sjuklighet. Den goda pulsen var jämn snarare än ”agiterad” eller ”hård”, som i följande exempel: ”Under dessa 3 eller 4 första dygnen var den allmänna reactionen högst obetydlig (pulsen var nem. föga agiterad och ej hård, endast något sammandragen)”.³²⁴ Här ses också tydligt vad provinsialläkare undersökte med hjälp av pulsen. Dess beskaffenhet var ett tecken på ”den allmänna reactionen”, det vill säga hur kroppen hanterade och bemötte sjuklighet, vilken alltså kunde mätas utifrån hur hastigt och kraftigt blodflödet pulserade.

Sammanfattning

Detta kapitel har visat hur provinsialläkarnas medicinska ingrepp under tidigt 1800-tal var flödeshanterande snarare än balansinriktade. Läkare använde inte evakuerande terapier främst för att avlägsna smittämnen eller motverka kvantitativ obalans utan av flödesmekaniska skäl. Läkarnas medicinska problem var ojämna eller uppstoppade flöden och deras lösningar var att stimulera, egga fram och mildra flöden ut ur och inuti kroppen. Rosenberg hävdar att läkare under denna period ”metaforiskt” ansåg kroppen fungera som ett system av dynamiska interaktioner med sin omgivning.³²⁵ Men jag menar att detta system inte var allegoriskt utan högst konkret.

I nästa kapitel kommer jag att visa hur samma flödesprinciper också påverkade vilka platser i omgivningen som ansågs hälsosamma respektive sjukdomsframkallande, samt hur flöden i omgivningen ansågs påverka kroppens porositet.

³²⁰ Se Johannisson, *Tecknen*, särskilt s. 25–38, för en diskussion om skillnaderna mellan symptom och tecken i sjukdomsdiagnostik under tidigt 1800-tal.

³²¹ 1835 Vimmerby Hanström. Se även 1845 Hjo Varenius.

³²² 1832 Örebro södra Zäär.

³²³ 1833 Halmstad Westberg.

³²⁴ 1845 Hjo Varenius.

³²⁵ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 487.

4. Flödeshanterande omgivningsuppfattningar: klimatmedicin och miasmateori

Fram till ungefär 1870-talet ägnade de flesta provinsialläkare stort utrymme åt vädret i sina årsrapporter. Läkaren i Ronneby beskrev exempelvis årstidsväxlingarna under mars och april 1860 på följande vis:

Kajorna komma med snö; [...] dimma. Stararne komma den 19. Den 20 blåst. Den 21 duggregn; Lärkan allmän. Den 23 W.SW [västsydvästlig vind]. Islossningen i ån. Den 24 SO [sydostlig vind]. Storm. Den 25 Bofinken höres. Skogsdufvan och Vipan komma. [...] Bland blommor såg jag utslagna den 6 April Viola odorata och Anemone Hepatica [...] Den 9 hitkom skogsdufvan, och fiskmåsen flög öfver åkrarne i stora flockar.³²⁶

Detta kapitel handlar om läkarnas uppfattningar om omgivningen under åren 1820–1865: vad däri som påverkade människors kroppar samt hur samspelet mellan kropp och omgivning gick till.

I provinsialläkarrapporter från dessa år var den medicinskt relevanta miljön många kvadratkilometer stor.³²⁷ Rapporterna inleddes vanligtvis med att läkaren beskrev distriktets geografiska kännetecken – huruvida det var bergigt, sankt eller flackt, bestod av betesmarker, slätter, kuster eller skog, samt hur lokala vattendrag var beskaffade.³²⁸ Enligt provinsialläkarna präglade sådana omständigheter befolkningen fysiologiskt och mentalt. De beskrev gång på gång kroppar och sinnen som formade av landskapet.³²⁹ Läkaren på norra Gotland 1838 skrev att ”en Fåröbonde på blotta fysionomien genast kan igenkännas”, samt att ”Gottlänningen är i allmänhet stark och välbyggd, med god hälsa, goda krafter och ihärdighet. Hans myckna vistande, dels på, dels vid hafvet, gör honom härdad och oförskräckt”.³³⁰ Vädret ansågs också direkt påverka lokal hälsa. En läkare skrev att tyfus bröt ut när fuktig luft blev kall och varade till

³²⁶ 1860 Ronneby Rydberg. Vissa understrykningar har avlägsnats ur citatet för ökad läsbarhet.

³²⁷ I stort sett alla provinsialläkarrapporter före 1850 redogör för topografi, klimat och årets väder, även om utförligheten och detaljrikedomen varierar. För samma poäng i relation till ett brittiskt källmaterial, se Kevin Siena, ”Pliable Bodies. The Moral Biology of Health and Disease” i Carol Reeves (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Enlightenment* (London, 2012), s. 34.

³²⁸ Se exempelvis 1868 Häby Goldkuhl; 1851 Öland Brunius.

³²⁹ 1864 Vemdalen Helleday: ”Herjeådalingens oöfvervinneliga tröghet”. Även 1868 Undersåker Bergwall; 1846 Järvsö Wikblad.

³³⁰ 1838 Gotland norra André.

värmen återkom.³³¹ Generellt redogjorde provinsialläkare för en månads väder i samma stycke som de då förekommande sjukdomarna, som när läkaren i Halmstad beskrev hälsotillståndet under juli 1851 med en lista över månadens medel-, maxi- och minimumtemperaturer, nederbörd, vindriktning samt de vanligaste sjukdomarna.³³² Många sjukdomar sades vara årstidsbundna, andra direkt orsakade av väderomslag eller klimat.³³³ En läkare skrev att det var vanligt med ”[r]yggskott-, för hvilket klimatet [...] så ofta utsätter arbetaren i denna trakt”,³³⁴ och en annan att hälsotillståndet varit gott under året trots att han ”med anledning af den hastiga temperaturförändringen från en ganska stark hetta till en regnig, kall och stormig väderlek hade allt skäl att frukta motsatsen”.³³⁵

Läkarnas väderintresse hade anor från antiken.³³⁶ Centralt i sammanhanget var det klassiska hippokratiska verket *De aere, aquis et locis* (*Om luft, vatten och orter*), vilket framhöll betydelsen av att förstå sjuklighet utifrån platsens geografiska och klimatologiska förutsättningar.³³⁷ ”Geography was destiny”, skriver historikern Shigehisa Kuriyama om antik grekisk medicin, ”and wind the instrument of fate”.³³⁸ Provinsialläkare redogjorde för omgivningens särdrag eftersom kroppar ansågs vara direkt påverkade av platsen de befann sig på.³³⁹

³³¹ 1840 Hernösand Hedlund.

³³² 1851 Halmstad Smitt.

³³³ För exempel på hur sjukdom likställs med vädret, se till exempel 1840 Sigtuna Wistrand; 1840 Rättvik Wettergren, 1840 Halmstad Smitt; 1840 Eskilstuna Nyberg; 1840 Hernösand Hedlund; 1850 Uppsala Schultz; 1863 Karlstad Gölin; 1861 Hofors Hesselgren; 1844 Eskilstuna Nyberg.

³³⁴ 1861 Hofors Hesselgren.

³³⁵ 1846 Näs Hellström. Se även 1846 Hällefors Roth; 1841 Uppsala Schultz; 1856 Dannemora Hagberg.

³³⁶ Vladimir Jankovic, *Confronting the Climate. British Airs and the Making of Environmental Medicine* (Manchester, 2010), s. 15.

³³⁷ Hippokrates, *Hippokrates i urval. Inledning av Ejvind Bastholm* (Uppsala, 1984). Se även Sargent, *Hippocratic Heritage*.

³³⁸ Kuriyama, *Expressiveness of the Body*, s. 235.

³³⁹ Siena, ”Pliable Bodies”, s. 34. Se även Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 70. Detta fokus på sjuklighetens lokala karaktär fick konsekvenser för den enskilde läkarens förhållande till Sundhetskollegium. Kunskapen som ansågs relevant att föra vidare i rapporter var starkt knuten till den specifika plats där den genererats. Därför kunde sjukdomsförståelse på nationell nivå bara sammanställas utifrån ett stort antal lokala utövares observationer. Ingen annan än läkaren på plats kunde uttala sig om orsakerna till ett visst distrikts sjuklighet; lokala utövare var de enda som kunde undersöka en sjukdoms unika tillblivelseförhållanden och förlopp. De var därmed de enda som legitimt kunde behandla och bota den. Att denna sjukdomsuppfattning gav tolkningsföreträdare för den lokalt förankrade läkaren gjorde i vissa fall på 1880- och 1890-talen att landsbygdsläkare var tveksamma till att anamma bakteriologin. Att ansluta sig till bakteriologin var att avfärda lokal kunskap och istället uppvärdera det universella, det internationella, det allmängiltiga. Lokala omständigheter blir oväsentliga; en bakterie attackerar ett organ på samma sätt på alla platser, sjukdomens mekanismer var desamma oavsett yttre omständigheter, där sjukdomens mekanismer tidigare varit helt beroende av yttre omständigheter, eller snarare samverkan mellan kroppens och omgivningens konstitution, medierad genom individens beteende. För en liknande poäng rörande colombianska landsortsläkare, se Mónica García, ”Debating Diseases in Nineteenth-Century Colombia. Causes, Interests, and the Pasteurian Therapeutics” i *The Bulletin of the History of Medicine*, vol. 89, nr 2, 2015, s. 293–321.

Intresset för miljöns effekt på kroppar var en del av skolmedicinsk ortodoxi fram till seklets mitt: vid ett av Svenska läkaresällskapets möten 1852 diskuterades exempelvis huruvida det kyliga klimatet fick nordiska kvinnor att hamna i klimakteriet senare än sydeuropeiska.³⁴⁰ Medicinhistorikern Ludmilla Jordanova, som undersökt hur brittiska läkare förklarade kroppars relation till omgivningen under sent 1700-tal, menar att detta medicinska intresse för fysiska omständigheter influerades av reseskildringar från samtida botaniska expeditioner, där livsformer beskrevs utifrån miljöerna de levde i.³⁴¹

Detta fokus på klimatets inverkan på hälsan var en del av läkarnas övergripande tendens att ge många olika orsaker till sjukdomars uppkomst. Just denna mångfald har av flera forskare, som historikern Peter Baldwin, kallats för ett kännetecken för medicinen kring sekelskiftet 1800.³⁴² Detta har föranlett två angreppssätt från forskare: antingen har faktorerna kategoriserats, eller så har perioden givits benämningar vilka har betonat just pluralism. Jordanova sorterar exempelvis in angivna sjukdomsorsaker i geologiska, klimatologiska, antropologiska och människoskapade faktorer.³⁴³ Men det är ett problem att forskare nöjt sig med att klassificera informationen som samlades in utan att analysera utifrån vilka principer uppgifterna ansågs medicinskt relevanta.³⁴⁴

Historiker har också menat att mångfalden av sjukdomsorsaker orsakades av hippokratiska sjukdomsförklaringar. Enligt dessa påverkades hälsan av sex faktorer eller ”non-naturals” förutom vädret och platsens beskaffenhet: luft, diet, motion, sömn, kroppsutsöndringar och känslor. Provinsiällkare nämnde dock vid upprepade tillfällen sjukdomsorsaker som inte passade in i hippokratiska kategorier.

Medicinhistoriker har också myntat flera termer för att beskriva denna mångfald. Den vanligaste är ”holistisk medicin”, men termen är problematisk eftersom begreppet holistisk samtidigt används på ett besläktat men skilt sätt: för att beskriva hur sjukdom under perioden ansågs påverka kroppar i sin

³⁴⁰ Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*, s. 113–114, refererar till ”Förhandlingar vid Svenska läkare-sällskapets sammankomster, 1851–1852” i *Hygiea*, 1852, vol. 14, s. 503. Läkare både i Sverige och annorstädes såg meteorologiska omständigheter som ledtrådar till hur sjukdom uppstod och hur behandlingar borde utföras. Därför förekom under första halvan av 1800-talet flera initiativ till att upprätta medicinska topografier, både i Sverige och i andra länder, det vill säga översikter av vanligt förekommande olika sjukdomar i skilda geografiska regioner. Johannisson, *Det mätbara samhället*; Ian Farr, ”Medical Topographies in 19th Century Bavaria” i Barona & Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe* (Valencia, 2005), s. 231–249. Se även en artikel i *Tidskrift för läkare och pharmaceuter* ägnades helt åt sambandet mellan liv och kyla och testade idén om att allt levande i kyliga klimat blev förkrymt. Dr Rolffs, ”Den kalla och kyliga luften, betraktad som ett Läke- och i synnerhet Feber-medel”, s. 264–267.

³⁴¹ Ludmilla Jordanova, ”Earth Science and Environmental Medicine. The Synthesis of the Late Enlightenment” i L. J. Jordanova & Roy Porter (red.), *Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences* (Aberdeen, 1995), s. 119–146, s. 122–123.

³⁴² Till exempel, Peter C. Baldwin, ”How Night Air Became Good Air, 1776–1930” i *Environmental History*, vol. 8, nr 3, 2003, s. 412–429.

³⁴³ Jordanova, ”Earth Science and Environmental Medicine”, s. 120.

³⁴⁴ Se exempelvis Edvinsson, ”A Country Doctor”, s. 93–114.

helhet snarare än specifika organ.³⁴⁵ För att hantera detta bryderi har William Bynum istället kallat den mångfaktoriella sjukdomsuppfattningen ”ecological”,³⁴⁶ och John Harley Warner har myntat termen ”medical environmentalism”.³⁴⁷ Styrkan med båda termerna är att de betonar *samspelet* mellan faktorer, men de är otillräckliga eftersom de – precis som det analytiska sorteringsarbetet – inte förklarar varför faktorerna valdes ut. Snarare antyds att antalet faktorer som tidiga 1800-talsläkare ansåg påverka hälsan var obegränsat. De historiker som skrivit mest utförligt om periodens sjukdomsuppfattningar tolkar läkares etiologiska beskrivningar just så. Bernadette Ackerman anser att ”everything was changeable, and change was probably not for the good”,³⁴⁸ Kevin Siena menar att hälsorisker fanns överallt,³⁴⁹ och Warner att en kropps konstitution var summan av ”all the influences of locality”.³⁵⁰ Men ”allt” är ett för generöst begrepp. Det fanns tveklöst omständigheter som inte framställdes som sjukdomsorsaker: provinsialläkare hänvisade exempelvis sällan eller aldrig till hår- och ögonfärg, för mycket eller för lite solljus eller skadliga mängder sexuellt umgänge i en sanktionerad relation.³⁵¹

Istället föreslår jag en ny tolkning av det tidiga 1800-talets medicinska intresse för omgivningen: att vad läkare beskrev som sjukdomsorsaker var *cirkulationshastigheten hos flöden av luft och vatten* samt *dessas inverkan på kroppsliga flöden*. Detta innebär att läkare uppmärksammade geologiska faktorer utifrån hur fritt vindar, floder och bäckar rörde sig. Antingen möjliggjorde geologin fria, jämna flöden av luft och vatten, vilket var nyttigt, eller så stoppades flöden upp vilket ledde till förruttelse, sjukdom och död. Klimat och väder var medicinskt relevanta för att de bestod av sådana flöden av luft och vatten. Vatten var relevant främst i form av regn och snö men även genom förhöjd luftfuktighet. Med flödenas påverkan på kroppen menar jag att luftens temperatur och fuktighet ansågs påverka hudens genomsläpplighet specifikt och kroppars mottaglighet generellt. Kroppens in- och utflöden förändrades beroende på den omgivande luftens egenskaper.

³⁴⁵ Termen ”holistic medicine” används exempelvis av Brown, ”From Foetid Air to Filth”, s. 515–544.

³⁴⁶ Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, s. 60.

³⁴⁷ Till exempel Jankovic, *Confronting the Climate*, s. 15; Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 40.

³⁴⁸ Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*, s. 19.

³⁴⁹ Siena, ”Pliable Bodies”, s. 33.

³⁵⁰ Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*, s. 19.

³⁵¹ Ordsökningar på ”hår”, ”hårfärg”, ”blond”, ”mörkhårig”, ”brunhårig”, ”svarthårig”, ”skallig”, ”öga”, ”ögonfärg”, ”brunögd”, ”blåögd”, ”grönögd” och ”iris” i Medicinhistorisk databas har bekräftat att provinsialläkare inte presenterade sådana faktorer som sjukdomsorsaker. Ordet ”solljus” förekommer 2 gånger på 1850-talet, 2 gånger på 1860-talet, 1 gång på 1880-talet och 7 gånger på 1890-talet. Solljus sattes i något enstaka fall samman med skadad hälsa, som när en läkare varnade för att se rakt in i solen efter en solförmörkelse. Bostäder kunde vid något enstaka tillfälle beskrivas som hälsovådliga delvis för att solljus saknades, men det var mycket sällsynt, särskilt före 1870-talet. Orden ”sex*”, ”umgänge”, ”make”, ”maka”, ”hustru” ”legat med”, ”samlag” och ”könsumgänge” har visat att sådana relationer kunde anses skada hälsan då de var utomäktenskapliga, men inte inom äktenskapet.

Detta knyter givetvis an till undersökningens huvudtes om en övergång från flödeshanterande till gränsskyddande medicin. Tre viktiga poänger följer av denna utvidgning av flödesargumentet. För det första att en flödesprincip kännetecknade även 1800-talets viktigaste smittspridningsteorier – den miasmatiska och den kontagiösa – och att de fungerade komplementärt snarare än som varandras motsatser. För det andra att läkarna ansåg att kroppar blev sjuka på samma sätt som omgivningarna blev farliga för hälsan; grundprincipen att fria, jämna flöden var hälsosamma och att flödesstopp orsakade förruttnelse och sjukdom ansågs fungera likadant i både kroppar och landskap. Och för det tredje att fuktighet och temperatur på omgivande flöden av främst luft gjorde kroppar mer eller mindre öppna och mottagliga mot utifrån kommande påverkan. Dessa luftflöden ansågs nästan omöjliga att påverka, och därför gick läkarnas preventiva arbete under denna period främst ut på att upprätta barriärer mellan kropp och omgivning.

Flödeshastigheten i omgivningen

Kapitlets tes är att grundprincipen i vad läkare uppmärksammade som medicinska problem i omgivningen under åren 1820–1865 var samma fenomen som bestämde sjukdom och hälsa inuti den mänskliga kroppen, nämligen *flöden*.

Flödestänkande genomsyrade läkares beskrivningar av både smittspridning och platsens inverkan. Vad som beskrevs genom geologiska, klimatologiska och meteorologiska detaljer var rörelsemönster hos vindar och vattenströmmar: berg, skogar och träsk i distriktet var relevanta för att de påverkade sådana flödens möjlighet att strömma fritt. Provinsialläkares beskrivningar av distriktets geologiska särdrag utgick från antik medicins åtskillnad mellan skadliga och nyttiga platser. Det har inte tidigare uppmärksammats att värderingen av platser i de hippokratiska texterna bestämdes av vatten och luftens flödeshastighet. Just hastigheten på luft- och vattenflöden ansågs avgöra platsers påverkan på hälsan, både i antika texter och bland provinsialläkare under tidigt 1800-tal.

Likheter mellan miasmatiska och kontagionistiska smittspridningsteori

Läkare skildrade sällan hur vädret skadade människor mekaniskt, genom att sträng kyla fick människor att frysa ihjäl, kraftigt regn orsakade drunkningar eller stormar orsakade olyckor. Istället lyftes fem specifika faktorer fram: luftens temperatur, luft- och vattenströmmars hastighet (bläst, stagnerad luft, uppdämda vattendrag), luftfuktighet (dimma), luftströmmarnas rörelsemönster (vindriktning) samt luftens innehåll av skadliga ämnen.³⁵²

³⁵² Till exempel 1840 Borås Elmlund; 1851 Haparanda Wretholm.

En läkare förklarade exempelvis varför Jönköpings sjuklighet varierade kraftigt med att staden låg i en djup dal ”med sumpiga sjöar och kärr fulla af ruttande vegetabilier i Söder å ena sidan och å andra mot norr Vettern mot sitt klara, lätta och genomskinliga vatten”.³⁵³ Därför avgjorde vindriktningen den lokala hälsan – nordanvinden medförde nyttiga inflytanden från norr, sydostvinden skadliga från söder.³⁵⁴ Provinsialläkare beskrev återkommande dalgångar med instängd luft och trögflytande vatten som hälsovådliga, som när en av dem betonade ”hvilket viktigt och skadligt inflytande de djupa trånga dalarne hafva på organismens utveckling”.³⁵⁵ Våtmarker var farliga av samma anledning: där hade flöden av vatten dämats upp, vilket ledde till stagnation och förruttelse. I Kristinehamn kopplades ohälsa ihop med ”sjuka dimmor” från närliggande träsk.³⁵⁶ I Nyköping förklarades de vanligt förekommande febrarna med stadens närhet till ”sjöar, träsk och mossar”.³⁵⁷

Träsk var farliga eftersom ämnen stadda i upplösning ansågs utsöndra rötaktiga ångor som spreds via dimma och orsakade epidemiska utbrott. Detta var grunden i den miasmatiske smittspridningsteorin, enligt vilken sjukdom orsakades av ett luftburet förruttelseämne kallat miasma som förmedlades via förgiftade ångor. Ämnet var osynligt, kunde bara identifieras genom sin vedervärdiga stank, och kunde förstöra nästan allt det kom i kontakt med, både kroppar och ting.³⁵⁸ Miasma kunde starta processer som förskämning, förruttelse, förmultning, förvittring, upplösning, mögel, svamp, röta och rost.

I hippokratiska texter sades miasma bland annat avges från träsk, stillastående vatten, ångor från lik, döda djurkroppar, ruttande vegetabilier samt luft som strömmade ut ur skrevor i marken. Historikern Caroline Hannaway kallar sådan materia ”sources of bad smells”,³⁵⁹ men det är viktigt att betona *hur* dessa olika material luktade illa. Det var inte materia i sig som var skadlig utan att den befann sig i ett visst stadium av döds- eller nedbrytningsprocessen. Exempelvis sades bara patienter som led av sjukdomar vilka förknippades med förruttningprocesser – skörbjugg, kallbrand, rötfeber – utsöndra miasma, men inte andra sjuka människor.³⁶⁰

Hur kunde lukt orsaka sjukdom? Precis som klimatmedicinen uppstod miasmateorin under antiken. Lukthistorikern Richard Palmer har undersökt hur det miasmatiske sjukdomsinflytandet och luktsinnet beskrevs i flera verk av

³⁵³ 1851 Jönköping Sköldberg.

³⁵⁴ Ibid.

³⁵⁵ Ibid.

³⁵⁶ 1820 Kristinehamn Haak.

³⁵⁷ 1851 Nyköping Martin.

³⁵⁸ Owsei Temkin, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine* (Baltimore, 1977), s. 461, påpekar att ”[t]he analogy with a tincture where a small drop of dye-stuff suffices to color a large amount of fluid played an important role in medieval alchemy and medicine. It helped to explain how the whole body could become sick from mere contact or inhaled breath”.

³⁵⁹ Bland andra Thomas Sydenham och Robert Boyle förde vidare miasmateorin från Hippokrates genom att understryka miasmatiske utströmningar från jordens innandöme. Hannaway, ”Environment and Miasmata”, s. 295, 297.

³⁶⁰ Se kapitel 3.

Galenos, särskilt boken *The Olfactory Organ*. Galenos skrev att näsan inte var luktsinnets organ. Den var bara en passage genom vilken lukt fördes upp till det luktande organet – hjärnan. Två utväxter från hjärnan antogs existera inuti näsan och vara den plats där lukter förnams. Dessa hjärnutskott avbildades på anatomiska illustrationer så sent som i Vesalius verk *Fabrica* från 1543. Luktsinnet var enligt Galenos det enda sinne som inte var beroende av något organ som förmedlade intryck. Lukt verkade omedelbart på hjärnan själv.³⁶¹

Under medeltiden utvidgades denna diskussion och lukter framställdes som materiella sinnesintryck. Filosofen Juan Bravo skrev exempelvis 1583 att ljus- och färgintryck var immateriella – när man avlägsnade ett objekt så kunde det inte längre ses. Men för bort en ros och dess doft dröjer kvar; lukt kunde existera separat från objektet som givit upphov till den.³⁶² Dofter ansågs vara fysiska substanser som hade direkt och oförmedlad påverkan på själva hjärnan och de var särskilt benägna att både orsaka sjukdomar och bota dem, eftersom de förmedlade kvaliteter från de substanser ur vilka de uppstått.³⁶³

Fram till 1800-talets mitt antog läkare att deras patienters kroppar var öppna, sårbara och känsliga för yttre påverkan. Dessa uppfattningar stöddes av upptäckter inom pneumatisk kemi vid mitten av 1700-talet. Flera pneumatiska kemister drog direkta kopplingar till medicin eftersom luft antogs tränga in i levande organismers själva kärna, exempelvis Stephen Hale, som var en av grundarna av studiet av gaser under tidigt 1700-tal.³⁶⁴ Luft penetrerade levande kroppar genom att forcera hudens porer, andas in och sväljas. Efter inträngandet fick luften kroppsvätskorna att svälla eller krympa, samt fibrers spänning att öka eller minska. Luftens fuktighet och temperatur fick kroppen att dra ihop sig eller expandera – den förändrade samspelet mellan dess inre och den omgivande atmosfären. Kallt väder minskade till exempel mängden kroppsutsöndringar och ökad luftfuktighet gjorde kroppen mer mottaglig för utifrån kommande påverkan. En jämn växelverkan mellan omgivning och kropp behövde därför upprätthållas genom inandning, sväljande, rapande och väderspänningar.³⁶⁵ Samspelet mellan kropp och omgivning behövde ständigt rättas till.

Luft fungerade också som bärare av ämnen vilka flera kemister, bland andra Robert Boyle, undersökt.³⁶⁶ Särskilt "[s]ulfur, stinking emanations, and noxious

³⁶¹ Richard Palmer, "In Bad Odour. Smell and its Significance in Medicine From Antiquity to the Seventeenth Century" i W. F. Bynum & Roy Porter, *Medicine and the Five Senses* (Cambridge, 1993), s. 61–68, särskilt s. 61.

³⁶² *Ibid.*, s. 62.

³⁶³ *Ibid.*, s. 65. Se även Temkin, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, s. 462: "Today we distinguish between disinfectant and deodorant [lukter]. But as long as pollution of the air was a guiding concept, including any impurity noticeable to the senses or by its alleged results, such a distinction was almost impossible to make."

³⁶⁴ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 11.

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ *Ibid.*, s. 13.

vapors”³⁶⁷ som miasma ansågs viktiga att förstå eftersom de var uppenbara hälsohot – näsans närhet till hjärnan förklarade varför inandade odörer påverkade kroppar synnerligen snabbt och kraftfullt. Därför var det farligare att andas in ohälsosamma lukter med näsan än med munnen: det ökade risken för slaganfall vid överväldigande stank eftersom näsan var en direkt väg in i hjärnan.³⁶⁸

Provinsialläkare angav ofta förruttelseångor som sjukdomsorsak. Läkaren i Västerås förklarade exempelvis 1851 en epidemi med att miasma uppstått. Detta berodde på att ”ångar i dalen nedsumpas ofta till den grad att ruttighet [...] uppstår med spridande af en kännbar stinkande lukt”.³⁶⁹ Stanken var avgörande, som för läkaren i Lidköping 1857:

Med de dimmor, som om nätterna slog ned ur luften, tyckte folket sig känna ruttet lukt liksom af lik. Man förmenade, att från de trakter, der farsoten gick, andra foglar försvunno, men de som lefva af as och afskräden stannade quar, såsom skator, kråkor och dylika. Flugor och andra insekter förekommo i ovanlig mängd.³⁷⁰

Miasma var doften av död. Vilka ämnen som ruttnat var oviktigt; även metaller kunde korrumpas av miasmatiske ångor.³⁷¹ Ofta nämnde läkare bara ”vegetabilier”.³⁷² Många ämnen kunde skapa miasma men bara för att många ämnen ruttnar. Förruttningsprocesser innebar enligt läkaren i Uppsala 1857 att ”materien undergår förändringar, menliga för det djuriska och här serskildt det menliga lifvets normala fortsättning”.³⁷³

I provinsialläkarrapporter från tidigt 1800-tal beskrevs miasma nästan enbart uppkomma i mossar och träsk. Processen gick vanligtvis till som följer: vegetabilisk materia täcktes med vatten vilket sedan drog sig undan, varigenom ruttnande materia blottades för luftens inverkan och ångor steg upp, möjliga att förnimma som stank. Om vind eller dimma förde den miasmatiske luften till befolkade områden orsakade den epidemier, oftast av malaria och frossfeber. Det var alltså ojämna vattenflöden som fick miasma att uppstå i träsk: avsaknaden av regelbunden cirkulation var central för att förruttnelseprocessen skulle träda in. Antingen var flödet alltför starkt, vilket skapade översvämningar på platser som vanligtvis var fria från vatten. I Luleå 1823 skrev läkaren att alla lokala myrar och mossar varit fyllda med vatten som sedan avdunstat: dessa platser blev därmed ”stora utvecklings apparater af det så kallade Miasma”.³⁷⁴ Eller så var flödet alltför sparsamt, vilket fick områden som vanligen var vattenfyllda att torka ut och ruttnande ämnen på sjöbotten att komma i kontakt

³⁶⁷ Ibid., s. 14.

³⁶⁸ Ibid., s. 62.

³⁶⁹ 1851 Västerås Altin.

³⁷⁰ 1857 Lidköping Graewe.

³⁷¹ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 58.

³⁷² 1851 Västerås Altin. Se också 1823 Oskarshamn Hanström.

³⁷³ 1857 Uppsala Schultz.

³⁷⁴ 1823 Luleå Waldenström.

med luften. I Sigtuna 1835 förklarade läkaren en feberepidemi med lågt vattenstånd: ”efter den heta sommaren 1834 och den torra 1835, under hvilka båda år (då kärr och sjöbottnar voro till mer än vanlig utsträckning uttorkade) utveckling af ett miasma paludum och däraf beroende feberart med skäl hade kunnat väntas.”³⁷⁵ Även om miasma var enkelt att identifiera via lukten kunde dess skadliga inverkan bara bekräftas vid insjuknanden. Dess skadeverkan kunde därmed inte förutses utan spårades istället i efterhand, efter att en epidemi brutit ut. Men det var helt etablerat att objekt stadda i upplösning innebar början på en orsakskedja som troligtvis slutade i sjuklighet och död. Det huvudsakliga objektet för provinsialläkares rengörande och preventiva åtgärder under tidigt 1800-tal var också just förruttnelsesmut, den skämda materia som bildade miasma. Jämna, fria, regelbundna flöden av vatten var därmed av avgörande betydelse för lokalbefolkningens hälsa.

Av denna anledning var de platser som beskrevs som särskilt nyttiga just sådana där flöden av vatten och luft strömmade fritt. Läkaren på Gotland 1838 skrev exempelvis att han ”beständigt iagttar” att allmän sjuklighet berodde på tjocka dimmor från lokala träsk och att ”sjukligheten vanligen genast upphör, så snart en kall och frisk sjövind kommer att rensa atmosfären”.³⁷⁶ Fritt flödande luft förklarade också tillfrisknanden. Läkaren i Jönköping skrev att ”om på efterm. eller afton Nordan[vinden] blåst upp, morgonen derpå knapt hälften så många sjukbud som förut skola inträffa, samt dertill rapporter om förbättring och välbefinnande”.³⁷⁷ Vindar motverkade stagnation. Läkaren i Vimmerby 1820 förklarade exempelvis ett ovanligt hälsosamt år med gynnsamt väder i form av rätt slags luftflöden: ”I röt månaden var luften kylig och uppfriskandes af omväxlande vindar, som gifvo en beständig och god omväxling i atmosfären.”³⁷⁸ Det medicinska inflytandet av en viss plats var alltså beroende av hastigheten på lokala flöden av luft och vatten, precis som i de hippokratiska texterna där just blåsiga platser vid kusten och på bergstoppar beskrevs som särskilt hälsofrämjande.³⁷⁹

Träsk, mossar och myrar var därmed särskilt hälsovådliga på grund av uppstoppade eller nedsinkade vattenflöden. Därför kunde de oskadliggöras genom *flödeshanterande* praktiker, som grävandet av diken. Provinsialläkare, tillsammans med lokala sundhetskommisioner, medverkade återkommande vid utdikningar av kärr. Till exempel hjälpte läkaren i Oskarshamn 1823 till med ”uttappningen af mindre sjöar, träsk och mossar”, vilket enligt honom ledde till färre miasmatiska utbrott och minskad sjuklighet i distriktet.³⁸⁰ Vid slutet av seklet åstadkom läkare jämna flöden med hjälp av vattenledningar, som i Sundsvall 1880 där inrättandet av avlopp gjort att ”wattenytan i [en sjö] under

³⁷⁵ 1835 Sigtuna Widstrand.

³⁷⁶ 1838 Gotland Norra Andréé.

³⁷⁷ 1851 Jönköping Sköldberg.

³⁷⁸ 1820 Vimmerby Hanström.

³⁷⁹ Hippokrates, *Hippokrates i urval*. Se även Sargent, *Hippocratic Heritage*.

³⁸⁰ 1823 Oskarshamn Hanström.

sommartiden kan hållas wid en jemn nivå, [så] att det förut stillastående watten genom tillförseln af en icke ringa mängd rent watten till wäsentlig grad uppfriskas”.³⁸¹

Skadliga ämnen i omgivningen uppstod på grund av flödesstopp, på samma sätt som sjukdom alstrades inuti kroppar. Ffem principer relaterade till flöden var helt avgörande för hur läkare förstod omgivningens medicinska inflytande under perioden: flöden som i sig var nödvändiga riskerade att medföra smittämnen. Häftighet var skadligt. Uppstoppade flöden ledde till förruttelse och potentiell sjukdom. Hög luftfuktighet och värme gjorde kroppar mer porösa. Kyla skapade flöden av kroppsvätskor från huden in mot kroppens mitt.

Utdikning av kärr utfördes på samma indikationer och med samma slutmål som åderlåtning, vilken läkare använde för att undanröja svullnader och bölder. Båda ingreppen syftade till att avlägsna blockeringar för att säkerställa fri cirkulation. Ett centralt mål för provinsialläkares medicinska ingripanden var alltså flödeskontroll. Det påverkade även hur de uppfattade smittspridning.

Ett kännetecken för provinsialläkarnas beskrivningar av sjukdom under tidigt 1800-tal var att smitta kom utifrån. Sjukdom uppkom i mötet mellan kropp och omvärld snarare än som en process inuti kroppar. Var smitta uppstått diskuterades sällan men det var tydligt att det nästan alltid var någon annanstans. Ett gemensamt drag i läkarnas två viktigaste smittspridningsteorier, den miasmatiske och den kontagiösa, var att smitta förmedlades antingen via ”flöden” av resande människor eller via flöden av luft. Teorierna utgick därmed från samma grundprincip snarare än att läkare – som tidigare forskning menat – förstod dem som varandras motsatser.³⁸²

Provinsialläkare beskrev resande människor som medicinska problem av två skäl. För det första ansågs kroppar vara anpassade till omgivningen där de växt upp och därför hotades individens hälsa av att lämna hemtrakten.³⁸³ Provinsialläkaren i Luleå skrev exempelvis att hälsotillståndet i distriktet förbättrats sedan allmogen ”mera hålla sig hemma”.³⁸⁴ Även landshövdingar ansåg under första halvan av 1800-talet att resor var skadliga för allmogen.³⁸⁵ Det bedömdes vara

³⁸¹ 1885 Sundsvall Benckert. Även 1859 Kristinehamn Berg.

³⁸² Miasmatiske och contagionistiska sjukdomsuppfattningar har främst undersökts som motsatspositioner i debatter kring hur kolera kunde förhindras. Det mest klassiska exemplet av sådana studier är Erwin Ackerknecht, ”Anticontagionism Between 1821 and 1867,” i *Bulletin for the History of Medicine*, vol. 22, nr 9, 1948, s. 562–593. Att uppdelningen mellan contagionism och miasma är viktigast för att förstå sjukdomsuppfattningar under tidigt 1800-tal ifrågasätts även av Hamlin, ”Predisposing Causes and Public Health in Early Nineteenth-Century Medical Thought”, s. 43–70; Annemarie Kinzelbach, ”Infection, Contagion, and Public Health in Late Medieval and Early Modern German Imperial Towns” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 61, nr 3, 2006, s. 369–389.

³⁸³ Detta antagande ledde till att tropisk medicin i kolonialmakter som Storbritannien blev ett medicinskt fält under 1800-talet, eftersom den höga dödligheten bland utresande västerlänningar i kolonierna kunde förklaras med att de inte var tillräckligt aklimatiserade till distriktet de anlände till.

³⁸⁴ 1840 Luleå Waldenström. Se även exempelvis 1853 Aurell Wingåker; 1853 Wikblad Söderhamn; 1852 Göteborg Montén; 1868 Örnsköldsvik Ångström.

³⁸⁵ Sigfried Svensson, *Bygd och yttvärld. Studier över förhållandet mellan nyheter och tradition* (Stockholm, 1942), s. 58. Se även Maria Adolfsson, *Fädernelandets kännedom. Om svenska Ortsbeskrivningsprojekt och*

nyttigast för allmogen att ägna sig åt sina traditionella arbetsuppgifter och stanna hemma snarare än att resa: det statiska lyftes fram som ett positivt värde.³⁸⁶

För det andra spred resor smitta. Teorin om ett människoburet smittämne, kallat ”kontagion”, förklarade smittspridning som förmedlad via personlig kontakt, främst för att klargöra hur könssjukdomar och smittkoppor spreds. Orden ”resande” och ”kringvandrande” användes under åren före 1865 uteslutande för att beskriva hur smitta förts till distriktet, som vid en smittkoppsepidemi i Kisa 1838 då läkaren skrev att ”[ö]fveralt hade främmande resande infört sjukdomen”.³⁸⁷ Smittsam sjukdom spårades återkommande till främlingars ankomst. I Borås sades smittkoppor anlant genom en ”kringvandrande qvinsperson [...] från Halland”,³⁸⁸ i Uppsala sades de ha förts in med ”en från Stockholm vandrande Gesäll”,³⁸⁹ i Vimmerby kom smittan från Östergötland,³⁹⁰ och i Östersund var ”sjukdomen här upkommen genom smitta från en vandrande trasig Tiggare”.³⁹¹ De som pekades ut som smittbärare var alltid personer som inte uppfattades höra hemma i distriktet: resor av personer med hög status som högreståndspersoner eller provinsialläkaren själv lyftes aldrig fram som smittspridande. Smittans överförande var avhängig resandets upplevda onödighet, vilket är en avgörande skillnad mot slutet av 1800-talet, då vem som helst kunde förmedla sjukdom.³⁹² Hotet från resande fick flera provinsialläkare att förespråka karantäner, särskilt under koleraepidemierna under 1850-talet. Provinsialläkaren på norra Gotland 1853 gratulerade exempelvis sig själv till att två gånger ha skyddat ön mot kolera genom karantän.³⁹³ Kolerakarantänens effektivitet var en omstridd fråga, men att resande kunde innebära hälsorisker – både för den resande själv och för människorna på platserna som besöktes – höll de flesta provinsialläkare under tidigt 1800-tal med om. Jag menar att den kontagiösa smittspridningsförklaringen därmed åtminstone

ämbetsmäns folklinnskildringar under 1700- och 1800-talen (Stockholm, 2000), s. 202; Sjöstrand, ”Modernitet och traditionalism i svenska provinsialläkarberättelser 1851–1874”, s. 139–140.

³⁸⁶ Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*, s. 15. Se även Sjöstrand ”Modernitet och traditionalism i svenska provinsialläkarberättelser 1851–1874”. Sjöstrands artikel är en av få som faktiskt analyserat provinsialläkarreporters innehåll. Hennes huvudpångar är just att provinsialläkare framstår som konservativa just i förhållande till resande på 1850- och 1860-talen.

³⁸⁷ 1838 Kisa Swedmark.

³⁸⁸ 1840 Borås Elmlund.

³⁸⁹ 1850 Uppsala Schultz.

³⁹⁰ 1850 Vimmerby Bergklint.

³⁹¹ 1840 Östersund Rissler. Även 1850 Västerbergslagen Höijer; 1831 Enköping Rudolphi; 1840 Kalmar Ekman.

³⁹² Se kapitel 6.

³⁹³ 1853 Gotlands norra Andrée: ”Som Gottland genom sitt läge är ibland de få ställen, der en lagenlig karantän kan genomföras, har jag haft godt tillfälle att anställa viktiga försök i denna väg. Erfarenheten har för mig bekräftat den sanningen, att karantän skyddar för många farsoter och äfven för kolera. Då hela det mäktiga handelsintresset och största delen af läkarne äro af en motsatt åsigt, har jag för mina karantäns-åtgärder fått uppbära både förtal och begabberi. Emellertid har det genom den största stränghet och konsekvens tvänne gånger lyckats mig att skydda Gottland för kolera-farsoten.”

på en allegorisk nivå förhöll sig till sjukdom som någonting som cirkulerade i omgivningen via flöden av resande människor.

Vid kontagionistiska sjukdomar uppfattades insjuknanden ske enligt en kronologisk kedja, där smittan spårades från person till person tillbaka till en anländande främling. Men ibland blev många personer sjuka samtidigt utan att det funnits tid för smittan att förmedlas. Då var den miasmatiske modellen, vilken beskrev epidemier som luftburen massförgiftning, en bättre förklaring. Modellemas skilda beskrivningar av epidemiernas uppkomst ledde till oenighet kring huruvida karantäner förhindrade smittspridning. Om smitta förmedlades via människor vore karantäner som förhindrade resande effektiva, men om epidemier orsakades av förgiftad luft vore avspärningar verkningslösa och därtill grymma, då de fängslade människor i förgiftade miljöer. Eftersom tidigare forskning främst undersökt dessa smittspridningsteorier utifrån politiska debatter för eller emot karantän – och eftersom kontagionism skildrats som en proto-bakteriologisk teori men miasmateorin som en medicinhistorisk återvändsgränd – har de återkommande beskrivits som varandras motsatser.³⁹⁴ Hilding Bergstrand menar exempelvis att ”[k]ontagieläran och den hippokratiska miasmaläran stå ju i uppenbar strid med varandra”.³⁹⁵

Men i provinsialläkarrapporter var kontagiösa och miasmatiske förklaringar alltså inte oförenliga. Snarare än att ansluta sig till en av teorierna använde läkare dem pragmatiskt och överlappande. Sjukdomar ansågs spridas på olika sätt: malaria var den mest miasmatiske sjukdomen eftersom den inte tycktes smitta mellan människor medan smittkoppor var skolboksexemplet på kontagiös sjukdom. Men inte ens dessa två exempelsjukdomar var helt låsta till en viss slags smittspridningsförklaring. Provinsialläkare menade också att omständigheterna avgjorde om sjukdom smittat kontagiöst respektive miasmatiske, som när provinsialläkaren i Västervik 1851 förklarade ett smittkoppefall i en avlägsen stuga på följande vis:

detta var en miasmatiske och icke kontagiös infection, således ser man huru en kontagiös sjukdom, som kopporna troligtvis anses vara, äfven kan miasmatiske uppträda, ty staden var fri [från sjukdom] men runtomkring på landet gingo kopporna och tyckes man kunna antaga att kopp-miasmatiske nu inträngt i staden då luft- och jordconstitutionen blifvit förändrade (genom väderleken), ty nu oaktadt alla försigtighetsmått spridde sig kopporna.³⁹⁶

³⁹⁴ Ackerknecht, ”Anticontagionism Between 1821 and 1867”; Lee Jackson, *Dirty Old London. The Victorian Fight Against Filth* (New Haven, 2014); Kudlick, *Cholera in Post-Revolutionary Paris*; Caroline Hannaway, ”From Private Hygiene to Public Health. A Transformation in Western Medicine in the Eighteenth and Nineteenth Centuries” i Teizo Ozawa (red.), *Public Health. Proceedings of the 5th International Symposium on the Comparative History of Medicine* (Tokyo, 1981), s. 108–128; Caroline Hannaway, ”Germs, Dirt and the Constitution” i Nadja Durbach, *Bodily Matters. The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907* (Durham, 2005); Mark Harrison, *Contagion. How Commerce Has Spread Disease* (New Haven, 2012).

³⁹⁵ Bergstrand, ”Läkekonsstens utveckling och medicinska teorier förhärskande vid tiden för Svenska läkaresällskapets stiftande”, s. 176.

³⁹⁶ 1851 Västervik Forling.

Här förändrade vädret luftens och jordens egenskaper så att de upptog eller alstrade sjukdom vilken sedan påverkade människor: ett kontagiöst smittämne blev miasmatiskt. I ett annat exempel sades gastrisk-nervös feber ha anlänt via en person, det vill säga kontagiöst, men sedan smittat miasmatiskt: den spreds via en ”trasig Tiggare som förut legadt i samma Feber, och nu omgafs af, liksom en mephitisck Luft”.³⁹⁷ Mefitisk luft var luft som bar på miasma. Här fungerade tiggaren som en kringvandrande miasmatisck smitthärd – en fullständig sammanblandning mellan personburen och luftburen smittspridningsteori. De två teorierna var alltså i praktiken svåra att skilja åt eftersom de användes komplementärt. Läkaren i Mariestad skrev 1845 att ”[det är] sannolikt att de under året rådande Nordliga och Ostliga vindarne, lika mycket om icke mera än personligt umgänge, kringspirdt det Miasma, som på de flesta ställen synbarligen upväckte sjukdomen”.³⁹⁸ Här använde läkaren både personligt umgänge och miasma för att förklara samma sjukdom. Personburen smitta kunde också aktivera ett närvarande miasma: ”genom dessa 2:ne personer antändes [...] den Miasma, som förut haft så god tid att bilda och condensera sig.”³⁹⁹

Motsättningen mellan personburet och luftburet sjukdomsinflytande var relativt oviktig för provinsialläkare. Miasmatisck sjukdom kunde till och med föranleda en rudimentär karantän: ”Smittningssättet har nästan utan undantag antydt ett Miasma snarare än ett contagium. På landsbygghden lät sjukdomen hemma sig genom afstängning [karantän]”.⁴⁰⁰ Inom politisk debatt användes den miasmatiscka teorin som argument *mot* karantäner, men skarpa distinktioner mellan de två sjukdomsmodellerna upprätthölls inte inom medicinsk praktik.⁴⁰¹

Historikern Ulrika Graninger menar att miasma inom svensk läkarkår användes för att beteckna en mer allmän nivå av orsaker, medan contagion markerade en utlösande orsak.⁴⁰² Men i provinsialläkarrapporter framställdes alltså inte uppdelningen mellan contagion och miasma som betydelsefull. Jag har heller inte funnit några belägg för att miasma och contagion användes för att förklara olika steg i en process.

Flera historiker har vidare menat att miasmatiscka och contagiösa smittspridningsteorier ersatte neo-hippokratisk, holistisk och klimatcenterad medicin. Historikern Michael Browns utgångspunkt i artikeln ”From Foetid Air to Filth” är just att förklara varför en sådan övergång skedde vid mitten av 1800-talet. Men i provinsialläkarrapporterna användes klimatmodeller och holistisk medicin tillsammans med miasmatiscka och contagiösa förklaringar långt in på 1870-talet.⁴⁰³ För provinsialläkarna var det inte särskilt viktigt med skillnaderna mellan å ena sidan miasmatisck och contagiös smittspridningsteori

³⁹⁷ 1840 Östersund Rissler.

³⁹⁸ 1845 Mariestad Huss.

³⁹⁹ 1853 Kristinehamn Holmgren.

⁴⁰⁰ 1852 Gotlands södra Kolmodin.

⁴⁰¹ Ackerknecht, ”Anticontagionism Between 1821 and 1867”.

⁴⁰² Graninger, *Från osynligt till synligt*, s. 25.

⁴⁰³ Brown, ”From Foetid Air to Filth”, s. 515–544.

eller å andra sidan dessa teorier och klimatmedicinen. Alla tre hade snarare mycket gemensamt.

Klimatmedicinen, miasmateorin och den kontagiösa smittspridningsuppfattningen framställde alla sjukdom som någonting som kom utifrån. För att förklara sjukdom sökte läkare bakåt i tiden efter händelser som signalerat en förändring: ett väderomslag, en miasmatiske dimma, en främlings ankomst till bygden. Öväntad, plötslig förändring skadade. Sjukdom rörde sig i omgivningen via flöden av luft, vatten och resande människor. Provinsialläkarnas smittförebyggande arbete gick därför främst ut på att få människor att undvika främlingar och skadlig luft.

Sjukdomsprocesser i kroppar och omgivningar

Läkarna identifierade och åtgärdade problem i kroppar och på farliga platser som träsk på samma sätt. Uppstoppade flöden av luft och vatten menades skapa miljöer som kunde skada människors hälsa. Principen var identisk med hur blockerade flöden av kroppsvätskor inuti och ut från kroppen ansågs innebära medicinska problem. I omgivningen kunde problemet vara häftiga temperatursvängningar och i kroppen ojämn puls. Avvikelsen var dock densamma: ett plötsligt och oförutsägbart skede hade ersatt lugn och regelbundenhet. Det reguljära, lugna, förutsägbara flödandet kännetecknade både hälsosamt väder och en frisk eller tillfrisknande patient. Läkarna använde också samma ord för att definiera medicinska problem och eftersträvansvärda tillstånd både i kroppar och omgivningar. ”Häftiga” händelser var skadliga och ”jämn” nyttiga.⁴⁰⁴ I följande avsnitt kommer jag att visa att många av läkarnas terapeutiska ingripanden gentemot kroppar var identiska med hur de åtgärdade miasma i omgivningen.

Att identifiera och åtgärda förruttelse var vanliga medicinska praktiker i provinsialläkarrapporterna under tidigt 1800-tal, både preventivt och terapeutiskt. Det fanns två huvudsakliga anledningar till varför det ansågs hälsovådligt att kroppens flöde stoppats upp. Flödena var kroppens sätt att rena sig själv. Om de blockerades kunde hälsovådliga ämnen inte avlägsnas. Men utöver detta var stillastående vätskor skadliga i sig, eftersom avsaknaden av rörelse kunde leda till *förruttelse*. Dessa antaganden hängde ihop med de zygotiska sjukdomsteorierna, för vilka den tyska kemisten Justus von Liebig var en särskilt stark förespråkare. Historikern Christopher Hamlin skriver att ”the essence of the concept of zygotic disease was that disease was a spreading internal rot, that it came from an external rot, and that it could be transferred to others”.⁴⁰⁵ Inre förruttelse antogs av von Liebig och hans efterföljare ha orsakats av materia

⁴⁰⁴ ”Häftig” användes i bemärkelsen ”häftiga väderomslag” och ”häftiga flödesuttömningar”. ”Jämn/jemn” användes för att beskriva jämnt väder, jämna flöden av kroppslöden samt jämn temperatur.

⁴⁰⁵ Hamlin, *Providence and Putrefaction*, s. 386.

utanför kroppen, vilken genomgick en identisk form av förruttelse. Denna sjukdomsförklaring dominerade enligt Hamlin de brittiska sanitära vetenskaperna från mitten av 1850-talet till mitten av 1870-talet.⁴⁰⁶ Om ett naturligt flöde stoppades upp kunde ämnen som ifall de förblivit flödande hade varit ofarliga istället ruttna och börja sprida förödelse omkring sig. "[Var] nervsystemet ej mera i stånd att lifgifvande inflyta på de circulerande vätskorna", skrev provinsialläkaren i Eskilstuna dystert 1838, "så gick sjuklingen sin upplösning till mötes under putridité och förlamning".⁴⁰⁷ Kroppens flöden började alstra sjukdom om de inte befann sig i ständig rörelse.

Förruttelse var alltså både ett tecken på och en orsak till sjukdom. Därför var det ett diagnostiskt verktyg att identifiera rutten stank. Skadliga flödesstopp identifierades som visat genom frånvaron av en förväntad utsöndring eller genom svullnad. Men ibland kunde läkaren också lukta sig till problemet eftersom många förruttelsesjukdomar kunde identifieras via sin vämjeliga stank.⁴⁰⁸ Rötfeber var exempelvis en variant av nervfeber, vilken yttrade sig i förruttelse i någon extremitet precis som tungröta hos boskap.⁴⁰⁹ Kallbrand åtgärdades med retande medel både invärtes och utvärtes.⁴¹⁰ Men även sjukdomar som vanligtvis associerades med andra sjukdomsorsaker än röta kunde kopplas samman med förruttelseprocesser. Läkaren i Karlskrona behandlade ett fall av kronisk lunginflammation. Trots hans behandling "blef Patientens andedrägt, det upphostade [...] och hela hans atmosfär stinkande. Han dog, sedan vi sålunda ansett ena lungan gangraenerad. Han öppnades och större delen af högra lungan var förvandlad [...] till en] massa af högst stinkande lukt".⁴¹¹ Lukten kunde komma ur munnen, ur avsöndringarna eller från hela patientens kropp. Ett tecken på tyfus var att "andedrägten kändes rutten och stinkande",⁴¹² och "rutten smak i munnen" tydde på difteri.⁴¹³ Lukten och smaken av förruttelse var ett tecken på sjukdom inuti den sjuke. Det var vanligt att en "odräglig rutten stank"⁴¹⁴ spreds i sjukrummet vid fall av smittkoppor. Två sjukdomsfall identifierades bland annat genom att "uttömningarne blefo tunna, asaktigt luktande"⁴¹⁵ och av "en rutten, ytterst stinkande flytning ur vagina".⁴¹⁶

⁴⁰⁶ Ibid., s. 383.

⁴⁰⁷ 1838 Eskilstuna Nyberg.

⁴⁰⁸ För ett resonemang om läkarens luktsinne som diagnostiskt verktyg, se Johannisson, *Tecknen*, s. 114–122.

⁴⁰⁹ 1839 Norra Tjust Frykman. Kallbrand kunde uppstå efter svåra förlösningar och åtgärdades med retande medel både invärtes och utvärtes. 1822 Stockholm Cederschjöld. Se även till exempel 1841 Gävle Hartman och 1860 Ronneby Rydberg: "Tungröta hos boskap: kunde oftast ej upptäckas förrän tungan starkt framdrogs. Dervid hände på ett och annat ställe att man fick den gangraenerade tungan i hand."

⁴¹⁰ 1822 Stockholm Cederschjöld. Se även 1841 Gävle Hartman.

⁴¹¹ 1844 Karlskrona Ekwurzel.

⁴¹² 1820 Nätra Hasselhun.

⁴¹³ 1846 Landskrona Schagerström.

⁴¹⁴ 1857 Lidköping Graewe. Se även 1859 Åmål Rönquist; 1840 Vimmerby Hanström.

⁴¹⁵ Ibid.

⁴¹⁶ 1841 Gävle Hartman.

Lukten av förruttelse var inte bara ett tecken på sjukdom inuti den sjuke utan också ett sjukdomsalstrande ämne i sig.⁴¹⁷ En tyfusepidemi i Sundsvall 1824 sades exempelvis ha spridits genom att varma rum fylldes med ”ruttna uttömningars utdunstning”.⁴¹⁸ I ögonblicket när stanken upplevdes med näsan trängde det hälsovådliga ämnet in i kroppen. Det existerade ingen åtskillnad mellan smittan och sinnesförmimmelsen av den. Om inte förruttelsen avlägsnades genom fria, jämna flöden, antingen som kroppens spontana reaktion eller genom läkarens artificiella ingrepp, riskerade kroppen att själv ruttna. Att identifiera, motverka och åtgärda röta var alltså en viktig medicinsk praktik, men bara under denna period. Att emanationer ur kroppen luktade ruttet var ett återkommande sjukdomstecken i provinsialläkarrapporter fram till 1865 men försvann under perioden 1865–1900.⁴¹⁹

Röta var farligt just för att förruttelseprocessen kunde smitta genom att den förorenade vatten och luft. Även om ordet miasma inte användes om sådana sjukdomsalstrande ångor ur kroppar finns det starka skäl till att se denna sjukdomsuppfattning som beroende av samma princip som samtida miasmatiska smittspridningsteorier eftersom sjukdom uppstått genom röta och skadade via stank. Dessa sjukdomar åtgärdades återkommande med flödeshanterande terapier, där läkaren försökte återinrätta den cirkulation som antogs saknas eftersom förruttelse inträtt.

De omgivningar vilka ansågs mest sjukdomsalstrande under tidigt 1800-tal, miasmagenererande träsk, kännetecknades av samma grundproblem som fick läkare att uppfatta ruttet stank som sjukdomssymptom: en blockering skapade stagnation vilket orsakade förruttelse. Läkares åtgärder gick i båda fallen ut på att åtgärda sådana flödesstopp. I omgivningen dikades kärr ut, medan den sjuka kroppen behandlades med exempelvis åderlätning, laxermedel och kalla omslag.

Omgivningens flöden och kroppens porositet

Min avslutande poäng är att nästan alla läkarnas preventiva ingripanden under denna period var sätt att upprätta barriärer mellan kropp och omgivning.⁴²⁰ Detta för att läkarna ansåg kroppen vara passiv och svag i relation till smitta.

⁴¹⁷ William Cullen, 1700-talsläkaren vars sjukdomsteorier många provinsialläkare undervisats inom, kallade sjukdomar relaterade till förruttelse, exempelvis difteri, barnsängsfeber, scharlakansfeber och kallbrand, för septiska. Han menade därtill att de var astheniska sjukdomar som borde behandlas med stärkande medel istället för åderlätning. Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 261.

⁴¹⁸ 1824 Sundsvall Platzman.

⁴¹⁹ Ordet ”ruttet” förekommer 27 gånger i Medicinhistorisk databas och var dubbelt så frekvent på 1850-talet som på 1880-talet. Under perioden 1820–1865 användes ordet för att beskriva sjuka människors emanationer och smak i munnen. Under perioden 1865–1900 användes det istället nästan uteslutande för att beskriva beslagtagen otjänlig föda.

⁴²⁰ Förutom utdikning av kärr.

Därtill ansåg de att omgivningens temperatur och fuktighet fick kroppens porositet och mottaglighet att öka eller minska.

Inrättandet av barriärer

Läkarnas medicinska ingrepp var under dessa år främst terapeutiska snarare än preventiva: sjukdom behandlades efter att den brutit ut istället för att förebyggas. Sjukdomsförebyggande arbete var alltså relativt ovanligt. I detta avsnitt föreslår jag de få preventiva åtgärder läkarna ändå ägnade sig åt vilade på grundprincipen att bräckliga kroppar behövde skyddas genom att barriärer upprättades mellan dem och omvärlden. Detta är anledningen till att det framställdes som hälsosamt med robusta väggar, mycket kläder, rök och, i vissa fall, ett lager av smuts.

När provinsialläkare bedömde hemmets inverkan på hälsan under tidigt 1800-tal lyftes särskilt husens förmåga att motstå yttre inflytanden fram. Välbyggda hus var robusta och solida.⁴²¹ Ett hälsosamt hus fungerade som ett ogenomsläppligt skal. Det upprätthöll tydlig distans mellan utomhus och inomhus, släppte ej ut värme eller in drag. Läkaren i västra Norrland 1863 skrev exempelvis att allmogens hem var hälsovådliga eftersom de ”ser mera på tiden än soliditeten vid byggnaders uppförande”.⁴²² Dragiga, rangliga väggar var medicinska problem. En läkare i Göteborg beklagade att folket bodde på ”otäta vindar med enkelfönster”.⁴²³ Vad som skedde *inuti* husen diskuterades sällan.

Den andra sortens barriär som upprättades mellan kropp och omgivning bestod av kläder. Att vara alltför lättklädd beskrevs som vårdslöshet med den egna hälsan, som när läkaren i Vimmerby satte samman sjuklighet med alltför lite kläder när han 1853 skrev att bleksot⁴²⁴ uppstått på grund av ”en ändamålslös beklädnad, i det bondflickan härmande de förnämare, bortbytt sin vadmalströja och pelsjacksa, mest passande qvinnan i ett nordligt klimat, emot tunna lifklädningsar af alla sorters tyger, hophäktade på ryggen så att minsta köldinflytelse får fritt tillträde till ryggraden”.⁴²⁵ På samma sätt skrev läkaren i Bjästa 1848 att sjukdomen ökat bland allmogens döttrar på grund av ”lyx i Kläder som inrotat sig bland ungdomen och mera har för ändamål att presentera en grann yta än skydda kroppen mot inflytelserna af ett ofta oblidt

⁴²¹ 1860 Lund Samberg.

⁴²² *Sundbetscollegii Underdåniga Berättelse 1863. Bidrag till Sveriges officiella statistik. Hälso- och sjukvården I*, s. 3. Detta var en sammanställning av bland annat alla provinsialläkarrapporter i riket. Här återberättades bitar av flera provinsialläkarrapporter ordagrant.

⁴²³ Mapp märkt ”Afskrifter och urklipp 1855–1900” i *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*.

⁴²⁴ Bleksot/kloros/chlorosis var ett samlingsnamn för ett abnormt svaghets tillstånd som kännetecknades av orkeslöshet, blekhet, håglöshet, vilket ofta kopplades samman med blodlöshet.

⁴²⁵ 1853 Vimmerby Bergenklint. Se även 1881 Berg Paulson; 1869 Ström Strandberg. För nedkylning som sjukdomsorsak, se till exempel även 1853 Jämtland Norra Grenholm; 1841 Gävle Hartman; 1851 Jämtland Fornander.

klimat”.⁴²⁶ Att bära många plagg ansågs motverka sjukdom genom att minska omgivningens påverkan på kroppen.

För det tredje ansågs rökningar förhindra miasma. Den kraftiga aromen av rök trängde ut och dolde miasmans lukt. Det motverkade förruttnelsesmittan eftersom den förmedlades via inandningen av stank. Läkaren i Kalmar 1840 föreskrev flera olika slags rökningar av särskilt starkt doftande ämnen i sjukrum:

Widare förbättras luften, isynnerhet då ej fönster kan hållas öppet, med omwexlande af något af nedanstående: 1:o/ På ett glöggadt jern lägges en portion groftmalna caffebönor, som kringbäres i rummet . 2:o/ Ennis påtändes, hvarefter röken utsläppes genom dörr eller fönster. 3:o/ Ättika slås på ett glödgadt jern.⁴²⁷

Rökningarna avbröt flödet av skadlig materia från luft till kropp genom att upprätta en barriär av starka dofter. Därför rökte människor ibland cigarrer för att undvika att insjukna i smittsamma sjukdomar. Läkaren i Naum förebrädde en patients familj på följande vis 1879: ”Istället för att företaga en grundlig rensning af huset, förekom en af husets döttrar rökande cigarr för att bevara sig för smitta”.⁴²⁸ Att vara omgiven av starka dofter skapade fysisk distans till miasmatiske, giftig luft. Cigarren kunde upprätta en rustning av rök.

Och för det fjärde menar jag att det är i detta sammanhang som ”fällan” bör förstås: den isolerande hinna av smuts, svett och döda hudceller på en otvättad kropp som enligt flera historiker betraktades som ett skyddande och värme-hållande lager bland allmogen under tidigt 1800-tal. Dess namn, på franska ”la crasse”, på tyska ”das Fell” antyder att den uppfattades som en sorts päls.⁴²⁹ Många som skrivit om svensk allmoges renlighetsnivå under 1800-talet nämner fällan,⁴³⁰ exempelvis Karin Johannisson som påpekar att det inte är ologiskt att smutsen betraktades som ett försvar som precis som huden stängde främmande partiklar ute.⁴³¹ Smutsen var nyttig. Tvättade man sig inte så ofta frös man heller inte lika lätt. ”Oaktat pålysningar om renlighet”, skrev provinsialläkaren i Vrigstad 1850, ”infinna sig Bewäringsynglingar till den grad smutsiga, likasom de voro uppdragne ur dy, att jag ibland med ett lätt instrument måste skrapa, synnerligast nedre extremiteterne, för att kunna urskilja, om lemmane äro friska. På fråga, hvarföre de ej tvätta sig, blifo svaret: ”för att kunna bibehålla

⁴²⁶ 1848 Bjästa Eneroth.

⁴²⁷ 1840 Kalmar Ekman. Se även 1854 Hjo Tengstrand; 1847 Karlskrona Hellan; 1854 Hjo Tengstrand; 1852 Eksjö Bräkenhielm; Corbin, *The Foul and the Fragrant*.

⁴²⁸ 1879 Naum Grenander. För ett fiktivt exempel, se denna avhandlingens omslagsbild, baserad på målningen ”Läkarbesöket”, målade av Carl Aspelin och förmodligen baserad på hans far, Gustaf Aspelin, provinsialläkare i Åhus år 1858 och i Brösarp år 1859–1860. Se även Nilsson, ”Folkhälsan i Östskåne under mitten av 1800-talet speglad via en provinsialläkares arbete”.

⁴²⁹ Lagerspetz, *Smuts*, s. 57; Johannisson, *Tecknen*, s. 101.

⁴³⁰ Ibid. Även Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 197; Dan Waldetoft ”När Rya-Rya badade” i Dan Waldetoft (red.), *Tio tvättar sig* (Stockholm, 2004), s. 68.

⁴³¹ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 197.

värmen”.⁴³² Fällan fungerade som ett extra skydd mellan kroppen och en farlig omvärld.

Kroppen uppfattades alltså passivt följa med i omgivningens förändringar. Huden var inte en mer fast gräns mot omvärlden än kläderna som stickats eller huset som timrats. I huden fanns porer, i kläderna maskor, i väggarna springor: omgivningen smet in i kroppen utan att individen kunde förhindra det. Det enda motmedlet var fler klädesplagg och tätare väggar. Att så mycket möda ägnades åt att upprätta skydd är bara rimligt om kroppen i sig uppfattades som *svag*. Ju fler isolerande lager som ansågs behövas, desto mer värnlös borde kroppen ha förståtts vara i sig själv. Kroppen var det bräckliga och ömtåliga längst in under alla skal och skydd, genomsläpplig, genomtränglig och omedelbart påverkbar av sin omgivning.⁴³³ Människor kunde inte göra mycket mer än att akta sig.

Passivitet

Under denna period framställde läkare återkommande både sig själva och sina patienter som i huvudsak reaktiva i relation till sjukdomsorsaker. Provinsialläkarnas förhållningssätt stämmer överens med det angreppssätt som historikern Vladimir Jankovic beskriver i sin översikt om brittisk klimatmedicin under tidigt 1800-tal: ”Climate, health, and society were interlocked in a way that made any suffering part of the natural course of things [...] Bad air and rough weather were natural; sickness was, too.”⁴³⁴ Just denna passiva inställning är central i den flödeshanterande medicinen. De få preventiva ingripanden provinsialläkarna skildrade handlade som visat om att mildra inverkan från flöden av luft, vatten och smitta snarare än att påverka flödenas närvaro eller egenskaper. Sjukdomsframkallande aspekter i omgivningen framställdes som naturgivna, som en del av livets förutsättningar.

⁴³² 1850 Vrigstad Backström.

⁴³³ Allmogen och provinsialläkare tycks ha varit eniga om vikten av att hantera interaktionen mellan kropp och omgivning med försiktighet. Men det betyder inte att de var eniga om hur interaktionen borde skötas. För ett extremt exempel, se Sundsvall 1841 Platzman: ”Inom de tvenne sednare åren hafva flere personer härstädes drunknat, än under många föregående år sammantagne. Att det så sällan lyckats åter till lifvet bringa submercerade, har ofta berott af fördomars och okunnighetens sätt att handtera den i vattnet fallne. Man föreställer sig nämligen det i en drunknad möjligen kvarvarande lifvet såsom en ånga, hvilken ögonblickligt utandas och förspilles, om kroppen omedelbart uppdrages ur vattnet och i luften med öppen mun. Således, istället att med möjligaste skyndsamhet uphämta den i vattnet fallne, hvars räddning kan bero på sekunden, fasthåller man hans hufvud i vattnet, till dess någon duk hunnit anskaffas, och knyts för näsa och mun. Härmed kränglas vanligen så länge, att den olycklige dör under fortsatt qväfnig, och man värkställer just afsigtens raka motsatts. Detta sätt att i all välmening liftaga sin nästa, som äfven skall vara öfligt i Götheborg och på andra platser, har varit ganska svårt att utrota, hälst det stundom tillrådes af lägre Prästmän och i öfrigt trovärde personer.”

⁴³⁴ Jankovic, *Confronting the Climate*, s. 16.

Vissa forskare har påstått att läkares angreppssätt präglades av *terapeutisk* nihilism under 1800-talets mitt.⁴³⁵ Jag menar snarare att ifall begreppet nihilism överhuvudtaget ska appliceras på provinsialläkarnas sjukdomsuppfattningar under åren 1820–1865, så är det mer rättvisande att kalla deras inställning till *preventiv* medicin passiv, uppgiven och i vissa fall också nihilistisk.

Denna passivitet är också synlig i provinsialläkares ordval och meningsbyggnad i årsrapporterna, exempelvis hur de använde orden ”sjukdom” och ”smitta”. En smittas uppdykande i distriktet brukade i rapporterna visserligen kopplas samman med en viss person, men efter ankomsten skildrades smittspridning generellt som att sjukdomen rörde sig mellan människor på egen hand än som att människor förmedlade den mellan varandra. Smitta och sjukdom beskrevs också ofta som handlande subjekt i provinsialläkarrapporter från dessa år. De kunde sägas ha ”hunnit till”,⁴³⁶ ”angripa”,⁴³⁷ och ”förorsaka”⁴³⁸, eller ha en egen vilja, som i en rapport från 1835 där läkaren skrev att ”Sjukdomen hade en längre tid förut förberedt sitt utbrott”.⁴³⁹ Sjukdom kunde sägas ha gjort ”påhälsning i en by”,⁴⁴⁰ göra ”ett språng åt sidan”⁴⁴¹ och ”en paus i sin framfart”.⁴⁴² Smitta ”vill gärna hvarje sommar göra en påhälsning,⁴⁴³ kunde ”gripa omkring sig”,⁴⁴⁴ ”fortfor att härje”⁴⁴⁵ och ”visade sig mest envis”.⁴⁴⁶ Sjukdom kunde sägas ha ”herrskat”⁴⁴⁷ eller ”antagit mildrare lynne”.⁴⁴⁸ Sjukdomars och smittors utbredning inom distriktet framställdes alltså som svår att påverka.

Ett annat tecken på denna passivitet gentemot sjukdomsinflytanden demonstreras genom vilka subjekt som tillskrivs ”motstånd” i provinsialläkarrapporter under perioderna 1820–1865 respektive 1866–1900. Under den tidiga perioden användes ordet ”motstånd” enbart om smitta eller sjukdom som ej påverkats av behandling,⁴⁴⁹ medan ordet vid slutet av 1800-talet istället enbart användes för att beskriva människor som motsatte sig behandling.⁴⁵⁰ Sjukdom

⁴³⁵ Se exempelvis Temkin, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, främst kap. 29, ”Health and Disease”, s. 419–440, särskilt s. 433–434; Fähræus, *Vår tids medicin*, s. 93.

⁴³⁶ 1840 Nederkalix Kleinschmidt.

⁴³⁷ 1840 Nyköping Martin.

⁴³⁸ 1840 Nederkalix Kleinschmidt.

⁴³⁹ 1835 Nätra Haij.

⁴⁴⁰ 1840 Hernösand Hedlund.

⁴⁴¹ 1863 Örnsköldsvik Håkansson.

⁴⁴² Ibid.

⁴⁴³ 1851 Fahlun stad Kihlstedt.

⁴⁴⁴ 1837 Landskrona Schagerström; 1839 Malmö Weiselqvist.

⁴⁴⁵ 1860 Ljungby Billengren.

⁴⁴⁶ 1863 Örnsköldsvik Håkansson.

⁴⁴⁷ 1837 Landskrona Schagerström.

⁴⁴⁸ 1852 Norrtälje Sommelius.

⁴⁴⁹ Exempel på hur sjukdom gör motstånd i tidiga provinsialläkarrapporter: 1825 Sundsvall Platzman (kikhosta); 1830 Mariestad Westman (venerisk sjuka); 1857 Nyköping Levin (ischias).

⁴⁵⁰ Exempel på hur människor gör motstånd i sena provinsialläkarrapporter: 1881 Drottningholm Thomaus (mot sjukas avskiljande från friska); 1894 Stranda Härad Hyggrell (mot sjukas avskiljande från

och smitta hade starkare agens under tidigt 1800-tal än under den senare perioden.

Den svaga kroppen

Att kroppen behövde skyddas och ansågs vara passiv visar att den förstods som svag och oförmögen att själv motstå påverkan från omvärlden. Svaghet var också en av de vanligaste uttalade sjukdomsorsakerna bland provinsialläkarna under denna period. Många av provinsialläkarnas behandlingar var därför ämnade att tillföra stärkande substanser, som när provinsialläkaren i Eskilstuna 1836 skrev att bröstsjukdomar ”fordrade sluteligen kraftiga stärkande medel innan de läto fullkomligt häfva sig”⁴⁵¹ och när provinsialläkaren i Vimmerby 1840 sade sig ofta använda en ”stärkande efterkur”⁴⁵² vid feber. De stärkande medlen kunde vara mediciner, men vanligen avsågs mat. Hälsa krävde gott om näring. Just stärkande föda användes ofta som sjukdomsterapi, som när läkaren i Ramsberg 1867 förordade en ”stärkande diet”.⁴⁵³ Även allmogen sades förebygga och behandla sjukdom genom stora mängder mat, som när en provinsialläkare beskrev hur allmogen försökte ”förekomma en sjukdoms fullständiga utbrott derigenom, att under en eller två af illamændets första dagar den sjuke fullproppas med så mycket mat han kan fördraga”,⁴⁵⁴ eller när en provinsialläkare 1847 skrev att folket i hans distrikt trodde att ”om den sjuke ej äter skall han snart dö af swällt”.⁴⁵⁵ Att vara sjuk innebar att förlora sin styrka. Hälsa sattes samman med en viss sorts motståndskraft, en robusthet som yttrade sig i frodighet: att vara stor, stark och fet. Läkare identifierade sjukdom genom att ”hull och krafter aftogo” eller att ”patienten blef mager och hopfallen” och en mager kroppsbyggnad var ett potentiellt sjukdomssymptom, som när en provinsialläkare skrev att en persons ”yttre antydde orksvaghet och sjuklighet, med en utomordentlig magerhet”.⁴⁵⁶ Att någon insjuknade trots att hon var ”ett stort och starkt fruntimmer”, ”starkt bildad och fet och frodig” eller av en ”herculisk kroppsbyggnad” var anmärkningsvärt.⁴⁵⁷

Att föreskriva stora mängder mat och stärkande mediciner i förebyggande eller behandlande syfte var sätt att ge motståndskraft till en utsatt person för att därigenom bygga upp personens försvar. Motståndskraft var alltså någonting som *tillfördes utifrån*, vilket är en stor skillnad från sent 1800-tal, då kroppen antogs ha en inre kraft som kunde stärkas genom härdande praktiker. Poängen

friska); 1891 Åmål Waldenström (inget motstånd mot vaccination); 1891 Simrishamn Hansson (mot sundhetsnämnden); 1886 Christianstad Kull (mot hälsovårdsnämnden).

⁴⁵¹ 1836 Eskilstuna Nyberg.

⁴⁵² 1840 Vimmerby Hanström.

⁴⁵³ 1867 Ramsberg Bergström.

⁴⁵⁴ 1845 Sundsvall Platzman.

⁴⁵⁵ 1847 Karlskrona Hellman.

⁴⁵⁶ 1842 Umeå Hay; 1845 Enköping Martin; 1835 Gävle Hartman.

⁴⁵⁷ 1844 Kalmar Ekman; även 1859 Torp Reuterma; 1849 Umeå Hay; 1853 Ronneby brunn Hellman.

är att läkarna under det tidiga 1800-talet aldrig påbjöd härdande. Den kropp som behövde tillföras styrka utifrån förstods istället som bräcklig, sårbar och med liten eller ingen förmåga att på egen hand motstå utifrån kommande påverkan.

Flera forskare, exempelvis Karin Johannisson, har framställt oron kring svaga, bräckliga kroppar som ett särtecken för fin-de-siècle-medicinen, särskilt inriktad mot kvinnokroppar samt som någonting specifikt för urbana, borgerliga och aristokratiska miljöer.⁴⁵⁸ Denna beskrivning härrör från medicinska debattörer som vid mitten av 1800-talet kontrasterade bräckliga stadsfröknar mot robusta bondhustrur för att göra poänger om ohälsosam stadsmiljö. Debattörerna menade att livet på landet skapade en muskulös och mot ohälsa okänslig kropp och framställde underlivsproblem samt menstruationsrubbingar som sällsynta på landsbygden då de orsakades av en urban livsstil.⁴⁵⁹ Men alla de sjukdomar som borgerliga debattörer sade var kännetecknen för stadsbor var vanliga även i provinsialläkarnas beskrivningar av landsortsbefolkningen. I årsrapporterna existerade den svaga kroppen som medicinskt problem under hela 1800-talet.⁴⁶⁰ Det främsta exemplet är diagnosen bleksot/kloros/chlorosis, ett samlingsnamn för abnorma svaghetstillstånd kännetecknade av orkeslöshet, blekhet, håglöshet. Att bleksot inte förekom bland allmogen kan direkt motbevisas – diagnosen får fler än 1000 träffar i de digitaliserade provinsialläkarrapporterna. Bleksot var vidare inte uteslutande en kvinnosjukdom: även män diagnostiseras med bleksot, som när en provinsialläkare noterade 13 fall av bleksot hos män och 12 hos kvinnor.⁴⁶¹ Istället ansågs sjukdomen orsakas av förkärlek för lyx, genom att allmogen slösat bort sina pengar på kaffe och därför inte hade råd med riktig mat. I provinsialläkarrapporterna var alltså kroppslig svaghet generellt och bleksot specifikt en diagnos som förekom under hela 1800-talets gång snarare än bara mot seklets slut. Den användes i hög grad om landsbygdsbefolkningen samt om både män och kvinnor.

Den sårbara och öppna kroppen som provinsialläkarna förhöll sig till inom den flödeshanterande medicinen hade stora likheter med de kroppsuppfattningar historiker har beskrivit som tongivande under tidigmodern tid. Barbara Duden menar exempelvis att 1700-talsläkare under pestepidemier såg kroppen som full av öppningar mot omvärlden. Inte nog med att pestångorna kunde tränga in genom munnen och näsan, de kunde också ta sig in genom hudens porer. Kroppens insida och omvärlden uppfattades stå i ständigt samspel. ”In this

⁴⁵⁸ Johannisson, *Den mörka kontinenten*, s. 14, 128–134.

⁴⁵⁹ Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*, s. 113, 111–112, 129. Se även Johannisson, *Den mörka kontinenten*; Nilsson, *Det beta könet*; Hilde Bondevik, ”Klorose – ’et væsentlig onde’ – om blodmangel og unge kvinner anno 1890” i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie (red.), *Rødt og hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 103–128.

⁴⁶⁰ Till exempel 1878 Näs 2/2 Sandberg. Se även Anna-Karin Frih, ”Flickor och kvinnor på kurort” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren och samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011), s. 158.

⁴⁶¹ 1891 Stockholm Linroth.

cosmos”, skriver Duden, ”the skin does not close off the body”.⁴⁶² Huden sågs inte som en absolut gräns mellan kropp och omgivning utan snarare som ett slags sluss däremellan.⁴⁶³ På samma sätt menar historikern Georges Vigarello i sin översikt över renlighetsuppfattningar i Frankrike att bad var sällsynta under 1600-talet eftersom vatten ansågs kunna penetrera kroppen, försvaga organen och lämna hudens porer vidöppna för ohälsosam luft.⁴⁶⁴ Kroppar ansågs enligt Vigarello absorbera omgivningens temperatur och fuktighet. Vatten sågs enligt honom under 1700-talet som en aktiv substans och en dynamisk miljö som förändrade och genomströmmade kroppen snarare än bara sköljde över den. Att vistas i vatten var onaturligt. Vattnet skapade en kedja av effekter som var svåra att förutse och kontrollera. När spädbarn badats slöts deras porer efteråt till med olja för att huden inte skulle förbli alltför öppen och genomsläpplig.⁴⁶⁵ Även historikern Kevin Siena menar att medicinska uppfattningar om relationen mellan kropp och omgivning i Storbritannien under sent 1700-tal utgick från en porös och föränderlig kropp.⁴⁶⁶ Inom europeisk medicinsk praktik och teoribildning, vilken svenska provinsialläkare var en del av genom sin utbildning och sin konsumtion av medicinska tidskrifter, ansågs alltså kroppen vara passiv och mottaglig för utifrån kommande inflytanden. Vigarellos och Dudens insikter om att kroppens porositet varierade med omgivningens fuktighet kan användas för att förklara *på vilket sätt* läkarna ansåg kroppen vara sårbar mot sin omgivning under denna period. Avslutningsvis kommer jag därför att använda denna förklaringsmodell för att visa hur läkarna ansåg kroppen vara sårbar och passiv då dess öppenhet och flödesrörelser hängde samman med den omgivande luftens fuktighet och temperatur.

Fukt och temperatur

I provinsialläkarrapporterna kopplades fuktig luft ofta samman med ohälsa under åren 1820–1865. Läkaren i Ängelholm 1831 skrev att febersjuka patienter hade återinsjuknat då de ”under bar himmel i kall och fuktig luft voro nödsakade att förtjena sig födan”.⁴⁶⁷ I Enköping sades flera fall av förlamning ”vara en följd af den längre tids uthållande fuktiga luften”, vilken också lett till att provinsialläkaren själv drabbades av ett slaganfall, där ”luften var ett causal moment till utbrottet”.⁴⁶⁸ Generellt sades fuktig luft orsaka större benägenhet till nervfebrar och reumatiska sjukdomar och det ansågs särskilt skadligt att behöva svettas i fuktigt väder.⁴⁶⁹ Problemet var att skadliga ämnen som

⁴⁶² Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 11.

⁴⁶³ *Ibid.*, s. 121.

⁴⁶⁴ Vigarello, *Concepts of Cleanliness*, s. 3.

⁴⁶⁵ *Ibid.*, s. 3, 107, 112, 127–128.

⁴⁶⁶ Siena, ”Pliable Bodies”, s. 34.

⁴⁶⁷ 1831 Ängelholm Wieslander. Se även 1860 Håby Lundgren; 1820 Malmö Wejlander.

⁴⁶⁸ 1831 Enköping Rudolphi.

⁴⁶⁹ 1842 Östersund Rissler; 1827 Östersund Rissler.

behövde utsöndras ej kunde tränga ut ur kroppens porer vid hög luftfuktighet, ett medicinskt problem läkare kallade ”hämmand transpiration”. I en rapport från Vimmerby 1835 hölls denna omständighet fram som en direkt verkande sjukdomsorsak: ”[sjukdomen orsakades av] en hämmand transpiration, antingen uti enskilda kroppsdelar, eller uti hela systemet, härhörande från fuktig och kall väderlek”.⁴⁷⁰ Hög luftfuktighet blockerade nödvändiga flöden ut ur kroppen.⁴⁷¹

Det var särskilt skadligt med kall fuktighet. Fukt trängde in i porerna och kyla fick kroppen att dra ihop sig och orsakade en flödesrörelse från kroppens yta, huden, ned i dess inre. Detta kunde få sjukdomar som annars enbart skulle givit hudutslag att dras djupt in i kroppen där sjukdomen gjorde mer skada. Läkaren i Kristinehamn 1820 skrev exempelvis att en lokal epidemi ”varit farlig och dödande” då sjuka inte skyddats från kylig luft och deras hälsa riskerats ”genom framräckande af kalla drycker.”⁴⁷² En annan läkare beklagade lokalbefolkningens misstänksamhet mot obduktioner, vilket ledde till att han även under vintern ”nödgas hålla förrättningen under bar himmel, i stark köld, till mehn för förrättningens fullständighet, ock ej sällan, för min hälsa.”⁴⁷³ En tredje noterade ovanlig nattköld men förvånades över att den inte orsakat ”någon allmänne intensiva underlivets lidanden”.⁴⁷⁴ Provinsialläkaren i Sundsvall rapporterade att lokal smitta främst angripit dem som ”under kall och våt väderlek haft sina förrättningar ute på isarna ut i vattnet”,⁴⁷⁵ och bleksot förklarades med att allmogekvinnor sprang barfota i snön om vintern.⁴⁷⁶ Att utsätta sig för kyla kunde alltså både nedsätta motståndskraften mot sjuklighet generellt och fungera som en direkt verkande sjukdomsorsak.⁴⁷⁷ Men samtidigt som kyla var skadligt användes kallt vatten som terapi. Den första havskuranstalten i Sverige inrättades 1774 i Gustavsberg utanför Uddevalla. Det motsäger inte att kyla generellt ansågs hälsovådligt eftersom kallbaden användes på grund av kylans chockverkan. De uppstoppade flödena kunde potentiellt lösas upp av den chock mötet med det kalla vattnet gav. En provinsialläkare skrev exempelvis 1850 att ”menstruationsoordningar [är] ej ovanlige bland allmogen, de ha oftast blifvit afhulplna genom behandling endast med kallt

⁴⁷⁰ 1835 Vimmerby Hanström.

⁴⁷¹ 1831 Mariestad Vestman.

⁴⁷² 1820 Kristinehamn Haak.

⁴⁷³ 1840 Kungsbacka Mosén.

⁴⁷⁴ 1850 Uppsala Schultz.

⁴⁷⁵ 1840 Sundsvall Platzman. Se även 1840 Umeå Hay.

⁴⁷⁶ 1869 Ström Strandberg. Se även 1841 Gävle Hartman; 1854 Norrköping Åberg.

⁴⁷⁷ Idéhistorikern Jacob Kihlberg visar i sin undersökning av ett medicinalråds sjukdomsuppfattningar under 1850-talet på skillnaden mellan förberedande och utlösande sjukdomsorsaker: hur vissa förutsättningar menades bädda för sjukdom, medan andra sades framkalla den. Att komma i kontakt med ett smittämne och att bli nedkyld var två sådana omständigheter. Vilken av förutsättningarna som förstods nedsätta motståndskraften respektive utlösa sjukdom förstods kronologiskt – det som inträffat först förberedde, det som inträffade efteråt satte igång sjukdomen. På samma sätt menade provinsialläkare att kyla både bäddade för och direkt orsakade sjukdom. Kihlberg, ”Att organisera det sunda samhället”, s. 6–8. Se även Jakob Kihlberg, ”Staden och den medicinska vetenskapen. Den sanitära frågan under 1850-talet”, *Lychnos. Årsbok för idé- och lärdoms historia*, vol. 1, 2003.

vatten.”⁴⁷⁸ Främst var dock vattnets chockverkan farlig; den kunde också orsaka flödesstopp. En läkare beskrev exempelvis ett fall där en kvinna drabbats av många sjukdomar hela livet igenom efter att ha hämmat sitt blodflöde med oförsiktiga kalla tvättningar vid sin första menstruation.⁴⁷⁹

Kroppsvätskor ansågs dra sig bort från kyla. Därför var det farligt att låta huden bli nedkyld när man var sjuk, eftersom detta orsakade en flödesrörelse in mot kroppens mer centrala delar. Läkaren i Vimmerby 1820 skrev att barn sällan dog av mässling i hans distrikt, så länge inte ”förkylning genom luftdrag eller kall dryck vållat utslagets försvinnande från ytan af kroppen”,⁴⁸⁰ och en annan läkare menade 1835 att sjukdomen artrit, som fanns i en patients knä, ”efter en okunig persons tillgrepp af kalla omslag på knäet, med hastighet, inom några minuter, kastade sig på [...] ögat.”⁴⁸¹ Läkaren lade därför kalla omslag på ögat, vilket fick artriten att avlägsna sig.⁴⁸² Särskilt när en sjuk person hade utslag, det vill säga när kroppen var sysselsatt med att göra sig av med skadliga vätskor och ämnen via huden, var det synnerligen viktigt att inte kylas ned. Läkaren i Alingsås 1851 skrev om hur koppor behandlats med svett drivande medel ”med förskrift att noga vakta sig för förkylning. Detta har haft till följd att kopporna, genast efter det svett drivande medlets begagnande, slagit ut och haft en lätt öfvergång.”⁴⁸³ Läkaren använde alltså svett drivande medel för att få kopporna att slå ut, vilka sedan kunnat genomgå de utsöndrande processer de var till för under kontrollerade former. Därför hade sjukdomen gått över utan komplikationer.

Enligt samma princip som att kyla minskade kroppens utsöndringar, ansågs värme locka fram kroppsvätskor ur kroppens inre. Huden blev mer porös gentemot sin omgivning när den var upphettad. Svettningar ansågs vara utsöndringar av ämnen från kroppens inre snarare än en funktion enbart hos hudlagret. Därför applicerade läkare vid vissa sjukdomar värme på den sjukes hud för att dra upp skadliga ämnen djupt ur kroppens innandöme. Till exempel skrev läkaren i Vimmerby 1820 att mässling krävde varma bad och ”svettmedel” för att utslagen skulle ”utbryta öfver hela kroppsytan.”⁴⁸⁴ Eftersom värme skapade rörelse ut ur kroppen användes det även sjukdomsförebyggande, då en uppvärmd kropp antogs vara mindre mottaglig för utomstående inflytanden. När en läkare 1832 vårdade kolerasjuka sade han sig ha ”iakttagit den försiktighet” att klä sig mycket varmt och menade att kolera kunde motverkas med ylletäcken.⁴⁸⁵ En provinsialläkares behandling för dysenteri 1840 innefattade ”ett varmt

⁴⁷⁸ 1850 Vingåker Aurell.

⁴⁷⁹ 1840 Eksjö Ljungberg.

⁴⁸⁰ 1820 Vimmerby Hanström.

⁴⁸¹ 1835 Sollefteå/Hurjum Åkerblom.

⁴⁸² Ibid.

⁴⁸³ 1851 Alingsås Warenius.

⁴⁸⁴ 1820 Vimmerby Hanström.

⁴⁸⁵ Carl Trafvenfelt, ”Sammandrag af de sista iakttagelserne öfver den Epidemiska Choleran” i *Tidskrift för läkare och pharmaceuter*, vol. 1, nr 1, 1832, s. 16.

förhållande i allmänhet⁴⁸⁶ och i Härnösand motverkades halsont med ”ett varmt förhållande [...] jämte bärande af ylle kring halsen.”⁴⁸⁷ Men överdriven värme kunde vara hälsovådlig om den orsakade ett alltför ymnigt flöde ut ur kroppen. Moderation var bäst, både terapeutiskt och för att avgöra vilka omständigheter i omgivningen som var mest gynnsamma för hälsan. Därför ansågs milda vintrar och svala somrar vara mest hälsosamma.⁴⁸⁸ Exempelvis uttryckte läkaren i Gävle 1841 en allmänt hållen åsikt när han skrev att ”kalla somrar hos oss i allmänhet medföra betydligt mindre sjukdomar än de varma”.⁴⁸⁹ Hälsosamt väder var milt utan extremer. Det var stadigt, stabilt och förändrades enbart gradvis. Läkaren i Vimmerby 1820 skrev att ”denna jemna väderlek hade ett fördelagtigt inflytande på mennisko-kroppens organisme.”⁴⁹⁰ Därför var läkare uppmärksamma på ovanligt, extremt väder och häftiga väderomslag, vilka sattes i direkt samband med sjukdom: ”Sista quartalet medförde större sjuklighet, [... troligen beroende] af den mycket omvexlande väderleken.”⁴⁹¹ Många olika sjukdomar tillskrevs sådana snabba växlingar. Ett lite ovanligt exempel är tandlossning. Läkaren i Jönköping 1861 skrev om småländska allmogekvinnor att ”tändernas förfall böra tillskrifvas [...] de hastiga temperaturvexlingarne, skarpa luftdrag m.m. dylikt.”⁴⁹² Häftiga omslag skadade kroppen. Kroppens öppenhet och mottaglighet mot omgivningen varierade utifrån lokala luft- och vattenflödens fuktighet och temperatur. Flöden av luft och vatten i omgivningen förändrade också hastigheten på flöden in i och ut ur kroppen, det vill säga kroppens förmåga att göra sig av med skadliga ämnen och dess mottaglighet för smittämnen.

Sammanfattning

I detta kapitel har jag visat att vad provinsialläkarnas menade känneteckna skadliga omgivningar var nedsinkade flöden. De medicinska problemen var varianter av flödesstopp och läkarnas ingripanden var flödeshanterande. Läkare antog att samma faktorer påverkade sundheten hos både kroppar och landskap. Fria, jämna, regelbundna flöden var nyttiga, uppstoppade flöden ledde till skadlig förruttelse. Åderlätning och utdikning av kärr innebar samma slags ingripande: återinrättandet av jämna flöden. Därtill var den miasmatiska och kontagiösa smittspridningsuppfattningen inte varandras motsatser, utan förstods båda som flöden av skadliga ämnen. Kroppens öppenhet mot omgivningen samt

⁴⁸⁶ 1840 Västerås Widberg.

⁴⁸⁷ 1844 Härnösand Hedlund. Se även Trafvenfelt, ”Sammandrag af de sista iakttagelserne ofver den Epidemiska Choleran”, s. 16, där läkare för att förebygga kolera rekommenderades att ”bära ylle närmast kroppen och tage-sulor i skorna”.

⁴⁸⁸ 1820 Vimmerby Hanström.

⁴⁸⁹ 1840 Sigtuna Wistrand.

⁴⁹⁰ 1820 Vimmerby Hanström.

⁴⁹¹ 1863 Karlstad Götlin. Se även 1820 Vimmerby Hanström.

⁴⁹² 1851 Jönköping Sköldberg.

kroppsvätskornas flödesriktning och flödes hastighet förändrades också av omgivningens luftflöden och deras temperatur och fuktighet.

Under tidigt 1800-tal förekom få konflikter angående vad som orsakade sjukdom mellan allmoge och provinsialläkare jämfört med under det sena 1800-talet. Läkarna och deras patienter var ense om den flödeshanterande medicinens riktighet. Det är inte förvånande, för flödesmedicinen var vardags- och bondemedicin. Klimatmedicinen och miasmateorin bekräftade vardagslivets iakttagelser. Att separata ting löses upp och smälter samman genom blötläggning och uppvärmning var grunden till matlagning. Att vatten och värme drog upp ämnen ur objekts inre demonstrerades också genom metoderna för att rengöra tvätt. Personer som lagrade mat i många månader bör därtill ha varit väl bekanta med förruttnelsens förödande funktion samt vara intresserade av att förhindra dess spridande. Att uppmärksamma landskapets förutsättningar, klimat och väder samt att hantera snarare än att försöka påverka omgivningens inverkan var grundprincipen för lantbruk. Väder, topografi och klimat avgjorde om grödor frodades eller dukade under.⁴⁹³ Häftiga omslag i temperatur och fuktighetsnivå gav omedelbar, direkt synlig skada på växter, som vissnade eller dog av exempelvis plötslig kyla. Läkare rapporterade också återkommande om vädrets inverkan på årsväxten.⁴⁹⁴ Att förutsättningar som påverkade växtlighet även påverkade människor är inte särskilt långsökt. Klimatmedicinen och miasmateorin var därmed väl förenliga med uppfattningarna om vad som var skadligt respektive nyttigt hos personer som odlade marken, vilket nästan alla provinsialläkarnas patienter gjorde.

Inflytanden från klimat, geologi och väder skedde på en skala som var omöjlig för människor att påverka. Dels hade påverkan ofta skett i det förflutna eftersom människorna behövde anpassa sig till de geologiska och klimatologiska förutsättningarna, dels var krafter som väder och klimat oöverblickbart stora.⁴⁹⁵ Denna inställning ledde till ett passivt, reaktivt förhållningssätt gentemot sjukdom, både hos allmogen och hos läkarna. Men under 1860-talet, när läkarnas tankestil övergick från flödeshanterande till gränsskyddande, skulle deras antaganden om dessa orsakssamband komma att förbytas till sina fullständiga motsatser.

⁴⁹³ Ackerman, *Health Care in the Parisian Countryside*, s. 12.

⁴⁹⁴ Till exempel 1857 Uddevalla Åhlström.

⁴⁹⁵ Även om vissa drömde om att kontrollera vädret även på 1800-talet ansågs det i provinsialläkarrapporter stå utanför mänskligt inflytande. Se James Rodger Fleming, *Fixing the Sky. The Checkered History of Weather and Climate Control* (New York, 2010).

5. Gränsskyddande kroppsuppfattningar: härdande

Under 1800-talets sista decennier slutade provinsialläkare att beskriva meteorologiska, klimatologiska och geologiska faktorer som sjukdomsorsaker. Det betyder inte att de slutade anse att omgivningen hade inflytande på människors hälsa. Inflytandet blev visserligen mindre bestämmande. Där miljön en person vuxit upp tidigare sades ha direkt format dennes kropp och nästan dess öde blev nu omgivningens inflytande någonting som människor kunde påverka.⁴⁹⁶

Under sent 1800-tal framställde provinsialläkarna också omgivningen som ett mycket mer positivt inflytande på lokalbefolkningens hälsa än tidigare. Detta var en del av en samhällsgenomgripande förändring. Det är väl känt att naturen alltmer började beskrivas som hälsosam i Europa och USA under 1800-talets sista decennier. Under 1880- och 1890-talen byggdes en lång rad sanatorier på platser som ansågs hälsosamma utifrån hippokratiska idéer. Samtidigt fick balneologi, badterapi, ett starkt uppsving. Många läkare drogs alltmer till ”naturmedicinen”, det vill säga medicin som försökte använda naturpåverkan för att stärka människors hälsa. Särskilt ofta diskuterades den hälsosamma inverkan från solljus, frisk luft och rent vatten.⁴⁹⁷

Därtill uppstod en lång rad reformrörelser centrerade kring naturskydd, djurskydd och jordreformer under samma period.⁴⁹⁸ I städerna växte intresset för trädgårdsstäder och kolonilotter under samma årtionden som de första nationalparkerna inrättades.⁴⁹⁹ 1890-talets litteratur kännetecknades av poesi

⁴⁹⁶ Se Andrew Wear, ”The History of Personal Hygiene” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 1283–1308, särskilt s. 1291.

⁴⁹⁷ Tidigare forskning har främst studerat rörelsens materiella konsekvenser, såsom utbyggnad av sanatorieväsendet, arbetarskydd, reformer i byggnadsstilar, samt interna diskussioner i centralt placerade rörelser, främst hygienistiska och naturromantisering. Se exempelvis Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren & samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011); Motzi Eklöf, *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekunsten 1900–1945* (Stockholm, 2008). Särskilt Elisabeth Mansén, ”Kurortskulturen, kneippkulturen och det taktila. Om nyttan av barfotavandringar i daggvätt gräs” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren & samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011). För ett internationellt perspektiv, se exempelvis Tania Woloshyn, ”Le Pays du Soleil. The Art of Heliotherapy on the Côte d’Azur” i *Social History of Medicine*, vol. 26, nr 1, 2013, s. 74–93.

⁴⁹⁸ Martin Stolare, *Moderniseringskritiska rörelser i Sverige 1900–1920* (Göteborg, 2003).

⁴⁹⁹ Den första nationalparken i världen, Yellowstone National Park, inrättades i USA år 1872. Sveriges första nationalparker, i bl.a. Abisko och Sarek, inrättades 1909.

som beskrev naturen som bot, lindring och räddning.⁵⁰⁰ Under decennierna kring sekelskiftet 1900 blev målare som Bruno Liljefors och prins Eugen kända för sina lyriska naturskildringar.⁵⁰¹

Flera forskare har uppmärksammat att det som var gammalt, trångt, smutsigt och instängt började problematiseras kring sekelskiftet 1900 i samband med ett tilltagande intresse för frisk luft, vädrande och renlighet. Främst har detta undersökts utifrån de byggnader, organisationer och institutioner som inrättades samt de hygienistiska och naturromantiserande diskussioner som fördes. En lång rad studier har utforskat etableringen av vårdinrättningar som kurorter, sanatorier och hälsohem,⁵⁰² kurkulturer,⁵⁰³ synen på den rena luftens helande verkan i sekelskifteslitteratur,⁵⁰⁴ sundhetskommisioners växande ansvar för stadsmiljöns prydlighet,⁵⁰⁵ bakteriologins spridning,⁵⁰⁶ och alternativmedicinens tillväxt.⁵⁰⁷

Läkare blev också under sent 1800-tal allt mer intresserade av tillgången till frisk luft inuti bostäder. Detta har uppmärksammat i flera studier: historikern Maria Arvidsson kallar exempelvis ventilation för ”tidens lösen”.⁵⁰⁸

Detta nya intresse beskrivs ofta som sammanknutet med nationalism och nationalromantik, men det fanns också en betydande komponent av natursvärmeri. En fråga som dock sällan ställs är *varför* det började anses sunt att vistas utomhus. Som visat betraktade inte läkare den omgivande naturen som någon särskilt hälsofrämjande plats under tidigt 1800-tal.⁵⁰⁹ Snarare ansågs många krafter direkt skadliga: miasmatiska dimmor orsakade epidemier, klimatet predisponerade för vissa sjukdomar, väderomslag föranledde endemiska utbrott. Före ungefär 1865 ägnade sig läkare mer åt att skydda människor från den omgivande naturen än att uppmana dem till friluftsliv.

Flera historiker menar att detta naturintresse uppstod som en reaktion på att tilltagande industrialisering och urbanisering skapade miljöer som uppfattades vara smutsiga och hälsovådliga. Naturen användes som ett pastoralt ideal för att kritisera modernisering och teknologisk utveckling. Detta är bilden som 1800-talsdebattörer själva gav och i vissa fall stämde den säkert: särskilt i Storbritannien, som industrialiserades tidigt, var kontrasten mellan de livsindustriarbetare levde och de livs deras föräldrar levde dramatisk under just 1800-talet. Men

⁵⁰⁰ Svenbjörn Kilander, ”Luftburen hälsa” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren & samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011), s. 32.

⁵⁰¹ Sverker Sörlin, *Framtidslandet. Debatten om Norrland och naturresurserna under det industriella genombrottet* (Umeå, 1988).

⁵⁰² Eklöf (red.), *Naturen, kuren och samhället*.

⁵⁰³ Eklöf, *Kurkulturer*.

⁵⁰⁴ Kilander, ”Luftburen hälsa”, s. 32–41.

⁵⁰⁵ En omfattande litteratur existerar internationellt, bland annat Anne la Berge om Frankrike, Christopher Hamlin om Storbritannien. Se t.ex. la Berge, *Mission and Method*; Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*.

⁵⁰⁶ Graninger, *Från osynligt till synligt*.

⁵⁰⁷ Mansén, ”Kurortskulturen, kneippkulturen och det taktila”.

⁵⁰⁸ Arvidsson, *När arbetet blev farligt*, s. 133.

⁵⁰⁹ Se kapitel 4.

det är ett problem att forskare antagit att sådana beskrivningar är direkt överförbara även till länder med andra förutsättningar. Att använda denna tolkning för att förklara svenska förhållanden fungerar dåligt. Förutom möjligtvis några textilfabriker i Norrköping, sågverk i Norrland och viss industriell tillverkning i Stockholm och Göteborg, var Sverige knappast industrialiserat under 1800-talet.⁵¹⁰

Det går därför inte att säga att svenska provinsialläkares nya förhållningssätt till naturen som hälsofrämjande var en reaktion på förändrade omständigheter, särskilt eftersom de huvudsakligen praktiserade på landsbygden snarare än i städer. Trots befolkningstillväxt och skiftesreformer tyder inget på att allmogens levnadsvillkor ändrats på ett så grundläggande sätt mellan 1820-talet och sekelskiftet 1900 att det föranledde provinsialläkare att omtolka naturen från hotfull till hälsosam. Även om provinsialläkarnas sjukdomsuppfattningar naturligtvis stod i samspel med och påverkades av internationell debatt saknas en grundläggande pusselbit: forskningsläget har klargjort att naturen började framställas som ett hälsosamt inflytande, men inte *hur* denna nyttiga påverkan antogs gå till rent konkret.

I detta kapitel presenterar jag tesen att läkarnas nya inställning till naturpåverkan påverkades av att deras uppfattningar om samspelet mellan kropp och omgivning hade förändrats i grunden. Där provinsialläkare tidigare förhållit sig till en flödande kropp som var öppen mot sin omgivning, började de nu uppfatta kroppen som avgränsad från och reaktiv mot omgivningen. Denna övergång i kroppsuppfattningar är sammanknuten med skiftet mellan flödeshanterande och gränsskyddande medicin.

Flera forskare, till exempel antropologen Emily Martin och historikern Michael Worboys, har visat att läkare mot slutet av 1800-talet uppfattade kroppen som slutet och antagonistisk mot sin omgivning. Ingen har dock tidigare satt denna nya kroppsuppfattning i samband med att läkare omtolkade naturpåverkan som hälsosam.

Enligt Worboys diskuterade brittiska läkare under mitten av 1800-talet smittspridning utifrån metaforen ”seed and soil”, det vill säga att sjukdom uppstod i ett samspel mellan kropp och smitta: kroppen medskapade sjukdomen. Från 1880-talet och framåt ersattes dock sådana beskrivningar med metaforer som liknade sjukdom vid militärinvasioner, där smittämnen beskrevs som invaderande fiender och kroppen diskuterades utifrån sitt försvar.⁵¹¹ Under samma period utvecklades immunologiska modeller där kroppen antogs ha tillgång till förråd av antitoxin och antisera. Tidigare beskrevs kroppens motståndskraft mot smittämnen enligt Worboys bara som passivt, genom att

⁵¹⁰ John Walton, ”Theory and Research on Industrialization” i *Annual Review of Sociology* vol. 13, 1987, s. 89–108; Jordan Goodman & Katrina Honeyman, *Gainful Pursuits. The Making of Industrial Europe 1600–1914* (London, 1989); Christopher Lagerqvist, *Reformer och revolutioner. En kort introduktion till Sveriges ekonomiska historia åren 1750–2010* (Lund, 2013); Bo Stråth, *Sveriges historia. 1830–1920* (Stockholm, 2012); Arvidsson, *När arbetet blev farligt*, s. 19.

⁵¹¹ Worboys, *Spreading Germs*, s. 6–7.

nödvändiga näringsämnen för smittämnet saknades.⁵¹² Skillnaden är alltså att kroppen började skildras som antagonistisk gentemot sjukdomsämnen i omgivningen.

Emily Martin har också utforskat samspelet mellan kropp och omgivning genom att analysera uppfattningar om immunologi i USA på 1900-talet. Martin menar att läkare under tidigt 1900-tal ansåg att de farligaste hälsohoten fanns i omgivningen precis utanför kroppen. Omfattande uppmärksamhet lades därför på att rengöra kropps nära ytor för att förhindra att smittämnen trängde in. Bakterier uppfattades försöka ”penetrate the seamless surface of the body”, och överskrida kroppens försvarslinjer.⁵¹³ Därför lades stor uppmärksamhet vid öppningar i kroppens yta, som sår eller håligheter efter en utdragen tand, för där kunde sjukdom tränga in.⁵¹⁴ Externa sjukdomsagenter – virus och bakterier – sågs som den aktiva sjukdomsorsaken, medan kroppen antogs spjärna emot deras påverkan.⁵¹⁵

På samma sätt analyserar Ludwig Fleck i *Genesis and the Development of a Scientific Fact* en föreläsning om immunologi från Leipzig 1910 och poängterar att ett grundantagande inom immunologin under dessa år var ”the concept of infectious disease. This is based on the notion of the organism as a closed unit and of the hostile causative agents invading it. The causative agent produces a bad effect (*attack*). The organism responds with a reaction (*defense*).”⁵¹⁶

Kroppsuppfattningen som Worboys, Martin och Fleck skildrar, där kroppen inte passivt påverkades av sin omgivning utan istället kämpade emot eller kapitulerade inför fientliga angrepp, knyter tydligt an till hur provinsialläkarnas sjukdomsuppfattningar och medicinska ingripanden övergick från flödeshanterande till gränsskyddande.

Fram till 1860-talet ägnade provinsialläkarna sig främst åt att hantera kroppens flöden. Efter detta decennium blev dock deras huvudsakliga medicinska problem inte längre flödesstopp utan inträngandet av skadliga ämnen i kroppar. Inom den flödeshanterande medicinen hade sådana intränganden ansetts vara omöjliga för kroppen att motverka: denna ofrånkomlighet var anledningen till att läkarnas huvudsakliga preventiva ingripanden var att upprätta barriärer mellan kropp och omgivning av väggar, kläder och rök. Men från seklets mitt började provinsialläkare agera som om kroppen hade ett eget försvar och kunde motstå utifrån kommande påverkan på egen hand. Därför behövde den inte längre omgärdas av den metaforiska motsvarigheten till rustningar, sköldar och pansar: barriärerna avlägsnades.

Grundprinciperna för gränsskyddande medicin – att inträngandet av skadliga ämnen i kroppen var farligt men kunde motverkas, att läkarnas uppgift var att förhindra sådana gränsoverskridanden samt att kroppen kunde försvara sig –

⁵¹² Ibid., s. 281.

⁵¹³ Martin, *Flexible Bodies*, s. 25–26.

⁵¹⁴ Ibid.

⁵¹⁵ Ibid., s. 30.

⁵¹⁶ Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. 59. Kursiveringar i original.

förklarar en lång rad av de nya medicinska ingripanden läkarna började ägna sig åt under sent 1800-tal.

I detta och följande kapitel analyseras de två viktigaste nya medicinska praktikerna som läkare ägnade sig åt under åren 1865–1900: deras omtolkning av naturens påverkan som hälsosam samt det allt mer omfattande engagemanget för hems och kroppars renlighet.

Jag hävdar att naturpåverkan ansågs nyttig under sent 1800-tal eftersom den gjorde kroppen mer motståndskraftig. Läkarna strävade efter två huvudmål under denna period: att stärka kroppens gränser mot omgivningen, vilket detta kapitel beskriver, samt att undanröja de få ämnen (främst kroppsutsöndringar) som trots kroppens slutenhet ändå ansågs kunna penetrera dess försvar, vilket kapitel 6 kommer att beskriva. Nästa kapitel undersöker alltså läkarnas nya uppfattningar om renlighet och visar hur dessa var gränsskyddande eftersom de präglades av följande antaganden: att sjukdomsfrön och smittor huvudsakligen trängde in på vissa platser (i hemmet), under vissa omständigheter (skadlig närhet till andra människor, djur och smuts), förmedlades via specifika ämnen (kroppsutsöndringar) och motverkades genom specifika ingripanden (rengöring av kropp och hem).

I detta kapitel skildrar jag läkarnas nya naturintresse och hävdar att det hängde ihop med att de börjat anse kroppen som möjlig att härda genom målmedvetet arbete. Detta var en stor skillnad från tidigare. Den nya uppfattningen om kroppens försvar – vilken låg till grund för utvecklingen av immunologi under 1800-talets slut – innebar att kroppen ansågs reagera positivt på vissa påfrestningar från omgivningen, som kallt vatten och friska vindar, eftersom dessa stärkte kroppens motstånd genom att öva upp det.

Jag menar att intresset för naturens stärkande inverkan på kroppens försvar påverkades av en ny idé om kroppslig motståndskraft som skapad av en dold reaktiv kraft inuti kroppen. Jag bygger denna argumentation på den franska historikern Georges Vigarellos forskning. I sin undersökning av hur renlighetspraktiker förändrades i Frankrike under tidsperioden 1500–1900 beskriver han hur en idé om en inre kroppslig styrka uppkom under sent 1700-tal. Han sätter denna nya uppfattning om att inneboende kraft kunde ökas genom idog självförbättring i samband med bourgeoisiens försök att ta makten över aristokratin genom att förespråka nya kroppsideal som premierade vigör och vitalitet. Vigarello menar att denna uppfattning främst kom till uttryck genom nya användningsområden för kallbad. Dessa sades nu härda kroppen snarare än skapa gynnsamma chocker.⁵¹⁷

Vigarellos poäng om kroppens nya reaktiva styrka kan användas för att bättre förstå även svenska läkares omtolkningar av naturens inverkan på kroppen. Men jag vill också gå längre än Vigarello och visa att anledningen till att kroppens ireaktiva försvar blev viktig hängde samman med övergången från den flödande,

⁵¹⁷ Vigarello, *Concepts of Cleanliness*, s. 128.

öppna kroppen, till den avgränsade, slutna och autonoma kroppen och med övergången från flödeshanterande till gränsskyddande medicin.

Vaccinationens påverkan

Vigarello ger en ytterligare förklaring till uppkomsten av en reaktiv kroppssyn, förutom den politiska maktkampen mellan aristokrati och bourgeoisie: inokulationens framgångar under sent 1700-tal. Han menar att det finns tydliga likheter mellan att använda kalla bad för att väcka en dold reaktiv styrka inuti kroppen och inokulationens princip.⁵¹⁸ Denna tolkning kan även användas för svenska läkare, även om det under perioden min undersökning gäller är mer rättvisande att tala om vaccinationens framgångar.

Charles Rosenberg skriver om det tidiga 1800-talets medicin, där läkarnas främsta vapen mot sjukdom var åderlätning och evakuerande terapier, att ”the success of inoculation and later vaccination in preventing smallpox could not challenge this deeply internalized system of explanation.”⁵¹⁹ Men varför inte? Rosenberg ger inget stöd för detta. Istället ansluter jag mig till Vigarello och menar att vaccinationens framgångar är en rimlig delförklaring till att läkarna slutade uppfatta kroppen som flödande och istället såg den som slutna och reaktiv.

Vaccination bygger på en reaktiv princip – ingreppet förutsätter en pålitligt reagerande organisk styrka eftersom den utgår från att kroppen genom en artificiellt införd sjukdom utvecklar ett skydd snarare än att bli sjuk. Smittkoppsvaccinationen, som infördes kring sekelskiftet 1800 och blev obligatorisk 1815, var svensk sjukvårds största framgång under 1800-talet.⁵²⁰ Provinsialläkarna översåg vaccinationsprocesserna i sina distrikt och rapporterade vem som vaccinerade och hur framgångsrikt vaccinationsprocessen utförts. I årsrapporterna beskrevs vaccination som en väl etablerad praktik, vars effektivitet och värde aldrig ifrågasattes.⁵²¹ Både vaccination och inokulation – vilken praktiserats i Sverige sedan 1700-talet – skyddade genom att härda och öva kroppens försvar, precis som kyla under sent 1800-tal antogs stimulera istället för att skada eftersom den lockade fram en inre, dold kraft och fick den att svara.

⁵¹⁸ Ibid., s. 129. Skillnaden mellan inokulation och vaccination är att inokulation innebär att smitta en person med en viss sjukdom under kontrollerade former, medan vaccination är en säkrare process som innebär att smitta en person med en ofarlig närbesläktad sjukdom eller med ett avdödat eller kraftigt försvagat smittämne. Flera procent av de inokulerade dog av processen, exempelvis den svenske barnläkaren och inokulationspionjären Nils Rosén von Rosensteins två döttrar, tre och tio år gamla.

⁵¹⁹ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 488–489.

⁵²⁰ Waddington, *An Introduction to the Social History of Medicine*, s. 236; Karin Johannisson, ”The People’s Health. Public Health Policies in Sweden”, i Dorothy Parker (red.), *The History of Public Health and the Modern State* (London, 1994), s. 165–182.

⁵²¹ Det finns otaliga exempel på detta, exempelvis 1851 Västerås Widberg; 1882 Enköping Westerlund; 1850 Söderköping Djurberg.

Vaccinationens och inokulationens princip kan jämföras med begreppet ”retbarhet”. Detta var centralt i Cullens och Browns teorier om stheniska och astheniska sjukdomar, vilka präglade flödesmedicinen under tidigt 1800-tal. Teorins utgångspunkt var precis som hos vaccinationen att kroppens hälsa berodde på dess reaktionsförmåga. Sjukdom ansågs bero på att kroppen reagerade med alltför lite eller alltför mycket retbarhet på utifrån kommande stimuli.⁵²² Skillnaden är att vid vaccination skapade sjukdomsämnet en inre reaktion som stärkte kroppen. Vaccinationens påverkan, till skillnad från retnings, var utsträckt i tid. Däremot var kroppen bara retbar i stunden och dess reaktioner förändrades inte i längden av varken retande ämnen eller retningsprocessen. Retbarheten var alltid tillfällig och beroende av det retande materialets närvaro medan vaccination hade en kvardröjande effekt och hjälpte kroppen att göra motstånd mot allvarlig sjukdom vid senare tillfällen.

Vaccinationen kan dessutom ha påverkat övergången mellan kroppsuppfattningar på ett annat sätt. Flera forskare menar att en avgörande skillnad mellan sjukdomsuppfattningar under tidigt och sent 1800-tal är att sjukdomar under den tidiga perioden uppfattades holistiskt och under den senare ontologiskt.⁵²³ Med holistisk avses att sjukdom antogs uppstå i samverkan mellan kropp och omgivning, medan ontologisk betyder att sjukdom förstods som en separat enhet från kroppen, vilken attackerade den utifrån. Ser man sjukdom holistiskt är varje sjukdomsfall unikt, eftersom sjukdomen uppstått i samverkan mellan en specifik individ och ett svåröverblickbart antal faktorer i omgivningen.⁵²⁴ Utifrån ontologiska sjukdomsuppfattningar användes istället identiska behandlingar för olika personer med samma sjukdom, eftersom sjukdomen antogs vara en utomstående entitet med särskilda egenskaper. Vaccinationen anknöt till och förstärkte just ontologiska sjukdomsuppfattningar, eftersom sjukdom motverkades genom en behandling som var lika för alla istället för att anpassas efter individens unika förutsättningar.

Under tidigt 1800-tal kunde negativ påverkan nästan bara skada. Den som blev nedkyld eller fick för lite mat rörde sig mellan polerna normaltillstånd och sjuk – det fanns inget utrymme för kroppen att stärkas av motgångar. Skillnaden mellan att skildra alla prövande omständigheter som skadliga och att beskriva vissa som skadliga i stunden, men uppbyggliga på längre sikt som vaccination, beror på hur kroppens *plasticitet* uppfattas. Under tidigt 1800-tal var kroppslig förändring begränsad huvudsakligen till naturliga förändringar som åldrande, skada eller sjukdom. Styrka uppfattades vara en del av individens medfödda konstitution. Kroppens motståndskraft förstods som omöjlig att förbättra under tidigt 1800-tal och som mindre motståndskraftig mot sin omgivning än senare. Kroppens styrka, hårdighet och hälsa uppfattades som medfödda, naturgivna och bortom individens egen påverkan. Undantaget processer

⁵²² Bågenholm, *Afzelius. Föreläsningar i medicinen*, s. 51–60.

⁵²³ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 58–82.

⁵²⁴ Ibid. Warner har kallat detta angreppssätt för ”specificity” eftersom varje sjukdomsfall och behandling åtminstone i teorin var specifik och inte generaliserbar.

kopplade till växande, förväntades förändring främst innebära försämring. Därför skyddades kroppen genom tätare väggar, mer mat eller varmare kläder. Men under sent 1800-tal kom kroppen att uppfattas som mer plastisk. ”Umbäranden”, som svält eller sjukdomar kunde inte härda, men även om bara vissa erfarenheter kunde leda till ökad styrka, främst att vistas i kalla och blåsiga miljöer, var detta ändå en stor skillnad från tidigare.⁵²⁵

En ny sorts styrka

I detta avsnitt kommer jag skildra hur provinsialläkarna från 1860-talet och framåt ägnade sig åt den nya preventiva praktiken härdande för att stärka kroppens gränser.

Tesen att läkare hade börjat förstå kroppen som slutet mot sin omgivning samt som beroende av en inre reaktiv kraft, skiljer sig från den etablerade bilden av 1800-talets medicinska praktiker. Generellt skildras dessa som inledningsvis präglade av drastiska, ”heroiska” ingripanden vid seklets början, något som förändrades till uppgivenhet i form av terapeutisk nihilism kring dess mitt. Detta sägs ha övergått i en förkärlek för stärkande mediciner och dieter från 1860-talet, vilket ersattes av fokus på hygien som prevention tack vare bakteriologins genombrott vid mitten av 1870-talet.

En av Warners viktigaste poänger i hans studie av medicinska praktiker i USA under 1800-talet är exempelvis att läkare föreskrev mer stärkande mediciner under mitten av seklet. Han menar att ”the most sweeping movement in therapeutic practice at midcentury was the rise of support or stimulation.”⁵²⁶ Men provinsialläkarnas medicinska praktiker ansluter sig inte till detta mönster. Snarare användes stärkande och uttömmande behandlingar omlott, av samma läkare för olika sjukdomsfall och i vissa fall även komplementärt.⁵²⁷ Om något tyder provinsialläkarrapporterna på att stärkande mediciner *kompletterades* genom ett nytt sätt att stärka kroppen på, i form av stärkande klimat och natur. Före 1860-talet användes ordet ”stärkande” enbart för att beskriva födoämnen och medicin som givits sjuka för att bota dem. Två exempel är när läkaren i Luleå 1823 satte en paralyserad flicka på ”stärkande

⁵²⁵ Inte alla prövningar härdade. Ord som svält, epidemier och strapatser användes om omständigheter som sågs som nedbrytande utan stärkande effekt. Se exempelvis 1868 Umeå Stad Brisman. Provinsialläkarna talade dessutom ofta om sin egen brutna hälsa i yrkets tjänst, ofta i samband med professionaliserande strävanden för högre lön och pension.

⁵²⁶ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 143, 146. Warner baserar sin studie på medicinska praktiker vid två amerikanska sjukhus. Warner är dock inte kategorisk i sina uttalanden, utan påpekar att ”Therapeutic continuity is also impressive: once established, medical therapies showed remarkable tenacity. Apparent too is the gradualness of most changes [...] established practices were not abruptly abandoned”. Citat på s. 160.

⁵²⁷ 1825 Luleå Waldenström. Se även 1829 Österbergslagen Ström. Stärkande medel användes i provinsialläkarrapporter under hela 1800-talet. T.ex. föreskrev provinsialläkaren i Dalarö år 1895 champagne och konjak som stärkande medel mot diarré. 1895 Dalarö Dahlberg.

diet”⁵²⁸ och när läkaren i Rättvik 1839 kallade den ”dryck af Fläskflott med Bränwin” som flera familjer gav barnaföderskor för stärkande.⁵²⁹ Men från 1860-talet kunde ordet också användas för att beskriva utomhusmiljöer. År 1869 förde exempelvis läkaren i Strömstad ut sin patient i ”den stärkande sjöluften”.⁵³⁰ Läkarna föreskrev stärkande dieter och mediciner under hela seklet. Men Warners slutsats, att stärkande mediciner blev viktigare kring mitten och slutet av seklet, är alltså inte generaliserbar. Snarare är provinsialläkarnas beskrivningar av stärkande utomhusmiljöer ett tydligt exempel på deras nyfunna arbete med att *härda* kroppen.

Ett nytt slags härdande

Uppvärderingen av härdande är inte lika lätt att foga in i en tydlig brytpunkt som andra förändringar, eftersom detta intresse inte var nytt vid 1800-talets mitt. Även under 1700-talet beskrevs det svenska klimatet som härdande.⁵³¹ Skillnaden är att härdande före 1860-talet framställdes som en ofrivillig naturprocess medan härdande under sent 1800-tal blev något som individen kunde påverka.

Under 1800-talets första två tredjedelar betydde ordet ”härdad” i provinsialläkarrapporter främst att stå i samklang med omgivningen. År 1863 skrev en läkare om sitt distrikt att bonddrängen och bondstintan var ”härdade till det otroliga” eftersom ”väder och vind, köld och regn bekymrar dem föga.”⁵³² Att vara oberörd av vädret framställdes som ett tecken på en redan existerande egenskap.⁵³³ Härdad innebar att vara anpassad till ett visst slags klimat, en passiv konsekvens av att vistas i särskilda miljöer. Men vid slutet av 1800-talet använde läkarna istället ordet för att skildra de metoder vilka medvetet användes för att bygga upp härdighet som skyddade mot all slags påverkan. Läkaren i Tranås 1891 skrev exempelvis att ”Kroppens stärkande med bad och tvagningar förekommer ej bland allmogen.”⁵³⁴ Härdad betydde inte längre att en kropp passade ihop med omgivningen som präglade den, utan blev en allmän egenskap vilken rustade kroppen till att motstå alla möjliga skadliga inflytanden. Det var också något man själv kunde öva upp genom bad och tvagningar. Detta är skillnaden mellan att i efterhand identifiera en viss grupp människor som sammanhörande med klimatet de levde i och att påbjuda individer att medvetet utsätta sig för härdande förhållanden: skillnaden mellan att söka orsaker bakåt

⁵²⁸ 1823 Luleå Waldenström.

⁵²⁹ 1839 Rättvik Wettergren.

⁵³⁰ 1869 Strömstad Cron. Se även 1860 Strömstad Cron.

⁵³¹ Carl Frängsmyr, *Klimat och karaktär. Naturen och människan i sent svenskt 1700-tal* (Stockholm, 2000).

⁵³² *Sundhetscollegii Underdåniga Berättelse 1863*, s. 3.

⁵³³ 1867 Häby Goldkuhl. Detta är ett sent exempel, men dessa uppfattningar förekom mer frekvent runt mitten av 1800-talet och tidigare, exempelvis i 1862 Vemdalen Piscator; 1858 Arvika Borgström; 1852 Landskrona Virgin; 1851 Värnamo Sjöbeck.

⁵³⁴ 1891 Tranås Gustafson.

för något som redan har skett och att försöka uppnå ett framtida resultat genom målmedvetet arbete.

Att människor kunde förbättra sin hälsa genom härdande ledde till ett ökat intresse för kallbad av preventiva snarare än terapeutiska skäl. Inom den flödeshanterande medicinen under åren 1820–1865 användes kallt vatten för att bota sjukdom eftersom mötet med det kalla vattnet framkallade en chock som ansågs påverka kroppsvätskornas flödes hastighet och riktning. Men kallvattenkurer användes alltmer sällan för att gynna flödescirkulation eller lösa upp flödesstopp. Under sent 1800-tal beskrev provinsialläkarna snarare kallbad som en härdningsprocess, ett led i en ständigt pågående självförbättring. Kalla bad framställdes som nyttiga vardagspraktiker oavsett om kroppens flöden var i oordning eller ej.⁵³⁵ Läkaren i Sundsvall 1891 menade att kalla tvättningar gjorde kroppar mer motståndskraftiga mot lungsjukdomar:

[K]roppen är vanligen klibbig af svett och dam[m ...] sådan hud är tvifvelsutän mycket känslig för temperaturvexlingar, men skulle bäst härdas, om kroppen dagligen, hela året om, vid påklädandet aftvättades med en kallvåt handduk, hvilket i mångt och mycket skulle ersätta bad, som nu oftast försummas. Sådana kalla aftvättningar af kroppen dagligen skulle, enligt min öfvertygelse, i hög grad minska benägenheten för akuta lungsjukdomar.⁵³⁶

Sjukdomar som tidigare hade ansetts orsakade av nedkylning, som lunginflammation, kunde nu förebyggas med ännu mera nedkylning. Provinsialläkaren i Österåker 1881 berättade att han behandlat kroniska lunginflammationer och bronkit genom att använda sig av ”kalla tvättningar af 0 grader C”, vilka lett till ”absolut lyckligt resultat [genom] betydligare förbättringar, i det att nattsvett och hosta nästan alldeles upphört, krafter och matlust återkommit och patienten känt sig liksom ’föryngrad’.”⁵³⁷ Kallt vatten beskrevs alltså som ett medel för att väcka en slumrande energi inuti kroppen som till och med kunde föryngra. På samma sätt skrev en provinsialläkare om kallvattenkurer i tidskriften *Eira* 1877 att de var

[E]tt verkligt specikum, hvarunder jag många gånger sett patienter, ifrån bilden af vissnande tyning, uppblomstra till erforderlig lifskraft på ett oväntadt sätt, med återvaknande själsspänstighet och lifliga fysiska förrättningar. [...] den goda verkan [ska] snart [...] följa efter vidrörandet af kalla vattnets trollspö. Denna verkan är just i dessa fall ofta så förvånande kraftig, att de sjuka i ordets egentliga bemärkelse snart bli oigenkänliga.⁵³⁸

Styrka ansågs alltså komma *inifrån* kroppen och behövde inte enbart tillföras utifrån via stärkande diet och mediciner. Denna omtolkning av det kalla

⁵³⁵ Kalla bostäder kunde dock i vissa fall även under sent 1800-tal framställas som hälsövådliga. Se till exempel 1896 Kungsbacka Wahlén.

⁵³⁶ 1891 Sundsvall Söderbaum.

⁵³⁷ 1881 Österåker Lind.

⁵³⁸ P. A. Levin, ”Vattenkur och Syfilis” i *Eira*, vol. 1, nr 1, 1877, s. 13, 17.

vattnets verkan står i direkt överensstämmelse med det angreppssätt Vigarello beskrivit som ”interpellation rather than assistance”⁵³⁹, vilket förutsatte att läkarna var övertygade om att kroppen besatt ”innate resistance, internal resources, hidden strengths”.⁵⁴⁰ Att utsätta sig för kyla blev nu för provinsialläkarna att värna sin hälsa snarare än att som under tidigt 1800-tal riskera den.⁵⁴¹

Omgivningens påverkan på kroppar hade alltså blivit *antagonistiskt gynnsam*. Inom klimatmedicinen erkändes visserligen somliga platser som mer hälsosamma än andra, men i övrigt framställde läkarna nästan aldrig den omgivande naturens inflytande som positiv före 1860-talet. Vid seklets sista tredjedel började dock omgivningspåverkan, främst i form av kyla, framställas som stärkande och hälsosam utifrån den nivå av motstånd den erbjöd människor som konfronterades med den.

Läkarna hade alltså ett gränsskyddande angreppssätt till omgivningen under sent 1800-tal: de började förstå mötet mellan omgivning och kropp utifrån hur kroppen förväntades reagera mot den. Om inflytandet inte avvärjdes blev kroppen sjuk, men om motståndet istället var framgångsrikt ledde reaktionsprocessen till att kroppen stärktes. Grunden för skillnaden mellan det flödeshanterande och det gränsskyddande förhållningssättet var just denna förväntan på inre kroppsligt försvar.

På ett närbesläktat sätt började även förändring och förnyelse framställas som positiva där de tidigare främst satts samman med att något skadligt trängt in i distriktet och orsakat sjukdom.

Resande och färsk mat

Vid slutet av 1800-talet försvann miasmatiska förklaringsmodeller. Istället beskrevs luft genomgående med positiva ord som frisk och stärkande.⁵⁴² På samma sätt som luft i rörelse börjat beskrivas som hälsofrämjande blev resande gynnsamt.

Under tidigt 1800-tal hade resande betraktats med misstänksamhet. Men nu var resor inte längre lika riskfyllda eftersom alla människor förmodades besitta en inre, reaktiv styrka som kunde övas upp. Nyanlända personer skildrades heller inte längre nödvändigtvis som hotfulla: istället kunde deras ankomst sägas gynna bygden. Provinsialläkaren i Trosa skrev 1881 att ”en större liflighet och förvärfsduglighet uppstått genom befolkningens utspädning med främmande elementer.”⁵⁴³ Provinsialläkaren på Öland noterade 1883 befolkningens rör-

⁵³⁹ Vigarello, *Concepts of Cleanliness*, s. 128.

⁵⁴⁰ Ibid.

⁵⁴¹ Ofta förbises denna ambivalenta inställning till kalla och dragiga rum, exempelvis i Stina Bohman, *Omsorg om livet. Spädbarnsdödlighetens förändring i Adalen under 1800-talet* (Uppsala, 2010) s. 120.

⁵⁴² Frasen ”frisk luft” förekommer 4 gånger på 1820-talet, 7 gånger på 1830-talet, 28 gånger på 1840-talet, 55 gånger på 1850-talet, 32 gånger på 1860-talet, 16 gånger på 1870-talet, 89 gånger på 1880-talet och 120 gånger på 1890-talet.

⁵⁴³ [anon], Text märkt ”avskrift, provinsialläkarrapport, Trosa 1881”, i mapp märkt ”Distrikt utkast tryckt, korrektur 1881”, *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*.

lighet som ”anmärkningsvärd”, eftersom många unga män arbetade som sjömän. ”Den inverkan nämnda rörlighet i folkets lif har på sedlighet och seder samt på husförhållandena i hemorten”, skrev läkaren, ”synes mig ej vara dålig utan i flera afseenden god.”⁵⁴⁴

Att främlingars ankomst började kallas gynnsam snarare än farlig sammanföll tidsmässigt med att kommunikationerna förbättrades avsevärt: järnvägsförbindelsen mellan Stockholm och Christiania (Oslo) stod klar 1871.⁵⁴⁵ Utökad infrastruktur diskuterades primärt som någonting gynnsamt, som när provinsialläkaren i Älvdalen 1896 hoppades att: ”Under året har äfven beslut fattats om byggande af järnväg från Elfdalen till Mora [...]. För ortens näringslif och befolkningens höjande i intellektuelt hänseende bör mycket häraf vara att förvänta.”⁵⁴⁶ Ökat resande förväntades alltså leda till att befolkningen förbättrades: om resors roll för smittspridning hade provinsialläkarna blivit tysta.

Huvudpoängen är att rörelse blev nyttigt. Det friska, ständigt förnyade i vattnet, luften och distriktet lyftes fram där något nyanlänt tidigare hanterats med vaksamhet. Att någonting var nytt blev synonymt med att det var gynnsamt.

En liknande övergång, där läkarna slutade framställa avsaknaden av förändring som trygg och istället började beskriva den som hälsovådlig stagnation, märks också genom vilken föda de framställde som hälsosam. Före 1865 nämndes allmogens matvanor sällan och när det hände skildrades maten generellt i neutrala termer: ”Välmågan bland invånarne är jemn; deras födoämnen utgöras mest af korn-ärtbröd, salt strömming, potates, sällan kött.”⁵⁴⁷ De få medicinska problem som nämndes i relation till allmogens kost var svält och avsaknad av kött.⁵⁴⁸ Vad allmogen åt var mindre viktigt än huruvida mattillgången var ”otillräcklig”.⁵⁴⁹ Såsom allmogens matkultur ändå beskrevs av provinsialläkarna gick den ut på att bevara. Mat torkades, sparades, syrades. Detta framställdes inte som problematiskt: ”Hvad angår Pajala sockens innevänares lefnadsätt, så utgöras deres föda af uteslutande sur mjölk [...], sur fisk samt ojäst kornbröd.”⁵⁵⁰ Läkaren i Åmål 1851 frågade sig till och med ifall inte torkad mat kunde vara nyttigare än färsk.⁵⁵¹ Men kring 1870-talet började även matens skick och färskhet diskuteras. Gammal mat började betraktas som en sjukdomsorsak. Läkaren i Nås 1878 skrev till exempel att dalkarlar inte var noga med maten:

De allmänaste födoämnen äro [...] sur mjölk, som ofta får stå flere månader innan hon användes, och hopsamlas i stora såar. [...] E]n lätt förklaring till de

⁵⁴⁴ 1883 Ölands södra Holm.

⁵⁴⁵ Stråth, *Sveriges historia 1830–1920*, s. 90.

⁵⁴⁶ 1896 Älvdalen Gullström.

⁵⁴⁷ 1863 Alfta Nordenström. Se även 1866 Pajala Viridén; 1851 Vemdalen Ellmin; 1846 Järvsö Wikblad.

⁵⁴⁸ *Sundbetscollegii Underdåniga Berättelse 1863*, s. 9.

⁵⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁵⁰ 1867 Pajala Viridén.

⁵⁵¹ 1851 Åmål Segerstedt.

här så allmänt förekommande sjukdomarne i degestions organerna och bleksoten.⁵⁵²

Provinsiälläkarnas uppfattningar om lämplig föda avvek nu från allmogens. Att allmogen föredrog lagrad och konserverad mat framför färsk kunde användas som bevis för deras oförnuft, som i rapporten från Undersåker 1868:

I allmänhet gäller: att ju längre man kan gömma det salta och rökta desto bättre är det och ju härsknare det smakar desto förnämligare, 'ty det bevisar husets wälstånd och att man ej är så fattig att man behöfver äta färskt'.⁵⁵³

Det blev också vanligare att läkarna kritiserade befolkningens matvanor och beskrev deras likgiltighet inför matens skick som anmärkningsvärd. En provinsiälläkare skrev exempelvis att många allmogepersoner

ej anser härsknen mat alldeles olämplig som människoföda, derpå tyder att svar, som ofta gifves på frågan, huruvida det är någon mat som personen i fråga ej tåler. Det är näml. ej ovanligt att den tillfrågade svarar: 'det som är härsket'.⁵⁵⁴

Nu blev matens färskhet och skick en sjukdomsfaktor. Det innebar att läkarna krävde att allmogen ägnade mer uppmärksamhet åt matens kvalitet och underförstått menade att det vore bättre att slänga dålig mat än att äta den. Stora matförråd skulle kunna tolkas som rikedom, trygghet och ett förnuftigt sätt att skydda sig mot svält. Men genom att koppla samman förtärandet av gammal mat med sjuklighet framställde läkarna implicit vanan att skaffa mat dagligen som ett berömvärd sätt att bevara sin hälsa snarare än att oförberedd leva ur hand i mun.

De hushåll som syrade, saltade och torkade var relativt oberoende av yttre kontakter, men hushåll som åt färskt behövde införskaffa mat oftare och söka mat från flera källor. Mjök och ägg undantaget producerar självhushållet bara färsk föda under slakt och skörd. Hälsokraven på färsk mat var därmed en del av en rörelse mot ett tätare sammanknutet samhälle, där hushållen var mer beroende av varandra. Fler handelskontakter krävde mer pengahantering och mindre förlitande på byteshandel. Därtill krävde efterfrågan på färskvaror året om att man handlade med mer avlägsna landsändar, då allt mognar ungefär samtidigt i en viss bygd. Läkarna uppmuntrade alltså utökade handelskontakter, precis under perioden då resande började framställas som en positiv snarare än negativ påverkan på lokalbefolkningarnas hälsotillstånd.

⁵⁵² 1878 Nås 2/2 Sandberg.

⁵⁵³ 1868 Undersåker Bergwall.

⁵⁵⁴ 1886 Nybro Brorström. Se även 1885 Filipstad Örtengren; 1878 Nås 2/2 Sandberg; 1898 Falkenberg Heüman.

Barriärernas nedrivande

Som visats i kapitel 3 förebyggde läkarna fram till 1860-talet främst sjukdom genom att kroppar skyddades från möten med nedbrytande flöden: därför upprättades barriärer av väggar, kläder, rök och i vissa fall smuts mellan kropp och omvärld. Men detta förändrades när läkarnas preventiva arbete efter 1800-talets mitt istället inriktades på härdande.

Det hälsosamma liv provinsialläkarna under sent 1800-tal förespråkade var närmast motsatsen till vad de rekommenderat vid början av seklet. Allt oftare framställde läkare kroppars inneboende svaghet, mjukhet och bekvämlighet som det hinder vilket behövde övervinnas för att nå hälsa. Därför började de från mitten av 1800-talet och framåt på ett nytt sätt beskriva värme som skadligt snarare än gynnsamt för hälsan: läkarna uppmanade nu sina patienter att tvätta sig med kallt vatten, bära färre lager kläder, vädra samt sova nakna.

Att klä av sig kan tolkas på två motsatta sätt beroende på hur kroppen uppfattas. Om den förstas vara svag och bräcklig vore det oförsiktigt att vara naken eller lättklädd. Det skulle innebära att avlägsna kroppens skydd och riskera kontakt med skadliga smittor samt nedkylning. Att människor under sent 1800-tal började uppmanas att klä av sig, äta mindre och till och med vistas i drag betyder att individuella kroppar nu ansågs starka nog att motstå omgivningens inflytanden.

Värme ansågs från 1860-talet och framåt försvaga kroppen genom bekvämlighet. Provinsialläkaren i Kalmar skrev exempelvis i en lokal tidskrift 1883 att alltför angenäma omgivningar var farliga:

[W]arma rum, mjuka stolar och fjäderbolstrar förorsaka en ömtålighet, som leder till katarr. Det är i sjelfwa werket icke 'förkylningen' som är så farlig, utan kroppens förutgående tillstånd, hwilket gifwer anfalet tillfälle att göra skada. Några af de wärsta 'förkylningar' angripa personer, som icke lemna sitt hus eller ens sin säng, och de minst mottaglige för förkylningar äro ofta sådana, som äro mest utsatte för wexlingar i wärmegraden, men som genom god sömn, kalla bad och ordentliga lefnadswanor hålla nervsystemet och blodomloppet i god strid.⁵⁵⁵

En provinsialläkare bestämde 1897 att värmen i sjukrum inte fick överstiga 19°C och när en annan beskrev bostadsförhållandena i Stegeborg menade han att ”anspråken på varma rum ha under de sista 25 åren vuxit betydligt, samtidigt med att klädseln blifvit omsorgsfullare” samt att nya bostäder byggdes alltför täta, vilket hotade hälsan eftersom ”den förr nödtvungna härdningen ersattes icke alltid af en frivillig.”⁵⁵⁶ ”De stegrade arbetslönerna hafva medverkat härtill”, tillade han bistert.⁵⁵⁷ En annan läkare skrev 1890 att en dålig bostad

⁵⁵⁵ Notis ”Förkylningar” i tidskriften *Kalmar*, 1883-06-30, med en referens till den engelska tidskriften *Lancet*. Urklipp i *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*, mapp märkt ”Provinsialläkar skrifter 1880–1890”.

⁵⁵⁶ 1897 Stegeborg Sahlén. Se även David Andersson, *Bostadsförhållanden hos allmogon i Vedbo och Nordmarks härad* (Vänersborg, 1902), s. 50.

⁵⁵⁷ 1897 Stegeborg Sahlén.

gjorde mer skada i Sverige än annorstädes eftersom klimatet tvingade små barn att "vistas inom hus." Barnen riskerade därmed att "växa upp med klena kroppskrafter och ringa motståndsförmåga."⁵⁵⁸ Människor ansågs nu behöva hårda sina kroppar genom att utsätta dem för kyla.

Vad som ansågs vara hälsosamma bostäder förändrades på samma sätt. När drag under tidigt 1800-tal genomgående framställdes som farligt sades det från 1860-talet och framåt snarare vara nyttigt ifall husväggar släppte in luft. Läkaren i Håby skrev om allmogehem att "lyckligtvis äro stugorna långt ifrån välbygda och luften tränger lätt in i springorna",⁵⁵⁹ och provinsialläkaren i Sollefteå 1881 menade att "[d]e dragiga och kalla stugorna motverka dock i någon mån luftförsämningen."⁵⁶⁰ Läkaren i Undersåker beklagade i sin tur att lokalbefolkningen använde en ny slags järnspis som fick luftdraget från skorstenen att försvinna. "Säkerligen skulle också följderna af denna uppvärmingsmethod blifva ännu mera i ögonen fallande", skrev han barskt, "om ej här finnes ett motgift i husens dåliga upptimring, ty denna är *ofta* så till ytterlighet slarfvigt gjord att friska luftströmmar ständigt spela in genom tak golf och väggar."⁵⁶¹ En avgörande faktor för hur byggnader påverkade hälsan hade alltså blivit deras *genomsläpplighet*.

Fönster beskrevs också på ett nytt sätt. Tidigare kallades enkelfönster hälsovådliga eftersom de släppte in kyla, men nu varnades det istället för dubbel-fönster eftersom de var alltför täta. År 1891 beklagade provinsialläkaren i Lima att en familj börjat "rapa väggarne invändigt och insatt dubbelfönster" vilket han fruktade skulle göra dem sjuka.⁵⁶² Mot slutet av seklet började fönster också uppmärksammas utifrån ifall de var öppningsbara. Läkaren i Målilla skrev 1897 att "I allmänhet har allmogen för sed att hafva tillspikade fönster",⁵⁶³ och läkaren i Falkenberg beklagade att allmogen inte öppnade fönstren på vintern.⁵⁶⁴ Generellt tillskrevs allmogen allt större ansvar för sin egen sjuklighet just eftersom de inte följde läkarnas råd om att vädra. "Ventilering afskys" skrev en läkare 1892,⁵⁶⁵ och en annan förklarade utbredningen av difteri och kikhosta i Öregrund med "innevånarnes ovilja för ventilering af sina bostäder."⁵⁶⁶ Ett hälsosamt hem skulle inte längre skilja inomhus från utomhus utan snarare reglera samspelet med omgivningen: det skulle ge kontrollerad tillgång till den omgivande miljön istället för att helt stänga den ute.

⁵⁵⁸ [anon], Urklipp ur *Hygiea*, 1890, s. 329, i mapp märkt "Afskrifter och urklipp 1885–1900", *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*.

⁵⁵⁹ 1867 Håby Goldkuhl.

⁵⁶⁰ 1881 Sollefteå Charlier. Se även 1898 Gillberga Ligner.

⁵⁶¹ 1868 Undersåker Bergwall, kursivering i original. Se även ett tidigt exempel i *Sundhetscollegii Underdåniga Berättelse 1863 Bidrag till Sveriges officiella statistik Helse- och sjukvården I*, s. 3.

⁵⁶² 1891 Lima Ekelund.

⁵⁶³ 1879 Målilla Stenström.

⁵⁶⁴ 1893 Falkenberg Björck.

⁵⁶⁵ 1892 Valdemarsvik Jonsson.

⁵⁶⁶ 1887 Öregrund Robbert.

Läkarna hade vädrat ut sjukrum även vid 1800-talets början, men det blev en långt vanligare praktik under sent 1800-tal. Ordet ”vädring” förekommer första gången i databasen 1853 och ger fyra träffar från 1850-talet, jämfört med 98 träffar från 1890-talet.⁵⁶⁷ Läkarna hade börjat anse luft i rörelse vara stärkande och renande. År 1897 skrev läkaren i Stegeborg att i sjukrummet ska ”spjället hållas öppet så mycket som möjligt”,⁵⁶⁸ i Värnamo sades luftväxling skingra malaria,⁵⁶⁹ och en läkare i Vänersborg menade att de lokala lärarna var måna om att skaffa frisk luft för att motverka sin ”klenhet och bleka ansigtsfärg.”⁵⁷⁰

På samma sätt användes luftighet och ljusinsläpp som argument för att en bostad var eftersträfvansvärd när provinsialläkarbostäder beskrevs, medan mörka bostäder med trånga rum skildrades som hälsovådliga.⁵⁷¹ Hälsofrämjande bostäder kallades för ”höga”, ”ljusa” och ”luftiga”.⁵⁷² Flera provinsialläkare ville också påverka lokala byggnadsprojekt för att garantera byggnadernas sundhet. Många var eller önskade vara inblandade i arbetet med att ta fram mer hälsosamma arbetarbostäder och skolor. Provinsialläkare Haerén i Strängnäs 1890 beklagade exempelvis att han inte ”beklädts med myndighet” för att kunna hålla ”offentliga lokaler i ett helsosamt skick” och heller inte tillfrågats om hur byggnader borde utformas. Detta fick snarare ”bero på en fullt okunnig timmermans yttrande om han kan fuska till en ritning.”⁵⁷³ Trots Haeréns för honom själv uppenbara kompetens i frågan ignorerades hans åsikter. ”Den allmänna helsovården ha ett drygt arbete att utföra”, varnade han, ”innan den kan bringa allmänheten till insigt om sammanhanget mellan bostädernas och deras omgifnings beskaffenhet och det allmänna helsotillståndet bland befolkningen.”⁵⁷⁴

Orenlighet som medicinskt problem blev också allt vanligare i provinsialläkarrapporter mot 1800-talets slut och alla beskrivningar av smuts som på något sätt skyddande försvann (se kapitel 6). Att röka ur sjukrum övergavs också. I Lidköping skrev en läkare i slutet av 1850-talet att ”den instängda luften var förpestad af den odrägligaste lysentiva stank, som genom välmenta rökningar med enris blifvit ännu vidrigare.”⁵⁷⁵ Rök upplevdes inte längre skydda mot sjukdom – den skapade bara störande lukt.

På samma sätt som läkare under sent 1800-tal började anse att hus behövde vara genomsläppliga för att vara hälsosamma, blev det för dem nu onyttigt att

⁵⁶⁷ Ordet ”vädring” förekommer 149 gånger i Medicinhistorisk databas. 4 träffar från 1850-talet, en från 1860-talet, 7 från 1870-talet, 29 från 1880-talet och 98 från 1890-talet samt 10 från år 1900. Ordet ”vädrande” förekommer en gång 1856 och 4 gånger under 1890-talet. Ordet ”vädra” förekommer en gång 1838, en gång 1844, en gång 1859 och 22 gånger år 1878–1900.

⁵⁶⁸ 1897 Stegeborg Sahlén.

⁵⁶⁹ 1899 Värnamo Ajander.

⁵⁷⁰ 1886 Vänersborg 1 av 2 Friman.

⁵⁷¹ Se *Utkast till beskrifning av Sveriges provinsialläkardistrikt* (Stockholm, 1881), till exempel s. 152.

⁵⁷² 1898 Södra Unnarud Essén. 1894 Halmstad Söderberg. Se även 1897 Gislaved Svensson.

⁵⁷³ 1890 Strängnäs Haerén.

⁵⁷⁴ *Ibid.*

⁵⁷⁵ 1857 Lidköping Graewe.

bära alltför många lager kläder. Vigarello menar att kläder uppfattades som en barriär mot onyttig luft i Frankrike fram till åtminstone 1760-talet, men bland svenska provinsialläkare skedde denna övergång drygt 100 år senare.⁵⁷⁶ En läkare klagade 1892 på att folket bar två–tre ylleskjortor samtidigt,⁵⁷⁷ och hans kollega i Ramsele oroade sig över att folket i fjällbyarna ”om nätterna ligga i gångkläderna.”⁵⁷⁸ Det ansågs inte längre hälsosamt att klä sig varmt: läkaren i Lidköping beklagade att befolkningen hade alltför ”mycken smak för att bylta på barnen (liksom på sig sjelf) [...] plagg på plagg.”⁵⁷⁹ Kläder som skydd började beskrivas som bortklemmande, något som skadade kroppen med pjåsk och dalt. Läkaren i Vara 1894 förklarade till exempel att reumatiska lidanden var vanliga i hans distrikt, delvis på grund av

[D]en här allmänt rådande seden, att äfven vid mild väderlek påbylta sig det ena lagret klädesplagg ofvanpå det andra – ända till 8, omväxlande af bomull, linne och ylle, har jag räknat –, hvarigenom kroppen, hållen i en behaglig svett-atmosfär, tydligen är ömtålig för minsta kallare luftdrag.⁵⁸⁰

Det var inte heller viktigt att skydda sjuklingar från köld och drag: alltför många plagg på patienter ifrågasattes.⁵⁸¹ Läkarna hade slutat använda nedkylning som förklaring till sjukdom. Men allmogen fruktade fortfarande kyla. Därför kunde deras möte ibland bli brutalt, som i detta exempel från Lidköping:

Rätt ofta, isynnerhet under den kallare årstiden, måste min första åtgärd vid besöken i stugorna vara den att ställa dörrarna, både yttre och inre, på vid gafvel och låta dem så stå en god stund, allt under det en liten förberedande föreläsning hålles om nyttan och nödvändigheten af en dylik åtgärd.⁵⁸²

Att både friska och sjuka personer uppmanades att klä av sig och vistas i drag även under vintern betyder att individuella kroppar börjat anses starka nog att motstå och stärkas av omgivningens påfrestningar: kroppen reagerade mot kyla snarare än att bara bli nedkyld.

En hälsosam kropp fick nu heller inte vara för hårt snörd utan behövde fritt kunna interagera med sin omgivning. Läkaren på södra Öland skrev exempelvis år 1884 att allmogen

hopa det ena klädesplagget utanpå det andra tills de knappast äro i stånd att röra sig. Ofta får man se personer försedda med 3-4 undertröjor, utom skjortan, under väst och rock. Att detta sätt att kläda sig skall hafva en skadlig inverkan på

⁵⁷⁶ Vigarello, *Concepts of Cleanliness*, s. 129.

⁵⁷⁷ 1892 Degerfors Rosén.

⁵⁷⁸ 1892 Ramsele Bengtsson. Se även 1859 Sollefteå Charlier.

⁵⁷⁹ 1887 Lidköping Rosborg.

⁵⁸⁰ 1894 Vara Cronquist.

⁵⁸¹ 1893 Stranda Härad Hygrel.

⁵⁸² 1884 Lidköping Rosborg.

helsan [...] genom det icke ringa tryck som af de sammansnörda kläderna utöfvas på bröstkorgen torde ej kunna nekas.⁵⁸³

Rörelser för dräktreform uppstod under 1870- och 1880-talet, både i Sverige och utomlands. Man skulle tentativt kunna sätta samman det kvinnliga tidiga 1800-talsmodet, med korsetter, höga kragar och långa ärmar, med en bräcklig, formbar och följsam kropp som behöver yttre stöd och skydd i form av kläder. I så fall skulle övergången till ett lösare klädmode, vilket förespråkades av reformklädsel föreningar under 1880- och 1890-talen, kunna förstås som sammankopplad med den förändring i kroppsuppfattningar jag visar på här. En öppen kropp med flytande gränser mot omvärlden behövde rimligtvis stöd utifrån, medan en kropp som var autonom i sig själv och som stärktes av mötet med sin omgivning behövde betydligt mindre åtstramande kläder: istället behövde den befrias från rörelserestriktioner för att dess egen kraft skulle kunna utvecklas maximalt.⁵⁸⁴

Härdandets konsekvenser

Mot slutet av seklet blev läkares och patienters sinnesintryck allt mindre viktiga för att avgöra hur hälsosam en omgivning eller behandling var. Under tidigt 1800-tal ansåg läkarna generellt att det som kändes bra var hälsosamt och att det obehagliga skadade. Läkarna såg tydliga kopplingar mellan händelser som uppfattades som olustiga, som nedkylning eller att känna lukten av förruttelse, och dess resultat, sjukdom. Den bekvämaste temperaturen ansågs mest passande: värme ansågs hälsofrämjande i alla sammanhang förutom när den kändes ”qväfvande”,⁵⁸⁵ och att väderleken orsakat kolera förklarades av provinsialläkaren i Sala 1857 med att den var ”ruskig och obehaglig”.⁵⁸⁶

Vetenskapshistorikern Steven Shapin har i en undersökning av hur sinnesintryck gjordes om till objektivitet visat hur smak fram till ungefär mitten på 1800-talet ansågs vara en direkt väg till kunskap om ett ämne. Smakade någonting sött var det för att sötna var en av ämnets egenskaper.⁵⁸⁷ På liknande sätt var det som kändes obehagligt – kyla, drag, kallt vatten – i provinsialläkarrapporter under tidigt 1800-tal skadligt för hälsan. Kroppens reaktioner på omgivningen var avgörande, dess sinnesintryck relevanta. Denna konstruktion av

⁵⁸³ 1884 Ölands södra Jansson. I det fullständiga citatet sägs många lager kläder även hämma utsöndringen, en uppfattning vilken kan ses som en rest från flödeshanterande medicin.

⁵⁸⁴ *Svenska dräktreformföreningen*, grundad av Ellen Key, var aktiv mellan åren 1886 och 1890. För litteratur om klädreformrörelser, se till exempel Christine Bard, *Kjolen. Frihet eller fängelse?* (Stockholm, 2011); Ingrid Bergman, *Kvinnokläder – kvinnokamp. Dräktreformföreningen 100 år* (Stockholm, 1986); Sanna Jerremalm, *Svenska reformdräkter. Kvinnokläder för en ny tid* (Uppsala, 2010). Tyvärr diskuteras föränderliga kroppsuppfattningar och förändringar i modet sällan tillsammans, vilket skulle kunna fördjupa och kontextualisera sådana förändringar.

⁵⁸⁵ Trafvenfelt, ”Sammandrag af de sista iakttagelserne ofver den Epidemiska Choleran”, s. 16.

⁵⁸⁶ 1857 Sala Lundh. Se även exempelvis 1855 Sundsvall Westerberg.

⁵⁸⁷ Steven Shapin, *Changing Tastes. How Things Tasted in the Early Modern Period and How They Taste Now* (Uppsala, 2011).

instinktiva bedömningar som pålitliga skulle dock upphöra under 1800-talets gång. Mot slutet av seklet var inte längre sinnesintryck pålitliga mätare för hur hälsosam en omgivning var: nu blev det snarare nyttigt att övervinna obehag. I tidskriften *Eira* beskrev en läkare 1877 hur han på ett sanatorium vande sina patienter vid kalla duschar. Läkare borde närvara vid duschande för att ”öfvervaka, att pat[ienterna] ordentligt toge duschen, förutsatt att fruntimmerna ville underkasta sig något sådant”,⁵⁸⁸ och läkaren måste arbeta för att patienterna skulle förlora ”fruktan för duschen”.⁵⁸⁹ Kopplingen mellan det som kändes skönt, rätt, behagligt och det som gynnade hälsan hade försvunnit. Läkaren måste istället övervaka sina patienter, som skulle underkasta sig en obehaglig behandling som de dessutom fruktade.

Hälsa var inte längre det som instinktivt kändes bra – det som var hälsosamt kunde mycket väl vara obehagligt och att uppskatta det bekväma framställdes som ett svaghetstecken, något som behövde övervinnas. Visserligen kan ett flertal terapeutiska behandlingar under tidigt 1800-tal misstänkas ha varit oangenäma för patienten, som kräkmedel, lavemang och åderlåtning. Skillnaden var att patienter under tidigt 1800-tal förväntades utstå ett tillfälligt obehag för att övervinna ett specifikt sjukdomstillstånd, medan alla människor under sent 1800-tal förväntades göra övervinnandet av sitt eget obehag till en del av vardagslivet. Kroppens varningar om att någonting kändes fel skulle nu överkommas för att den skulle hårdas och bli mer motståndskraftig.

Att människor antogs kunna påverka risken för att insjukna i smittsamma sjukdomar samt motverka sjukdomars spridning överlag var en avgörande skillnad mellan perioderna före och efter 1860-talet. I rapporter från tidigt 1800-tal beskrevs sjukdom och smitta som att de agerade på egen hand: metaforer som antydde sjukdomens agens användes återkommande och människor skildrades som passiva mot sjukdomspåverkan. Under den sena perioden började dock sjukdomar beskrivas som objekt snarare än subjekt i provinsialläkarrapporterna. Agensen hade förflyttats till provinsialläkare, allmog och lokala makthavare som sundhetspolisen. I Tibble 1899 skrev provinsialläkaren exempelvis att en epidemi bröt ut, men ”[g]enom kraftig isolering, och desinfektion, nitiskt öfvervakande af församlingens kyrkoherde, bragtes sjukdomen att upphöra”.⁵⁹⁰ Samma läkare uppmanade lärare att motverka smittspridning genom att skicka hem sjuka elever.⁵⁹¹ Provinsialläkaren i Ed skrev att han vid infektionssjukdomar lämnat föreskrifter om hur deras utbredning skulle förhindras, ”dels till respektive föräldrar och målsmän, dels till vederbörande Kommunalnämnders ordförande.”⁵⁹² Det var nu *människor* som förebyggde, motverkade och förekom: sjukdom var något som hände snarare än något som handlade.

⁵⁸⁸ L. G. Dovie, ”Om badens verkan emot lungot” i *Eira*, vol. 1, nr 3, 1877, s. 80.

⁵⁸⁹ Ibid.

⁵⁹⁰ 1899 Tibble Norstedt.

⁵⁹¹ Ibid.

⁵⁹² 1900 Ed Petersson.

På samma sätt kunde en sjuk persons beteende påverka hur smitta utvecklades inuti personens kropp. När läkaren i Skurup 1894 diskuterade difterins utbredning menade han att det

icke opåaktadt må lämnas, huruvida smittan mottagits på morgonen och så under dagens lopp med dess ständiga harklande, spottande och sväljande fått mindre ro att äta sig fast, eller den mottagits på aftonen och så, befordrad i tillväxten af organens stillhet under sömnen, lättare och hastigare tagit fart.⁵⁹³

Hur en smittad person betedde sig, medvetet eller omedvetet, förändrade alltså hur smittan utvecklades. Denna nya tilltro till den mänskliga förmågan att påverka smittspridningsprocesser är avgörande för hygienistiska rörelsers tillväxt under åren kring och efter sekelskiftet 1900. Om sjukdom fortfarande hade setts som en naturkraft som rörde sig i distriktet skulle människors egna ansträngningar för att förhindra dess utbredande ha varit förgäves.

Sammanfattning

Inom den nya gränsskyddande medicinen syftade läkarnas ingripanden till att bygga upp kroppar som kunde försvara sig själva och därmed inte behövde skyddas genom barriärer och genom att undvika resande. Färsk mat började anses nyttigare än konserverad, som ett resultat av läkarnas uppvärdering av det nya och rörliga som hälsosamt. Eftersom läkarna i slutet av 1800-talet tillskrev människor större agens i relation till sjukdomar och ansåg kroppens hårdighet kunna förklara vem som insjuknat eller ej, blev de mer benägna att skuldbelägga allmogen för deras sjuklighet. Att äta härsken mat eller att leva i stor smutsighet ansågs inte hårda – istället ansågs sådana vanor ha skadliga långsiktiga effekter även om dessa inte var uppenbara i stunden för varken läkare eller allmoge. Att allmogen åt mat som provinsialläkaren uppfattade som dålig blev därmed ett slags medveten vårdslöshet med den egna hälsan snarare än ett tecken på sparsamhet. Allmogens vanor innebar att de förgiftade sig själva inifrån och den kropp som därmed skapades var motsatsen till den reaktiva, starka, motståndskraftiga kropp som eftersträvades inom den gränsskyddande medicinen.

Flera företeelser som tidigare inte uppmärksammats av provinsialläkare, som härsken mat, blev alltså under sent 1800-tal till medicinska problem. Läkarna slutade koppla samman sjukdom med dramatiska händelser i det förflutna, som en främlings eller en skadlig dimmas ankomst.

Tidigare hade det sagts vara hälsosamt att undvika flöden av luft (vilka kunde bära på miasma, fukt och skadliga partiklar) samt främlingar (som kunde

⁵⁹³ 1894 Skurup Nilsson.

förmedla smitta), men nu ansågs barriärer ohälsosamma eftersom de förhindrade nödvändigt härdande av kroppen.

Personlig hygien och vädring var inte längre individers angelägenhet, utan någonting som detaljerat beskrevs i statliga rapporter. Provinsialläkarna blev alltmer närgångna: när de tidigare diskuterade landskapets geologiska, klimatologiska och meteorologiska förutsättningar blev nu specifika sjukbäddar relevanta att beskriva för Sundhetskollegium. Inget tyder på att allmogens vanor – att äta syrad mat, bära många klädesplagg, undvika kyla – var nya. Men vanornas status som medicinska problem var ny. Ingripanden i individers livsföring rättfärdigades då handlingsmönster som tidigare aldrig satts samman med sjuklighet framställdes nu som skadliga.

Flera lager kläder och täta väggar blev ohälsosamma av en ytterligare anledning, förutom att de förhindrade härdande: de riskerade att stänga in kroppen tillsammans med sina farliga utsöndringar. Därför kunde de orsaka ett slags självförgiftning, på samma sätt som en ensam person i ett oventilerat rum så småningom skulle förgiftas av sin egen utandningsluft.⁵⁹⁴ Nu ansågs sjukdom vara ständigt närvarande i hemmet, vilket i provinsialläkarrapporter började framställas som den huvudsakliga arenan för sjukdomsoverföring. Renlighet blev centralt. I följande kapitel beskriver jag hur även deras nya renlighetsintresse kan förstås som en gränsskyddande praktik.

⁵⁹⁴ Se till exempel George Lütken, *Läkaren som husvän. Kortfattad populär handbok i läran om hälsa och sjukdom* (Helsingborg, 1902), s. 37.

6: Gränsskyddande omgivningsuppfattningar: renlighet

Under åren 1820–1865 diskuterade provinsialläkarna sällan renlighetspraktiker. När rengöring i undantagsfall nämndes var beskrivningarna summariska och objekten som sades ha rengjorts var ospecifika: läkarna talade om ”bostäderna”⁵⁹⁵ eller ”gårdarna”.⁵⁹⁶ Hur rengöringen gått till eller borde ha gått till angavs bara i undantagsfall.

Inte heller kroppars renlighet diskuterades särskilt ofta, ej heller vid öppna sår. År 1836 skrev läkaren i Vimmerby om en patients sårskada att den ”undersöktes, uppskars och rengjordes från fina trädstickor och barr”.⁵⁹⁷ Med ”rengjordes” menades i detta exempel att avlägsna materia som rent mekaniskt förhindrade att såret skulle kunna sluta sig. I övrigt var främmande ämnens närvaro i sår inget som problematiserades eller föranledde rengöring. Ovanstående citat är det enda exemplet på sårrengöring i de 40 provinsialläkarrapporter där ordet ”sår” förekom mellan 1816 och 1839. Provinsialläkaren i Eskilstuna 1820 skrev ordet ”sår” 20 gånger i en rapport, men nämnde aldrig att något av såren rengjorts av honom eller någon annan.⁵⁹⁸

Från mitten av seklet blev det däremot vanligare för provinsialläkare att diskutera renlighet och orenlighet. I de digitaliserade årsrapporterna förekommer ordet ”smuts” första gången 1835 och ordet ”osnygg” första gången 1843. Ordet ”snygg” förekommer första gången 1851.⁵⁹⁹ Ordet ”snusk” förekommer endast från 1850-talet och framåt och ”prydlig” förekommer första gången 1852. Ordet ”renlig” ger 2 träffar fram till 1850 och 48 träffar mellan 1850–1900. Ordet ”tvätta” ger 65 träffar, endast en före 1840-talet.

Begreppsförskjutningar skedde också. Kring 1860 övergick begreppet ”oren” från att enbart beskriva orena tungor som ett sjukdomssymptom till att skildra orenlighet på kroppar och i hem.⁶⁰⁰ Ordet ”slask” användes fram till

⁵⁹⁵ 1859 Malmö stad Falck.

⁵⁹⁶ 1857 Filipstad Pallin.

⁵⁹⁷ 1836 Vimmerby Hanström.

⁵⁹⁸ Däremot försökte ibland illaluktande särs stank åtgärdas. 1820 Eskilstuna Alfort: ”Kohlpulver förmådde ej borttaga luckten, deremot förbättrades såret snart af utspädd Saltsyra och Salpetersyra.”

⁵⁹⁹ Ordet snygg betydde ungefär prydlig, välordnad under denna period. Osnygg betydde stökig eller ovårdad.

⁶⁰⁰ 1850-talet var en övergångsperiod. I 1859 Uddevalla Åhlström används ordet på båda sätt: ”Var tungan oren [...] begagnades genast kråkpulver” samt, i samma rapport, ”det i torfmässarna befintliga, stillastående och af mekaniska inblandningar orenade vattnet”.

1860-talet enbart om väderleken och sedan övervägande om hushållsavfall. Ordet ”smuts” användes under tidigt 1800-tal vid flera tillfällen för att beskriva väderförhållanden eller färgen ”smutsgul”, medan det under sent 1800-tal genomgående användes för att beskriva bostäders och kroppars bristfälliga rengöring.⁶⁰¹

Läkarna började alltså diskutera smuts i närmare detalj. Ett exempel är när läkaren i Söderåkra 1878 ingående beskrev hur hushållen i hans distrikt vanligtvis såg ut:

Stolar, bord och bänkar äro nerspillda, otvättade och betäckta med slumpvis kringkastade klädesplagg och trasor. Begäres en stol att sitta på, föser husmodern vanligen först undan ett par barnungar och stryker sedan ett drag med förklädet eller kjolen öfver stolsitsen, för att som hastigast få bort den lösa smutsen. Golfvet är så öfverdraget med spillda och fasttrampade ämnen, att foten understundom klibbar fast, när man går derpå.⁶⁰²

Denna typ av detaljriktighet och ingående beskrivningar av rörlighet, stökighet och kladdighet förekom inte under tidigt 1800-tal. När provinsialläkare före 1860-talet beskrev sjukrum var det vanligast, även efter smittsamma sjukdomar, att eventuella rengörande praktiker inte nämndes alls. Möjligen kunde rum sägas ha ”vädrats” eller ”rengjorts”.⁶⁰³ Men vid seklets sista decennier demonstrerade läkare istället närmast encyklopedisk noggrannhet när det gällde rengöring, som när läkaren i Stegeborg 1897 listade alla åtgärder som krävdes för att göra ett sjukrum fritt från smitta:

Allt, som tål kokning, kokas i vatten under ½ timmes tid. [...] Alla föremål af intet eller ringa värde såsom sopor, madrasshalm, tidningar, krukväxter m.m. uppbrännas. [...] Trämöbler, skodon och andra för väta ej ömtåliga persedlar tvättas öfverallt med stark formalinlösning. [...] Täcken, filter, fällar, mattor, dukar, gångkläder, pelsvaror, böcker m.m., som tål väta, fuktas noga och fullständigt med stark formalinlösning; [...] föremål, som icke tåla att fuktas, upphängas på streck; byrå- och bordslådor utdragas, skåpdörrar ställas öppna; på böcker och planschverk slås bladen isär. [...] Spottkoppar, nattkärl och dylikt nedläggas för 1 dygn i svag formalinlösning. [...] Stoppade möbler omviras efter öfverdragets borttagande med i stark formalinlösning fuktade dukar. [...] Ur madrasser och kuddar uttages stoppningen, hvarefter denna och [kudd]varen för 1 dygn nedläggas i svag formalinlösning (eller kokas). Golf, panelningar, låsvred, dörrar, fönster, dörr- och fönsterposter skuras grundligen med stark formalinlösning, som äfven nedhålles i golfspringorna. Tapeter böra antingen tvättas med stark formalinlösning, eller ännu bättre, nedtagas och uppbrännas i sjukrummets eldstad, hvarefter väggarne tvättas med stark formalinlösning.⁶⁰⁴

⁶⁰¹ Se exempelvis 1837 Sigtuna Wistrand; 1835 Vimmerby Hanström.

⁶⁰² 1878 Söderåkra Dahlberg.

⁶⁰³ 1838 Helsingborg Schagerström.

⁶⁰⁴ 1897 Stegeborg Sahlén.

Läkaren i Molkolm 1895 gav en liknande lista med 18 utförliga punkter över vad som behövde rengöras i sjukrum,⁶⁰⁵ medan läkaren i Ljungby förespråkade att allt värdelöst skulle brännas, allt som tålde kokning kokas och att allt övrigt tvättas med lysol, piskas, skuras, vädras och borstas av.⁶⁰⁶

Från riskfyllda distrikt till hotande hem

Under perioden 1820–1865 förklarade provinsialläkarna sjuklighet med distriktets geografiska, klimatologiska och meteorologiska förutsättningar. Genom att dela upp lokalbefolkningen i exempelvis ”slättbon”⁶⁰⁷ och ”skogsbon”⁶⁰⁸ eller ”Gottlandsbonden”⁶⁰⁹ och ”jämten”⁶¹⁰ förklarade de vilka sjukdomar som var gängse och varför. Lokalbefolkningens hälsa bestämdes av platsen de levde på.

Men under åren 1865–1900 sattes människors sjuklighet snarare samman med stugan de levde i än landskapet där de växt upp. Fokus flyttades till smutsigheten och trängseln som provinsialläkaren såg kring patientens säng.⁶¹¹

Provinsialläkarens uppmärksamhet snävades in. Vid seklets början förklarades människoburen smitta genom främlingars ankomst, men under dess slut var det inte längre resande som var ett medicinskt problem, utan att människor levde alltför nära varandra. En läkare i Stockholm förklarade 1862 att städer oftare drabbades av epidemier eftersom de skapade hög koncentration av mänskliga utsöndringar. Landsbygden var säkrare eftersom människorna där levde långt ifrån varandra, men: ”För tillsammans de enstaka landtliga husen till en by, och man har strax allting i ordning till endemiernas och epidemiernas utveckling.”⁶¹²

Hemmet blev sjukdomsframkallande – sjukdom härrörde från en omgivning som var några meter i omkrets snarare än flera kubikkilometer stor. Den plats som tidigare förstods skydda mot sjukdom blev nu den plats som skapade och upprätthöll den.

Detta tilltagande intresse för renlighet var inte exklusivt för provinsialläkarna. Orenlighet kopplades samman med sjuklighet av flera läkargrupper och reformatörer under sent 1800-tal. Flera forskare har beskrivit denna förändring. Alain Corbin skriver om denna period:

⁶⁰⁵ 1895 Molkolm Lindblom.

⁶⁰⁶ 1895 Ljungby Theorin. Se även exempelvis 1895 Nyfors von Post/Norberg.

⁶⁰⁷ 1852 Falköping Ihrman. Exempel efter år 1865 finns också.

⁶⁰⁸ 1830 Mariestad Westman.

⁶⁰⁹ 1852 Gotlands norra Andréé.

⁶¹⁰ 1868 Undersåker Bergwall.

⁶¹¹ Jämför Roger Qvaresell, ”Sjuksängen. En plats för livet” i Erland Mårald & Christer Nordlund (red.), *Topos. Essäer om tänkvärda platser och platsbundna tankar* (Stockholm, 2006), s. 28.

⁶¹² 1862 Stockholm 1/3 Carlson.

Topography, the nature of the soil, climate, and the direction of the winds gradually ceased to be regarded as determining factors; experts emphasized more than ever the harm caused by crowding or proximity to excrement; above all, they now accorded decisive importance to the 'secretions of poverty'.⁶¹³

Corbins beskrivning stämmer helt överens med hur provinsialläkarnas sjukdomsuppfattningar förändrades. Men den existerande forskningen är problematisk av flera anledningar. En vanlig utgångspunkt är att renlighet blev viktigare under sent 1800-tal som en reaktion på urbana missförhållanden. Särskilt hygienismens uppkomst förklaras ofta som en konsekvens av försämrad hygien. 1800-talets industrialisering och urbanisering ledde enligt denna förklaring till att den hygieniska standarden försämrades och att "de sociala missförhållandena aktualiserade hygieniska reformkrav".⁶¹⁴ Sekelskiftets renlighetsiver ses alltså som en reaktion på och ett försök att åtgärda tilltagande smutsighet.

Men som tidigare nämnts förblev den svenska landsbygdsbefolkningens livsföring ännu 1900 relativt opåverkad av industrialiseringen.⁶¹⁵ I fallet svenska provinsialläkare blir därmed en sådan utgångspunkt missvisande, eftersom lokalbefolkningens levnadsvillkor inte förändrades drastiskt under 1800-talet. Få stora industrier inrättades. Smutsigheten provinsialläkarna diskuterade var allmogens snarare än industriarbetarnas. Det tycks i detta fall snarare som om allmogens levnadsförhållanden förblivit desamma men nu omtolkades av läkarna: bedömningen förändrades, inte renlighetsvanorna.

Ett annat vanligt problem är att forskare återkommande antar att frånvaron av renlighetssystem som liknar forskarens egna betyder att människor inte brydde sig om renlighet. Ofta sägs renligheten ha förbättrats utan att det specificeras vad renlighet innebär eller innebar i det historiska sammanhanget.⁶¹⁶ Filosofen Olli Lagerspetz menar att mycket renlighetsforskning präglas av att forskare beskriver historisk frånvaro av renlighetsregler de själva ansluter sig till som lössläpplighet och tolkar närvaron av regler de inte känner igen sig i som onödigt "tjafs".⁶¹⁷ Att saker från spinsidan och svärdssidan inte bör blandas samman är exempelvis en allmogeregler som övergivits och vilken senare framställdes som irrationell.⁶¹⁸

Etnologerna Jonas Frykman och Orvar Löfgren får exemplifiera detta värderande förhållningssätt, eftersom deras bok *Den kultiverade människan* har haft så starkt genomslag i forskningen om den svenska allmogens renlighet. De

⁶¹³ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 143.

⁶¹⁴ Palmblad, *Medicinen som samhällslära*, s. 9–10.

⁶¹⁵ Mer än 75 procent av den svenska befolkningen levde på landsbygden samma år. Hans Ylander, "Urbanisering och tätortsutveckling i Sverige" i SCB, *Markanvändningen i Sverige* (Stockholm, 1993), s. 83.

⁶¹⁶ Se exempelvis Sam Willner, *Det svaga könet? Kön och vuxendödlighet i 1800-talets Sverige* (Linköping, 1999), s. 91.

⁶¹⁷ Lagerspetz, *Smuts*, s. 146.

⁶¹⁸ *Ibid.*, s. 142–150.

påstår exempelvis om Sverige att människor under sent 1800-tal på landsbygd och i städernas arbetarkvarter ”var förhållandevis obekymrade om” värdet av att hålla rent och snyggt omkring sig.⁶¹⁹

På samma sätt tar den brittiske historikern Lee Jackson i boken *Dirty Old London* ett rättsfall där en klockmakare kallade sin lärling smutsig som bevis för att ”even ’the great unwashed’ [...] had some standards”.⁶²⁰ Detta är bara två exempel på den vanliga tendensen att ta vad som upplevs vara ökad självbehärskning som ett kännetecken för den moderna människan. Utifrån denna premiss opererar ett flertal studier som inspirerats av Norbert Elias *The Civilization Process* och Michel Foucaults governmentality-begrepp. Foucault menar att den politiska övervakningen av människors beteende alltmer internaliserades under 1800-talet och flyttades från yttre hot om våld till inre styrning medelst kroppsliga övningar, påförda genom bland annat skola och militär.⁶²¹ Elias skildrar en process varigenom människan genom historien anses bli allt mer behärskad i sina rörelser, sitt beteende och ofta även i sina tankar.⁶²² Här passar det sena 1800-talets tilltagande intresse för renlighet väl in. Men problemet är att tolkningar i Elias och Foucaults efterföljd ofta innebär att äldre perioders människor beskrivs som mer lössläppta, friare och mindre hämmade. Dessa beskrivningar baseras generellt på källor hämtade från läkare och andra myndighetspersoner, det vill säga ena parten i en konfliktsituation.

Detsamma gäller antagandet om ökad affektkontroll: även det riskerar att dölja renlighetssystem som inte är identiska med forskarens egna.⁶²³ Vigarello betonar att det finns många sätt att vara ren på vilka inte förlitar sig på vatten. När han diskuterar renlighetspraktiker under 1600-talet menar han att renlighet fokuserade på dukar och klädesplagg, medan vatten inte nämndes. Något kallades rent ifall det såg rent ut eftersom renlighet ”served appearance above all”.⁶²⁴ Detta exempel, menar Vigarello, visar att ”it is foolish to deny the existence of practices of cleanliness in a pre-scientific culture”.⁶²⁵ Även svensk landsbygdsbefolkning använde sig i vissa fall av vattenlösa renlighetsmetoder. Provinsialläkaren i Överkalix 1883 skrev ”[h]varför lapparne i allmänhet ej tvätta sig, är derföre, att om de använda vatten bli de frusna. Istället bruka de renligare af dem ingnida kroppen med fett och derefter aftorka den; hvarigenom de hålla sig något så när rena”.⁶²⁶ Här uppnåddes renlighet alltså via gnuggning.

⁶¹⁹ Jonas Frykman & Orvar Löfgren, *Den kultiverade människan* (Malmö, 1979), s. 134.

⁶²⁰ Jackson, *Dirty Old London*, s. 138.

⁶²¹ Michel Foucault, *The Order of Things. An Archeology of Human Sciences* (New York, 1994); Michel Foucault, *Sexualitetens historia. Band I. Viljan att veta*. (Stockholm, 2002); Michel Foucault, *Säkerhet, territorium, befolkning. Collège de France 1977–1978* (Stockholm, 2010).

⁶²² Norbert Elias, *The Civilization Process* (New York, 2000).

⁶²³ Lagerspetz, *Smuts*, s. 132.

⁶²⁴ Vigarello, *Concepts of Cleanliness*, s. 1.

⁶²⁵ *Ibid.*, s. 1.

⁶²⁶ 1883 Överkalix Hagner.

Med några få undantag har dock just vattens rengörande egenskaper skildrats av forskare som självklara snarare än som konstituerade i en historisk process. Därför har det ökande intresset för vattenrenlighet under 1800-talet genomgående framställts som ett tecken på att okunskap övergått i insikt.

Historikern Virginia Smith skriver exempelvis i boken *Clean*, en historisk översikt över rengöringspraktiker, att "[f]rom the 1840s onwards the broad popular front of sanitary reform turned its attention to two remedies for filth that were long overdue: the provision of clean water, and cleansing public baths".⁶²⁷ Smith beskriver användandet av vatten som "long overdue" och avstår från att undersöka hur renlighet uppnådd genom vatten började kopplas samman med hälsa. Därmed döljer hon det historiskt mödosamma och alls inte givna arbetet med att förändra vatten till en substans som verkade ovanpå huden snarare än trängde in i kroppen och som sköljde bort smuts snarare än påverkade kroppens inre flöden.⁶²⁸

Tidigare forskning har alltså med några få undantag skildrat hur intresset för renlighet ökade under sent 1800-tal utan att undersöka varför det skedde och *på vilket sätt* renlighet sammankopplades med hälsa.

Detta tillkortakommande beror på att renlighet studerats utifrån två huvudsakliga perspektiv. Det första perspektivet omfattas av de medicin- och socialhistoriker som undersökt uppkomsten och tillväxten av olika slags sanitära och hygienistiska rörelser: internationellt Christopher Hamlin, David Barnes och i viss utsträckning Bruno Latours *The Pasteurization of France*, i Sverige bland andra Eva Palmblad.⁶²⁹

För det andra har renlighetsuppfattningar i Norbert Elias och Michel Foucaults efterföljd också tilldragit sig uppmärksamhet från historiker intresserade av att utforska medicinens kontrollerande och disciplinerande funktioner. I viss utsträckning företräds detta av Virginia Smith, Aina Schiøtz, Karin Johannisson och Ian Miller men även av etnologer, antropologer och kulturhistoriker, som Orvar Löfgren och Jonas Frykman.⁶³⁰

Den första gruppens främsta tillkortakommande är att historikerna tenderar att ta över källornas värderingar, eftersom de försöker återskapa och förstå en process – vad de menar vara tilltagande renlighet – som redan i utgångsläget bedömts vara nödvändig och framgångsrik: det är därför den undersöks. Ibland halkar de därför in i att okommenterat återberätta läkares och andra myndighetspersoners beskrivningar som sanning. Corbin beklagar denna

⁶²⁷ Virginia Smith, *Clean. A History of Personal Hygiene and Purity* (Oxford, 2007), s. 278.

⁶²⁸ För ett utförligt resonemang om vattenrenlighet, se kapitel 8. För ett annat exempel av samma tendens, se William A. Cohen, *Filth. Dirt, Disgust and Modern Life* (Minneapolis, 2005). Cohen antar att hans egen uppfattning om smuts är universell. Han skriver exempelvis "human excrement instantly taint anything it touches", s. x. Detta uttalande stämmer exempelvis inte särskilt bra med svensk allmoges renlighetspraktiker från tidigt 1800-tal.

⁶²⁹ Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*; Barnes, *The Great Stink of Paris*; Latour *The Pasteurization of France*; Palmblad, *Medicinen som samhällslära*.

⁶³⁰ Smith, *Clean*; Schiøtz, *Distriktslegen – institutionen som forsvant*; Miller, *Anatomy of Disgust*; Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*; Johannisson, "Folkhälsa".

vanliga tendens, både hos honom själv och hos andra, när fransk landsbygds-
medicin beskrivits:

No report read to the Conseil de Salubrité from whatever rural department, no medical thesis about the peasant environment, no report on an inquiry under the July Monarchy or the Second Republic failed to denounce violently the poor hygiene of the habitat of rural space. Thus, every book about the social history of the French countryside at that time gives considerable space to this complaint. Most of the authors – including myself – have rather naively used the copious discussions by bourgeois observers for their own purposes. It would have been more valuable if they had tried to unravel the tangled systems of images and, above all, shown that the basic historical fact was not the actuality (which had probably changed little) but the new form of perception, the new intolerance of traditional actuality.⁶³¹

Den andra gruppen förhåller sig betydligt mer kritiskt till läkare som källor – faktum är att de uttalat läses motvalls, med en misstänksamhetens hermeneutik. Detta forskningsfält ifrågasätter 1800-talsläkares perspektiv och framställer deras arbete som ett slags disciplinerande förtryck. Eftersom dessa forskare är mest intresserade av maktförhållanden, beskrivs det ökande renlighetsintresset under 1800-talet generellt som en del i en klasskamp. Orenlighet menas vara, med Corbins ord, ”the repulsive smell of the proletariat”.⁶³² Återkommande citeras här George Orwells aforism om att den verkliga hemligheten med klasskillnader i västerlandet är att de lägre klasserna luktar.⁶³³ Äcklet inför smutsen på arbetarnas, allmogens och koloniserade folks kroppar ses som ett socialt avståndstagande, ett sätt att befästa klassamhället som naturligt. Därtill undersöks ofta även hur uppfattningar om rent och smutsigt har använts som metaforer för att motivera exkluderande praktiker som steriliseringar eller förföljelser.⁶³⁴

Kort sagt har man inom renlighetsforskningen varit mer intresserad av västvärldens framsteg respektive äcklets politiska funktion än vad renlighet innebar för de historiska aktörerna. Problemet med att undersöka renlighet utifrån värderande utgångspunkter – att fråga vad läkarna gjorde rätt inom den traditionella medicinhistorien och vad läkarna gjorde fel inom den kritiska medicinhistorien – är att frågan om *hur uppfattningarna om vad renlighet innebar förändrades* förblir obesvarad.

Trots att de flesta renlighetsforskare säger sig utgå från Mary Douglas numera klassiska tes om att renlighet finns i betraktarens öga och är kulturellt och socialt bestämd, har alltså få historiker utöver Vigarello undersökt hur smutsighet som kategori förändrats historiskt. Frågor om hur historiska aktörer

⁶³¹ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 156–157.

⁶³² *Ibid.*, s. 150.

⁶³³ George Orwell, *Vägen till Wigan Pier* (Stockholm, 1983). För ett exempel där Orwell citeras, se Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*, s. 218–219.

⁶³⁴ T.ex. Johannisson, ”Folkhälsa”; William Ian Miller, *The Anatomy of Disgust* (Cambridge, 1998).

identifierade vissa objekt och platser som smutsiga respektive rena, varför smutsen var problematisk, vem som ansvarade för att smutsen avlägsnades eller oskadliggjordes samt vilka metoder som användes för rengöring har alltså i huvudsak förblivit obesvarade.

Att åtgärda denna brist är detta kapitelns mål, genom en undersökning av hur läkares renlighetsuppfattningar och praktiker förändrades under 1800-talet. För att göra det – utan att använda nutida renlighetsuppfattningar som överhistoriska konstanter vilka ”upptäcktes” – har jag definierat renlighet som allt provinsialläkare kallade rengöring. Jag har undersökt vilka ting, platser och personer som kallades smutsiga, vilka renlighetsord som användes i vilka sammanhang, hur smuts sades avlägsnas och hur smuts antogs samverka med smitta och sjukdom.

Min tes är att renlighet för läkare under sent 1800-tal var ett sätt att avlägsna materia som kunde tränga in i den slutna, autonoma kroppen, eftersom sådant otillåtet gränsöverskridande hade börjat uppfattas som nästan all sjukdoms orsak. Smutsiga hem var skadliga eftersom kroppsutsöndringar penetrerade kroppens försvar. Läkarnas renlighetsuppfattningar var därmed gränsskyddande eftersom de försökte avlägsna just gränsöverskridande materia. Kapitlet skildrar alltså processen när kroppsutsöndringar blev det huvudsakliga objektet för provinsialläkarnas rengörande arbete.

Kapitlet inleds med en genomgång av hur provinsialläkarnas renlighetsuppfattningar förändrades under 1800-talet. Först demonstreras hur läkarna under tidigt 1800-tal definierade ruttnande, miasmatiska ämnen snarare än kroppsutsöndringar som smuts, samt hur kroppsutsöndringar under 1800-talets gång laddades med egenskaper från miasma och därmed blev potentiellt dödsbringande, samtidigt som miasma försvann som förklaringsgrund. Jag kallar detta för övergången från ”förruttnelsesmuts” till ”vardagssmuts”.⁶³⁵ Därefter visar jag hur detta skifte inte orsakades av bakteriologins genombrott eftersom det började ske på 1850-talet. Avslutningsvis demonstrerar jag hur huvuddelen av läkarnas sjukdomsförebyggande arbete under sent 1800-tal, nämligen att motverka trångboddhet och upprätta gränser mellan olika kategorier av människor, djur och objekt, utgick från samma princip: arbetet var gränsskyddande och syftade till att avlägsna gränsöverskridande materia.

Förruttnelsesmuts och vardagssmuts

Läkarnas tilltagande engagemang för renlighet, vilket påvisades i kapitlets inledning, innebar alltså inte att provinsialläkarna var helt ointresserade av

⁶³⁵ Processen där objektet för medicinska renlighetspraktiker övergick från det ruttnande till mer vardaglig smuts har studerats tidigare, exempelvis av historikern Brown, ”From Foetid Air to Filth”. Men denna och andra studier har främst förklarat sådana förändringar med omständigheter som var externa själva medicinen, som hur flera sanitära reformatorer hade kopplingar till unitarismen och såg sjukdom som ett gudomligt straff för synden smutsighet.

renlighet före ett visst årtal. Det visar istället att de var ointresserade av orenlighet *av en specifik sort*: den som orsakades av vad jag kallar ”vardagssmuts”.

Vardagssmuts bestod av rester från arbete och vardagligt leverne, men främst av kroppsutsöndringar. Vid mitten av 1800-talet började provinsialläkare beskriva utsöndringen av kroppsvätskor som hälsovådlig av två anledningar. Dels började kroppsutsöndringar framställas som förluster för den utsöndrande individen snarare än som nödvändig flödesreglering: särskilt åderlåtning beskrevs som en dränerande avtappning av kraft.⁶³⁶ Dels började läkarna uppmärksamma kroppsutsöndringarnas verkan efter att de lämnat kroppen: utsöndringarna beskrevs från denna tid och framåt som ämnen vilka kunde kränka andra kroppars integritet genom att tränga in i dem, till exempel genom inandning av andra människors utandningsluft. Kroppsutsöndringar hade börjat anses överskrida kroppars gränser och försvar och var medlen varigenom sjukdom förmedlades från en individ till en annan. Därför fick de en central roll i smittoöverföringsprocessen och blev de huvudsakliga objekten för rengöringspraktiker inom de sanitära och hygienistiska rörelserna under 1800-talets andra hälft.

Vardagssmuts skilde sig från en annan slags orenlighet läkarna var långt mer intresserade av under perioden 1820–1865: vad jag kallar ”förruttnelsesmuts”. Detta var biologiska ämnen stadda i förruttelse. Som jag visat i kapitel 3 ägnade läkarna under dessa år mycket tid åt att varna för, skydda från och motverka denna slags orenlighet eftersom den ansågs skapa miasmatiske ångor vilka orsakade epidemier.

Förruttnelsesmuts och vardagssmuts skilde sig åt på följande sätt. Vardagssmuts uppstod inte genom en specifik händelse, som förruttelse, utan var en oundviklig del av vardagslivet. Det gick inte att undvika vardagssmuts på samma sätt som man kunde undvika miasmatiske trask, eftersom den kom inifrån alla människors kroppar och smutsade ned de omgivningar där de befann sig. Vardagssmuts användes därför inte för att identifiera en inherent hälsovådlig plats, utan för att identifiera trångboddhet och frånvaro av vardaglig rengöring.

Under tidigt 1800-tal ansåg provinsialläkarna vardagssmuts vara i stort sett oviktigt. När dess förekomst nämndes i rapporterna så användes den främst som en *social* indikator: ett tecken på lathet eller avvikelser. Renlighet fungerade som en del av karaktärsbeskrivningen av allmogen för att förmedla provinsialläkarens uppfattning om skötsamhet, ordningssamhet och tillförlitlighet: ”Befolkningen inom distriktet är lättfattlig, villig, arbetsam, renlig, ärlig.”⁶³⁷ Renlighet kunde också visa att sjukdom inte var självförvållad, som när en sjuk kvinna beskrevs som ”renlig och ordentlig”.⁶³⁸ Smutsighet kopplades samman med fattigdom och nöd: ”folket bor uselt och trångt, samt är trasigt, smutsigt,

⁶³⁶ Se kapitel 8 samt J. C. Riley, *The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease* (Basingstoke, 1987).

⁶³⁷ 1851 Jönköping Sköldberg.

⁶³⁸ 1831 Enköping Rudolph.

magert och blekt.”⁶³⁹ Smutsig som epitet illustrerade personers arbetsförmåga och arbetsvillighet samt benägenheten att inordna sig i konventioner om prydlighet. Orenlighet och smitta hörde därmed ihop mer som korrelation än som kausalitet. Där vardagssmuts iaktogs kunde läkaren misstänka att även smitta frodades, eftersom främst socialt marginaliserade personer – ofta på resande fot – ansågs vara smittbärande under denna period. Men vardagssmutsen var inte under denna period samma substans som själva smittämnet. Därför var det inte, som senare, möjligt att undanröja smitta genom att tvinga smutsiga människor att bada. Det var avvikelser som kopplades samman med smittspridning snarare än smutsen som ämne.

När väl vardagssmuts beskrevs som sjukdomsalstrande före 1860-talet var det som ett rent mekaniskt problem, eftersom den förhindrade hudutsöndring. Läkaren i Vimmerby stad förklarade exempelvis 1858 sjuklighet med smutsighet: eftersom allmogekroppen var ”öfverdragen med en bark af smuts” så stördes perspirationen och därmed ”måste sålunda de till afsöndring genom huden med dess talg- och svettkörtlar bestämda ämnen komma att onaturligt quarhållas i blodmassan”, vilket ledde till hjärtbesvär och värk.⁶⁴⁰

Här finns tydliga likheter med vad Alain Corbin noterat i sin undersökning av franska läkares renlighetsuppfattningar under tidigt 1800-tal.⁶⁴¹ Corbin menar att smutsig hud framställdes som osund just för att den förhindrade nödvändig cirkulation:

Dirt obstructed the pores; it held back the excremental humors, favored the fermentation and putrefaction of substances; worse, it facilitated the 'pumping back of the rubbish' that loaded the skin.⁶⁴²

Smuts isolerade och försvårade interaktionen mellan kropp och omgivning. I vissa fall kunde denna utgångspunkt innebära att smuts förstods som ett inkapslande hölje och en barriär vilken motverkade att skadliga inflytanden trängde in i kroppen via huden.⁶⁴³ För läkarna var vardagssmuts medicinskt relevant bara ifall den påverkade flöden in i och ut ur kroppen. Förruttnelse-smuts, däremot, diskuterades återkommande som sjukdomsalstrande av läkarna under denna period.⁶⁴⁴

Läkarna började alltså inte bara uppfatta renlighet som viktigare för hälsan under 1800-talet. De började också definiera *vad renlighet innebar* på ett nytt. Vardagssmuts kom att bli det huvudsakliga objektet för deras rengörande ingripanden.

⁶³⁹ 1868 Rammäs Pallin.

⁶⁴⁰ 1858 Vimmerby stad Kamph.

⁶⁴¹ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 71.

⁶⁴² Ibid.

⁶⁴³ Se kapitel 3.

⁶⁴⁴ För en utförlig redogörelse för hur förruttnelse-smuts beskrevs under den flödeshanterande perioden, se kapitel 3.

Från miasma till kroppsutsöndringar

Den historiska process där läkare slutade uppmärksamma förruttnelsesmuts och istället intresserade sig för vardagssmuts var inte dramatisk. Snarare skedde den genom en gradvis övergång och genom att en hybrid av förruttnelsesmuts och vardagssmuts uppstod. Tidigare hade dessa två kategorier av smutsighet framställts som separata från varandra, som i ett sent exempel i en rapport från 1862:

Luften förskämmas hufvudsakligen på två sätt:

1:o genom utdunstningar från jäsande, förruttnade samlingar, särdeles foecal- (latrin-)materia, från animaliska och vegetabiliska ämnen, inträngda i jordytan;

2:o genom ett gift af rent animaliskt ursprung, som genereras der människor för tätt sammanträngas, såsom bland den trångbodda fattigare befolkningen i städer, i slaf- eller emigrant-skepp, i fängelser, arméer, eller der andra stora människomassor vistas tillsammans.⁶⁴⁵

I ovanstående citat framställdes förruttnelsesmuts och vardagssmuts som två helt skilda entiteter. Men från ungefär 1860-talet och framåt började de anses samverka på flera sätt.

Vardagssmuts ansågs nu både nedsätta människors motståndskraft mot miasma och självt generera miasmaångor. Träskmiasma började därmed sägas behöva ”gynnande omständigheter” för sitt ”rotande” för att orsaka epidemier bland människor.⁶⁴⁶ Läkaren i Enköping förklarade att kolerapandemier var vanligare i städer än på landsbygden eftersom här fanns gott om ”animalisk[t] snusk” vilket var koleramiasmats ”förmästa ledare”.⁶⁴⁷ Vardagssmuts attraherade och förmedlade miasma. Därtill började det på ett nytt sätt antas hålla miasma vid liv:

Detta [miasmatiska] contagium utgår i olika riktningar öfver det af farsoten hemsökta samhället, liksom förtunnande sig och blifwande oskadligt på de puncter, der det ej får näring af små primära factorer. Factorerna äro, [...] orenlighet, serdeles sådan, som består af djuriska uttömningar och putrida wextämen, vidare sådane luftens förändringar, som uppkomma genom sammanboende af för många människor inom trånga, osnygga boningar.⁶⁴⁸

Vardagssmuts, som sades gynnas av trångboddhet, fick alltså det miasmatiska inflytandet att fastna och växa till. Där kroppsutsöndringar och annan vardagssmuts tidigare bara setts som sjukdomsalstrande om de blockerade

⁶⁴⁵ *Särskilde komiterades utlåtande angående ordnande af gatubehållningen m.m. inom bufwadstaden; afgifvet till Öfver-Ståthållare-Embete den 9 Maj 1862. Bilagan Nr: 4* (Stockholm, 1862), bifogad 1862 Stockholm 1/3 Carlson.

⁶⁴⁶ 1858 Kisa Björck.

⁶⁴⁷ 1853 Enköping Stiegler.

⁶⁴⁸ 1857 Uppsala Schultz.

porerna sattes de nu i direkt orsakssamband med epidemier. Provinsialläkaren i Motala skrev på samma sätt 1878 att epidemiska sjukdomar orsakats av ”röktaktiga utdunstningar” från ”osnygga afträdeshus, svinstior, högar af sopor och afskräden”, vilka tillsammans underhöll ”smittoämnens lif och näring”.⁶⁴⁹

Skillnaderna blev alltså otydligare mellan vardagssmuts, orsakad av vardagliga levnadsprocesser, och miasma, orsakad av nedbrytnings- och dödsprocesser. Från 1860-talet och framåt – även om övergången var långsam – kallades även materia som människor genererat och var ansvariga för att hantera, som avfallsprodukter från kroppen och hushållet, för miasmatiska.

Kroppsutsöndringar kunde nu också skapa miasma. Läkaren i Uppsala 1861 skrev att krupp uppstått genom hälsovådliga bostäder, men att de sjukas kroppsutsöndringar sedan skapat ett miasma som spritt kruppen vidare: ”Sjukdomsorsaken synes mig förnämligast hafva varit bostädernas osunda beskaffenhet, [...] och ett under eller af epidemien alstradt miasma.”⁶⁵⁰ Miasma hade uppstått ”under eller af” epidemin och var alltså en konsekvens av sjukdomsfallen snarare än deras orsak. Det var bostädernas osunda beskaffenhet som alstrat sjukdom, vilken sedan hade spridits miasmatiskt genom utandningar från sjuka människors kroppar.⁶⁵¹ Läkarens vakande blick flyttades från naturen till boningshusen.⁶⁵² 1862 skrev en läkare i Stockholm att ”det är just på gårdar och i portgångar som den värsta smutsen, de farligaste miasma-förråden finnas hopade”.⁶⁵³

Intresset för hybriden miasmatiske vardagssmuts var enligt historikern Peter Baldwin stort även i amerikansk medicinsk debatt, där avloppsgas under 1870-talet beskrevs som ett människoskapat miasma.⁶⁵⁴ Baldwin citerar en husmors-handbok som skrev att ”matter thrown out of the body, through the lungs and skin, is as truly excrement and in a state of decay as that ejected from the bowels, and as poisonous to the animal system”.⁶⁵⁵ Ämnet som skadade hälsan kallades för ”urban miasmas” och sades uppstå på teatrar, i skolor och på andra platser där människor samlades.⁶⁵⁶

Miasmabegreppet var starkt laddat på grund av dess kopplingar till död. Att kalla smuts som uppstått av kroppsutsöndringar för miasmatiske innebar att

⁶⁴⁹ 1878 Motala Östra Malmberg, ur *Redogörelse för Motala Verkstads sanitära förhållanden och sjukvård, ingifven till styrelsen öfver Motala verkstad vid Bolagstämma åren 1871, 1872 och 1873*.

⁶⁵⁰ 1861 Uppsala Schultz. Se även 1857 Uppsala Schultz.

⁶⁵¹ 1857 Uppsala Schultz: ”choleramiasmats uppkomst [beror] till en stor del [...] på värmens inflytande på de animala se- och ex-cretionerna.”

⁶⁵² Att människors levnadsförhållanden antogs ha stor inverkan på deras sjuklighet under 1800-talet är väl känt i tidigare forskning. Se exempelvis Qvarsell, ”Samhället. Medicinen och det publika”, s. 107.

⁶⁵³ *Särskilde komiterades utlåtande angående ordnande af gatubällningen m.m. inom bufvadstaden; afgifvet till Öfver-Ståthållare-Embete den 9 Maj 1862. Bilagan Nr 4* (Stockholm, 1862), bifogad 1862 Stockholm stad 1/3 Carlson.

⁶⁵⁴ Baldwin, ”How Night Air Became Good Air, 1776–1930” s. 412–429, 417.

⁶⁵⁵ *Ibid.*, s. 415. Husmodershandboken var skriven av Catherine Beecher & Harriet Beecher Stowe och hette *The American Woman's Home* (1869).

⁶⁵⁶ *Ibid.*, s. 415–416.

koppla samman det med risk, att göra en tidigare föga uppmärksammas materia till något hälsovådligt. Flera egenskaper hos förruttnelsesmutts och miasma, som dess koppling till sjukdom och död samt hur den identifierades via sin stank, integrerades i vardagssmutts när det så småningom blev det huvudsakliga objektet för rengöringspraktiker från sent 1800-tal.

Begreppet ”stank” användes i provinsialläkarrapporter från tidigt 1800-tal uteslutande för att identifiera miasmatiska, förruttnande ångor, men i slutet av 1800-talet användes det istället nästan enbart för att notera närvaron av vardagssmutts. Det blev också mycket vanligare i provinsialläkarrapporter i slutet av seklet. I de digitaliserade provinsialläkarrapporterna förekom begreppet ”stank” 1 gång på 1830-talet, 6 gånger på 1840-talet och 105 gånger på 1890-talet.⁶⁵⁷

Det enbart miasmatiska ämnet, utan koppling till vardagssmutts, nämndes allt mer sällan. Begreppet ”elak luft” slutade exempelvis att användas för att beskriva miasmatiska och därmed potentiellt dödlig luft: istället beskrev det något som var obehagligt men knappast farligt. År 1892 skrev läkaren i Stranda härad att lokala garverier utsöndrade ”elak lukt” som för de närboende var ”besvärliga”.⁶⁵⁸ Läkaren i Motala skrev 1885 att ”[b]eredningen vid Wargön förorsakar en äcklig, elak stank i trakten deromkring ända till 1/2 mils afstånd. Om den är till skada för helsan, har ej blifvit visadt”.⁶⁵⁹ Läkaren i Stora Malm skrev att lukten av vätesvavel som spreds milsvida runt en trämassfabrik ”ej visat sig menlig för arbetare eller andra”.⁶⁶⁰ Samma slags övergång, där lukter som tidigare beskrivits som miasmatiska istället börjar kallas för irriterande, störande men knappast farliga noteras av Alain Corbin och David Barnes i franskt material under 1880–1890-talen.⁶⁶¹

Läkarna började också beskriva vardagssmutts i ingående detalj, på ett sätt som tidigare enbart varit reserverat för förruttnelsesmutts. Under tidigt 1800-tal beskrevs förruttnelsesmuttsens materiella egenskaper, som dess lukt, konsistens och färg, medan vardagssmuttsens närvaro möjligen kunde noteras, men utan att dess egenskaper beskrevs. Under sent 1800-tal började dock vardagssmuttsens konkreta kännetecken att beskrivas utförligt och dess intensitet demonstreras genom skildringar av läkarens sinnliga reaktion. Att stanken från allmogens vardagssmutts var outhärdlig upprepades i flera rapporter. Läkarna fortsatte allt-

⁶⁵⁷ Ordet ”stank”, frekvens i Medicinhistorisk databas: på 1830-talet 1 gång, på 1840-talet 6 gånger, på 1850-talet 18 gånger, på 1860-talet 4 gånger, på 1870-talet 2 gånger, på 1880-talet 54 gånger och på 1890-talet 105 gånger.

⁶⁵⁸ 1892 Stranda Hygrel.

⁶⁵⁹ 1896 Vänersborg Friman/Bylund.

⁶⁶⁰ 1891 Stora Malm Smitt.

⁶⁶¹ Samma förändring, där stank blir störande snarare än hälsovådlig, noteras av Corbin i samband med ”The Big Stink” i Paris 1880 och av Barnes i samband med ”The Big Stink” i Paris 1895. Corbin, *The Foul and the Fragrant*; Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 243–254. 1892 Stora Malm Smitt: ”Från det Katrineholm närbelägna Vermbohls trämassfabrik sprides med vinden milslångt bort en vätesvafle luktande doft, som dock ej visat sig menlig för arbetare eller andra. Tvärtom, Vermbohls arbetare klaga aldrig öfver stanken.”

så identifiera sjukdomsalstrande miljöer via näsan, men förstod lukten de uppfattade på helt olika sätt. Hos miasma var stanken det objekt som orsakade sjukdom, medan stank från vardagssmuts bara var ett tecken på dess närvaro. Miasmatiske stank var omöjlig att leva med eller vänja sig vid, men eftersom vardagssmutsen rörde sig utmed en skala från total renlighet till komplett smutsighet var det möjligt för människor att leva omgivna av vardagssmuts i årtal.

En läkare skrev att "[m]an måste emedlertid redan i vaggan vänjas wid snusk och orenlighet, för att kunna uthärda med densamma under hela sin lefnad".⁶⁶² Vardagssmuts var alltså inte lika farligt som miasma. Miasma härrörde från en döds- och nedbrytningsprocess, men vardagssmuts uppstod som en oundviklig konsekvens av normala fysiologiska processer. Utandningsluft, avföring och andra kroppsutsöndringar var inte ett tecken på att livsprocessen upphört utan på att den pågick. Sådan vardagssmuts var en självklar del av vardagslivet snarare än en materia som identifierade en plats som inherent skadlig.

Däremot innebar dess närvaro dels att sjukdom blev någonting som ständigt riskerade att bryta ut som en konsekvens av vardagligt leverne, dels att både läkare och patienter avkrävdes frekvent upprepade rengörande praktiker för att motverka den. Under tidigt 1800-tal hade inte vardagssmuts identifierats via luktsinnet, utan beskrevs främst utifrån aspekter som knöt an till ordentlighet, prydighet och arbetsamhet, men vid slutet av seklet kunde även vardagssmutsen sägas överväldiga läkarens sinnen och väcka starka känslomässiga och fysiologiska reaktioner. Sjukdom omkonstituerades därmed till någonting som kom inifrån kroppar. Nu blev allas kroppar ständigt potentiellt skadliga för varandra. Sjukdomsöverföringen ägde rum inuti hemmet, vilket inte längre förstods som en tillflyktsort dit människor kunde dra sig undan för att skydda sig mot smitta.

Vardagssmutsens gränsöverskridande skadlighet

Varför började vardagssmuts anses farlig från 1870-talet och framåt? Under åren 1820–1865 var målet med läkarnas arbete att hantera flöden in i, ut ur och inuti kroppen. Men från mitten av 1860-talet började läkarna istället att ägna sig åt gränsskyddande praktiker. Med det menar jag att läkarna i högre utsträckning uppfattade människors kroppar som slutna, autonoma enheter, tydligt avskilda från sin omgivning och ting och varelser i den. Därtill menade de att sammanblandningar av olika kategorier orsakade sjukdom och att inträngandet av främmande materia i en kropp, vilket inom flödeshanterande medicin ansågs nästintill ofrånkomligt, var grundorsaken till de flesta sjukdomar.

Vid mitten av 1800-talet började kroppen alltså anses vara slutet i relation till sin omgivning. Den var inte längre en passiv mottagare av alla möjliga

⁶⁶² 1852 Ystad Ekman. Exempel på provinsialläkarrapporter där allmogens vana vid sin egen smuts kontrasteras mot provinsialläkarens chock finns i 1897 Dorotea Stenberg; 1898 Heby Lannerstierna; 1878 Sigtuna Drake; 1899 Uppsala von Stapelmohr.

inflytanden från omgivningen. Huden uppfattades vara mindre genomtränglig än tidigare och kroppen därmed mer motståndskraftig mot vindar och luftfuktighet. Istället lades uppmärksamheten på mikroskopiska ämnen som andades in eller fördes in i kroppen via mat och dryck. Skadliga partiklar kunde ”lifva” med dessa vägar in i kroppen. Detta inträngande var just vad som gjorde kroppen sjuk. Särskilt sades kroppsutsöndringar kunna tränga in i kroppar – främst i form av utandningsluft, intorkat och dammande spott samt avföring som förorenade dricksvatten – och de började därför beskrivas som sjukdomsframkallande materia.

Smita kom inifrån kroppar snarare än utifrån omgivningen. Varje kropp blev nu ett hot mot andras kroppar. Individens agerande blev därmed viktigare för sjukdomsspridning. Där sjukdom förr beskrevs som något vilket huvudsakligen *drabbade* passiva människor, blev det nu något som alla människor aktivt *kunde sprida*.

Det som avgjorde huruvida ett hem framkallade sjuklighet var främst hur många personer som levde där tillsammans: att bo, sova, vistas alltför nära varandra förberedde för sjukdom. Man behövde inte ens vara sjuk. Närheten var i sig sjukdomsalstrande eftersom den skapade hög koncentration av kroppsutsöndringar.

Läkarnas nya intresse för vardagssmutts var alltså en del av övergången från *flödeshanterande* till *gränsskyddande* medicin mellan åren 1840 och 1870. En viktig del av denna förändring var att kroppar framstod som mer slutna mot omgivningen än tidigare. Min slutsats är baserad på svenska provinsialläkare, men den är också generaliserbar till andra läkargrupper i Europa och USA. Flera forskare, som Emily Martin och Michael Worboys, har noterat en liknande övergång under samma period i andra källmaterial.⁶⁶³

Det är alltså väl känt att läkare under 1800-talets slut alltmer beskrev sjukdomar som orsakade av utifrån kommande angrepp, där skadliga ämnen med våld trängde in i kroppen och där gränsöverskridandet var det centrala medicinska problemet. Jag ansluter mig till denna tolkning, men ifrågasätter ett vanligt antagande bland flera tidigare studier av medicinska praktiker under denna period: att detta sätt att förstå och motverka sjukdom var ett resultat av bakteriologins uppkomst.⁶⁶⁴

Bakteriologins framgångar under 1800-talets sista fjärdedel används ofta på ett problematiskt sätt för att förklara i stort sett alla förändringar inom medicinsk teori och praktik under sent 1800-tal.⁶⁶⁵ Historikern Laura Otis

⁶⁶³ Worboys, *Spreading Germs*, s. 6–7, 281; Martin, *Flexible Bodies*, s. 25–26, 30.

⁶⁶⁴ Se exempelvis Johannisson, ”Folkhälsa”, s. 150. Det främsta undantaget från mönstret att bakteriologin används som förklaring till förändringar under sent 1800-tal är Worboys, *Spreading Germs*.

⁶⁶⁵ Se exempelvis Karin Johannisson, ”Politisk anatomi” i Karin Johannisson, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997), s. 219–257, särskilt s. 225; Willner, *Det svaga könet?*, s. 91.

menar exempelvis i *Membranes. Metaphors of Invasion in Nineteenth-Century Literature, Science, and Politics* att

germ theory encourages one to think in terms of 'inside' and 'outside' to an even greater extent. If one believes that invisible germs, spread by human contact, can make one sick, one becomes more and more anxious about penetration and about any connection with other people.⁶⁶⁶

Otis menar också att "the perspective of germ theory" skapade idéer om en stark inre kraft vilken kunde identifiera hot och avvärja dem och att detta perspektiv överfördes till fält som psykologisk forskning, där skadliga tankar liknades vid externa angripare.⁶⁶⁷ På samma sätt påstår Roy Porter att det var "microbe hunters" som ledde bakteriologin till att ifrågasätta kroppars mottaglighet och motståndskraft, "which proved the matrix for the later science of immunology" och att det var just "the microbiological revolution launched by Pasteur and Koch" som skapade immunologi som forskningsfält.⁶⁶⁸

I kapitel 4 visade jag att sjukdom och smitta ofta beskrevs som aktiva agenter även under åren 1820–1865, långt före bakteriologins uppkomst. Därför ifrågasätter jag även Karin Johannissons påstående om bakteriologins inflytande på det sena 1800-talets sjukdomsuppfattningar. Johannisson menar att

bakteriologin hade förskjutit den medicinska blicken från ett lokalt perspektiv – där sjukdom definierades inom kroppens gränser – till ett epidemiologiskt. Sjukdom fanns inte bara i den enskilda kroppen, utan *mellan* den och andra i själva samhällskroppen. Med detta nya sjukdomsbegrepp var sjuklighet inte längre statistiska fenomen lokaliserade till individen, utan en process som likt en hungrig tiger rörde sig genom samhället för att angripa plötsligt och punktvis.⁶⁶⁹

Denna beskrivning får den förbakteriologiska medicinen att framstå som fullständigt individcentrerad. Därtill ignoreras den långa traditionen av epidemiläkare, vilka genomgående beskrivit sjukdom som något separat från människors kroppar i form av kontagionistiska smittämnen eller miasma. Att förhindra och begränsa epidemier var en del av provinsialläkares uppdrag sedan yrket instiftades 1688. Att se sjukdom som något som existerade separat från kroppar och rörde sig genom omgivningen på egen hand var också mycket vanligt bland provinsialläkare även före bakteriologins genombrott. "Koleran är en besynnerlig vandrare" suckade provinsialläkaren i Uppsala redan 1854.⁶⁷⁰

⁶⁶⁶ Laura Otis, *Membranes. Metaphors of Invasion in Nineteenth-Century Literature, Science, and Politics* (Baltimore, 1999), s. 5.

⁶⁶⁷ *Ibid.*, s. 9.

⁶⁶⁸ Porter, *Blood and Guts*, s. 90, 93.

⁶⁶⁹ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 225.

⁶⁷⁰ 1854 Uppsala Schultz. Se även en artikel från 1832, "Sammandrag af Läkarnes åsigter och erfarenhet af den Epidemiska Choleraan i Asien och Europa", s. 12, där kolera kallades "en osynlig mordengel".

Bakteriologins framgångar förstärkte säkerligen dessa tendenser. Men det finns två anledningar till att bakteriologin inte *skapade* uppfattningarna om sjukdomar som angripare och kroppen som ägandes ett försvar. Dels började övergången ske på 1850-talet, upp till 25 år före bakteriologins genombrott.⁶⁷¹ Dels innefattade övergången långt fler förändringar än att identifiera kausalagenten till vissa sjukdomar, som inom bakteriologin: även exempelvis nya antagandet om att trångboddhet var skadlig och oron för att människor kunde förgiftas av sina hushållsföremål härrör från denna princip.

Flera historiker har påpekat att bakteriologiska upptäckter inte revolutionerade medicinsk praktik under 1800-talet. Detta är exempelvis Michael Worboys huvudtes i hans banbrytande studie om bakteriologins uppkomst, *Spreading Germs*.⁶⁷² Ulrika Graninger, som studerat bakteriologins etablering i Sverige, menar också att bakteriologiska förklaringsmodeller och diagnostiska verktyg inte fick något större genomslag bland svenska läkare förrän på 1900-talet.⁶⁷³ Detta berodde inte på att de var provinsiella eller på andra sätt omedvetna om den internationella medicinska spjutspetsforskningen: det finns flera exempel på att svenska läkare kände till bakteriologin tidigt. Exempelvis presenterade en nyutträd professor i Lund redan 1875 bakterier som tänkbara smittspridare i sitt installationstal.⁶⁷⁴ Eftersom bakteriologiska upptäckter också diskuterades i tidskrifter som *Eira* och *Hygiea* samt vid Svenska Läkaresällskapets sammankomster redan under 1870-talet är det rimligt att anta att många provinsialläkare var medvetna om utvecklingen i Paris och Berlin redan under detta decennium.⁶⁷⁵

Men bakteriologins påverkan på provinsialläkarnas medicinska praktiker under åren 1875–1900 var begränsad. Den inskränkte sig till att de i vissa fall skickade prov till laboratorium för att säkerställa diagnoser genom bakteriologisk analys. Bakteriologin fick inte läkare att överge sina existerande medicinska praktiker. Snarare fogades nya tekniker och förklaringsmodeller in i en förexisterande förståelseram, vilken förklarar gränsöverskridanden som sjukdomars orsak sedan 1850-talet. Bakteriologin skapade inte det gränsskyddande förhållningssättet utan förstärkte ett nytt sätt att tänka och handla som redan slagit igenom. David Barnes huvudpoäng i hans undersökning av sjukdomsförebyggande praktiker bland franska läkare under andra halvan av 1800-talet är just detta. Han presenterar begreppet ”sanitary-bacteriological synthesis” för att betona att gränserna mellan de sanitära rörelserna som

⁶⁷¹ Bakteriologins startpunkt brukar sägas vara år 1875, då Edwin Klebs publicerade en artikel om difteribakterien. K. Codell Carter, ”Edwin Klebs Grundversuche” i *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 75, nr 4, 2001, s. 771–781.

⁶⁷² Worboys, *Spreading Germs*.

⁶⁷³ Graninger, *Från osynligt till synligt*, s. 23–33, 220–227.

⁶⁷⁴ Libell, ”Vägen från konstform till naturvetenskap”, s. 331.

⁶⁷⁵ Mapp märkt ”Prf Handlingar 1880–1932”, *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*, s. 2.

uppstod på 1850-talet och de hygienistiska rörelserna som uppstod efter bakteriologins genombrott var mycket otydliga.⁶⁷⁶

Just *bakteriers* inträngande i kroppen diskuterades sällan av provinsialläkare. Därtill fanns det många andra slags potentiellt inträngande ämnen vilka framställdes som problematiska under denna period utan att ha kopplingar till bakterier. Förekomsten av gift, särskilt arsenik, i hushållsartiklar föranledde stor debatt under sent 1800-tal. Under 1880- och 1890-talet uppstod i Sverige en engagerad samhällsdebatt kring husliga tings skadliga inverkan på hälsan, vilken fortsatte föras långt in på 1900-talet.⁶⁷⁷ Svenska livsreformrörelser, centrerade kring begreppet ”ett naturenligt levnadssätt”, varnade i sina medlemstidningar för arsenik i murbruk, tapeter, gångkläder, underkläder, täcken, korkmattor och så vidare.⁶⁷⁸ På andra håll uppmärksammades kring sekelskiftet 1900 att bly användes i produkter som målarfärg.⁶⁷⁹

Maria Arvidsson, som undersökt hälsodiskurser under dessa år, menar att den ökande uppmärksamheten på gifter från läkarhåll beror på att industriell utveckling innebar att gift användes allt oftare inom produktionen.⁶⁸⁰ Men det förklarar inte varför intresset för vardagsföremåls skadlighet inkluderade långt mer än nytillverkade föremål, för i provinsialläkarrapporter varnades för hot från i stort sett alla olika delar av hemmet, som rök från kakelugnen. Provinsialläkarna började därtill, som redan nämnts, att framställa härsken mat som skadlig. Men huvudproblemet var ämnen som fanns i kroppsutsöndringar, både från smittsjuka (där bakteriers närvaro skulle vara rimlig) men också från friska personer.

Detta nya fokus på ämnen som kunde tränga in i kroppen var ett resultat av att läkarna inom den gränshalterande medicinen inte längre, som i den flödeshalterande medicinen, ansåg att ämnen kunde tränga in i kroppen i stort sett obehindrat. Istället blev penetrationen av skadliga partiklar det som orsakade sjukdom – det var därför läkarnas ingripanden blev gränsskyddande.

För att förhindra att skadliga ämnen trängde in i kroppar strävade läkarna efter att upprätta distans mellan människor samt sjukdomsframkallande ting och varelser, vilket inbegrep gödselstackar, parasiter, boskap samt andra människor, inklusive den egna familjen. Läkarna strävade efter att skapa ordning, etablera kategorier och skilja saker åt, utifrån perspektivet att gränsöverskridanden skapade sjukdom. Läkarnas arbete är ett bra exempel på den

⁶⁷⁶ Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 3–4, 10, 124–125, 133–139, 171–172, 203, 224, 261–265.

⁶⁷⁷ Se Thomas Hillemo, *Arsenikprocessen. Debatt och problemperspektiv kring ett hälso- och miljöfarligt ämne i Sverige* (Linköping, 1994).

⁶⁷⁸ Se t.ex. ”Randanteckningar till dagskrönikan” i *Vegetarianen. Svenska vegetariska föreningens organ*, vol. 11, nr 4–5, 1912, s. 47–48, vidare Annelie Drakman, *Framtiden tillhör de magra. En studie av diskursen inom Svenska vegetariska föreningen 1903–1935*, opublicerad magisteruppsats vid Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala, vt. 2009; Motzi Eklöf, ”Holism, humanism och nyhippokratism. Svar på ’medicinens kris’ i ett historiskt perspektiv” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 1, nr 1, 2000, s. 115–138.

⁶⁷⁹ Arvidsson, *När arbetet blev farligt*, s. 119.

⁶⁸⁰ *Ibid.*, s. 117.

klassiska definitionen av smuts som ambivalent och gränsöverskridande materia vilken antropologen Mary Douglas formulerade på 1960-talet. Hennes tes – att vad som uppfattas som smutsigt är socialt och kulturellt definierat snarare än naturligt – var startpunkten för studier av renlighet som kulturell praktik. Douglas anser att arbetet med att etablera någonting som smuts innebär att identifiera denna materia som utanför de etablerade kategorierna. Smuts är ”matter out of place”,⁶⁸¹ och ”essentially disorder”,⁶⁸² skriver hon och menar att arbete med att separera, rengöra, avgränsa och bestraffa gränsöverskridare har som huvudsakligt syfte att skapa systematik inom en ”inherently untidy experience”.⁶⁸³ Reaktionen mot smuts är, menar hon, analog till andra slags reaktioner mot tvetydighet: ”reflection on dirt involves reflection on the relation of order to disorder, being to non-being, form to formlessness”.⁶⁸⁴ Jag utgår från Douglas definition av smutsbegreppet för att beskriva en lång rad medicinska ingripanden under perioden 1865–1900.

Att provinsialläkare skulle skilja sjuka från friska har ingått i yrkets åligganden sedan det instiftades på 1600-talet, men de sätt läkarna gjorde det på förändrades tydligt under 1800-talets gång och arbetet med att skilja olika människor och ting åt upptog en allt större del av provinsialläkarrapporterna. Läkare under sent 1800-tal arbetade gränsskyddande på flera nivåer samtidigt: de försökte motverka samlingar av människor, skilja människor åt inuti hemmet, avlägsna boskap och parasiter samt uppmuntra till rengöring av de ting i hemmet som ansågs smittspridande. Allt detta syftade till att avlägsna smuts, gift men främst av allt kroppsutsöndringar från människors närhet, eftersom alla dessa ämnen ansågs kunna tränga in i kroppen och göra den sjuk.

Läkarnas gränsskyddande arbete

År 1874 började Sundhetskollegium efterfråga information om allmogens renlighet och spatiala utspriddhet i rummet. I den nya hälsovårdsstadgan från detta år slogs det fast att alla kommunalnämnder skulle avge årsrapport till provinsialläkaren.⁶⁸⁵ Att dessa uppgifter fördes vidare till Sundhetskollegium säkerställdes genom i provinsialläkarrapporterna införda rubriker som begärde uppgifter om bland annat allmogens smutsighet, trångboddhet och ifall de levde alltför nära boskap.⁶⁸⁶ Läkarnas nya intresse för gränsdragningar uppstod alltså i

⁶⁸¹ Mary Douglas, *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* (New York, 2002), s. 44.

⁶⁸² *Ibid.*, s. 2.

⁶⁸³ *Ibid.*, s. 5.

⁶⁸⁴ *Ibid.*, s. 6.

⁶⁸⁵ Björkquist & Flygare, ”Den centrala medicinalförvaltningen”, s. 44.

⁶⁸⁶ Exempelvis i 1881 Stockholm Rydberg: ”c) Aflägsnande af orenlighet från boningshus eller dess närhet. Osnygghet inom boningshus. Här anföres huruvida befolkningen har för vana att bo tillsammans i ett rum, oaktadt tillgång finnes på flere, huruvida boskap vistas i samma rum, som menniskor använda till sofrum, m.m. som kan hänföras till osnygghet. Användas bad af äldre och yngre? Brukar man bada de späda barnen?”

samspel med Sundhetskollegium, men var inte en direkt konsekvens av förändrad efterfrågan från rapporternas mottagare eftersom beskrivningar av problematisk närhet förekom i rapporter redan från slutet av 1850-talet.

Läkarna problematiserade både folksamlingar av olika slag och otillbörlig närhet inuti hemmet. I årsrapporterna framställdes det som medicinska problem att människor umgicks vid epidemier under hela 1800-talet, men diskussioner om sådan smittspridning blev vanligare vid seklets sista decennier. Ordet ”folksamling” förekommer 258 gånger i *Medicinhistorisk databas*, 3 gånger under 1850-talet, 8 gånger under 1870-talet och 247 gånger under perioden 1880–1900. Ordet ”trångboddhet” förekommer 5 gånger under 1850-talet, 5 gånger under 1860-talet, 5 gånger under 1870-talet och 275 gånger under 1880- och 1890-talen.⁶⁸⁷

Varför blev folksamlingar och trångboddhet ett medicinskt problem? Det var inte så många årtionden tidigare som ett överflöd av människor varit ett eftersträvansvärt mål, åtminstone bland utopiska reformatörer. Karin Johannisson har beskrivit den merkantilistiska diskussionen om folktäthet under 1700-talet, där bikupor och myrstackar var favoritmetaforer för att beskriva det ideala samhället:

Verb som ’myllra’, ’krylla’, ’surra’, ’trängas’ stod [...] som bilder för den ideala samhällsaktiviteten. Anders Berch önskedrömde om människomassor likt surrande bisvärmor. Lars Salvius utmålade i en framtidsvision ett Sverige där oöverskådliga människoskaror myllrade ’som myror uti en stack’. ’Folket krälade som myror’ rapporterade Jonas Alströmer lika långtansfullt från sina resor genom England, Holland och Frankrike.⁶⁸⁸

Stora mängder människor var alltså inte något problem i 1700-talets befolkningsdiskussion: snarare kretsade resonemanget kring sätt att öka folkmängden.⁶⁸⁹ Men mycket förändrades under 1800-talets lopp. Oron för hopen eller mobben och förhållandet mellan massan, eliten och samhällets utveckling var centrala frågeställningar i samhällsdebatten kring sekelskiftet 1900, särskilt frågor kring hur massan kunde hanteras.⁶⁹⁰ Under andra halvan av 1800-talet skildrade författare som Charles Dickens, Leo Tolstoj, Victor Hugo, Guy de Maupassant och Emile Zola hur människor i grupp reducerades till primitiva varelser som styrdes av instinkt snarare än av förnuft. Inom den nya

⁶⁸⁷ Ordet ”trängsel” ger vid första anblicken en annan bild, men det beror på att det under den tidiga perioden ofta användes för att förklara besvärliga födselar; under åren före 1860-talet användes ordet företrädesvis (om än ej uteslutande) om ”trängsel” i födslokanalen eller bäckenet vid förlösningen fått ett foster att fastna. Under perioden 1880–1890-talen användes det främst för att problematisera trångboddhet. Ordet ”trängsel” förekommer 6 gånger på 1830-talet, 13 gånger på 1840-talet, 25 gånger på 1850-talet, 11 gånger på 1860-talet, 6 gånger på 1870-talet, 16 gånger på 1880-talet och 12 gånger på 1890-talet.

⁶⁸⁸ Johannisson, *Det mätbara samhället*, s. 102.

⁶⁸⁹ *Ibid.*, s. 107.

⁶⁹⁰ Följande stycke baseras på Staffan Källström, ”Massan, eliten och civilisationens framtid” i Nils Runeby (red.), *Europas idéhistoria. Framstegets arvtagare. 1900-talet*, s. 34–50.

vetenskapen psykologi genomfördes masspsykologiska undersökningar på olika håll i Europa i slutet av 1800-talet. Flera populärpsykologiska verk, som italienaren Scipio Sighetes *Den brottsliga massan*, knöt an till och förstärkte oron. Mest inflytelserik och uppmärksammas blev läkaren Gustave le Bons bok *Massans psykologi*, publicerad 1895, vilken enligt vissa källor ”lär vara världens mest spridda vetenskapliga arbete”.⁶⁹¹ Folksamlingar och trångboddhet som medicinska och sociala problem i provinsialläkarrapporter bör förstås i samband med denna vånda: reform av bostadsförhållanden och sociala vanor var försök till att motverka skadlig närhet på hushållsnivå.

Skadlig närhet

Den tilltagande oron inför mänsklig närhet tog sig flera konkreta uttryck. Läkarna blev till exempel alltmer benägna att beskriva kalas, fester och bjudningar som medicinska problem.⁶⁹² Särskilt ansågs detta skadligt då tillställningarna skedde i anslutning till att smittsjuka begravdes.⁶⁹³ Provinsialläkarna beskrev visserligen begravningar som smittspridningstillfällen under hela 1800-talet, men på 1870-talet infördes en rubrik för detta i årsrapporterna och läkarna blev också mer mångordiga om problemet. Exempelvis skrev läkaren i Naum med bitande ironi 1879 att allmogen ordnade välbesökta kalas efter personer som dött i scharlakansfeber dit släktingarna tog med sina barn ”så att dessa så mycket säkrare komma i direkt beröring med smittämnet”.⁶⁹⁴ Många läkare förbjöd sådana samlingar vid smittsjukas gravar, men förbuden sades efterlevas endast motvilligt.⁶⁹⁵ Just allmogens motsträvighet betonades ofta, som när en läkare skrev att ”oseden” att hålla kalas efter alla döda inklusive smittsjuka var ”mycket svår att utrota”.⁶⁹⁶

Det blev även vanligare att provinsialläkare sade sig ha ställt in skolgång för att förhindra epidemier. Både orden ”skolan” och ”skolor”, vilka nästan endast användes för detta syfte, förekom mer än sex gånger oftare i årsrapporterna

⁶⁹¹ Ibid., s. 26.

⁶⁹² Ordet ”kalas” förekommer 1 gång i Medicinhistorisk databas på 1830-talet, 1 gång på 1850-talet, 2 gånger på 1860-talet, 8 gånger på 1870-talet, 16 gånger på 1880-talet och 25 gånger på 1890-talet. Ordet ”fest” förekommer 1 gång på 1860-talet, 1 gång på 1870-talet, 3 gånger på 1880-talet och 2 gånger på 1890-talet. Ordet ”bjudning” förekommer 1 gång på 1830-talet, 1 gång på 1840-talet, 5 gånger på 1850-talet, 1 gång på 1870-talet, 8 gånger på 1880-talet och 7 gånger på 1890-talet.

⁶⁹³ Ordet ”graföl/gravöl” förekommer 1 gång i Medicinhistorisk databas på 1840-talet, 4 gånger på 1850-talet, 2 gånger på 1860-talet, 8 gånger på 1870-talet, 18 gånger på 1880-talet och 45 gånger på 1890-talet.

⁶⁹⁴ 1879 Naum Grenander. Se även 1878 Ölands norra Kinberg; 1897 ÖvreKalix Åkerman; 1883 Bodum Malmberg.

⁶⁹⁵ 1878 Öland norra Kinberg. Se även 1894 Värnamo Åjander; 1883 Östersund Möllenhoff.

⁶⁹⁶ 1883 Daga Tengwall.

under 1890-talet än under 1850-talet.⁶⁹⁷ Läkaren i Rejmyre 1886 skrev ”med anledning af skarlakansfebern i Regna S:n stängde för en tid 2:ne af denna församlings skolor”.⁶⁹⁸ Att läkarna diskuterade inställd skolgång i högre utsträckning under sent 1800-tal kan visserligen sättas i samband med att folkskolan inrättades först 1842: utan skolor ingen inställd skolgång. Men provinsialläkarna beskrev under sent 1800-tal också i allt större utsträckning hur de förhindrat andra möten när smittsamma sjukdomar gått i distriktet, särskilt frireligiösa samlingar.⁶⁹⁹ Dock verkar inte gudstjänster ha ställts in vid epidemier, vilket tyder på en underförstådd uppdelning mellan befogade och obefogade sammankomster.⁷⁰⁰

Under sent 1800-tal blev det också allt viktigare att aktivt skilja patienter från friska. Fler sjukstugor byggdes. Dit togs främst smittsjuka personer, delvis för att behandla dem men i hög utsträckning också för att undvika vidare smittspridning. Det finns flera fall där ”kolerasjukstugor” upprättades, en sjukdom läkarna inte kunde bota; sjukstugan var främst till för att minska smittspridningen.⁷⁰¹

Farlig familj, vådliga vänner

Läkarnas arbete med att ställa in skolgång, motverka frireligiösa möten och stora begravningar samt upprätta sjukstugor innebar att de under sent 1800-tal börjat uppmärksamma smittspridning mellan människor vars samvaro var *sanktionerad*.

Både provinsialläkare och andra läkare började också problematisera hemmet som smittspridande. Eva Palmblad refererar i sin studie av den svenska

⁶⁹⁷ Ordsökningar försvåras av att ”skola” även är ett verb och att ”inställd skolgång” var en rubrik från 1870-talet och framåt, vilket gör att orden förekommer i alla rapporter efter ett visst år. Men ordet ”skolan” användes nästan uteslutande för att berätta att skolgång ställts in. Det förekom 2 gånger på 1830-talet, 7 gånger på 1840-talet, 66 gånger på 1850-talet, 43 gånger på 1860-talet, 38 gånger på 1870-talet, 239 gånger på 1880-talet och 402 gånger på 1890-talet. Ordet ”skolor” förekommer 1 gång på 1840-talet, 84 gånger på 1850-talet, 72 gånger på 1860-talet, 37 gånger på 1870-talet, 230 gånger på 1880-talet och 489 gånger på 1890-talet.

⁶⁹⁸ 1886 Rejmyre Luhr. Se även 1883 Alingsås Högselius; 1883 Svärdsjö Liljenmark; 1900 Ölands norra Kjelleström; 1896 Tjust Tham; 1884 Österåker Kalmberg; 1895 Övre Fryksdalen Luhr.

⁶⁹⁹ Se exempelvis 1894 Gislaved Svensson; 1897 Gislaved Svenson; 1892 Mariestad Bergqvist.

⁷⁰⁰ Jag har heller inte funnit några exempel på att luftens försämring under gudstjänster uppmärksammades, vilket tyder på att luftförsämring används för att fördöma sammankomster som upplevs vara onödiga. Frikyrkliga missionshus kopplades dock ofta ihop med luftförsämring i och med folksamlingar, exempelvis i 1894 Gislaved Svensson: ”Inom distriktet finnas 10 s.k. missionshus, som, då de begagnas, vanligen äro öfverfyllda, men där intet är gjordt för åstadkommandet af luftväxling. Kolportörer och ’helgelseflickor’ uppträda utom i missionshusen äfven i de enskilda hemmen, då folk från närliggande trakt samlas i stora skaror och formligen packa sig tillsammans. Huru luften skall blifva vid sådana tillfällen, är lätt att tänka sig.” Skillnader i möteslokaler utformning kan dock ha spelat in – kyrkor är ofta rymliga och luftiga.

⁷⁰¹ Se till exempel 1894 Undersäkers Helleday. Ordet ”kolerasjukstuga” förekommer 78 gånger i Medicinhistorisk databas från åren 1893–1900. Ett undantag från denna tidsuppdelning är sjukstugor för syfilis som existerade redan på 1700-talet. Syfilis ansågs dock vara en sjukdom som smittade via personburen smitta under hela 1800-talet och tidigare än så.

hygienismen kring sekelskiftet 1900 till fysiologiprofessorn Hjalmar Öhrvall, som skrev att människor själva oftast var den viktigaste orsaken till luftföroreningar.⁷⁰² En läkare skrev också i *Eira* att arbetarhemmen var ”tuberkulosens farligaste smitthärdar”.⁷⁰³ I Göteborg förklarade provinsialläkaren 1862 att endast kvinnor och barn drabbats av tyfus eftersom männen mest vistades utomhus och därför mer sällan ”befinner sig under sotad ås, i hemmets ruskiga atmosfer”.⁷⁰⁴ Läkarna var särskilt bekymrade över trångboddhet och närvaron av boskap i sovrummen, vilka båda var medicinska problem eftersom de skapade höga koncentrationer av kroppsutsöndringar.

Oron inför hemmiljöns påverkan på hälsan bör kopplas samman med att hemmet alltmer beskrevs som ett moraliskt projekt under 1800-talet.⁷⁰⁵ I svensk litteratur kring mitten av seklet diskuterade författare som Fredrika Bremer och Carl Jonas Love Almqvist kvinnans roll i hem och familj och det internationella uppvärderandet av familjen överfördes till svensk mark genom översättningen av böcker som exempelvis Wilhelm Heinrich Riehls *Die Familie* 1856. Allt fler tidskrifter som var riktade till och handlade om familjen gavs också ut i Sverige.⁷⁰⁶ Att hemmet alltmer idealiserades bör ha inneburit att problematiska hem väckte större uppmärksamhet.

Därutöver har svenska etnologer uppmärksammat hur bourgeoisien – vilken provinsialläkarna tillhörde – under denna period i allt större utsträckning börjat skilja mellan privata och publika ytor i hemmet, en uppdelning som inte existerade på samma sätt i allmogehem under 1800-talet, där den mesta aktiviteten tycks ha föregått kring köksspisn.⁷⁰⁷

Före 1800-talets mitt beskrev läkarna sällan eller aldrig hur många människor som bodde tillsammans, men mot slutet av seklet blev detta ett vanligt medicinskt problem. Ibland sades allmogens hem vara för små, men det främsta bekymret var att för många personer sov i samma rum på vintern.

Läkarna ifrågasatte återkommande att fel slags människor levde alltför nära varandra, särskilt att husbondefamiljer ofta delade sovrum med tjänstefolket, som när läkaren i Järnskog 1894 skrev att ”allmogens bostäder äro mestadels mycket rymliga och väl försedda med rum, men minskas ej häraf benägenheten att sammanpacka sig – familj och tjenare – i en enda lägenhet”.⁷⁰⁸ Läkaren i Ljungby beskrev samma tendens i sitt distrikt, ”oaktadt boningshuset är rymligt”.⁷⁰⁹

⁷⁰² Palmblad, *Medicinen som samhällslära*, s. 112. Palmblad lyfter även fram debattören Germund Wirgin som i en skrift från 1931 menade att ”det är människans kropp, eller närmare bestämt de illaluktande ämnen som härrör ur utandningar och utdunstningar, som är orsaken till luftens förskämning i bostäder och andra lokaler”.

⁷⁰³ Henrik Allard, ”Om anordnande af spottkoppar för samtliga arbetare vid fabrikk” i *Eira*, vol. 24, nr 17, 1900, s. 523–526. Exemplet hämtat från Arvidsson, *När arbetet blev farligt*, s. 146.

⁷⁰⁴ 1862 Göteborg Monté.

⁷⁰⁵ Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*, s. 104–109.

⁷⁰⁶ Stråth, *Sveriges historia 1830–1920*, s. 564.

⁷⁰⁷ Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*, s. 106–107.

⁷⁰⁸ 1894 Järnskog Åberg. Lägenhet betyder i detta sammanhang ”rum”. Se även 1882 Naum Grenander; 1897 Malung Ehinger.

⁷⁰⁹ 1885 Ljungby Hjemqvist.

Men även för människor som delade familj och social status hade det blivit farligt att leva alltför nära varandra.⁷¹⁰ En läkare rapporterade att 10–12 personer, kanske fler, delade sovrum,⁷¹¹ en annan att ”befolkningens vana att sammanpacka sig många i ett rum [är] synnerligen utbredd och inrotad”.⁷¹² Läkaren i Ljungby 1885 menade att sådan närhet orsakat infektionssjukdomar: ”många människors sammanboende i ett enda rum [...] framkalla och underhålla sjukdomsämnet.”⁷¹³ Denna vana sades inte bero på fattigdom, utan förekom även i förmögnare hem, där flera rum fanns tillgängliga men stod oanvända.⁷¹⁴ Att läkarna skrev att samsovande inte hörde samman med ekonomiska begränsningar tyder på att trångboddheten fanns i betraktarens öga – det var inte bara av nödvändighet som allmogen sov tillsammans.

Det huvudsakliga problemet med trångboddhet var för läkarna olika gränsöverskridanden, att saker och människor fördes samman vilka borde hållits åtskilda. I viss mån gällde det även aktiviteter: det problematiserades att matlagning, ätande och sovande, vilket under sommaren gjordes på olika platser, på vintern skedde på samma plats. I Lima 1891 förklarade läkaren ”luftvägskatarrher och annan sjuklighet” med att hela familjer ”lefver, äter, lagar mat och sofver i ett och samma rum hela vintern igenom”.⁷¹⁵ Många läkare strävade efter att få människor att sluta sova i köket.

När läkare under tidigt 1800-tal beskrev hur de förhindrade smittspridning så sade de sig bara ha isolerat *mellan gårdar*.⁷¹⁶ Sjukdomsöverföring *inom familjen* diskuterades inte. Gården var minsta enhet snarare än individen. Läkaren i Vimmerby 1840 sade sig exempelvis arbeta hårt för att förhindra en smittas utbredande eftersom ”dessa byar innehöllo flera hushåll, och deras boningshus belägne helt nära hvarandra”.⁷¹⁷ Läkaren i Sveg nämnde att tio personer i tre

⁷¹⁰ Historikern Victoria Bates, som undersökt brittiska sexualrättegångar kring sekelskiftet 1900, menar att en stark oro över sexualbrott mot barn under sent 1800-tal ofta förklarades med trångboddhet. Den sanitära reformatören Southwood Smith skrev därtill att trångboddhet orsakade smuts och gjorde fattiga människor sjuka och moraliskt korrumperade, vilket ledde till kriminalitet, drogmisbruk, alkoholism och incest. Victoria Bates, ”So Far as I can Define without a Microscopical Examination? Veneral Disease Diagnosis in English Courts, 1850–1914” i *Social History of Medicine*, vol. 26, nr 1 2012, s. 38–55, 53. Se även Pamela K. Gilbert, ”Popular Beliefs and the Body” i Michael Sappol (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire*, s. 133; Brown, ”From Foetid Air to Filth”, s. 536.

⁷¹¹ Willén Tanum 1895. Även 1898 Kalmar Bergenholtz; 1896 Ytterlänsnäs Jernström; 1895 Skinnskatteberg Wickholm; 1896 Tidaholm Schwieler; 1892 Vrigstad Lindegren; 1882 Naum Grenander; 1884 Uppsala Leffler; 1868 Umeå Stad Brisman.

⁷¹² 1900 Malung Ehinger.

⁷¹³ 1885 Ljungby Hjemqvist.

⁷¹⁴ 1885 Ljungby Hjemqvist.

⁷¹⁵ 1891 Lima Ekelund. Se även exempelvis 1896 Sandviken Melin.

⁷¹⁶ Det motsäger inte att de såg sjukdom som något som spreds av främlingar – sjukdom ansågs spridas via människor som anlände till platser där de inte hörde hemma. Det innebär att grannar i vissa fall kunde sprida sjukdom mellan varandra, även om det var sällsynt.

⁷¹⁷ 1840 Vimmerby Hanström.

gårdar var sängliggande i en smittsam feber, men sa inget om att avskärma friska från sjuka.⁷¹⁸

Men en betydande skillnad mellan perioderna före och efter 1860-talet är att läkare under den tidiga perioden beskrev främlingars och socialt avvikande personers kroppar som smittspridande, medan de under sent 1800-tal framställde allas kroppar som potentiellt farliga för varandra. Smittspridning hängde inte längre samman med en persons sociala ställning. Det avgörande var att ha varit i kontakt med smittämnet snarare än att vara socialt marginaliserad. En stark social position var inte längre tillräcklig för att skydda mot smittspridandets stigma: nu kunde varje kropp bära smitta.

Även Alain Corbin har noterat att familjen förknippades med risker kring 1800-talets mitt. Han menar att: "In the private sphere itself, family odor became obtrusive. Around 1840 a new alarm was sounded on this subject. There were hidden dangers in the family, whose virtues had been so highly praised; a specific hygiene was required." Corbin kallar detta en "unnoted aspect of pre-Pasteurian attitudes".⁷¹⁹

Till och med provinsialläkarnas egna kroppar var nu potentiellt smittbärande. Under 1800-talets början och mitt sades läkares besök sällan eller aldrig sprida sjukdom. Det första sådant tillfälle jag funnit är från 1881:

[D]å man genom beröringen med farsotsjuka riskerar både sitt eget och familjens lif eller helsa, så är ställningen icke mycket afundsvärd. Efter besök hos koppssjuka medförde undertecknad, trots all försigtighet, smittan, så att hans 6 barn insjuknade i kopporna.⁷²⁰

Även legitim kontakt, som den med patienter och de egna barnen, hade nu blivit riskfylld. Alain Corbin, som beskriver samma fokus på spatial åtskillnad som sjukdomsprevention bland franska läkare vid 1800-talets mitt, menar att detta var ett praktiskt iscensättande av en tilltagande individualiseringsprocess.⁷²¹ Under sent 1700-tal och tidigt 1800-tal var hushållet den viktigaste sociala enheten i Sverige. Dessa nya uppfattningar om smittspridning hängde också rimligtvis samman med ett ökat fokus på familjen och individen som minsta samhällsenheter snarare än hushållet. När en provinsialläkare beskrev hur sjuka borde skötas 1897 betonade han också just vikten av att förhindra kontakt mellan dem och människor i deras närhet:

De sjuka och de, som vårda dem, skola hålla sig strängt afskilda från beröring med andra menniskor, hvadan ingen utom dessa får beträda sjukrummet. [... Vårdarna] få icke ligga i de sjukas bädd, icke heller äta med deras sked eller dricka ur deras glas. [...] De sjuka och deras vårdare skola hafva sin egen

⁷¹⁸ 1840 Sveg Hallongrén.

⁷¹⁹ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 163.

⁷²⁰ Mapp märkt "Distrikt utkast tryckt, korrektur 1881", i *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*. Se även 1896 Skurup Nilsson.

⁷²¹ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 142–169, särskilt s. 164.

utredning med glas, tallrikar, skedar och dylikt... likaså egna nattkärl och spottkoppar.⁷²²

Dessa praktiker visar att insjuknade personer i och med sjukdomen hotade människorna omkring sig. Det spelade ingen roll *vilka* de sjuka var och i vilken relation de stod till sina vårdare – i och med sjukdomen var de farliga och måste behandlas på särskilda sätt. Det innebar också att läkarna började försöka skilja familjemedlemmar åt i händelse av sjukdom. År 1868 skrev en läkare att regeln var att:

om en person i huset insjuknade, de öfriga sedermera följde efter, den ena efter den andra, ett förhållande så mycket naturligare, som ofta flere personer begagna samma säng, och det var ej så gifvet, att om den ena sängkamraten insjuknade i nervfeber, den andra deraf lät bortskärma sig från hans sida.⁷²³

En annan lade ansvaret för en smittas utbredning på patienternas vårdare: ”Naturligtvis vidtogos inga åtgärder för att hindra smittans utbredning, utan vårdades de sjuka i familjens dagliga rum, som tillika begagnades som mat- och sofrum, under ständig beröring så väl med husfolket som en mängd främlingar.”⁷²⁴

Sjuka människor skulle ges en särskild roll även socialt – de borde inte tillåtas sova i sina vanliga sängar, vistas i samma rum som familjen eller träffa besökare. De skulle avskärmas från vardagslivet tills de tillfrisknat eller dött. Läkarna började aktivt påbjuda en misstänksam hållning gentemot egna familjemedlemmar, som när läkaren på Orust 1900 skrev att ”alla onödiga ömhetsbetygelser som ofta egnas isynnerhet sjuka barn hafva förbjudits”.⁷²⁵ Vem som helst kunde smitta, även en älskad förälder, ett oskyldigt barn eller en högt uppsatt medlem i samhället. Läkaren i Svenljunga uppvisade också detta nya perspektiv på smittoöverföring när han 1900 förklarade det oförstånd föräldrar visade när de ”infinner sig i Läkarens mottagningsrum med difterisjuka barn” med att de inte visste att barnen var smittförande.⁷²⁶ Föräldrarna förväntades alltså se sina barn som potentiella smittbärare. Att se sitt barn som ett hot mot andra människor krävde en ny slags sjukdomsuppfattning, där sociala band blev oviktiga för smittspridning.

Att läkarna hade svårt att förhindra folksamlingar vid begravingar samt ömhetsbetygelser mellan sjuka och friska tyder på att allmogen inte höll med dem om hur sjukdom spreds. Provinsialläkaren i Älmhult 1894 skrev exempelvis att ”folket i allmänhet här på orten tror ej på, att sjukdomar kunna smitta”.⁷²⁷ I Sollefteå skrev läkaren att varje försök att skilja sjuka från friska

⁷²² 1897 Stegeborg Sahlin.

⁷²³ 1868 Umeå Stad Brisman.

⁷²⁴ 1893 Nybro Brorström; 1881 Berg Paulson.

⁷²⁵ 1900 Orust Rhodin.

⁷²⁶ 1900 Svenljunga Hedberg.

⁷²⁷ 1894 Älmhult Örn.

mötte motstånd eftersom bönderna ansåg ”en utflyttning af den sjuke öfverflödlig eller besvärlig”.⁷²⁸ Jag tolkar denna konflikt som att allmogen fortfarande anslöt sig till den äldre syn på smittspridning, där nästan bara främmande eller marginaliserade personer identifierades som smittspridare. Framemot sekelskiftet blev läkarna dock alltmer framgångsrika i att sprida den nya uppfattningen om smittspridning. I Stora Malm 1897 skrev läkaren att han äntligen lyckats övertyga allmogen att se till att ”den sjuke får vara ensam”.⁷²⁹

Ingen boskap i sovrummen

Att läkarna började bevaka och skydda nyinrättade eller skärpta gränser mellan olika kategorier tog sig även uttryck genom ett ökande intresse för gränsdragningar mellan djur och människor.⁷³⁰ Under tidigt 1800-tal nämnde provinsialläkarna sällan eller aldrig var allmogens boskap befann sig, men att reda ut sådana vistelseförhållanden blev vanliga i rapporterna från 1860-talet och framåt. Provinsialläkaren i Häby 1867 beklagade sig exempelvis över allmogens djurhantering: ”svinen [går] in och ut efter behag och i några stugor har jag sett t.o.m. kor i vänlig samtrefnad med menniskorna.”⁷³¹ Att människor delade sovrum med boskap, får och fjäderfän ansågs särskilt sjukdomsalstrande.⁷³² Provinsialläkaren i Naum menade sig vara van att träffa kalvar och svin i boningsrummen under vintern men fann det anmärkningsvärt att i sjuk-sängar hitta värpande höns.⁷³³ Läkaren i Hede 1891 tog som exempel på ”huru ringa folk anslår värdet af sunda bostäder” en hemmansägare som

i många år jemte sin hustru icke haft annan bostad än en trång ladugård, hvori inhystes sex kor förutom småkreatur. Sängen, der mannen låg sjuk, stod icke tio fot från kreaturen, och inte ens den minsta afbalkning kunde upptäckas. Gränsen mellan de begge för menniskor och djur afsedda afdelningarna utgjordes endast och allenast af en för djurens exkretioner afsedd golfränna. Och dock var detta en välbergad man.⁷³⁴

Precis som vid trångboddhet betonade läkarna återkommande att det inte var fattigdom som tvingade allmogen att sova tillsammans med boskapen. I ovanstående exempel bodde hemmansägaren i ladugården trots att han var

⁷²⁸ 1859 Sollefteå Charlier; 1891 Teckomatorp Ekdahl.

⁷²⁹ 1897 Stora Malm Smitt; 1882 Kalmar stad Engdahl.

⁷³⁰ Kring åren 1870–1900 debatterades gränserna mellan djur och människor återkommande i tidningar och tidskrifter, vilket stod i samband med att antalet djurförsök ökade inom vetenskaplig medicin, särskilt i och med utvinnandet av nyuppfunna vacciner. Antivivisektionströrelsen, vilken protesterade mot djurförsök, växte sig starkare som en reaktion mot detta. Se Karin Dirke, *De värnlösa vänner. Den svenska djurskyddsströrelsen 1875–1900* (Stockholm, 2000). Under sent 1800-tal skedde också ett uppsving för skräcklitteratur centrerad kring människo/djurhybrider, exempelvis H. G. Wells, *The Island of Dr Moreau* (London, 1896).

⁷³¹ 1867 Häby Goldkuhl.

⁷³² 1885 Lidköping Rosborg.

⁷³³ 1879 Naum Grenander.

⁷³⁴ 1891 Hede Svenonius, understrykning i original. Se även 1881 Naum Grenander.

”välbergad” och förmodligen haft råd med ett eget sovrum. Allmogens skadliga kärvänlighet mot kor, grisar och höns framställdes inte som nödvungen utan frivillig.

Läkarnas nya uppfattning om vad hälsa innebar utgick från att renlighet delvis kunde definieras utifrån tillräckligt avstånd från nedsmutsande objekt. Läkaren kunde alltså förutsätta smutsighet utan att nödvändigtvis förnimma den, ifall nedsmutsande objekt befann sig alltför nära rena. Läkaren i Dorotea 1897 skrev till exempel att i hans distrikt fanns ”klart och till smaken friskt och godt dricksvatten, men då brunarne här, [...] vanligen äro belägna i närheten af ladugårdar och liknande uthus, torde dess beskaffenhet ej alltid motsvara utseendet och smaken”.⁷³⁵ Den brunn var hälsosam som var tillräckligt långt belägen från ladugården, oavsett hur vattnet såg ut eller smakade. På samma sätt antog läkaren i Mariestad att brunnar förorenades genom att tvätt sköljdes på kort avstånd.⁷³⁶ Nedsmutsning avgjordes alltså inte som tidigare enbart genom läkarens sinnesförnimmelser, utan nu också genom tillräcklig distans.

Giftiga ting och hälsovidrig rörlighet

Ett annat sätt som läkarna började framställa hemmet som en härd för smitta och sjukdom på var genom att tidigare förbisedda objekt nu började sägas orsaka sjuklighet. Exempelvis sades kakelugnar kunna förgifta människor med förbränningsrester.⁷³⁷ Ett annat exempel är trasmattan, som 1892 väckte onåd hos provinsialläkaren i Umeå:

Golfvet i det gemensamma boningsrummet belägges med trasmattor, som under vinterns lopp ’insyltas’ af all möjlig orenlighet. Mattorna påläggas för värmens skull och torde vara omöjliga att utrota. Wid smittosamma sjukdomar förordnas alltid om deras borttagande.⁷³⁸

Att uppmärksamma vardagsföremål som smittförande och förgiftande var en ny praktik. I vissa fall sades visserligen smittsamma sjukdomar spridas via paltor även under tidigt 1800-tal, exempelvis när kläder såldes vidare.⁷³⁹ Sådana föremål innebar en medicinsk risk under hela seklet eftersom de förmedlade kroppsutsöndringar från smittsjuka till andra. Två viktiga skillnader mellan tidigt och sent 1800-tal var dock att allmogens egna ägodelar nu ansågs kunna skada dem själva, samt att även kroppsutsöndringar från friska personer ansågs farliga.

Särskilt problematiskt var om de förekom nära föda. Under tidigt 1800-tal diskuterade läkare sällan eller aldrig matens avstånd från kroppsutsöndringar,

⁷³⁵ 1897 Dorotea Stenberg.

⁷³⁶ 1879 Mariestad Sjöberg.

⁷³⁷ Lütken, *Läkaren som husvän*, s. 37.

⁷³⁸ 1892 Umeå Bergenholtz.

⁷³⁹ Ylva Sjöstrand, *Stadens sopor. Tillvaratagande, förbränning och tippning i Stockholm 1900–1975* (Stockholm, 2014).

eller smitta införd via födoämnen, men detta blev ett vanligt problem mot slutet av århundradet. Läkaren i Vrigstad 1894 skrev exempelvis:

Wid ett besök i Hultsjö [socken] uti en gård, som troddes vara hemsökt af smittosam sjukdom iaktogs följande. Husets qvinliga befolkning var sysselsatt med bakning; det gräddade brödet hade man dels laggt på sängar, bland andra å den, som ett aflidet barn legat uti, dels på bara golvet, som sannerligen icke på flere veckor varit skuradt. Der och hvar låg en spottklysa mellan brödbullarna. Och utomkring bostaden låg hög vid hög af människospilling, hvadan man måste nog se sig för att ej staka sig i smörjan.⁷⁴⁰

Mat är materia som snart skall förtäras, det vill säga föras in i kroppar. Att förgiftning och smittoöverföring via livsmedel började diskuteras under sent 1800-tal bör haft samband med att ätande var en kungsväg in i kroppen – maten kunde medföra sjukdomsframkallande ämnen som annars inte skulle kunnat tränga in i kroppars inre. Läkaren i Naum 1881 beskrev till exempel sammanförandet av smutsiga kläder och mat som sjukdomsalstrande:

allmogens vana att förvara födoämnen af alla slag såväl fasta som flytande i sofrummet, och de deri stående matskåpen med hopade kvarlevor efter måltiderna i öfversta hyllorna och inkastade aflaggda, svettiga strumpor eller orena linnepersedlar på nedra bottnen utgöra gynnsamma härdar för alla smittämnen.⁷⁴¹

Läkaren menade att snusk och därmed sjukdom uppstod och förmedlades på grund av stökighet och för att smutsiga ting inte separerades från rena. I sovrum fick inte föda förvaras; orena kläder fick inte befinna sig i samma skåp som måltidsrester. Det var alltså inte längre uppstoppade flöden ut ur eller inuti kroppen som orsakade sjukdom, utan att kroppsutsöndringar befann sig för nära mat och kunde bära med sig sjukdomsämnena in i kroppen när den förtärdes. Spottloskor jämte nybakt bröd, människospilling kring bostaden, svettiga strumpor inkastade bredvid överbliven mat: de skadade för att kroppsutsöndringar blivit sjukdomsframkallande.

Utsöndringar kunde skada i flera veckor eller månader efter att de lämnat kroppen. Provinsialläkare uppmärksammade därmed allt oftare hemmets uppsamlingsplatser för kroppsutsöndringar, som när läkaren i Dorotea 1897 menade att lokalbefolkningens hälsa hotades av att deras hem var omgivna av ”composthögar, hvarpå urin, slaskvatten och annan orenlighet utkastas”.⁷⁴² Förvaringen och hanteringen av avföring blev även det ett medicinskt problem i provinsialläkarrapporterna under 1880-talet. En sökning på ordet ”gödsel” ger 1 träff från 1850-talet, 7 träffar från 1860-talet och 139 träffar från åren 1878–

⁷⁴⁰ 1894 Vrigstad Lіндеgrén. Se även 1900 Tingsås Brorström; 1891 Nysätra Sjöblom.

⁷⁴¹ 1881 Naum Grenander.

⁷⁴² 1897 Dorotea Stenberg. Se även Nygård, *Bara ett ringa obehag?*.

1900.⁷⁴³ Sökningar på orden ”spillning” visar också på ett ökande intresse mot slutet av seklet.⁷⁴⁴ Att gödsel och spillning knappt nämndes före 1860 tyder på att läkare tidigare inte ansett fekalier vara medicinska problem efter att de avlägsnats från kroppen.

Under 1800-talets sista tredjedel problematiserade provinsialläkarna också att inomhusluft förstörts av mänskliga utandningar. ”Mången gång”, skrev en läkare, ”har jag vid nattliga sjukbesök i dylika bostäder [...] undrat på, huru det är möjligt, att människor kunna *lefva* i så förpestad luft”.⁷⁴⁵ Att många människor sov tillsammans fick läkare att bekymra sig över hur ”förhållanden skall blifva i rummet, särdeles nattetid”.⁷⁴⁶ Särskilt sovskåpen, med luckor som stängdes kring sängen om natten, problematiserades. De sades skada hälsan främst på grund av ”den förskämda luft, de äfven i rengjordt tillstånd lemna sina innevånare om natten, då luckorna kunna vara stängda”.⁷⁴⁷

Från 1880-talet och framåt framställde läkarna på samma sätt allmogens vana att spotta på golvet som ett medicinskt problem eftersom det spred smitta. Särskilt ansågs lungtuberkulos förmedlas genom att ”sjuke spottar öfverallt på golf och mattor”⁷⁴⁸ men även då friska personer ”spottar på golvet och huru som helst”.⁷⁴⁹ Läkarna ansåg intorkat spott göra smitta luftburen och började förespråka användandet av spottkoppor i offentliga miljöer för att begränsa smittans utbredning.⁷⁵⁰

Det vore också värdefullt att utforska vidare ifall en anledning till att ammor slutade användas kring sekelskiftet 1900 var att bröstmjölk börjat förstås som en kroppsutsöndring och att överföringen från en kvinna som inte var barnets mor därmed började anses farlig.⁷⁵¹

⁷⁴³ Ordet gödsel användes främst för att diskutera var gödselstackar befann sig i relation till bostadshus.

⁷⁴⁴ Ordet ”spillning”, frekvens i Medicinhistorisk databas: 2 gånger på 1850-talet, 2 gånger på 1860-talet, 5 gånger på 1870-talet, 19 gånger på 1880-talet och 39 gånger på 1890-talet. Ordet ”exkrement” är så ovanligt att ingen utsaga kan göras – det förekommer bara 5 gånger i årsrapporterna.

⁷⁴⁵ Urklipp ur *Hygiea*, 1890, s. 344–346 i ”Afskrifter och urklipp 1885–1900” i *Svenska provinsialläkarföreningens arkiv*. Kursivering i original. För exempel på hur skämd luft framställdes som sjukdomsframkallande i provinsialläkar rapporter, se 1880 Motala Malmberg; 1898 Kalmar Bergenholtz; Ytterlänsnäs 1896 Jernström; Skinnskatteberg 1895 Wickholm, Willén Tanum 1895; 1897 Nordmaling Melén.

⁷⁴⁶ 1895 Willén Tanum.

⁷⁴⁷ 1897 Nordmaling Melén. Se även 1898 Malung Ehinger; 1898 Molkolm Lindblom; 1892 Ramsele Bengtsson. Oro för överbefolkning återfinnes även på 1840-talet, exempelvis i 1847 Norrtelje Sommelius.

⁷⁴⁸ 1883 Sundsvall Söderbaum.

⁷⁴⁹ 1895 Slite Hallenberg. Se även 1900 Tanum Willén.

⁷⁵⁰ För provinsialläkar rapporter som beskriver spottande som smittspridning, se till exempel 1896 Lidköping Pallin; 1894 Kungshamn Söderberg; 1891 Skövde Dvertie; 1896 Överkalix Åkerman. Arvidsson, *När arbetet blir farligt*, s. 114–115, 143–44 noterar också intresset för spottandets farlighet kring sekelskiftet 1900.

⁷⁵¹ Användandet av ammor – kvinnor som avlönades för att amma andra barn än sina egna – upphörde i hela västvärlden under sent 1800-tal, efter att ha praktiserats i årtusenden. Detta hör rimligtvis samman med att säkrare bröstmjölksersättning blev tillgänglig, bland annat genom

Det är inte att kroppen uppfattades utsöndra skadliga ämnen som var nytt. Den nya var att kroppsutsöndringen som lämnat en viss kropp – spottet, avföringen, utandningen – inte som tidigare i huvudsak upphörde att vara farlig efter sin avhysning. Nu behöll utsöndringen sin skadliga kraft och hotade hälsan hos omgivande personer. ”På ett par ställen har jag vid sjukbesök hos lungsigtiga”, skrev provinsialläkaren i Malung 1891, ”funnit stora tråg, fulla med granris, som tjenat till upphostningens bevarande under månader. På båda ställena afledo barn i tuberkulös hjerninflammation, smittade från äldre, hvilka begagnat sina spott tråg”.⁷⁵² Läkaren menade alltså att de familjemedlemmar som avstått från att undanröja sina utsöndringar hade orsakat barnens död.

Det blev också viktigt att ”uttömningar desinficerats”.⁷⁵³ Läkare i Tjörn 1900 skrev att ifall isoleringen av sjuka varit ofullständig så lade han mycket större vikt vid att ”genom en noggrann daglig och stundlig desinfektion vid själfa sjukbädden söka så vidt möjligt oskadliggöra smittan”.⁷⁵⁴ Det han därmed åtgärdade var just den materia som kom ut ur en sjuk kropp och vilken direkt skulle kunna påverka en annan. Att ämnet härrörde just från en kropp och var beroende av andra kroppar för att inte dö ut var centralt, eftersom dess existens mellan kroppar kunde vara prekär. Läkaren i Ulricehamn 1892 skrev exempelvis att ”[w]isserligen framstår vid Influasan infectiositeten särdeles stark, men å andra sida synes smittoämnet skäligen förgängligt, dess tenacitet utanför organismen ej synnerligen stor”.⁷⁵⁵ Det var också därför samma läkare övervägde ifall epidemin skulle hindras om han dränkte in näsdukar i desinfektionsmedel eftersom han funnit att ”smittan öfverförts genom beröring” snarare än genom luft.⁷⁵⁶

pastörisering av komjölk, men det kan även ha funnit andra skäl, som omtolkningen av bröstmjölk som en smittspridande kroppsutsöndring. Susanna Hedborg, som undersökt svensk spädbarnsvård, menar att en av anledningarna till att systemet med ammor upphörde är att en borgerlig familjmodell blev allmänt accepterad i slutet av 1700-talet, där närhet mellan föräldrar och barn betonades, samtidigt som ”närheten mellan kroppar (människors och djurs) inte längre accepterades”. Hedborg visar dock att antalet kvinnor som anställdes som ammor på Allmänna barnhuset i Stockholm steg fram till 1915, vilket talar emot tesen att utfasningen av ammor hängde samman med övergången från flödeshanterande till gränsskyddande medicin. Susanna Holmberg, *Reproduktionens resurser. Spädbarnsvård i Stockholm 1750–1850* (Lund, 2004), s. 183–184, citat på s. 190. Se även Anne Løkke, ”Livgivande og farlig, moderpligt og kvindelig potens. Kvindemælk og amning 1750–2010” i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie, *Rødt og hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 163–186; Valerie Fildes, *Wet Nursing. A History from Antiquity to the Present* (Oxford, 1988), särskilt kapitel 12, ”The Demise of the Wet Nurse c. 1800–c. 1914”; Valerie A. Fildes, *Breasts, Bottles and Babies. A History of Infant Feeding* (Edinburgh, 1986).

⁷⁵² 1891 Malung Forssblad.

⁷⁵³ 1900 Tjörn Wachenfeldt.

⁷⁵⁴ Ibid.

⁷⁵⁵ 1892 Ulricehamn Englund.

⁷⁵⁶ Ibid.: ”Huruvida i sublimat dränkta näsdukar och dylikt kan bidraga att hindra epidemien, vet jag icke. I intet enda fall, der jag observerat influensa, har jag haft ringaste skäl antaga att den förts genom luften [...]. Öfverallt har man haft allt skäl finna att smittan öfverförts genom beröring. Är det under sådane förhållanden olämpligt försöka profylaktiska åtgärder, bestående helt enkelt deruti att undvika beröring med smittade.”

Hur allmogen hanterade avföring, spottloskor och andra kroppsutsöndringar nämndes ytterst sällan i årsrapporter vid seklets första hälft, men nu blev de alltså centrala i sjukdomsöverföringen, vilket innebar att ständig uppmärksamhet på vardagligt leverne krävdes. Provinsiälläkaren i Berg 1881 betonade att sjukdomsförebyggande arbete krävde oavbruten vaksamhet, oavsett om smitta misstänktes eller inte:

[F]öreskrifter, gifna åt sjuka betraktas alla, äfven de mest allmängiltiga hygieniska sanningar, gerna såsom tillämpliga endast på sjuka under det de i sjelfva verket afse vilkoren för helsan; hvilken missuppfattning ju kan vara förlätlig vid det gamla betraktelsesättet af sjukdomarne (patologiska företeelserna) såsom något "främmande".⁷⁵⁷

Där allmogen enligt läkaren i Berg fortfarande betraktade sjukdomar som något "främmande", det vill säga någonting som kom utifrån och därmed antog att hygienistiska föreskrifter bara gällde efter att sjukdom inträffat, menade han själv att renlighet borde vara en daglig vana. Det var inte en uppfattning som befolkningen i allmänhet tycks ha delat: provinsiälläkarna framställde det generellt som att allmogen var motsträvig mot att tvätta bort kroppsutsöndringar. Ett exempel är läkaren i Nysätra 1891 som skrev att "linneplaggen vittna dervid, äfven hos qvinnor, genom sin färg om flera veckors bruk" och sedan fortsatte på följande vis:

Hvad snyggheten beträffar lemnar den mycket öfrigt att önska. Bad förekomma aldrig (utom någon gång för barn), och hvad tvättning angår, inskränkes den i flesta fall till händer och ansigte, men säkerligen sker ej ens denna alltid för hvarje dag. De flesta klädesplaggar behållas på kroppen vanligen både natt och dag; högst sällan har jag, äfven vid svårare sjukdom, sett den sjuke ligga afklädd. Kläderna blifva härigenom genompyrda af svett och orenlighet, hvarigenom alstras en vedervärdig stank, den s.k. 'täfven', hvilken ock snart gifver sig tillkänna der några personer af allmogen uppehållit sig några minuter (såsom t.ex. i läkarens mottagningsrum).⁷⁵⁸

Varför förblev allmogebefolkningen skeptiska till läkarnas renlighetsivranden? Daglig rengöring krävde mer arbete, kallt vatten kylde ned ömtåliga kroppar och gödsel hjälpte sådden att gro, men det kan ha funnits fler anledningar.⁷⁵⁹ Etnologer och historiker som studerat den svenska allmogen under denna period menar att kroppsutsöndringars koppling till magi var stark och att landsbygdsbefolkningen ännu inte avskärmat sig från den egna kroppens utsöndringar. Historikern Jaqueline van Gent, som studerat uppfattningar om trolldom och kroppar under svenskt 1700-tal menar att alla kroppsvätskor – främst blod, mensblod, urin och modersmjölk – kunde användas för magiska

⁷⁵⁷ 1881 Berg Paulson. Understrykning i original.

⁷⁵⁸ 1891 Nysätra Sjöblom.

⁷⁵⁹ Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*, s. 160, not till Marianne Eriksson, *Personlig hygien* (Stockholm, 1970): "En bondes näve skall vara så smutsig att om man lägger ett sädeskorn i den så skall det gro' sägs det i en uppteckning från Västergötland."

syften, särskilt för att föra bort sjukdom ur kroppen.⁷⁶⁰ Etnologen Carl Tillhagen ger flera exempel på hur personer under 1800-talet sade sig behöva skydda sin svett från att bli stulen och hur en fiendes svett kunde öka den egna styrkan.⁷⁶¹ Kroppsutsöndringar kunde användas i magiska ritualer för att de innehöll en persons livskraft: även spottande kunde uppfattas som ett skydd mot onda krafter fram till 1900-talet.⁷⁶²

Enligt etnologer var det alltså både en fara och ett skydd att sprida sina kroppsutsöndringar kring sig. De kunde antingen beslagtas av fientliga makter och användas emot en, eller vara ett medel för att betvinga en motsträvig omvärld. Ta exempelvis den kvacksalvare vars terapi enligt provinsialläkaren i Gävle 1857 gick ut på att slänga en sjuk persons avklippta tånaglar i en brunn.⁷⁶³ Ritualer som innefattar materia från en viss person är bara rimliga om man ansåg att en viss kroppslighet hängde kvar i objektet. Tånaglarna som slängdes i brunnen måste fortfarande ha ansetts vara en del av eller åtminstone ha haft en stark koppling till den person de härrörde från för att terapin skulle anses ha effekt. Denise Malmberg har studerat allmogens uppfattningar om menstruation. Hon förklarar den aversion mot vatten som problematiserades i provinsialläkarrapporter från 1860-talet och framåt med att i folktron kunde en person som fick tag i en del av en människa kontrollera denne.⁷⁶⁴

Kroppens utsöndringar behövde alltså inte upphöra att vara en del av kroppen i det ögonblick de särskildes från den. Därmed kunde de användas ställföreträdande. Sekret, menstruationsblod, avklippt hår eller naglar var fortfarande en del av personen de kommit från, de hade inte otvetydigt omvandlats till smuts och skräp.⁷⁶⁵ Det fanns också enligt etnologerna Frykman och Löfgren bland allmogen under 1800-talet föreställningar om att barn tillfördes själsliga egenskaper via bröstmjölken.⁷⁶⁶ I provinsialläkarrapporter diskuterades inga sådana uppfattningar, men däremot hävdades att allmogen ansåg bröstmjölk som stärkande, medan provinsialläkarna själva beskrev långvarig amning som farligt för mödrarna. I Nässjö 1897 skrev exempelvis läkaren att mödrar ammade barnen till 2–3 års ålder ”i den öfvertygelsen, att barnen derigenom blifva starkare”, en vana som av andra läkare problematiserades, då långvarig amning sades göra ”modern utpinad och förstörd” och ”inverka menligt på moderns helsotillstånd och krafter”.⁷⁶⁷ Även provinsialläkarna ansåg alltså att

⁷⁶⁰ Jaqueline van Gent, *Magic, Body and the Self in Eighteenth-Century Sweden* (Leyden, 2008), s. 125. Jag ser ingen anledning till att dessa uppfattningar skulle ha ändrat sig radikalt mellan sent 1700-tal och 1800-talet.

⁷⁶¹ Carl-Herman Tillhagen, *Vår kropp i folktron* (Stockholm, 1989), s. 295–302.

⁷⁶² Gent, *Magic, Body and the Self in Eighteenth-Century Sweden*, s. 125.

⁷⁶³ 1857 Gävle 1 av 3 Baeckström.

⁷⁶⁴ Denise Malmberg, *Skammens röda blomma? Menstruationen och den menstruerande kvinnan i svensk tradition* (Uppsala, 1991), s. 64–65.

⁷⁶⁵ Laddningen hos amputerade lemmar kan också kopplas samman med den kristna uppfattningen om att det var nödvändigt för kroppen vara orörd när den begravdes.

⁷⁶⁶ Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*, s. 195.

⁷⁶⁷ 1896 Nässjö Stenberg; 1896 Nederkalix Holmén; 1879 Hedemora Hyllengren.

bröstmjölken överförde energi från mor till barn eftersom alltför lång digivning innebar att moderns kraft minskade. Jag menar inte att allmogen generellt ansåg sina kroppsuppfattningar som sammanlänkade med magi. Men det är betydelsefullt att utsöndringar inte nödvändigtvis behövde uppfattas som något som spred smitta eller borde avlägsnas från kroppen de härstammade från.

Parasiter och skadedjur

Även parasiter och skadedjur diskuterades allt oftare i provinsialläkarrapporter under 1800-talets gång.⁷⁶⁸ Sättet läkarna beskrev sådana varelser förändrades också: ett tydligt exempel är läkarnas skildringar av skabb. Under första halvan av 1800-talet var provinsialläkarna i stort sett obekymrade om förekomsten av skabb hos lokalbefolkningen. Dess existens beskrevs i ett neutralt tonläge, utan att problematiseras, som när provinsialläkaren i Norrtälje 1854 berättade att ”skabben lefver och florerar hos lägre klassen i skäligen utbredd grad”.⁷⁶⁹ Läkaren i Thorsborg rapporterade att skabb var ”mycket allmänt bland Allmogen”.⁷⁷⁰ Läkare sade sig sällan eller aldrig åtgärda skabb före 1860-talet. Det var heller inte säkert att allmogen ville att den skulle avlägsnas. Läkaren i Falköping 1845 skrev att de flesta bönderna led av skabb, men ”denna vilja de ej göra sig utaf med, ty de anse den för sjelfva helsan”.⁷⁷¹ Just att allmogen sades uppfatta skabb som hälsosam snarare än skadlig återkom i flera rapporter, som när läkaren i Ekesjö 1860 menade att skabb var vanligt förekommande, men att detta förhållande

[K]an icke vara annorlunda, så länge den vidskepelsen är rådande, 'att genom den samma afledes en mängd osunda vätskor ur kroppen' och följaktligen intet göres för dess utrotande, att förtaga allmänheten denna vidskepelse är ej så lätt, så länge läkare ge näring åt densamma genom att dela åsigten om dess hälsosamhet.⁷⁷²

⁷⁶⁸ Ord som börjar med ”rätt*” förekommer 1 gång i Medicinhistorisk databas på 1830-talet, 6 gånger på 1840-talet, 3 gånger på 1850-talet, 4 gånger på 1860-talet, 1 gång på 1870-talet, 16 gånger på 1880-talet och 15 gånger på 1890-talet. Ordet ”parasit*” förekommer 2 gånger på 1840-talet, 12 gånger på 1850-talet, 34 gånger på 1860-talet, 28 gånger på 1870-talet, 86 gånger på 1880-talet och 16 gånger på 1890-talet. Ord som börjar med ”flug*” förekommer 1 gång på 1810-talet, 8 gånger på 1820-talet, 5 gånger på 1830-talet, 21 gånger på 1840-talet, 24 gånger på 1850-talet, 11 gånger på 1860-talet, 8 gånger på 1870-talet, 25 gånger på 1880-talet och 11 gånger på 1890-talet och 1 gång år 1900. Ordet ”flug*” avviker från mönstret, men råttor och parasiter nämndes oftare vid mitten av 1800-talet än vid seklets slut.

⁷⁶⁹ 1854 Norrtälje Palmgren. Se även 1853 Norrtälje Palmgren.

⁷⁷⁰ 1849 Thorsborg Brunius. I originalet är ordet ”skabb” understruket. Se även 1868 Arvika Holmqvist; 1856 Sala Lundh. På samma sätt nämns ofta att allmogebefolkningen har mask utan att läkaren beskriver behandlingar eller problematiserar tillståndet. Se exempelvis 1860 Brösarp Aspelin: ”Mask hos barn, äfven hos äldre personer är en så allmän sjukdom, att jag tilltror mig påstå att icke hvart 50:de barn är emellan sitt 2:dra 8:de å 10:de år derföre fri.”

⁷⁷¹ 1845 Falköping Rydberg.

⁷⁷² 1860 Ekesjö Milpoteé.

Enligt denne provinsialläkare ansåg alltså både allmoge och vissa läkare att skabb var nyttigt eftersom parasiternas bitt avlägsnade skadliga vätskor ur kroppen. Skabb sades alltså fungera flödeshanterande. Men att skabbangrepp framställdes som oviktiga ur hälsosynpunkt eller kanske till och med som nyttiga, förändrades mot seklets slut. Då började istället sådana bitt beskrivas som smittspridande och sjukdomsalstrande. Läkaren i Sundsvall skrev exempelvis 1897 att "[i] ett hus, der skabb fan[n]s, inträffade ett fall af barnsängsfeber, och torde med säkerhet anledningen till detta hafva varit var från skabbpuster".⁷⁷³ Det blev provinsialläkarens uppgift att undanröja skadedjuren. En läkare beklagade exempelvis att det fanns få badstugor i hans distrikt, ty "der sådana finnes, möter det icke någon svårighet att döda skabben i allt".⁷⁷⁴

På samma sätt började förekomsten av andra parasiter och skadedjur framställas som medicinska problem under sent 1800-tal, där deras eventuella närvaro och påverkan på hälsan tidigare inte uppmärksammats. En av bakteriologins största framgångar under 1880-talet var just att spåra hur bakterier förmedlades mellan människor via skadedjursvärdar. I Svenska provinsialläkarförningens tidskrift *Eira* förekom flera artiklar om smittoöverföring via insekter och skadedjur under 1890-talet, som en direkt avspeglning av forskningsfronten kring smittspridning i London, Paris och Berlin.⁷⁷⁵ I *Eira* 1892 beskrevs hur mjältbrand spridits via fåstingar samt att tsetse-flugor och myggor i Afrika förmodligen legat bakom flera epidemier.⁷⁷⁶ I en artikel från 1900 sades pest ha förebyggts i Göteborg genom utrotning av råttor och i en annan skildrades hur "Dr Ekehorn demonstrerade mikroorganismer funna hos en råttbiten person" för Uppsala läkareförening.⁷⁷⁷ Parasiter och skadedjur blev alltså viktiga medicinska problem som krävde kraftfulla åtgärder. År 1900 beskrev exempelvis en läkare att dysenteri spreds via flugor eftersom det var vanligt "att finna stående på golfet ett öppet kärl med de sjukas afföring täckt med flugor och därjämte på bordet framdukad mat, likaledes fullsatt med flugor".⁷⁷⁸ Provinsialläkaren i Tjust 1900 menade på samma sätt att nervfeber smittade inom hushåll, vilket kunde "tillskrivas flugorna".⁷⁷⁹

Genom att överföra sjukdom från en människa till en annan fyllde skadedjuren, insekterna och parasiterna samma funktion som de mänskliga utsöndringar – utandningsluft, saliv, fekalier – vilkas upplevda skadlighet för människor drev på omfattande omstruktureringar av stads- och bostadsmiljöer

⁷⁷³ 1897 Sundsvall Söderbaum.

⁷⁷⁴ Ibid. Se även 1894 Ramsele Bengtsson; 1899 Östervåla Tollin; 1897 Fjällsjö Englund.

⁷⁷⁵ Ronald Ross publicerade till exempel 1897 en artikel där han demonstrerade att malaria överfördes av myggor. Ronald Ross, *Memoir, with a Full Account of the Great Malaria Problem and its Solution* (New York, 1923).

⁷⁷⁶ [Anon], "Öfverförande af smitta genom Acarider" i *Eira*, vol. 16, nr 19, 1892, s. 308–310.

⁷⁷⁷ Ibid.; [Anon], "Nyheter för dagen", *Eira*, vol. 24, nr 17, 1900, s. 546; [Anon], "Nyheter för dagen" i *Eira*, vol. 16, nr 23, 1892, s. 753.

⁷⁷⁸ Ibid.

⁷⁷⁹ 1900 Tjust Tham.

från mitten av 1800-talet och framåt.⁷⁸⁰ Spottkoppar och avloppskistor var sätt att hägna in och begränsa utsöndringarnas utbredning, men djur var svårare att stoppa. De var som kroppsutsöndringar med agens, med ben och en egen vilja. Deras rörelse i rummet var betydligt svårare att begränsa. Eftersom de rörde sig självständigt mellan människor hotade de den gränsskyddande medicinens insatser. Även om människor lärde sig att leva lagom utspridda i rummet utan att förgifta varandra med sina utsöndringar kunde skadedjuren fortfarande skapa oönskade och smittspridande kontakter dem emellan. Återstod då bara att försöka utrota dem.

Förekomsten av sådana skadedjur tycks tidigare ha bemötts med irritation och skadedjur har sannerligen förföljts tidigare än från mitten av 1800-talet, men då främst i egenskap av snyltare och tjuvar. Deras förekomst beskrevs sällan tidigare som ett tecken på att en miljö var skadlig för hälsan utan snarare att den klarade av att försörja många. Det är utifrån ett sådant synsätt man bör förstå att allmogen enligt en folklivsuppteckning från mitten av 1800-talet menade att lössens försvinnande från kroppen var ett tecken på att en sjuk person snart skulle dö.⁷⁸¹

Men nu var den mest hälsosamma miljön inte längre den där det kryllade av liv. En hälsosam plats var lagom steril och livsfientlig genom att vara så pass ren att den inte kunde försörja smittor, som när läkaren i Berg 1881 menade att om man antog att smittämnet var levande, så borde farsoter bli mer eller mindre allvarliga beroende på om dessa organismers existensvillkor var väl uppfyllda eller ej.⁷⁸² I en sund omgivning skulle bara rätt slags liv, det mänskliga, frodas – i lagom mängd eftersom trångboddhet var farligt – medan andra varelser, som råttor, flugor, löss, skabbdjur och levande smittämnen helt borde saknas. Att ha starka och krya loppor var inte längre ett tecken på hälsa.

Sammankopplingen mellan djur, orenlighet och smittspridning skedde knappast spontant. Parasiterna beskrevs inte som skadliga för att de stal kraft. Istället ansågs de sprida sjukdom genom att på olika sätt förmedla otillbörlig kontakt genom att penetrera kroppars och hems försvar. Allteftersom gränserna för vad en kropp innebar konsoliderades blev all otillbörlig gränsöverskridande aktivitet problematisk och behövde motverkas. När kroppens gräns mot omvärlden började uppfattas som alltmer fast blev parasiter, särskilt de som levde i kroppen, på ett nytt sätt närmast en sorts kränkning. Att parasiter började anses äckliga snarare än bara irriterande tyder på att de fått en helt ny laddning.

⁷⁸⁰ Se litteratur om de sanitära och hygienistiska rörelserna, t.ex. Christopher Hamlins samlade verk.

⁷⁸¹ Birgitta von Heland, *Om sjukdomar, smuts och renlighet förr i tiden* (Helsingborg, 1987), s. 132.

⁷⁸² 1881 Berg Paulson.

Sammanfattning

Läkarnas nya renlighetspraktiker bör alltså förstås i ljuset av att de börjat uppfatta kroppars interaktion med omgivningen på ett nytt sätt. Tidigare beskrevs kroppen som öppen mot sin omgivning, följsam gentemot dess inverkan och inbegripen i ett ständigt samspel av flöden in i och ut ur kroppen. Den ansågs vara oförmögen att stå emot utifrån kommande påverkan eftersom dess gräns mot omgivningen var genomsläpplig: att kroppens hälsa och mottaglighet förändrades av omgivningens temperatur och fuktighet samt av inträngande ämnen var bara en naturförutsättning. Kroppens motståndskraft ansågs inte kunna stärkas.

Men efter tidpunkten jag identifierat som en brytpunkt, det vill säga i mitten av 1860-talet, framställde de flesta läkare kroppen som en fast, sluten och avgränsad enhet vilken var autonom från sin omgivning; detta var i alla fall dess ideala tillstånd. Det blev nu viktigt att förhindra att skadliga ämnen trängde in i kroppen. Kroppen beskrevs som förbättringsbar. Att skydda och förstärka dess gränser samt motverka intrång från skadliga ämnen blev grundprinciper vilka präglade många skilda aspekter av läkarnas sjukdomsförebyggande arbete.

Denna förändring är observerbar på flera sätt. Läkarna började avlägsna vad som inom flödeshanterande medicin hade förståtts vara oundgängliga skydd: barriärer mellan kropp och omgivning bestående av väggar, kläder, rök och smuts. Därtill blev de allt mer intresserade av hårdande praktiker eftersom de börjat förutsätta en inre kraft i kroppen. Denna kraft kunde stärkas för ökad hälsa, huvudsakligen genom att uthärda kyla. Och slutligen framställde de kroppsutsöndringar som medicinska problem, eftersom just dessa utsöndringar ansågs kunna tränga in i kroppar.

Det här var ett helt nytt förhållningssätt. Nu kunde allt vara farligt. Ting som tidigare varit oskyldiga hade blivit potentiellt dödsbringande. En bok, en leksak, en krukväxt, alla kunde vara kontaminerade av osynlig smitta. Sjukdom lurade överallt, inte bara *också* i hemmet som tidigare varit den säkra plats dit människor drog sig undan för att skydda sig, utan *särskilt* i hemmet, vilket ständigt smutsades ned av kroppsutsöndringar. Kroppar definierades alltså som inherent nedsmutsande. Att leva alltför nära andra människor var skadligt oavsett omständigheter. Ett sjukdomsämne behövde inte vara närvarande för att smitta skulle uppstå. Trångboddhet var i sig tillräckligt för att sjukdom skulle utvecklas.

Under tidigt 1800-tal hade sjukdom kommit utifrån och attackerat ömtåliga kroppar. Men nu var det snarare kroppen som alstrade sjukdom och kroppsutsöndringar som förmedlade dem mellan människor. Sjukdom kom inifrån, från under kläderna: hotet om sjuklighet var allestädes närvarande. Den levande kroppen utsöndrade ständigt produkter som var skadliga för andra – utandningar orsakade giftiga gaser och kroppsliga utsöndringar var smuts. Sjukdom låg på tillväxt i hemmets ostädade hörn och hjälptes på traven när allmogen gjorde just det som under tidigt 1800-tal förståtts som

sjukdomsförebyggande även av läkare – att klä sig i många lager kläder och att vårda värmen genom att undvika drag. Att bygga barriärer mot omvärlden innebar nu att spärra in den egna kroppen med just den materia som kunde skada den – kroppsutsöndringar. Därför började läkarna att rensa bort barriärerna vid slutet av 1800-talet.

De nya uppfattningarna om kroppen som slutet mot och antagonistisk mot sin omgivning gjorde att människor uppfattades som betydligt mer motståndskraftiga. De nya uppfattningarna om kroppsutsöndringar som den huvudsakliga smittbärande materian gjorde att människor fick tillgång till ett enkelt sätt att förebygga sjukdom: att tvätta den egna kroppen.

Det innebar att resor blev mindre riskfyllda, både för resenären själv och för den som tog emot främlingar. Enligt de smittspridningsteorier som dominerade under tidigt 1800-tal var den omgivande naturen, samt förändring generellt, hotfulla: främlingar samt flöden av vatten och luft förmedlade smitta. Teorierna om miasma och kontagion var inte nödvändigtvis oförenliga med bakteriologi. Däremot var de svåra att förena med masshället och med uppfattningar om naturpåverkan som ett i huvudsak hälsosamt inflytande på människokroppen. För den som härdade sin kropp och ägnade sig åt daglig rengöring blev det från 1800-talets slut betydligt säkrare att träffa och befinna sig nära många främlingar under lång tid. Det var en förutsättning för masshället, industrialisering och urbanisering samt den massemigration som präglade den svenska landsbygden under sent 1800-tal.

I de två följande kapitlen kommer jag att visa följderna av övergången från flödeshanterande till gränsskyddande medicin och hur skiftet från den öppna till den slutna kroppen fick den miasmatiske smittspridningsteorin – tillsammans med klimatmedicinen och evakuerande terapier som åderlätning – att försvinna.

7. Varför förbakteriologisk medicin försvann

I denna undersökning har jag demonstrerat en brytpunkt i vad läkare definierade som medicinska problem och hur de hanterade dem. Med Flecks terminologi har en tankestil ersatt en annan.⁷⁸³ Läkarnas uppmärksamhet flyttades. Deras sätt att upptäcka, bedöma, värdera och identifiera hot samt förhindra och åtgärda skada hade förändrats radikalt.

Skiftet innebar att läkare under åren 1840–1870 upphörde att reaktivt hantera flöden in i, ut ur och inuti kroppen och istället aktivt började skydda gränsen mellan kropp och omgivning. Läkarna slutade förstå kroppen som flödande och öppen mot omgivningen och tolkade den istället som sluten, avgränsad och avskild från den. Detta kallar jag övergången från ”flödeshanterande” till ”gränsskyddande” medicin. Att kroppen slöts och blev fast är redan känt bland kroppshistoriker. Karin Johannisson inleder exempelvis essäsamlingen *Kroppens tunna skal* på följande vis:

I sin bok om Rabelais och skrottets historia beskriver Michail Ba[k]htin den öppna kroppen – öppen mot omvärlden, naturen och kosmos. Det är en kropp som ständigt förvandlas. Den är inte skild från världen, inte sluten, stängd eller färdig. [...] Detta är renässansens folkliga kropp. Den står i stark kontrast till en annan kropp, den moderna, som tar gestalt från och med [1500-talet]. Den är färdig och sluten. [...] Tonvikten läggs på kroppens fullbordade och självtilräckliga individualitet – den rationaliserade kroppen – lösgjord ur den stora tiden, skild från naturen, djuren och tingen. Den gamla världens kropp är släkt med kosmos. Den nya världens kropp är autonom, men ensam.⁷⁸⁴

Det är alltså väl etablerat att kroppen, som under tidigmodern tid uppfattades vara öppen mot sin omgivning, senare ansågs vara sluten: vad Johannisson kallar för ”den nya världens kropp” kom till och tog över. Åtskilliga andra har beskrivit den öppna kroppen som central för medeltida och tidigmoderna kroppsuppfattningar, bland andra Michel Foucault och Norbert Elias.⁷⁸⁵

⁷⁸³ Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. 99.

⁷⁸⁴ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 9, refererar Mikhail Bakhtin, *Rabelais and his World* (Cambridge, 1968), s. 26–50.

⁷⁸⁵ Foucault, *The Order of Things*; Elias, *The Civilizing Process*; Outram, *The Body and the French Revolution*, m.fl.

En viktig skillnad mellan min undersökning och de flesta andra forskare menar att övergången från öppen till slutna kropp skedde tidigare än vid 1800-talets mitt. Det finns olika åsikter om när växlingen skedde. Bakhtin menar att skiftet började ske under 1500-talet, eftersom renässansens kropp till skillnad från medeltidens var en hel, avslutad och avgränsad produkt som förstods vara "isolated, alone, fenced off from all other bodies".⁷⁸⁶ Denna kropp framstod som en individ, en begränsad massa och en ogenomtränglig fasad och är tydligt besläktad med den slutna kropp jag har beskrivit.⁷⁸⁷ Jean Langford beskriver på samma sätt den anatomiska kroppen "with its well-defined boundaries, its division into discrete regions, its militaristic defense against viral invasion" som något vilket avbildades redan i Vesalius' anatomiska uppslagsverk från tidigt 1500-tal.⁷⁸⁸ Barbara Duden beskriver dock den öppna, flödande kroppen som självklar för en tysk läkare och hans kvinnliga patienter under 1720-talet, vilket visar att övergången då ännu inte ägt rum eller varit fullständig. Duden pekar på sekelskiftet 1800 som en brytpunkt men lyfter fram redan häxprocesserna som en övergångsprocess. Hon menar att den "moderna" kroppen var en produkt av en komplicerad, långsam process av intellektuella, politiska, sociala och ekonomiska förändringar mellan 1500–1700-talen.⁷⁸⁹

De flesta förlägger dock övergången mellan de två kroppsuppfattningarna till sent 1700-tal. Thomas Laqueur framställer enkönskroppen, vilken han menar dominerade medicinskt tänkande fram till 1700-talets slut, som en kropp kännetecknad av "a physiology of fungible fluids and corporeal flux" vilket innebar "endless mutations, a cacophonous ringing of changes".⁷⁹⁰ Han menar att "the fungibility of fluids" betydde att kroppen förstods som "much less bounded and restrained" än idag.⁷⁹¹ Historikern Michael Stolberg hävdar att det var under 1700-talet som kroppen alltmer började beskrivas som självständig, med tydliga fysiska gränser gentemot sin omgivning.⁷⁹² Alain Corbin placerar övergången till 1700-talets andra hälft och menar att den slutna kroppen i hög grad skapades genom de nya renlighetspraktiker den franska aristokratin lade sig till med och vilka anammades av borgarklassen: han skriver att "the new bourgeois body was to be created through practices of hygiene and healthful behavior".⁷⁹³ Dorinda Outram menar att tiden före och under den franska revolutionen innebar en kamp mellan "the 'closed body' of the bourgeoisie and

⁷⁸⁶ Bakhtin, *Rabelais and his World*, s. 29.

⁷⁸⁷ *Ibid.*, s. 320.

⁷⁸⁸ Jean Langford, "Dosit/Docile Bodies" i Margaret Lock & Judith Farquar, *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life* (Durham, 2007), s. 376–382, citat på s. 376.

⁷⁸⁹ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 17, s. 104–178; Park, "Was There a Renaissance Body?", s. 21–35.

⁷⁹⁰ Laqueur, *Making Sex*, s. 35.

⁷⁹¹ *Ibid.*, s. 103.

⁷⁹² M. Stolberg, "An Unmanly Vice. Self-Pollution, Anxiety and the Body in the Eighteenth Century" i *Social History of Medicine*, vol. 13, 2000, s. 1–21, särskilt s. 19.

⁷⁹³ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 10.

the 'carnavalesque' body of the lower orders".⁷⁹⁴ Feministiska forskare som Dorinda Outram och även Karin Johannisson har framhållit hur den avgränsade, kontrollerade kroppen beskrevs som manlig, medan kvinnliga kroppar ansågs flödande, och att denna tudelning påverkades av upplysningen.⁷⁹⁵ Kevin Siena och Jonathan Reinartz lyfter fram sent 1700-tal som tidpunkten då nya idéer om individualitet förändrade uppfattningarna om hudens genomtränglighet: från denna period menar de att "a self-contained, healthy self required closed (read: unpenetrated), healthy skin".⁷⁹⁶ Thomas Laqueur tidsbestämmer övergången från den flytande, enkönade kroppen till slutna kroppar med tydlig könstillhörighet till något senare, kring sekelskiftet 1800.⁷⁹⁷ Även Michel Foucault har placerat övergången från att kroppen uppfattades vara en del av sin omgivning till att vara separat från den vid sekelskiftet 1800.⁷⁹⁸

Jag menar dock att vad dessa forskare har noterat är *början* på en förändring som pågick under flera århundraden från renässansen och framåt. I denna undersökning har jag visat hur övergången från den öppna till den slutna kroppen även fortgick under 1800-talets mittersta tredjedel, eftersom den kropp svenska provinsialläkare skyddade och behandlade uppfattades vara följsam, porös och flödande fram till åtminstone denna tidpunkt.

Med provinsialläkarnas medicinska praktiker som stöd hävdar jag alltså att övergången från den öppna till den slutna kroppen var en process som inte var helt fullbordad förrän vid 1800-talets sista tredjedel. Jag menar till och med att den inte avslutades alls, eftersom den öppna och följsamma kroppen fortfarande är central inom alternativmedicinen.⁷⁹⁹

På andra håll har forskare lyft fram mitten av 1800-talet som en övergångsperiod. Barbara Duden sätter samman den slutna, privata kroppen med den medikaliserade, slutna kropp som Foucault menar uppstod under 1800-talet genom nya dissektionstekniker och förändrade undersökningspraktiker.⁸⁰⁰ Historikern Mienieke te Hennepe menar att avbildningar av hudlager baserade på undersökningar gjorda med mikroskop i Tyskland mellan år 1820–1850 förstärkte ett viktigt skifte i uppfattningarna om hudens funktion, "from an open porous cover towards a thick, functional and protective

⁷⁹⁴ Outram, *The Body and the French Revolution*, s. 16.

⁷⁹⁵ Jonathan Reinartz & Kevin Siena, "Scratching the Surface. An Introduction" i Jonathan Reinartz & Kevin Siena, *A Medical History of Skin. Scratching the Surface* (London, 2013), s. 2; Outram, *The Body and the French Revolution*; Johannisson, *Kroppens tunna skal*; även Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*.

⁷⁹⁶ Reinartz & Siena, "Scratching the Surface. An Introduction", s. 2.

⁷⁹⁷ Laqueur, *Making Sex*, s. 5.

⁷⁹⁸ Foucault, *The Order of Things*; Michel Foucault, *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception* (New York, 1994).

⁷⁹⁹ Se kapitel 8.

⁸⁰⁰ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 4; Park, "Was There a Renaissance Body?", s. 328.

boundary organ”.⁸⁰¹ Alain Corbin kopplar ihop strängare sociala normer som förbjöd människor från att uppmärksamma den flödande kroppens uttömningar med ”stricter codes of bodily control associated with evangelicalism and Victorianism”.⁸⁰² Flera forskare lyfter också fram just bourgeoisieens ökade dominans under 1800-talet som en orsak till förändrade kroppsuppfattningar. Norbert Elias förlägger framväxten av ”homo clausus”, den stängda och kontrollerade kroppen, till 1800-talets början och flera forskare, exempelvis Peter Stallybrass, Allon White och Dorinda Outram, tar Elias tidsbestämelse som ett sätt att diskutera förändrade kroppsuppfattningar under tidigt 1800-tal.⁸⁰³

Övergången från en öppen till en sluten kropp är alltså väl känd. Att skiftet skedde under 1800-talet kan åtminstone delar av forskningsfältet skriva under på. Men det jag vill göra, vilket aldrig tidigare gjorts, är att sätta denna övergång från den öppna till den slutna kroppen i direkt relation till fyra avgörande förändringar i medicinska teorier och terapier under sent 1800-tal.

För om övergången från den öppna kroppen till den slutna till stor del utspelade sig under 1800-talets mittersta tredjedel, kan detta skifte användas för att lösa fyra mysterier inom medicinens historia: varför de mångtusenåriga terapierna och teorierna åderlåtning, evakuerande terapier, miasmateorin och klimatmedicinen alla övergavs kring 1800-talets mitt.

Att dessa fyra praktiker och teorier gavs upp är väl känt. Att denna omvandling var av avgörande betydelse för medicinens historia är också helt klarlagt. Charles Rosenberg kallar förkastandet av åderlåtning för en revolution; Codell Carter menar att övergivandet var en förutsättning för etablerandet av vetenskaplig medicin.⁸⁰⁴ Därför är det slående att medicinshistoriker så genomgående antingen förbigått orsakerna till detta skifte med tystnad eller använt ad hoc-lösningar.

I stort sett alla de gängse förklaringarna till försvinnandet av dessa fyra terapier och teorier – som ofta tillsammans kallas för ”hippokratisk” eller ”traditionell medicin” – baserade på en mer eller mindre uttalad framstegstanke. Detta tar sig antingen uttryck i förklaringar som hänvisar till ”modernisering”, eller så finns antagandet inbyggt i begreppsapparaten, som kontrasterar just ”modern” eller ”vetenskaplig” medicin med ”traditionell” och underförstått gammalmodig teori och praktik. Ur detta framstegsperspektiv blir frågan varför

⁸⁰¹ Mieneke te Hennepe, ”Depicting Skin. Microscopy and the Visual Articulation of Skin Interior, 1820–1850” i R. Van de Vall & R. Zwijnenberg (red.), *The Body Within. Art, Medicine and Visualization* (Leiden, 2009), s. 51–65, citat på s. 51.

⁸⁰² Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 5.

⁸⁰³ Peter Stallybrass & Allon White, *The Politics and Poetics of Transgression* (Ithaca, 1986); Elias, *The Civilizing Process*; Outram, *The Body and the French Revolution*, s. 10.

⁸⁰⁴ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 486–490; Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 3–4.

åderlåtning, miasmateorin och så vidare övergavs oviktig, eftersom dessa teorier och terapier implicit kategoriseras som ineffektiva och irrationella.⁸⁰⁵

Men att dessa praktiker skulle ha övergivits för att modern, vetenskaplig medicin – särskilt i form av bakteriologi – tog över, kan direkt avfärdas på empiriska grunder. Övergivandet skedde huvudsakligen under decennierna som *föregick* bakteriologins genombrott, det vill säga under åren mellan 1830–1870, medan bakteriologin inte tog fart förrän efter 1875. Codell Carter skriver utifrån denna tidslinje att kollapsen av ”traditionell” medicin inte kan ha varit en konsekvens av den vetenskapliga medicinens genombrott. Istället var det äldre systemets försvinnande en förutsättning för att modern medicin skulle uppstå.⁸⁰⁶

Vetenskaplig medicin, med bakteriologin som främsta kännetecken, framställs med all rätt som oerhört framgångsrik i medicinhistoriska översiktsverk.⁸⁰⁷ Men att ta medicinens framgångar som utgångspunkt och koppla samman dem med förvetenskapligandet av medicinen gör det svårt att förstå förbakteriologisk medicin som någonting annat än irrationell.⁸⁰⁸ Författarna till det svenska översiktsverket *Medicinens idéhistoria* påstår exempelvis att epidemier vid början av 1800-talet förklarades vara Guds straff, men att ”rationella och vetenskapliga förklaringar” under seklets gång fick ”gehör också i synen på de stora epidemierna”.⁸⁰⁹ Nyckelordet är ”rationella”, vilket antyder att tidigare förklaringar varit irrationella. Detta är en vanlig inställning – medicinhistoriker har kallat det tidiga 1800-talets behandlingsmetoder skadliga, oanvändbara, tragiska och skrattretande.⁸¹⁰

Men som jag visat var dessa terapier och teorier rimliga utifrån uppfattningar om kroppen som öppen och flödande. Oförmågan att se rationaliteten i dessa historiska behandlingar och teorier härrör snarast från att historiker utgår från gränsskyddande medicin och uppfattningar om kroppen som slutet och autonom. Historikernas egen gränsskyddande tankestil har hindrat dem från att förstå hur den flödeshanterande tankestilen fungerade.

Att på detta sätt ta avfärdandet av historiska aktörers förklaringsmodeller och praktiker som utgångspunkt är dessutom vad vetenskapssociologi varnat för i årtionden. Kunskapssociologer som David Bloor har påpekat att den vanliga tendensen att beskriva historiska uppfattningar som rationella respektive irrationella leder till att uppfattningar och praktiker som verkar korrekta inte anses behöva förklaras, medan de som tycks vara felaktiga antas uppstå och

⁸⁰⁵ Till exempel Porter, *The Greatest Benefit To Mankind*; Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*.

⁸⁰⁶ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. viii, 3–4.

⁸⁰⁷ Porter, ”Introduction”, s. 6.

⁸⁰⁸ Ibid. s. 10.

⁸⁰⁹ Nilsson & Peterson, *Medicinens idéhistoria*, s.135.

⁸¹⁰ Rosenberg, ”Belief and Ritual in Antebellum Medical Therapeutics”, s. 108; Wootton, *Bad Medicine*, s. 143; Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 4; Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 266; Porter, ”Introduction”, s. 14. Se även Bergstrand, ”Läkekonsstens utveckling och medicinska teorier förhärskande vid tiden för Svenska läkaresällskapets stiftande”, s. 187–188.

användas av psykologiska och sociala skäl. Men en sådan utgångspunkt förklarar inte varför framgångsrika teorier uppkom eller varför bortglömda teorier försvann, eftersom processen där ”sant” vinner över ”falskt” framställs som självgående och ofrånkomlig.⁸¹¹

Ingenstans är sådana tendenser så starka som när medicinshistoriker ska förklara hur medicinska praktiker och teorier förändrades under 1800-talet. Eftersom ingen kan bestrida att bakteriologin var startpunkten för en medicin som var ojämförligt mycket bättre på att behandla och motverka sjukdom än den medicin som föregick den, framställs frågan om varför ”traditionell” medicin övergavs som obegriplig.

Men denna baklänges-historia, där man börjar i modern medicin och söker dess rötter på ett sätt som ytterst är teleologiskt, har inneburit att historiker har missat de praktiska konsekvenserna av vad jag menar är den mest omvälvande förändringen i den västerländska medicinens historia: övergången från den öppna till den slutna kroppen.

I det följande kommer jag att presentera tesen att de fyra medicinska teorierna och terapierna inte försvann på grund av tilltagande rationalitet utan för att de alla behandlade och utgick från den flödande, öppna kroppen. Skillnaden mellan den för- och den efter-bakteriella medicinen bör kopplas till olika uppfattningar om hur kropp och omgivning interagerade, snarare än förklaras med att vissa läkargrupper var mer rationella än andra.⁸¹²

Åderlätning och andra evakuerande terapier syftade till att hantera cirkulationen av kroppens vätskor. Klimatmedicinen och miasmateorin förutsatte en kropp som var öppen och mottaglig mot yttre inflytanden. Ingen av de fyra teorierna och terapierna fungerade tillsammans med den slutna kroppen. Men innan jag presenterar argumenten för min egen tes kommer jag att visa hur de existerande förklaringarna till varför dessa praktiker övergavs alla är otillräckliga.

Argument för varför klimatmedicin och miasmateori övergavs

Få historiker har försökt klarlägga varför klimatmedicin försvann. De flesta arbeten om klimatmedicin behandlar perioden fram till 1700-talet och undviker därigenom frågan om varför förklaringsmodellen blev obsolet.⁸¹³ David Barnes, ett av de få undantagen, skriver att klimatmedicinens övergivande är en av de

⁸¹¹ Bloor, *Knowledge and Social Imagery*, s. 9.

⁸¹² *Ibid.*, s. 7.

⁸¹³ Se Riley, *The Eighteenth Century Campaign to Avoid Disease*; Andrew Cunningham & Roger French (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century* (Cambridge, 1990); Pilloud & Louis-Courvoisier, ”The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth Century”; Jordanova & Porter (red.), *Images of the Earth*. Inom den anglosaxiska litteraturen påverkas detta även av att klimatmedicin genomgående kopplas samman med *tropisk* medicin under 1800-talet. I index till *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* hänvisar exempelvis uppslagsordet ”climate” vidare till ”colonialism” och ”tropical diseases”. Porter & Bynum (red.), *Companion Encyclopedia*, s. 1731. Men som visat var klimatmedicin en grundpelare för medicinen även för läkare i Europa och USA.

mest slående etiologiska förändringarna i läkares sjukdomsuppfattningar under 1800-talet eftersom geografiska, klimatologiska och meteorologiska inflytanden hade ansetts vara fullständigt centrala inom medicinsk vetenskap under århundraden.⁸¹⁴ Här skulle jag snarast säga årtusenden: inflytandet från den hippokratiska texten *De aere, aquis et locis* (*Om luft, vatten och orter*) på europeisk medicin kan spåras i en i stort sett obruten linje tillbaka till textens tillkomst på 400-talet före Kristus.⁸¹⁵ Gällande 1800-talet så hade enligt Barnes ingen "self-respecting physician or hygienist" kring seklets mitt kunnat säga något övergripande om hälsa utan att först klargöra vilken region som diskuterades och sedan redogöra för de geologiska och meteorologiska särdrag som gjorde regionens invånare predisponerade för specifika sjukdomar.⁸¹⁶ Det är denna totala dominans som gör klimatmedicinens hastiga men förstulna försvinnande så märkligt.

David Barnes menar att den fatalism klimatmedicin föranledde ("fighting the weather was quixotic at best") var oförenlig med den mera aktiva inställningen till sjukdomsbekämpning bakteriologin medförde, men erkänner att hans förklaring har brister.⁸¹⁷ Till exempel var dräneringen av träsk en förbiologisk praktik som utan tvekan krävde stor aktivitet.⁸¹⁸

Ingen medicinhistoriker tycks heller ha försökt besvara frågan varför retande fotbad och spanska flugor slutade användas terapeutiskt under 1800-talet. John Harley Warner beskriver visserligen utdöendet av "blistering", nyttjandet av retande plåster för att avlägsna var ur kroppen, i sin undersökning av medicinska praktiker på två amerikanska sjukhus 1820–1885 och menar att "its disuse by the 1880s [was ...] complete".⁸¹⁹ Han påpekar också att övergivandet skedde gradvis och omärkligt, på samma sätt som åderlätning övergavs.⁸²⁰ Men varför slutade senapsplåster och andra utdragande behandlingar användas? Warner ger inget svar och ingen annan medicinhistoriker tycks ha uppmärksammat frågan.

De två områden där historiker försökt ge förklaringar till praktikernas övergivande är miasmatorin och åderlätning. De orsaker som angivits är dock inte övertygande.

Miasmatorins bortdöende är förvånansvärt underutforskat, särskilt då denna smittspridningsteori knyter samman två livliga forskningsfält: 1800-talets medicinhistoria och sinnenas historia. Borde inte mångfalden av undersökningar om luktsinnets historicitet beröra att det i årtusenden varit ett obesträtt medicinskt grundantagande att vissa lukter kunde döda, samt att denna utgångspunkt abrupt övergavs på 1870-talet? Men om detta är lukthistoriker

⁸¹⁴ Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 116.

⁸¹⁵ Sargent, *Hippocratic Heritage*, s. 12–25.

⁸¹⁶ Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 116.

⁸¹⁷ *Ibid.*, s. 118.

⁸¹⁸ *Ibid.*, s. 117.

⁸¹⁹ *Ibid.*, s. 123.

⁸²⁰ *Ibid.*

generellt tysta. Miasma avhandlas sällan i de klassiska översikterna över sinnenas historia: ord som "miasma", "miasmatic" eller varianter av ordet ruten som "putrid", "putrescent", "fetid" eller "foul" förekommer också sällan i deras index.⁸²¹ Alain Corbin, pionjär inom fältet om lukten historia, beskriver åren mellan 1792 och slutet av 1900-talet som att "something changes in the way smells are perceived and analyzed".⁸²² Corbins uttalande om att någonting förändras refereras av flera andra, exempelvis av Jonathan Reinartz som skriver att "it is evident that something changed in the way [...] smells were perceived and interpreted".⁸²³ Men *varför* övergavs miasma? Corbins argument om bakteriologiska undersökningar är, som jag kommer att visa, inte särskilt övertygande. David Barnes – den enda historiker som ingående undersökt miasmateorins bortdöende förutom Corbin – erkänner också att han inte kunnat finna förklaringen till teorins försvinnande:

This story of foul smells and the microbes that they did or did not contain lacks a clear resolution; no devastating epidemic justified the doomsayers, no definitive scientific proof absolved the odors from a role in the spread of disease, and no single event marked their transition from health hazard to inconvenience. But perhaps this lack of clarity is appropriate for a story marked by a murky blend of enduring continuities and startling changes, a story of dimly perceptible fears and ambitions underlying ostensibly straightforward debates.⁸²⁴

Corbin och Barnes undantagna har alltså få sinneshistoriker diskuterat miasma. Inte ens när man uttalat avhandlar luktsinnet i samband med medicin hanteras smittspridningsteorin utförligt.⁸²⁵ De som faktiskt tar upp miasma tenderar också att kalla teorin förmodern och bara nämna att den försvinner under 1800-talet utan att förklara varför.⁸²⁶ I stort sett finns det alltså förvånansvärt lite forskning om miasmateorins existens och än mindre om dess försvinnande, trots att denna förklaringsmodell flitigt användes för att förklara epidemier fram till sent 1800-tal, och trots att miasma användes för att motivera den sanitära rörelsens tillblivelse på 1850-talet med Chadwick i London som centralpunkt.

⁸²¹ Se exempelvis Constance Classen, David Howes & Anthony Synnot, *Aroma. The Cultural History of Smell* (New York, 1994); Robert Jütte, *A History of the Senses. From Antiquity to Cyberspace* (Cambridge, 2005); David Holmes (red.), *Empire of the Senses. The Sensual Culture Reader* (Oxford, 2005); Mark M. Smith, *Sensory History* (Oxford, 2007). Miasmateorin nämns ibland, men då bara i förbifarten och utan att beskrivas eller analyseras.

⁸²² Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 4.

⁸²³ Jonathan Reinartz, *Past Scents. Historical Perspectives on Smell* (Champaign, 2014), s. 178–179. Se även Smith, *Sensory History*, s. 59–74, Jim Drobnik (red.), *The Smell Cultural Reader* (Oxford, 2006).

⁸²⁴ Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 259.

⁸²⁵ Bynum & Porter (red.), *Medicine and the Five Senses*. När luktsinnets förhållande till hälsa väl diskuteras så avhandlas ämnet på fem sidor av totalt 331. Här ges heller ingen förklaring till varför miasmateorin överges.

⁸²⁶ Till exempel undersöker bidraget ägnat åt luktsinnets förhållande till medicinen i Bynum & Porter (red.), *Medicine and the Five Senses* bara perioden fram till 1600-talet. Se Palmer, "In Bad Odour".

Därtill framställs miasmatorin återkommande som irrationell. Roy Porter påstår exempelvis att dess attraktionskraft förklarades av ”residual associations between contagion, astrology, magic and the occult”.⁸²⁷ På ett liknande sätt skriver medicinhistorikern Bodil Persson att ”planetkonstellationer orsakade atmosfäriska förändringar som i sin tur utlöste den miasmatiske luftföroreningen”.⁸²⁸ Visserligen har astronomiska inflytanden i viss utsträckning använts för att förklara uppkomsten av miasma under pestepidemier på 1500–1600-talen (Jupiters och Mars kombinerade påverkan sades vara miasmatiskt). Men det finns få exempel på att uppfattningar om att inflytanden från stjärnorna och planeterna orsakade miasma levde kvar på 1700-talet, och än färre på 1800-talet. Ockulta, magiska och astrologiska inflytanden är ännu svårare att finna spår av – varken Porter eller Persson ger några exempel.

Roy Porter skriver vidare att ”miasmaticism’ seemed scientific”, det vill säga att den *verkade* vara vetenskaplig, snarare än att den verkligen var det, på grund av sin solitt empiriska grund.⁸²⁹ Men utifrån antaganden om hur luktsinnet fungerade och hur den öppna kroppen interagerade med sin omgivning under denna period så var den som jag visat en rimlig smittspridningsteori.⁸³⁰ Viss stank ansågs kunna döda eftersom lukt trängde rakt in i hjärnan – Galenos beskrev näsan som ett slags passage snarare än som ett eget organ.⁸³¹ Dessa uppfattningar förstärktes av de upptäckter pneumatiska kemister som bland andra Stephen Hale gjorde på 1700-talet, när han visade hur luft trängde in i kroppens porer och fick kroppsvätskorna att svälla eller krympa och fibrernas spänning att öka eller minska.⁸³² Vaksamheten mot atmosfären vilken kännetecknade klimatmedicinen och miasmatorin berodde alltså på den öppna kroppens känslighet och mottaglighet för förändringar i den kringliggande luften.

Varför övergavs miasmatorin plötsligt under sent 1800-tal, när läkare hade bedömt den vara giltig och användbar sedan antiken? Den enda förklaring som ges inom tidigare forskning är ”bakteriologins genombrott”. Melanie Kiechle påstår att det var just ”germ theory” som ”disrupted the equation of ill smells with ill health”.⁸³³ Porter hävdar att ”bacteriology finally settled” debatter

⁸²⁷ Roy Porter, ”What is Disease?” i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 104.

⁸²⁸ Bodil Persson, ”Vårt umgänge med mikrober” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Stockholm, 2008), s. 161–208, citat på s. 169.

⁸²⁹ Porter, ”What is Disease?”, s. 104.

⁸³⁰ Se kapitel 4.

⁸³¹ Palmer, ”In Bad Odour”, s. 60–65. Se även Smith, *Sensory History*, s. 59–74.

⁸³² Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 11.

⁸³³ Kiechle, *Smell Detectives*, s. 19. Det bakteriologiska argumentet återkommer även på exempelvis s. 196–197 samt i bokens inledning av Paul Sutter. Men Kiechle lyfter även fram en organisatorisk förändring som möjlig förklaring. De amerikanska domstolar som beslutade om böter för luftföroreningar blev alltmer centraliserade under 1800-talets gång och förnam sällan själva den stanken de beslutade om. Därför började de kräva in visuella bevis för besvärlig stank, som luktkartor. Se kapitel 7, ”Visualizing Vapors and Seeing Smells”, s. 198–232.

mellan miasmater och kontagionister.⁸³⁴ Lukthistorikern Jonathan Reinarz försäkras på samma sätt att ”a victory over stench was claimed by century’s end with the rise of germ theory in the 1880s”.⁸³⁵ I den mest omfattande översikten av luktsinnets historia hävdar Constance Classen, David Howes och Anthony Synnot att vetenskapsmän under sent 1800-tal upptäckte att sjukdom spreds via bakterier snarare än via lukt. De menar att särskilt Louis Pasteurs rön ledde till att ”the medical community left smells behind and moved on to microbes”.⁸³⁶

Det finns alltså rörande enighet om att det var just bakteriologins genombrott som orsakade miasmateorins fall. Denna förklaring är inte oriktig, men alla dessa forskare förlitar sig på en enda källa: den franska historikern Alain Corbins undersökning. Och faktum är att hans förklaring är förvånansvärt tunn. Att de experiment han menar motbevisade denna teori – där några franska bakteriologer kring 1880 demonstrerade att miasmatiske ångor inte innehöll bakterier – fick ett så pass stort genomslag är snarare uppseendeväckande än självklart. Corbins argument behöver undersökas närmare.

Så hur förklarar Corbin att miasmateorin överges? Han börjar med att demonstrera alla de sätt på vilka det vetenskapliga etablissemangen i Frankrike 1880 hade slutat tro på miasma. När vetenskapsmännen väl övertygats om att bakterier förmedlade sjukdom, upphörde de enligt Corbin att associera obehaglig stank med hot mot hälsan. Den franska hygienisten Paul Brouardel, och många med honom, upprepade att ”allt som stinker dödar inte, och allt som dödar stinker inte”, vilket blev ett nytt slagord för reformivrare i Pasteurs efterföljd. Vetenskapligt lutade de sig mot ett flertal undersökningar: Miquel visade att avloppsluft kunde lukta ruttet utan att bära med sig mikrober. Chardouillet skrev 1881 att gaserna som stiger upp ur lik stadda i upplösning inte innehöll bakterier. Samma år argumenterade Colin för att inte heller lik från döda djur skapade bakteriebärande stank. Miquel demonstrerade år 1880 att han kunde förångas en ruttande materia nästan fullständigt utan att mikrober som befann sig däri bars iväg via luften. När han samlade ihop den vattenånga luften kondenserades till var den illaluktande men bakteriefri. Vetenskapsmännen ansåg inte längre att jord som var indränkt i förruttnat material var skadlig eftersom Schloesing upptäckt att jord höll kvar bakterier. Därmed demonstrerade illaluktande jord att omgivande luft var särskilt ren snarare än särskilt nedsmutsad. Flera uppslagsverk från tiden kring 1880, som *Dictionnaire Dechambre*, slog fast att tiden då lukt ansågs direkt skada människor var förbi.⁸³⁷

Jag ifrågasätter varken betydelsen av bakteriologernas upptäckter eller att deras rön fick ett omedelbart genomslag. På bara några få år var den mångtusenåriga miasmateorin motbevisad. Men jag menar att det faktum att teorin försvann så hastigt och helt utan diskussion tyder på att bakteriologerna

⁸³⁴ Porter, ”What is Disease?”, s. 82–103.

⁸³⁵ Reinarz, *Past Scents*, s. 179.

⁸³⁶ Classen, Howes & Synnot, *Aroma*, s. 80–81, 89.

⁸³⁷ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 224.

tillhandahöll argument vid en tidpunkt då teorin av någon annan, outtalad anledning redan gjort sig omöjlig.

Denna anledning var att läkare alltmer uppfattade kroppen som slutet mot och autonom från sin omgivning snarare än mottaglig och följsam. När kroppen inte längre uppfattades som öppen och genomtränglig för omgivande luft blev miasmateorin orimlig, eftersom sättet på vilket stank antagits förändra kroppar nu underkändes. Miasmatiskt inflytande kunde tränga in i den öppna men inte i den slutna kroppen.

Att övergången från flödeshanterande medicin till gränsskyddande medicin orsakade teorins övergivande kan bara demonstreras indirekt, eftersom brytningen som sagt skedde helt utan diskussion. Men innan jag gör det vill jag peka ut flera försvårande omständigheter i narrativet om att bakteriologin motbevisade miasmateorin för att komplicera Corbins förklaringsmodell.

Förutom de undersökningar som Corbin hänvisar till antar han även att den miasmatiska teorin delvis motbevisades genom Pasteurs berömda svanhals-experiment 1859, då den franske kemisten vederlade tesen om att uralstring var möjlig. Istället visade Pasteur att förekomsten av mikroorganismer var nödvändig för att förruttelseprocesser skulle uppstå, vilket var ett allvarligt slag mot kemisten Justus von Liebig's zymiotiska teori om att all sjukdom var förruttelse. Denna teori hade varit ett starkt stöd för den miasmatiska smittspridningsteorin under dess uppsving på 1850-talet. Men att Pasteurs försök – i kombination med de franska bakteriologernas undersökningar kring 1880 – direkt ledde till miasmateorins försvinnande är ett antagande som behöver granskas närmare.

Miasmateorin utgick från tre postulat: att förruttelse kunde smitta, att förruttelsesmitta kunde vara luftburen och att lukt röjde smittans närvaro. När Pasteur motbevisade uralstringshypotesen skulle teorin ha kunnat förblivit opåverkad, eftersom denna teori utgick från att luften förde med sig ett ospecificerat ämne som orsakar förruttelse och sjukdom: ifall det bestod av mikroorganismer eller ej gjorde varken till eller från. Teorin fortsatte dessutom att användas även efter svanhalsexperimentet, både bland svenska provinsialläkare och i Frankrike.⁸³⁸ Därefter skedde de undersökningar Corbin använder som förklaring till att teorin övergavs: att de franska kemisterna etablerade att förruttelsestank ej innehöll fler bakterier än annan luft.

Men kemisternas upptäckter motbevisade bara ett av de tre postulaten: att förruttelsesmitta var luftburen. Att röta kunde smitta motbevisades inte, ej heller att skämd lukt avslöjade förruttelsens närvaro. Varför skulle inte miasmateorin kunnat leva kvar som en smitta vilken överfördes via *beröring*? Detta var för övrigt Ignaz Semmelweis stora upptäckt: att barnsängsfeber förmedlades genom beröring snarare än genom luften.⁸³⁹ En sådan omtolkning av

⁸³⁸ Barnes, *The Great Stink of Paris*, s. 229–259.

⁸³⁹ Semmelweis föreskrev också desinficering av läkarnas händer med klorerad kalk på grund av kalkens *starka doft*. Hans sjukdomsuppfattning var alltså fast förankrad i den öppna kroppens

teorin hade lätt kunnat pusslas in i den sanitära-bakteriologiska rörelsen eftersom den uppmuntrade till rengöring. Det hade förmodligen inte varit särskilt svårt att finna bakterier i saker som luktade ruttet. Förruttnelsestanken skulle kunnat ha kvar sin koppling till sjukdomshot och bekvämt samverkat med bakteriäläran, särskilt som bakterier var omöjliga att förnimma med sinnen utan speciella mikroskop de flesta läkare inte hade tillgång till. I praktiskt sjukdomsförebyggande arbete försökte läkare därför sällan identifiera bakterierna själva, utan försökte snarare finna platser och situationer där bakterier troligen förekom. Detta är för övrigt en delförklaring till att kroppsutsondringar blev ett så centralt objekt för renlighetsingripanden vid slutet av 1800-talet – i utsöndringarna antogs bakterier existera. Miasmastank hade alltså kunnat inkorporeras i den hygienistiska rörelsen som ett tecken på särskilt bakteriemättade miljöer. Att det inte blev så tyder på att det inte var just miasmans koppling till bakterier som var problemet, utan någonting annat.

Corbin, tillsammans med alla de historiker som citerar honom, tar alltså det faktum att bakteriologerna kunde visa att förruttnelsestank ej innehöll bakterier som ett avgörande bevis mot miasmateorin. Men varför var konsekvenserna av dessa undersökningar så omfattande, varför togs de i sin samtid som ovedersägliga bevis på teorins oriktighet? Vetenskapshistorien är full av krafter och orsakssamband som vetenskapsmän accepterar bara genom att notera deras resultat. Identifikationen av mellanledet, själva det förmedlande objektet, är alls inte nödvändigt för att en kraft skall uppfattas vara verklig. Ända tills gravitationsvågor identifierades på 2010-talet var gravitationen en sådan kraft, vars existens accepterades utifrån de effekter den orsakade, utan att verkningsmedlet var känt.⁸⁴⁰

Bakteriologerna hade inte motbevisat att det fanns *någonting* i förruttnelseluft; miasmateorin förutsatte att miasma var närvarande då man känner lukten av den. Den var därmed mycket enklare för läkare att identifiera empiriskt än bakterier. En person som kände lukten av miasma visste att den var närvarande, medan bakteriers närvaro endast kunde bekräftas via bakteriologiska laboratorieundersökningar, vilka för landsortsläkare tog veckor.

Min poäng är att ifall någon hade varit intresserad av att försvara miasmateorin mot bakteriologernas angrepp, så hade de kunnat argumentera för att miasmapartiklarna var alltför små för att upptäckas med de mikroskop som fanns tillgängliga, eller att miasmatiske smitta överfördes via en princip som inte kunde identifieras visuellt. När de pneumatiska kemisterna Joseph Priestley, Jan Ingenhousz och Felice Fontana under sent 1700-tal designade eudiometrar för att mäta skillnaden mellan hälsosam havsluft och miasmatiske träskstank, ledde misslyckandena med att identifiera skillnader i luftens sammansättning till att instrumenten slängdes ut, inte klimatmedicinen och miasmateorin. Caroline

mottaglighet för starka dofter. Se Temkin, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, s. 462–463.

⁸⁴⁰ Harry Collins, *Gravity's Kiss. The Detection of Gravitational Waves* (Cambridge, 2017).

Hannaway menar att eudiometrarnas oförmåga att registrera skillnaderna i luftens hälsosamhet på olika platser var den impuls som ”cut off the heralded promise that the new pneumatic chemistry held out for medicine. In fact, what this failure meant for the causation of disease was a turning away from the chemical composition of the atmosphere and a renewed emphasis on the evanescent miasmas”.⁸⁴¹

Det är inte bara under tidigt 1700-tal som oförmågan att finna en kausal agent där man ser ett tydligt orsakssamband leder till att undersökningsmetoderna förkastas och teorin består: virus upptäcktes på det viset 1897. Detta år introducerade kemisterna Paul Frosch och Friedrich Loeffler konceptet att vissa sjukdomar orsakades av en agent vilken kunde passera igenom ett bakteriesäkert filter. De kallade denna agent, som de inte kunde se utan bara identifiera följderna av, för ”virus”. Det var inte förrän på 1930-talet, då elektronmikroskop uppfanns, som viruset kunde identifieras visuellt. Ändå antogs denna osedda sjukdomsagent existera – man såg en verkan och antog att den hade ett materiellt ursprung.⁸⁴² Lägg ett ruttet äpple bland friska äpplen och rötan sprids; att förruttnelse är smittsamt är en väl etablerad princip, omedelbart observerbar och aldrig ifrågasatt. Varför övergavs då miasmateorin för att inga agenter identifierats, när virusteorin existerade i mer än trettio år innan agenten kunde visas fram som materiell substans?

Ett annat argument för miasmateorins försvinnande kommer från Caroline Hannaway, som menar att klimatmedicin och miasmatiska smittspridningsteorier var oförenliga med teorier om mikrobisk sjukdomsöverföring. Hon påstår att ”[e]xamination of the environment continued to loom large in disease aetiology until the theory of micro-organisms as causative agents became persuasive enough to hold sway”.⁸⁴³ Problemet med denna förklaring är att miasmateorin och klimatmedicinen bekvämt samexisterat med teorier om mikroorganismer som orsaker till sjukdom i flera hundra år. Kontagionistiska teorier gick ut på just det: ”kontagion” var ett ämne som inte kunde ses men som orsakade sjukdom. Provinsialläkarna talade ofta om ”sjukdomsfrön” eller ”smittämne” även under tidigt 1800-tal.⁸⁴⁴ Det är väl känt att många sjukdomar, exempelvis syfilis och smittkoppor, ansågs smitta via en substans som fördes vidare från person till person. Margaret Pelling skriver om förbakteriologiska smittspridningsteorier att ”even ’germ theorists’ used the concepts of contagion, infection, and miasma as if they were difficult to distinguish,

⁸⁴¹ Hannaway, ”Environment and Miasmata”, s. 305. Se även Simon Schaffer, ”Measuring Virtue. Eudiometry, Enlightenment and Pneumatic Medicine” i Andrew Cunningham & Roger French (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century* (Cambridge, 1990), s. 281–318.

⁸⁴² Paul Weindling, ”The Immunological Tradition”, i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 192–204, särskilt s. 199.

⁸⁴³ Hannaway, ”Environment and Miasmata”, s. 302.

⁸⁴⁴ Ordet ”smittämne” förekommer 42 gånger i Medicinhistorisk databas. Se även exempelvis 1840 Sundsvall Platzman: ”Ingen härjande sjukdom hemsökte Landet. Sjelf den mäst dödande, denna [kontagiösa feber...] utbredde sitt förderfliga frö så glest, att skörden af lif blef ganska ringa”.

overlapping, or even interchangeable”.⁸⁴⁵ Hannaway skriver själv att miasmateorin på 1700-talet påverkades av vetenskapsmän som Boyle, för vilka luft ”was a matrix that could receive and contain minute corpuscles [...] which could be the causative agents of disease”.⁸⁴⁶ Förekomsten av mikroorganismer som sjukdomsorsaker kan alltså inte ha varit en orsak till att klimatmedicin och miasma övergavs, eftersom teorierna samexisterat så länge.⁸⁴⁷

Constance Classen, David Howes och Anthony Synnot menar angående luktsinnets marginaliserade roll under 1800- och 1900-talen att lukter under förmodern tid antogs vara inneboende essenser vilka avslöjade inre sanning. Genom luktsinnet interagerade man med kroppars och tings insidor snarare än med de ytor synsinnets hade tillgång till. Lukter kunde inte avgränsas och kontrolleras. Snarare överskred de gränser eftersom separata luktrintryck smälte samman till en enda sensorisk helhet. En sådan uppfattning kan enligt Howes och Synnot ses som motsatsen till den moderna, linjära världsbilden med dess betoning på privatliv, avgränsade enheter och interaktioner på ytan.⁸⁴⁸ De menar att lukt marginaliserats för att lukter ”threaten the abstract and impersonal regime of modernity by virtue of its radical interiority, its boundary-transgressing propensities and its emotional potency”.⁸⁴⁹ Detta eftersom det moderna samhället enligt Classen, Howes och Synnot kräver att personliga gränser respekteras.⁸⁵⁰ De menar alltså att luktsinnets betydelse minskade under 1900-talet för att lukter ansågs gränsöverskridande under en tid när gränserna mellan människor fick överordnad betydelse: samma slags övergång som jag visat på.

Luktsinnets omkonfigurering är inte hela historien. Även förklaringsmodellen där visuella sinnesintryck kunde få direkta fysiologiska konsekvenser övergavs mot slutet av 1800-talet. Exempel skulle kunna vara en person som fick ett slaganfall av att se någonting skrämmande eller att en mor födde ett missbildat, hundliknande barn efter att ha sett en hund under graviditeten.⁸⁵¹ Att sådana orsakssamband övergavs samtidigt som åderlätning, evakuerande

⁸⁴⁵ Pelling, ”Contagion/Germ Theory/Specificity”, s. 310.

⁸⁴⁶ Hannaway, ”Environment and Miasmata”, s. 304–305.

⁸⁴⁷ Därtill existerade då som nu en lång rad sjukdomar där ingen yttre sjukdomsagent kunde påvisas: exempelvis vad som idag kallas för psykiska sjukdomar för att inte tala om de autoimmuna, som reumatism.

⁸⁴⁸ Classen, Howes & Synnot, *Aroma*, s. 4–5. Se även Smith, *Sensory History*, s. 59–74.

⁸⁴⁹ *Ibid.*, s. 5.

⁸⁵⁰ *Ibid.*

⁸⁵¹ Se exempelvis 1836 Nätra Hay. Även 1854 Filipstad Pallin: ”En piga af några och 20 års ålder hade en quäll, då hon var ensam i mörkret, tyckt sig se sin aflidne systems ’välnd’, och blef deraf så skrämmd att hon höll på att svimma. Sedan hade hon några gånger, äfven på ljusa dagen, tyckt sig se samma syn; och då hade alltid bloden stigit henne åt hufvudet så att hon måst genast lägga sig; hon hade då vanligen blifvit åderlättn, hvarefter hon snart lärta blifvit återställd. Då jag, d. 10/12, såg henne, hade hon några timmar förut haft samma syn, stark conges[tion, d.v.s. svullnad] till hjernan; pulsen 120, full och hård”. För liknande fall i Storbritannien, se Steven J. Taylor, ”She was frightened while pregnant by a monkey at the zoo’. Constructing the Mentally-imperfect Child in Nineteenth-Century England”, i *Social History of Medicine*, vol. 30, nr 4, 2017, s. 748–767.

terapier, klimatmedicin och miasmateori tyder på att även denna klass av orsaksförklaringar var beroende av den öppna och följsamma kroppen.

Sammantaget lider alltså den historiska förståelsen av denna period så pass ofta av framstegsidéer att inte ens socialhistoriker, som annars är mycket kritiska till hjältarnas historia, kan låta bli att använda ”bakteriologins genombrott” som en förklaring när det behövs. Bakteriologiska upptäckter har genomgående använts alltför snabbt för att stöka undan besvärliga övergångar från ”äldre” och ”traditionell” medicin till ”modern” och ”vetenskaplig” medicin. Den tenderar att användas som självklar brytpunkt och alla kvardröjande rester av äldre tankesätt beskrivs som atavismer. Men som Michael Worboys visat var bakteriologi under 1800-talet i mycket en bekräftelse av äldre teorier (han talar om ”germ theories” i plural) och uppfattades inte nödvändigtvis som en revolutionerande brytpunkt med gammal medicin förrän efter år 1900.⁸⁵² Varför ledde just bakteriologins uppkomst till att miasmateorin avfärdades? Corbin påpekar att mikrober av franska bakteriologer på 1870-talet under en kort period ibland kallades för ”mikrobiskt miasma”.⁸⁵³ Varför fortsatte man inte med denna kombination av gammalt och nytt?

Och varför, som sagt, krävdes det inte mer arbete för att motbevisa miasmateorin? Hur kunde en så långlivad sjukdomsförklaring helt avfärdas på ett år eller två? Avsaknaden av bakterier i förruttnelsestinkande luft kanske tillhandahöll argument som framstod som rationella, men för att sådana upptäckter skulle kunna ge dödsstöten till en sjukdomsförklaring som använts sedan romarriket behövde teorin redan stå under hårt angrepp från annat håll.

Jag menar att det faktum att de franska bakteriologernas ganska ynkliga angrepp på miasmateorin ledde till dess totala undergång behöver förklaras med att den av någon anledning redan förstods som gammaldags, obegriplig och kvardröjande från en annan tid. Den var redan övergiven: nu behövdes bara argument för en förändring vars verkliga orsaker förblev dolda. Vad var den dolda orsaken till att miasmateorin övergavs? Att övergången från flödeshanterande till gränsskyddande medicin inom skolmedicinen innebar att den slutna och autonoma kroppen hamnade i fokus istället för den öppna och följsamma.

Övergången mellan kroppsuppfattningar är alltså av central betydelse för att miasmatiske smittspridningsteorier så abrupt övergavs under sent 1870-tal. De bakteriologiska testerna som Corbin och andra hänvisar till var bara den milda vindpust som fällde ett redan murket träd. I nästa kapitel kommer jag att diskutera hur denna process gick till, men först kommer jag att redogöra för varför inte heller de existerande förklaringarna till varför åderlätning övergavs är tillfredsställande.

⁸⁵² Worboys, *Spreading Germs*, s. 277–292.

⁸⁵³ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 223, not 4.

Argument för varför åderlätning övergavs

Den enda av dessa fyra praktiker och teoriers försvinnanden som givit upphov till några mer djuplodande förklaringsförsök är åderlätning. Shigehisa Kuriyama sammanfattar medicinhistorikers inställning till terapeutisk bloduttömning när han skriver:

The history of bloodletting poses two basic problems. One is the puzzle of bloodletting's traditional popularity; the other is the enigma of its modern decline.⁸⁵⁴

Det är uppenbart för medicinhistoriker som sysslat med 1800-talet att åderlätning var en dominerande medicinsk praktik under seklets början, men nästan helt hade övergivits vid dess slut. Ett brittiskt medicinskt uppslagsverk från åren 1830–1840, vilket innehöll artiklar av landets mest hyllade läkare och gavs ut i många upplagor, rekommenderade exempelvis åderlätning som terapi för två tredjedelar av de indexerade sjukdomarna.⁸⁵⁵ Under 1820-talet importerades över 7 miljoner blodiglar om året till Storbritannien.⁸⁵⁶ K. Codell Carter ger exempel på hur en patient behandlades med 220 iglar och två åderlätningar och refererar till en läkare som 1859 uppskattade att han under sin karriär åderlätit mer än 1200 liter blod.⁸⁵⁷ Karin Johannisson följer fascinerat brytningen med åderlätning som praktik i svenska läkarböcker: ”Via upplagorna av Wistrand, *Handbok i Husmedicinen* kan man följa åderlätningens försvinnande ur den vetenskapliga medicinen. 8:e uppl (1889) rekommenderar den ännu varmt i samband med ’sjukdomar med inflammatoriskt lynne’, 9:e uppl (1894) är helt avvisande”.⁸⁵⁸ I Sverige var ett avgörande steg att man slutade att utbilda läkare i åderlätning på Karolinska Institutet 1852, under Magnus Huss ledning.⁸⁵⁹ Samma år meddelade Huss Svenska Läkaresällskapet att behandlingarna mot lunginflammation på Serafimerlasarettet numera ”inskränka eller utesluta bloduttömningar”.⁸⁶⁰ John Harley Warner ger en tydlig översikt över minskningen av terapeutiskt bloduttömmande på 1800-talet genom att räkna i hur många fall åderlätning medelst blodiglar, koppning eller öppnad ven föreskrevs på två amerikanska sjukhus. Han visar att åderlätning användes i uppemot 35 procent av sjukdomsfallen under åren 1830–1850, men i färre än 5 procent av fallen på 1880-talet. Processen skedde gradvis, men Warner skriver att ”change in

⁸⁵⁴ Kuriyama, ”Interpreting the History of Bloodletting”, s. 11.

⁸⁵⁵ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 11. Uppslagsverket Codell Carter refererar är John Forbes, Alexander Tweedie & John Connolly (red.), *The Cyclopaedia of Practical Medicine* (Philadelphia, 1849).

⁸⁵⁶ *Ibid.*, s. 12, 16.

⁸⁵⁷ *Ibid.* Läkaren sade sig ha åderlätit ”100 barrels”.

⁸⁵⁸ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 276–277, not 15.

⁸⁵⁹ Broberg, ”Liten svensk medicinhistoria”, s. 22.

⁸⁶⁰ Referat av föredrag vid Svenska läkaresällskapets sammanträde 30 mars 1852, citerat i Bergstrand, ”Läkekonstens utveckling och medicinska teorier förhärskande vid tiden för Svenska läkaresällskapets stiftande”, s. 206.

practice over the long duration of time was dramatic”, till och med att ”the overall transformation in actual practice between the 1820’s and the 1880’s was *momentous*”.⁸⁶¹

Historikers förklaringar till varför åderlätning övergavs faller in i två grupper. Den ena gruppen förlitar sig på framsteg som orsak och förstår 1800-talets medicinhistoria som en förhistoria till modern medicin. Ur denna synvinkel blir åderlätning, evakuerande terapier, miasmatorin och klimatmedicinen ofta sammanklumpade till ”traditionell” medicin, och behandlas som de hämningar läkare behövde övervinna för att medicinen skulle kunna sammantvinnas med vetenskapen och modern medicin uppstå. Charles Rosenberg skriver om denna inriktning att den använder det tidiga 1800-talets terapier som ”a source of anecdote, or as a murky bog of routinism from which a comforting path led upward to an ultimately enlightened and scientifically based therapeutics”.⁸⁶² Eftersom äldre medicin här framställs dels som ett hinder, dels som modern medicins motsats, argumenterar man gärna för att traditionell medicin övergavs på grund av ”ökad rationalitet”, eller med Rosenbergs ord ”the gradual triumph of a critical spirit over ancient obscurantism”.⁸⁶³

Den andra gruppen av förklaringar kommer från socialhistoriker, som inte vill använda varianter på temat ”naturligt framsteg” för att förklara evakuerande terapiers övergivande. Istället menar de att dessa användes och övergavs av sociala skäl. Dock utgår de ofta outtalat från samma grundantagande som framstegshistorikerna, nämligen att åderlätning var ineffektivt och skadligt. Därför blir deras argumentation ofta en sorts ursäkt för varför vettiga människor utförde obegripliga handlingar. Dessa historiker menar att läkare åderlät för att lugna och smärtlindra och för att framstå som handlingskraftiga. Förändrad efterfrågan samt kritik från alternativmedicinskt håll används för att förklara åderlätningens övergivande. Roy Porter är den mest kände företrädaren för denna modell, men dessa förklaringar är helt dominerande inom det samtida forskningsfältet om 1800-talets medicin. Charles Rosenberg är ett exempel på detta: han menar att terapier innefattade ”emotions and personal relationships” och att terapeutisk behandling ”incorporates all of those cultural factors which determine belief, identity, and status”.⁸⁶⁴ Interaktionen mellan doktor och patient bör därför, menar han, förstås som en social ritual.⁸⁶⁵ I detta avsnitt kommer jag att gå igenom båda dessa två kategorier av förklaringar och visa att de båda är otillfredsställande. Men först beskrivs hur 1800-talsläkare själva förklarade varför de övergivit åderlätning.

När debattörer i medicinska tidskrifter på 1850-talet angav orsaken till varför läkare i stort sett slutat åderlåta använde de ofta vad som på engelska kallas ”change-of-type-theory”. Enligt denna teori led människor under tidigt 1800-tal

⁸⁶¹ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 5. Min kursivering.

⁸⁶² Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 485–506, citat på s. 485.

⁸⁶³ *Ibid.*, s. 486.

⁸⁶⁴ *Ibid.*, s. 485–486.

⁸⁶⁵ *Ibid.*, s. 486.

i stor utsträckning av stheniska sjukdomar, där kroppen blev alltför retad och överhettad och där åderlätning var befogad för att sänka upphetsningen. Fram emot seklets mitt sades dock sådana sjukdomar ha blivit sällsynta. Istället menade flera läkare – exempelvis William Alison (professor i medicin i Edinburgh) och hans efterföljare – att astheniska sjukdomar istället blivit vanligast, där patienten behövde tillföras kraft i form av mediciner och där åderlätning alltså inte borde användas. Olika slags sjukdomar var dominanta under olika perioder, därför brukades åderlätning ibland mer sällan. En variant av denna förklaring var att människors konstitution förändrats: där deras kroppstyper tidigare lätt inflammerats, vilket föranledde åderlätning, var de nu av bräcklig, anemisk typ vilken inte klarade av att förlora blod. Genom att hänvisa till att människors kroppstyper eller sjukdomsprevalensen blivit annorlunda kunde läkare argumentera för att åderlätning var en gynnsam och legitim praktik utan att själva använda sig av den, eftersom den bara var påbjuden i sjukdomsfall som inte längre förekom.⁸⁶⁶

Bland medicinhistoriker har denna förklaring framstått som orimlig. Istället har många hänvisat till ökad rationalitet och tilltagande tilltro till empiriska metoder. Eva Palmblad menar exempelvis att 1800-talets naturvetenskapliga upptäckter, som Virchows cell och Kochs tuberkelbacill, ”gav läkarna en ny självkänsla. Med detta etablerades också en ny kunskapssyn inom läkarvetenskapen. Till hållbara medicinska teorier räknades hädanefter bara sådana som var grundade på empirisk iakttagelse, hypotesbildning och kontrollerade försök”.⁸⁶⁷ På samma sätt hävdar Irving Loudon att brittiska läkare från 1820-talet lyckades frigöra sig från upplysningsteorier genom att importera skeptisk medicinsk empirism från Frankrike: härigenom försökte läkarna radikalt omforma terapeutiska ingripanden.⁸⁶⁸

Men som John Harley Warner har påpekat är ordet empirism svårdefinierat i samband med 1800-talsmedicin, eftersom det dels användes för att känneteckna noggrann observation av enskilda sjukdomsprocesser, dels beskrev ett epistemologiskt angreppssätt vilket ställdes i motsats till det sena 1700-talets idealistiska medicinska system, företrätt av exempelvis William Cullen och John Brown. Empirismen sägs ofta ha ökat under 1800-talets gång. På ett sätt är läkarens medicinska system dock mindre empiriskt under sent 1800-tal eftersom bakteriologin verkar på en ”universell” kropp, där det blev mindre viktigt än tidigare att närstudera sjukdomsförlopps och kroppars individuella särdrag. Under tidigt 1800-tal hade varje sjukdomsfall förståtts som en unik

⁸⁶⁶ Warner, ”Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy”, s. 241–258, 242–246. Warner hänvisar till W. Alison, ”Types of Fever and Blood-Letting” i *British Medical Journal*, 1865, s. 624; Charles Creighton, *A History of Epidemics in Britain* (London, 1894), vol. 2, s. 162–163; Charles Murchison, *A Treatise on the Continued Fevers of Great Britain* (London, 1873), s. 31.

⁸⁶⁷ Palmblad, *Sanningens gränser*, s. 17.

⁸⁶⁸ Irvine Loudon, ”The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth-Century England”, i *Medical History*, vol. 29, 1985, s. 1–32, särskilt s. 6.

kombination av utifrån kommande inflytanden och en mottaglig kropp. Därför behövde läkaren helst undersöka varje sjuk kropps särtecken noga.

Tillväxten av empirismen som kunskapsteoretisk inriktning, snarare än som praktik, presenteras hur som helst som den avgörande faktorn för att ”traditionell” medicin skulle överges av många medicinhistoriker. Warner skriver exempelvis att ”this transition in epistemological thinking was among the most important and revealing transformations of medical therapeutics in nineteenth-century America”.⁸⁶⁹ Joseph Agassi skriver på samma sätt att åderlätning övergavs efter att ”the claim that bleeding is beneficial was tested and refuted”.⁸⁷⁰

Problemet med påståendet att åderlätning (liksom evakuerande terapier, klimatmedicinen och miasmatorin) övergavs på grund av ökad empirism, det vill säga för att läkare frigjorde sig från idealistiska 1700-talsprinciper eller romantisk medicin, är dock att det finns så få konkreta bevis.

Naturligtvis finns många tecken på att medicinen överlag gick i en alltmer empirisk riktning: den patologiska anatomin blev alltmer förfinad, fysiologin tog en laborieteknisk riktning, en lång rad specialiseringar uppstod under 1800-talet och så vidare. Men hur influerade dessa övergripande förändringar medicinska terapier i praktiken? Kopplingarna är otydliga. Historikern David Wootton menar att åderlätning övergavs eftersom fysiologiska undersökningar visade att bloduttömning ledde till minskad koncentration av hemoglobin, men han ger inga stöd för påståendet, vilket för övrigt mycket väl kunde ha tolkats som att åderlätning var skadligt för anemiska personer men fortfarande gynnsamt för patienter som uppfattades vara starka och fulla av blod.⁸⁷¹ Warner skriver på samma sätt: ”[h]ow could the practitioner assess the worth of therapeutic practices, and how was therapeutic progress to be effected and judged? The answers rationalistic systems of practice provided made physicians more and more uneasy.”⁸⁷² Men han ger inga exempel på läkare som faktiskt uttalade sådan oro, eller på vilka sätt denna rationalism uppdagade terapeutisk ineffektivitet rent konkret.

Det huvudsakliga problemet med argumentet att åderlätning övergavs tack vare ökad empirism är att så få 1800-talsläkare uttalade åsikten att åderlätning var skadligt. Jag har undersökt index för alla nummer av de svenska medicinska tidskrifterna *Hygiea* (årgångarna 1839–1900) och *Eira* (årgångarna 1877–1900) utan att finna några diskussioner om åderlätningens värde och effektivitet.⁸⁷³

⁸⁶⁹ Ibid., s. 37.

⁸⁷⁰ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. viii, 18; Joseph Agassi, ”The Concept of Scientific Theory as Illustrated in the Practice of Bloodletting” i *Medical Opinion*, nr 5, 1969, s. 157–169, citat på s. 159. Se även Fähræus, *Vår tids medicin*, s. 93.

⁸⁷¹ Wootton, *Bad Medicine*, s. 250.

⁸⁷² Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 37.

⁸⁷³ Naturligtvis nämndes åderlätning, evakuerande terapier, klimatmedicinen och miasmatorin återkommande. Särskilt ofta nämndes åderlätning i *Hygiea* under 1840- och 1850-talen. Men praktikerna varken utvärderades eller diskuterades utan togs genomgående som självklara. Det är möjligt att jag förbisettt enskilda notiser eller artiklar eftersom genomgången endast varit

Internationellt har medicinshistoriker dammsugit de medicinska tidskrifterna och sällskapen utan att finna mer än två betydande tillfällen då åderlätning diskuterades som potentiellt hälsovådlig under hela 1800-talet: för det första den franske läkaren Pierre-Charles-Alexandre Louis statistiska undersökning av åderlätningens effektivitet på 1820- och 1830-talen och för det andra en debatt om åderlätningens förtjänster i Edinburgh på 1850-talet.⁸⁷⁴

Det stora flertalet historiker, exempelvis Cook och Ackerknecht, stödjer påståendet att åderlätning empiriskt bevisades vara verkningslöst på Louis undersökning *Recherches sur les Effets de la Saignée*, först publicerad 1828.⁸⁷⁵ Här granskade Louis (som senare skulle bli en nyckelfigur inom medicinsk statistik i Frankrike) ifall åderlätning förbättrade eller försämrade patienternas tillstånd och tillfriskningshastighet vid inflammatoriska sjukdomar, och fann att den terapin begränsat inflytande. Men problemet med att använda Louis undersökning för att hävda att åderlätning bevisades vara ineffektivt är att Louis själv drog slutsatsen att "bloodletting, notwithstanding its influence is limited, should not be neglected in inflammations".⁸⁷⁶ Han till och med beklagade att andra tolkat hans studie som ett ifrågasättande av åderlätningens värde. I inledningen till den amerikanska översättningen av en av hans böcker uttryckte Louis ledsnad över att "some in consequence of prejudices, difficult of explanation, declared that I rejected bloodletting in the treatment of cases of inflammation, although I show the necessity of having recourse to it".⁸⁷⁷ Louis undersökning visade alltså med statistiska metoder att åderlätning i vissa fall hade mindre effekt än man tidigare trott, men detta resultat gjorde inte att han tog avstånd från åderlätning. Istället betonade han att det var en viktig terapi som inte fick överges. Att då som Wootton påstå att "bloodletting had largely been abandoned because statistical studies had shown that it did not work" är direkt missvisande.⁸⁷⁸

översiktlig, men det är tydligt att miasma, åderlätning och klimatmedicinens värde inte diskuterades utförligt.

⁸⁷⁴ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 3: "no early nineteenth-century publications have been identified that contained arguments against therapeutic bloodletting – no serious objections seem ever to have been raised against the practice".

⁸⁷⁵ Harold Cook, "From the Scientific Revolution to the Germ Theory", i Irving Loudon (red.), *Western Medicine. An Illustrated History* (Oxford, 2005), s. 80–101, särskilt s. 94; Ackerknecht, *History of Medicine*, särskilt s. 134.

⁸⁷⁶ Wootton, *Bad Medicine*, s. 171.

⁸⁷⁷ Pierre-Charles-Alexandre Louis, *Researches On The Effects Of Bloodletting In Some Inflammatory Diseases, And On The Influence Of Tartarized Antimony And Vesication In Pneumonitis* (Boston, 1835), s. xxxi. Det fanns fler undersökningar av åderlätningens effektivitet än Louis, exempelvis wienerläkaren Joseph Dietsch, som år 1849 gav ut arbetet *Der Aderlass in der Lungenentzündung*, där effektiviteten för åderlätning och andra flödeshanterande terapier som kräkvin ifrågasattes. Men inte heller Dietschs undersökning diskuterades särskilt ofta, varken av provinsialläkare eller i svenska medicinska tidskrifter. Se Bergstrand, "Läkekonstens utveckling och medicinska teorier förhärskande vid tiden för Svenska läkaresällskapets stiftande", s. 206.

⁸⁷⁸ Warner, "Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy", s. 241–258; Wootton, *Bad Medicine*, s. 250.

Den enda läkare vilken lyfts fram av tidigare forskning som en öppen kritiker av åderlätning är John Hughes Bennett. Denne var professor i medicin i Edinburgh och debatterade under 1850-talet åderlätningens värde med William Pulteney Alison, en annan professor i medicin vid samma lärosäte. John Harley Warner, som har undersökt denna strid vilken han kallar ”The Edinburgh Bloodletting Controversy”, lyfter fram några uppseendeväckande omständigheter. Inte nog med att detta var den enda större debatten om åderlätningens värde: nästan alla deltagare slöt upp på Alisons sida och försvarade åderlätning mot Bennetts kritik. I debatterna för eller mot åderlätning i Edinburgh under 1850-talet nämndes för övrigt Louis undersökningar ytterst sällan. Det är därför svårt att se Louis som en verklig motståndare till åderlätning, eller som att hans arbete undergrävde stödet för åderlätning som praktik.⁸⁷⁹ Jag är därför benägen att hålla med Codell Carter när han skriver att ”statistical studies, or the accumulation of experimental evidence, had virtually nothing to do with overcoming the traditional therapies”.⁸⁸⁰

Överlag var det alltså sällsynt att åderlätning angreps som ineffektiv eller skadlig under 1800-talet. Istället har flera medicinshistoriker angivit sociala skäl till att åderlätningen övergavs.

Ett sådant argument är ekonomiskt. Läkare sägs ha slutat åderlåta för att inte förlora patienter till alternativmedicinska utövare som homeopater och Thomsoniter. Rosenberg återger detta argument, där läkare antas ha övergivit åderlätning och andra evakuerande terapier eftersom så pass drakoniska behandlingar innebar ett handikapp i den öppna konkurrensen om välbeställda patienter jämfört med homeopatiska behandlingar. Därför sägs läkarnas terapier ha blivit ”modified to fit economic realities”.⁸⁸¹

Flera historiker menar också att en delförklaring till att läkare slutade åderlåta under 1800-talet var att denna praktik attackerades hårt av alternativmedicinska utövare. Men det förklarar inte varför åderlätning försvann i samma takt även i länder där alternativmedicinen inte hade stort inflytande under första halvan av 1800-talet, som i Sverige.

Därtill tycks det underligt att alternativmedicinska åsikter skulle ha lyckats underminera den praktik som av skolmedicinen hölls fram som en symbol för ortodox medicin. Den brittiska tidskriften *The Lancet* började publiceras 1823 och döptes efter just det instrument som ansågs vara mest kännetecknande för läkarvetenskapen – åderlätningsskivan. Skolmedicinska praktiker kritiserades konstant från alternativmedicinskt håll. Som Roy Porter visat tog den medicinska konkurrensen ordentlig fart från 1700-talet, åtminstone i

⁸⁷⁹ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 3.

⁸⁸⁰ Ibid., s. 4. Bennetts argument för att åderlätning borde överges är för övrigt ett tydligt utslag av gränsskyddande medicin. Han menade att praktiken var skadlig eftersom den minskade på kroppens kraft; blodut tömningar beskrevs som förluster för kroppens ekonomi. Warner, ”Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy”, s. 241–258.

⁸⁸¹ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 486–487, not till W. Rothstein, *American Physicians in the Nineteenth Century. From Sects to Science* (Baltimore & London, 1972).

Storbritannien och i USA.⁸⁸² Varför skulle alternativmedicinska invändningar ha lyckats tillintetgöra just åderlåtningen när deras ifrågasättanden av andra skolmedicinska behandlingar, exempelvis vaccination, inte fått nämnbar effekt under århundradena mellan 1700-talet och 2000-talet?

Man kan kringgå problemet med att skolmedicin sällan lyssnat på alternativmedicinsk kritik genom att säga att alternativmedicinens påverkan skedde indirekt, då patienternas uppfattningar om korrekt behandling förändrades. Men då antar man att patienterna var pådrivande för att åderlåtningen skulle överges: att patienter krävde att få slippa åderlåtning och att läkarna slutade åderlåta för att följa deras viljor och pengapåsar. Jag har dock inte funnit några spår i provinsialläkarrapporterna av att patienter motsatte sig åderlåtning påbjuden av läkaren. I tidigare litteratur nämns få sådana fall. Provinsialläkarna hade snarast motsatt problem: att lokalbefolkningen fortsatte åderlåta efter att läkarna hade övergivit praktiken. Att hänvisa till patienternas motvilja förklarar heller inte varför åderlåtning försvann eftersom det bara för frågan vidare. Varför skulle patienterna ha velat sluta åderlåta?

På ett liknande sätt har K. Codell Carter föreslagit att åderlåtning minskade för att läkares patientklientel förändrades under 1800-talet. Läkare sägs vid början av seklet främst ha behandlat aristokrater, vilka såg det som en hederssak att tåla stora mängder åderlåtning. Men vid seklets mitt började läkarna istället att behandla fattigare folkgrupper med svagare kroppar som inte klarade av blodförlust.⁸⁸³ Detta är en variant av 1800-talsläkarnas egna förklaringar till åderlåtningens försvinnande, men det förklarar inte varför åderlåtning försvann i samma takt bland läkargrupper vars patientklientel varit oförändrad under hela 1800-talet, som provinsialläkare.

Ett annat vanligt förekommande påstående är att åren 1850–1880 präglades av ”terapeutisk vilsenhet”, ”terapeutisk frustration” och ”terapeutisk nihilism”. Detta eftersom traditionella teorier, synsätt och metoder angreps på flera fronter, vilket med Monica Libells ord ledde till att läkarna själva alltmer började ”betvivla de gamla medicinernas och terapiernas verkningar”.⁸⁸⁴ På svenskt håll tycks denna uppfattning härröra från läkaren och medicinhistorikern Robin Fähræus.⁸⁸⁵ I amerikanska sammanhang hänvisas till tal och artiklar som hölls vid seklets slut för att underbygga sådana påståenden. Men det finns få tecken på någon sådan ”terapeutisk nihilism” varken i provinsialläkarrapporter eller i medicinska tidskrifter från dessa årtionden. Snarare tycks denna tolkning ha gjorts i efterhand av läkare under sent 1800-tal och sedan förts vidare av historiker.⁸⁸⁶

⁸⁸² Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*; Roy Porter, *Flesh in the Age of Reason. The Modern Foundations of Body and Soul* (New York, 2005).

⁸⁸³ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 7.

⁸⁸⁴ Libell, ”Vägen från konstform till naturvetenskap”, s. 331.

⁸⁸⁵ Fähræus, *Vår tids medicin*, s. 93.

⁸⁸⁶ För en läkare som under sent 1870-tal tillskriver läkare under 1850-talet terapeutisk nihilism, se exempelvis ”Roberts Bartholow, a Philadelphia Medical Professor, Celebrates Experimental

Svenska provinsialläkare vid mitten av 1800-talet var inte terapeutiska nihilister. Warner når samma slutsats om amerikanska läkare under dessa decennier. Han skriver att det är en av de mest efterhånga myterna om medicinska terapier i USA under åren 1820–1870 att ”therapeutic skeptics and nihilists appeared in the regular ranks to denounce and abandon traditional therapy”, men att det inte stämmer.⁸⁸⁷ Det var helt enkelt inte möjligt att låta naturen ha sin gång som praktiserande läkare vid mitten av 1800-talet, varken i Sverige eller USA: yrkesrollen hängde på ingripanden. Warner menar att ”a noninterventionist posture was not possible in America”.⁸⁸⁸

Den som – tillsammans med många medicinhistoriker – antar att 1800-talsläkare inte själva trodde på att åderlåtning fungerade, måste hitta andra förklaringar till att blodut tömning ändå användes flitigt. En ofta återkommande förklaring bland socialhistoriker var att praktiken var spektakulär: det var en dramatisk behandling vilken gav tydlig effekt och vars påverkan på den sjuka kroppen var omöjlig att ifrågasätta. Enligt Warner demonstrerade åderlåtningen tydligt ”the ability of the physician to alter his patient’s physiology at will”.⁸⁸⁹ Alain Corbin menade att vid vissa fall av åderlåtning var ”performance [...] as important as the end result”, som när kirurger såg till att blodet strömmade i en vacker båg.⁸⁹⁰ Men inga sådana performativa syften med åderlåtning finns belagda av historikerna som lyfter fram denna förklaring eller bland svenska provinsialläkare.

Läkarnas behov av att framstå som tillförlitliga, pålitliga och trygga i potentiellt kritiska situationer kvarstår dessutom även efter att åderlåtningen slutade användas. Om läkare verkligen använde åderlåtning för att framstå som mer kapabla än vad de var, vilket är omöjligt att bevisa, så vore det svårt att förklara varför de slutade.

Ett annat problem med argumentet att läkare skulle ha åderlåtning bara för att omedelbart uppnå tydliga fysiologiska effekter och framstå som effektiva och kapabla i patientens och de anhörigas ögon, är att de under stora delar av 1800-talet hade tillgång till andra medel som också gav snabba och sannerligen uppenbara effekter, som opium, alkohol och andra mediciner. Även genom sådana medel kunde läkare söva och döva. Åderlåtning var därtill en terapi som var enkel att härma för varje lekman: skulle läkarna varit intresserade av att öka sin status hade det varit mer strategiskt att lyfta fram mer svåråtkomliga behandlingar och mediciner, exempelvis opium.

Vissa medicinhistoriker förklarar vidare övergivandet av åderlåtning, klimatmedicin och miasmateori genom generationsväxlingar. Att läkare med nya idéer sakta ersatte äldre läkare, som var hängivna systemet de utbildats i

Medicine and the Ongoing Therapeutic Revolution” i John Harley Warner & Janet A. Tighe (red.), *Major Problems in the History of American Medicine and Public Health* (2001, Boston), s. 205–207.

⁸⁸⁷ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 14.

⁸⁸⁸ *Ibid.*, s. 17–18.

⁸⁸⁹ *Ibid.*, s. 92.

⁸⁹⁰ Corbin, *The Foul and the Fragrant*, s. 8.

många decennier tidigare, kan förklara varför enstaka uttalanden till stöd för miasmateori och åderlåtning förekom i provinsialläkarrapporter fram till 1890-talet. Men generationsväxlingar är i sig ingen förklaring till varför övergången skedde. Alla tidigare generationsväxlingar under tusentals år ägde rum utan att dessa förklaringsmodeller övergavs.

Flera medicinhistoriker tycks ha insett att många av de ovanstående förklaringarna enkelt kan motbevisas. Vissa har löst detta problem genom att gå till polemiskt angrepp mot läkarna själva. David Wootton, vars utgångspunkt i boken *Bad Medicine* från 2006 är att bevisa läkares historiska motsträvighet mot rationell förändring, menar att åderlåtning levde kvar så länge på grund av "the risk associated with pursuing new ideas".⁸⁹¹

Också Warner menar att intellektuella faktorer "impeded the rejection of bloodletting", eftersom det inte existerade något alternativt förklaringsystem som kunde ifrågasätta åderlåtningen som praktik.⁸⁹² Varför ingen sådan alternativ förklaringsmodell existerade frågar sig inte Warner. Däremot menar han att läkarvetenskapen under 1800-talet kännetecknades av en stor vördnad för traditionen; historisk kontinuitet var viktig för den professionella identiteten eftersom den gav läkarkåren legitimitet.⁸⁹³ Den nära kopplingen mellan terapeutisk intervention och professionell identitet är enligt Warner nyckeln till att förstå vad 1800-talsterapier betydde och hur de förändrades. Traditionella terapier som åderlåtning hade en symbolisk betydelse som "transcended and added meaning to their use".⁸⁹⁴ Att ha tilltro till åderlåtning var ett särtecken för den ortodoxa läkaren. Att upprätthålla åderlåtningens princip var en fråga om professionell etik.⁸⁹⁵ Eftersom terapeutiska ingripanden definierade yrkesidentiteten riskerade terapeutisk förändring enligt Warner att underminera professionen. Debatten dominerades och begränsades därför av dess påverkan på yrkets image och position.⁸⁹⁶ Det var sällsynt – och professionellt suspekt – för läkare att våga att använda en terapi de tidigare brukat.⁸⁹⁷

Men det förklarar varför åderlåtning övergavs i tysthet. Det förklarar inte varför åderlåtning övergavs. Warner menar alltså att det inte finns någon uttalad diskussion om åderlåtningens icke-värde för att det vore oartigt att attackera den terapi skolmedicinen tagit som sitt signum. Denna förklaring är dock bräcklig: Warner säger själv att läkarkåren slets mellan tradition och utveckling

⁸⁹¹ Wootton, *Bad Medicine*, s. 251.

⁸⁹² Warner, "Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy", s. 241–258, citat på s. 242.

⁸⁹³ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 163.

⁸⁹⁴ *Ibid.*, s. 12.

⁸⁹⁵ *Ibid.*, s. 5.

⁸⁹⁶ *Ibid.*, s.12. Se även Wootton, *Bad Medicine*, s. 250: "By 1892 the leading American physician of his day, William Osler, was writing 'During the first five decades of this century the profession bled too much, but during the last decades we have certainly bled too little.'" Wootton påpekar också att en artikel publicerades i *The Lancet* så sent som år 1911 med rubriken "Cases illustrating the uses of venesection".

⁸⁹⁷ *Ibid.*, s. 165.

under hela 1800-talet. Att attackera åderlätning hade väl varit ett utmärkt sätt för yngre generationer att särskilja sig från sina företrädare genom ett fadersuppror? Samhällsomstörtare har funnits i alla tider. Ta exempelvis Semmelweis – hans eftermäle som försvarare av patientens liv gentemot okunnig dogmatism diskuterades flitigt efter hans död 1865 och senare än så. Han beskrivs återkommande som en rationalitetens martyr med en passionerad ordrikhet som aldrig användes om åderlätningens motståndaren Bennett, vare sig inom läkarkåren eller utanför den.⁸⁹⁸

Och slutligen är ingen genomgång av argument för varför åderlätning övergavs komplett utan att nämna Codell Carters tes om att läkare åderlät huvudsakligen för att kontrollera sina patienter: att medicin under 1800-talet inte syftade till att bota patienter från sjukdom utan var ett ”system for reinforcing social and moral norms”.⁸⁹⁹ Det finns flera problem med sådana antaganden. I Codell Carters fall är det graverande att han inte demonstrerar på vilket sätt läkarna skulle ha ansett sina insatser, främst åderlätning, som verkningslösa. Han visar heller inte att de beskrev åderlätningens normaliserande och disciplinerande funktioner som terapins syfte: det är istället en slutsats han drar. Visserligen är det svårt att argumentera mot att medicinen är ett sätt att stärka normer, men under vilken tidsperiod är den inte det? Även under 1900-talet, eller under vilket annat århundrade som helst, är sjuklighet djupt inbäddat i moraliska ställningstaganden om vem som bör ta hand om vem, under vilka omständigheter en person legitimt får undandra sig sina åtaganden och vilka slags sjukdomar som anses verkliga eller inte.⁹⁰⁰

Codell Carter studerar amerikanska läkare, och det faktum att jag bland svenska provinsialläkare inte finner några tecken på att de åderlät utan tilltro till ingripandets effektivitet skulle kunna avfärdas som kulturskillnader. Men Rosenberg och Warner undersöker liknande källor som Codell Carter och når samma slutsats som jag. Deras tolkningar är svårare att avfärda: för amerikanska läkare, likväl som för svenska, var åderlätning en medicinskt effektiv praktik. Som syftade till konkreta fysiologiska effekter, främst att lösa upp flödesstopp inuti kroppen.⁹⁰¹ Att kalla deras medicinska ingripanden socialt normerande är därmed inte inkorrekt men ganska missvisande: det är som att påstå att människor endast äter mat för att umgås med sina familjer.

⁸⁹⁸ Förutom Bennetts bidrag till upptäckten av leukemi och sjukdomen aspergillios; Bennett förekommer ibland i medicinska uppslagsverk på grund av dessa upptäckter, men hans roll som åderlätningens motståndets förfäktare nämns sällan. För beundran av Semmelweis, se exempelvis Sherwin B. Nuland, *The Doctors' Plague. Germs, Childbed Fever and the Strange Story of Ignaz Semmelweis* (New York, 2004).

⁸⁹⁹ Codell Carter, *The Decline of Therapeutic Bloodletting*, s. 6.

⁹⁰⁰ Se Karin Johannisson, *Den sårade divan. Om sinnets estetik (och om Agnes von K, Sigrid H och Nelly S)* (Stockholm, 2015); Karin Johannisson, ”När sjukdom behövs. Kultursjukdomar kring sekelskiftet 1900” i Karin Johannisson, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990), s. 99–125.

⁹⁰¹ Warner, *Therapeutic Practice*; Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”.

Denna sorts förklaring är dock vanligt förekommande. Harold Cook skriver i *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* att åderlätning hade ”ritualistic associations”,⁹⁰² ett påstående även Rosenberg skulle stödja: han kallar terapeutisk evakuering för ”liturgisk” och åderlätning för en kulturell ritual.⁹⁰³ Peter Murray Jones säger att åderlätning gav ”psychological reassurance”,⁹⁰⁴ en förklaring även Roy Porter skulle ställa sig bakom.⁹⁰⁵

Sammanfattningsvis kan de förklaringar som tidigare forskning angivit till att åderlätning övergavs inte helt avfärdas. Men de är inte tillräckliga för att förklara varför en terapi som dominerat skolmedicinen sedan antiken övergavs. John Harley Warner, den historiker som studerat åderlätningens försvinnande mest ingående, skriver att:

Historians have frequently listed the factors that contributed to the demise of therapeutic bloodletting. These include French skeptical empiricism, growing faith in the healing power of nature, pressure from patients, and the introduction of alternative treatments. Competition from such sectarian practitioners as homeopaths [...] and Thomsonians [...] and their derision of heroically, aggressively used orthodox therapies such as bloodletting [...] have also commonly been cited. All of these factors did indeed contribute to the decline in bloodletting. Yet at the same time each one also encouraged regular physicians to defend the practice even more stridently than before and to cling to it as a symbol of the orthodox profession. To understand why therapeutic change occurred and what it meant, therefore, the historian must scrutinize and explain the process of change, not merely describe its animi and end points.⁹⁰⁶

Varken fransk skeptisk empirism, terapeutisk nihilism, påtryckningar från patienter eller konkurrens från alternativmedicinen kan som visat förklara varför åderlätning övergavs. Dessa förklaringar är inte nödvändigtvis felaktiga, men de är vaga, svårbevisade och otillräckliga. Som Warner skriver uppmuntrade alla dessa skeenden också läkare till att försvara åderlätning med ökad styrka och att allt mer passionerat se bloduttömning som en symbolhandling för ortodox medicin. Även om dessa faktorer säkert hade inverkan, kan de inte själva ha fått läkare att överge åderlätningen som praktik. Denna förändring måste ha berott på något annat skifte i läkarnas sjukdoms- och kroppsuppfattningar vilken skedde samtidigt men utan diskussion eller debatt.

Förklaringarna som Warner och andra använt förlitar sig alltså alla på antagandet att åderlätningen av läkarna upplevdes som ineffektiv, men de förklarar inte varför den upplevdes sluta fungera. Shigehisa Kuriyama inleder exempelvis sin artikel *Interpreting the History of Bloodletting* med frågan ”What should we make of the once routine and pervasive character of a practice that

⁹⁰² Cook, ”Physical Methods”, s. 940.

⁹⁰³ Rosenberg, ”The Therapeutic Revolution”, s. 492.

⁹⁰⁴ Kuriyama, ”Interpreting the History of Bloodletting”, s. 24. Kuriyama refererar till Peter Murray Jones, *Medieval Medical Miniatures* (Austin, 1985), s. 121.

⁹⁰⁵ Porter, *The Greatest Benefit of Mankind*, s. 256, 266.

⁹⁰⁶ Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 4.

we now find gruesome and benighted?”⁹⁰⁷ Men att hänvisa till modern biomedicinsk förståelse vore ahistoriskt. Istället förblir frågan: vad hände vid mitten av 1800-talet som gjorde att åderlätning skulle börja uppfattas som ineffektiv och/eller skadlig?

Övergången från den flödande kroppen till den slutna

Åderlätning övergavs för att läkarna övergick från flödeshanterande till gränsskyddande medicin och för att deras uppfattningar om hur kroppen fungerade förändrades från öppen och flödande till slutna och autonom.

Klimatmedicinen och miasmateorin förutsatte en öppen, följsam kropp. Om luftens fuktighet och temperatur inte kunde tränga in i och förändra kroppen blev luftflödenas kausala verkan i sjukdomsprocesser svår att förstå. Därtill förutsatte evakuerande terapier, inklusive åderlätning, en kropp där flödes-cirkulation stod i centrum. För att det skulle vara rimligt att avlägsna kroppsvätskor behövde de förstås som överflödiga eller som i vägen för gynnsam cirkulation.

Det finns flera fördelar med tesen att åderlätning, evakuerande terapier, klimatmedicin och miasmateori försvann eftersom den öppna kroppen slöts. För det första förklarar den varför de övergavs under tystnad. En faktor som förmodligen bidragit till att övergången ej tidigare undersökts i högre utsträckning är att de fyra teorierna och terapierna alla försvann på samma sätt: sakta, gradvis och i det närmaste helt utan diskussion.

Det finns knappt några 1800-talsdebatter om miasmateorins absurditet, åderlätningens skadlighet eller klimatmedicinens orimlighet. Men att denna övergång skedde utan att diskuteras är rimligt om den berodde på ett skifte från öppna till slutna kroppsuppfattningar, eftersom dessa inte var teser, dogmer, eller teorier. Snarare är uppfattningar om samspelet mellan kropp och omgivning outtalade förutsättningar för läkares agerande och tankesätt.

Flera vetenskapsteoretiker har försökt nå denna djupare, mer outtalade och kanske mindre medvetna nivå av förutsättningar genom olika slags begrepp: Michel Foucault talar om episteme, Ludwig Fleck om tankekollektiv, Thomas Kuhn om paradig.⁹⁰⁸

Det handlar om vad som framstår som rimligt eller inte på en nivå så självklar att den inte behöver diskuteras öppet. I Kuhns beskrivning av Flecks begrepp läser tankekollektivet in gruppmedlemmarna i något som liknar ”the Kantian categories, prerequisite to any thought at all. The authority of a thought collective is thus more nearly logical than social”.⁹⁰⁹

⁹⁰⁷ Kuriyama, ”Interpreting the History of Bloodletting”, s. 13.

⁹⁰⁸ Foucault, *Order of Things*; Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*; Kuhn, *De vetenskapliga revolutionernas struktur*.

⁹⁰⁹ Thomas S. Kuhn, ”Foreword”, i Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. xi.

Övergången som beskrivits i denna text har uppenbara likheter med Kuhns teori om paradigmskiften (bortsett från dess förstulna och långsamma karaktär). Särskilt passande är hans beskrivning av svårigheterna i att kommunicera över paradigmgränserna. Kuhn menar att ”företrädarna för tävlande paradigmer *måste* misslyckas med att helt inse den andres synpunkter”.⁹¹⁰

Åderlätning och retande hudomslag började anses skada kroppar istället för att bota dem, klimatmedicin blev att skapa orimliga orsakssamband (hur kan nattfrost orsaka underlivslidanden?), miasmateorin blev närmast obegriplig. Denna övergång var inte resultatet av uttalande ställningstaganden eller väljandet av sidor. Snarare handlade det om att ett tidigare sätt att tänka och handla på blev obegripligt.

Att övergången från en flödande till en sluten kropp var av avgörande betydelse förklarar varför de fyra teorierna och praktikerna övergavs under samma årtionden och på samma sätt. Tesen förklarar därtill varför förändringen skedde innan vetenskaplig medicin blev dominerande. Naturligtvis var bakteriologins framgångar en drivkraft för vetenskaplig och medicinsk tillväxt, men antagandet att sjukdomar orsakades av att bakterier penetrerade kroppens försvar fungerade *tillsammans* med de redan existerande uppfattningarna om hur den slutna och autonoma kroppen fungerade. Min tes är därmed väl förenlig med Michael Worboys undersökning av bakteriologins framväxt, där han understryker att dess inflytande inte var omedelbart utan ökade gradvis. Han påpekar att:

My study has not shown an all-conquering germ theory of disease, nor have I identified a 'bacteriological revolution', a 'scientific revolution', a 'laboratory revolution' or a clear switch from physiological to ontological conceptions of diseases. [...] There were pivotal moments [...] However, over the period 1865 to 1900, the changes in disease theories and medical practices associated with germs and bacteriology were evolutionary, though nonetheless profound for that.⁹¹¹

Att peka på förändrade kroppsuppfattningar kan därmed även hjälpa Worboys och andra intresserade av just den vetenskapliga medicinens ursprung att förstå bakteriologins tilltagande dominans. Det är annars sällsynt att sådan medicinhistoria överhuvudtaget diskuterar kroppsuppfattningar, vilket knyter an till en viktig fråga: om det nu finns ett så omfattande intresse för kroppens historia, sinnenas historia och 1800-talets medicinhistoria, varför har ingen lagt fram tesen jag presenterar tidigare?

⁹¹⁰ Kuhn, *De vetenskapliga revolutionernas struktur*, s. 123. Min kursivering.

⁹¹¹ Worboys, *Spreading Germs*, s. 278. Se även Jacob Steere-Williams, ”Performing State Medicine During its 'Frustrating' Years. Epidemiology and Bacteriology at the Local Government Board, 1870–1900”, i *Social History of Medicine*, vol. 28, nr 1, 2015, s. 82–107. Steere-Williams menar att bakteriologins landvinningar under 1800-talets slut ej hade avgörande inverkan på medicinska praktiker, och hävdar exempelvis att: ”bacteriological approaches to understanding disease were rather unproblematically adopted to the problems traditionally handled by field epidemiology.” Citat på s. 106.

Dessa två historiska förändringar – att den tidigmoderna, öppna kroppen slöts och att evakuerande terapier, åderlätning, miasmateori och klimatmedicin övergavs – har inte satts samman tidigare. Flera forskare har visserligen snuddat vid tesen, men utan att utveckla den. Barbara Duden refererar exempelvis Corbins undersökning av hur kroppsuppfattningar förändrades i Paris mellan 1740 och 1800 på följande sätt:

To recover and strengthen itself, the traditional body had to 'flow': pus, blood and sweat had to be drawn out. On this point peasants, women, and practicing doctors agree. The new philanthropist saw a completely different reality: a body that should be preserved, improved, and must not dissipate itself – an economic unit. The conflict between traditional medicine, which constantly assisted the body in its self-opening, and the new medicine, which wanted to discipline the body, probably explains why the polemic for and against bleeding loomed so large at the end of the eighteenth century.⁹¹²

Duden menar alltså att konflikten mellan ”traditionell” medicin (vilken jag kallar flödeshantering) och den nya medicinen som istället ville disciplinera kroppen ledde till att åderlätningens brister och fördelar diskuterades utförligt vid slutet av 1700-talet. På samma sätt kopplar Francis Barker samman den flödande kroppen med klimatet, men utan att utveckla att denna likhet kan förklara klimatmedicinens försvinnande, när han beskriver den tidigmoderna kroppen som inbegripen i ett outtalat ”narrative of heat and sourness, desiccation and oiliness [which] bears more resemblance to a weather pattern than to a biological entity”.⁹¹³ Varken Duden eller Barker har utvecklat sina iakttagelser vidare. Jag misstänker att det beror på att det varit så ovanligt för historiker att ta ett helhetsgrepp om 1800-talets kroppsuppfattningar och medicinska praktiker. Generellt undersöks en specifik praktik, teori, person eller händelse åt gången och det finns stora glapp mellan forskningsfält som skulle kunna tyckas vara närliggande. Åderlätning diskuteras exempelvis ytterst sällan i Chris Hamlins böcker om den sanitära rörelsen eller i William Bynums böcker om vetenskaplig medicins tillblivelse.⁹¹⁴ I sin undersökning av bakteriologin diskuterar Worboys varken klimatmedicin, åderlätning, miasmateori eller periodens kroppsuppfattningar.⁹¹⁵ John Harley Warner, som skriver utförligt om åderlätning, diskuterar inte miasma. Inte ens Fiametta Roccas bok om

⁹¹² Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 17.

⁹¹³ Francis Barker, *The Tremulous Private Body. Essays on Subjection* (Ann Arbor, 1995), s. 377.

⁹¹⁴ Se exempelvis Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*; Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*; Nilsson & Peterson, *Medicinens idéhistoria*, vilka inte innehåller några uppslagsord om ”åderlätning” eller ”klimatmedicin”.

⁹¹⁵ Worboys, *Spreading Germs*, trots att han menar att ”[g]erm theories of disease, explicitly or implicitly, always included ideas about the interactions between germs and bodies?”. Citat på s. 281.

malarians historia nämner miasmateorin, trots att malaria ansågs vara den mest miasmatiske sjukdomen under 1800-talet.⁹¹⁶

Särskilt ovanliga är korshänvisningar mellan forskningsfälten om medicinens historia respektive kroppens historia, i alla fall när det gäller terapeutiska ingripanden som åderlätning eller medicinsk teoribildning. Jag har inte funnit någon undersökning som ger ett helhetsperspektiv över 1800-talets kroppsuppfattningar, smittspridningsteorier och omgivningsföreställningar samt läkarnas praktiska ingripanden. Det har alltså saknats en mer översiktlig analys av hur kroppsuppfattningar och medicinska praktiker förändrades tillsammans, vilket behövs just för att läkare och lekmän genomgående har förstätt sjukdom som ett samspel mellan omgivning och kropp.

Att forskningsfälten inte har kommunicerat med varandra beror delvis på att de har närmast motsatta syften. Forskningen om kroppens historia har haft som huvudsakligt mål att undergräva och ifrågasätta upplysningssubjektet genom att historisera det. Kroppshistoriker har velat lyfta fram förlorade förståelsemönster som ett sätt att synliggöra och problematisera modernitetens och könsmaktsordningens historiska rötter. Thomas Laqueur skriver exempelvis om sitt projekt att han anser ”what I have written as somehow liberating, as breaking old shackles of necessity, as opening up worlds of vision, politics, and eros”.⁹¹⁷ Här har alltså syftet varit att i Norbert Elias och Michel Foucaults efterföljd bygga grunden till en historisk kritik mot samtiden som kontrollerande och närmast totalitär: kritisk medicinhistoria enligt Karin Johannisson uppdelning.⁹¹⁸

Forskningen om medicinens historia, däremot, har präglats av försök att förstå västerlandets allra största framgångar. Medicinhistorisk forskning om sjukdomsuppfattningar och medicinska praktiker har främst utförts inom traditionell medicinhistoria, vilken syftat till att utforska orsaker till den västerländska framgångssagan: övergången från traditionella terapier till bakteriologi blir då det mest dramatiska exemplet på upplysningsrationalitetens heroism.

Det är inte konstigt att forskningsfälten inte lyssnat på varandra. Deras radikalt skilda inställningar till huruvida 1800-talets medicinhistoria innebar åtskruvad disciplinering, kontroll och inskränkning av individens frihet eller en strålände framgångssaga av minskad dödlighet, sjuklighet och smutsighet, har gjort att de förblivit separata. Och medan traditionella medicinshistoriker alltför lättvindigt föreslagit ”modernisering” och ”framsteg” för att förklara varför åderlätning, evakuerande praktiker, miasmateori och klimatmedicin övergavs har kroppshistorikerna inte alls varit intresserade av denna fråga.

⁹¹⁶ Fiammetta Rocco, *Quinine. Malaria and the Quest for a Cure that Changed the World* (London, 2003).

⁹¹⁷ Laqueur, *Making Sex*, s. 24.

⁹¹⁸ Karin Johannisson, ”På spaning efter historiens sjuka. Medicinhistoria idag” i Karin Johannisson, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990), s. 9–41, särskilt s. 19.

Att dra konsekvenserna av övergången mellan flödeshanterande och gränsskyddande medicin till sin spets innebär att 1800-talets medicinhistoria behöver skrivas om. Hur gick processen till när de fyra teorierna och terapierna övergavs på grund av nya kroppsuppfattningar och hur bör 1800-talsmedicinen omtolkas i ljuset av denna slutsats? Det är vad kapitel 8 kommer att visa.

8. Hur den slutna kroppen omöjliggjorde äldre praktik och teori, och var flödesmedicinen tog vägen

Åderlätning, evakuerande terapier, miasmateori och klimatmedicin övergavs alltså för att den tidigmoderna kroppen slöts och blev fast. Men på vilket sätt innebar den slutna kroppen dödsstöten för de fyra teorierna och terapierna? I detta avslutande kapitel undersöks hur skiftet gjorde läkarnas äldre praktiker och teorier omöjliga.⁹¹⁹

Jag gör därför två närstudier av provinsialläkares praktiker och resonemang för att visa hur den kropp de förhöll sig till i årsrapporter från 1860-talet och framåt förstods vara slutna och svårgenomtränglig snarare än öppen och flödande. Inledningsvis visar jag hur skiftet underminerade miasmateorin och klimatmedicinen, genom en närstudie av hur uppfattningar om hur vatten påverkade kroppen vid bad förändrades. Sedan visar jag hur läkarna började ifrågasätta evakuerande terapier eftersom de sades leda till skadliga förluster av kroppsvätskor.

Avslutningsvis visar jag att flödesmedicinen inte försvann fullständigt. Att tankestilen förvisades från skolmedicinen innebar snarare ett stort uppsving för vad som brukar kallas alternativmedicin under 1800-talets slut. Alternativmedicin är en variant av flödesmedicin i ny skepnad.

Vattenrenlighet. Slutet för klimatmedicinen och miasmateorin

Klimatmedicinen och miasmateorin förutsatte att kroppen var öppen och mottaglig för omgivningens inflytande. Antagandet att luft och vatten kunde tränga in i och påverka kroppar var helt avgörande för båda teoriernas legitimitet. I detta avsnitt kommer jag visa hur det faktum att den slutna kroppen

⁹¹⁹ Provinsialläkarrapporter är egentligen inte det mest ideala källmaterialet för att på djupet utforska ett grundläggande skifte i kropps- och sjukdomsuppfattningar, eftersom provinsialläkarna nästan aldrig öppet diskuterade hur de ansåg kroppen fungera. Här skulle vidare forskning kunna göra stora insatser genom källor som kan tänkas innehålla mer utvecklade resonemang om sådana uppfattningar: förslagsvis studenters föreläsningsanteckningar samt privata noteringar och korrespondens från medicinska aktörer som exempelvis läkare, vaccinatörer, sjuksköterskor, barnmorskor och hälsovårdsinspektörer.

inte var lika genomtränglig som den öppna gjorde miasmateorin och klimatmedicinen obegripliga.

Att bad används för att rengöra kroppen är alls inte självklart.⁹²⁰ Före 1860-talet, när den flödeshanterande medicinen dominerade, diskuterade provinsialläkare vattenbad främst utifrån vattnets *inträngande* egenskaper. Att bada, låta vatten skölja över huden eller badda med våta trasor antogs ha verkan främst på kroppens insida. Huden framställdes som en sluss snarare än som en separat yta eller barriär. Det märks på två olika sätt: dels genom att bad antogs verka på kroppens inre flöden och organ, dels genom att läkarna fokuserade främst på vattnets temperaturreglerande egenskaper.

Kurbad har existerat i århundraden. Historiskt ansågs nedsänkande i vatten underlätta för gynnsamma ämnen i vattnet att tränga in i kroppen. Idéhistorikern Elisabeth Mansén, som gjort en omfattande översikt över kurbad i Sverige, menar att badläkare ansåg vatten ha flera hälsobringande effekter. Förutom att dess innehåll av mineraler och salter var verksamt ansågs vattnet förbättra människors hälsa eftersom det ”sköljer, spolar, upplöser, silar, tvättar, renar”.⁹²¹

Men i provinsialläkarrapporter från tidigt 1800-tal uppmärksammas även en inträngande effekt. Badande medförde att vattnet öppnade porerna, överskred hudens barriärer och påverkade kroppens hela konstitution. Läkaren i kurorten Norrtälje 1851 får exemplifiera detta synsätt genom sin beskrivning av vad som hände med patienter efter att de genomgått kurbad:

⁹²⁰ Hur uppfattningar om vattens terapeutiska och preventiva verkningsätt förändrades bland läkare under 1800-talets lopp har för övrigt inte studerats tillräckligt utförligt. Med få undantag har vattens rengörande egenskaper skildrats som självklara snarare än som konstituerade i en historisk process. Det främsta undantaget från denna övergripande trend är Georges Vigarellos studie *Concepts of Cleanliness*.

⁹²¹ Elisabeth Mansén, ”Kurorter och vattenkurer” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera liksom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Stockholm, 2008), s. 285–302, särskilt s. 289. Se även Elisabeth Mansén, *Ett paradys på jorden. Om den svenska kurortskulturen 1680–1880* (Stockholm, 2001), särskilt s. 48–50, 316–326, 492–494. Mansén diskuterar dock inte vattnets flödesreglerande egenskaper eller de kropps- och sjukdomsuppfattningar som låg till grund för kurbadsverksamheten. Istället ansluter hon sig till den sociala förklaringsmodell som även företrätts av bl.a. Roy Porter, K. Codell Carter och Charles Rosenberg. Mansén hävdar att: ”det inte var medicinska exempel och statistiskt belagda fakta som låg till grund [...] för beslutet att resa till en kurort], utan snarare modet, tidsandan, ryktet, traditionen, vanan eller de personliga rekommendationerna.” Mansén menar att det var kombinationen av bot för kropp och själ som utgjorde kurorternas dragningskraft, ”där den medicinska behandlingen och det kroppsliga lidandet alltid avtecknar sig mot en fond av själslig förströelse och vila, av umgänge, intressanta samtal och stimulerande nya bekanskap”. Detta, menar hon, förklarar ”det enkla men förbryllande faktum att kurortsstatistiken visar mycket positiva resultat, medan åtminstone senare tiders medicinska vetenskap entydigt hävdar att det invärtes bruket av vatten från de svenska hälsobrunnarna i det närmaste helt saknar kurativ effekt. Det ligger naturligtvis nära till hands att även peka på alla lyckliga bi-omständigheter: vilan, avkopplingen, dieten, de regelbundna vanorna och den lantliga friden. Till detta får man lägga tron och hoppet, två imponerande verksamma medel för hälsans bevarande och återfående”. Alla citat på s. 494. Jag invänder inte mot Manséns förklaringar men vill tillägga att kurbaden rimligtvis också ansågs medicinskt verksamma utifrån utgångspunkter och förgivettagande om den öppna kroppens genomtränglighet, vilka påvisats i denna avhandling.

Tydliga kriser hafva ofta blifvit iakttagne, såsom frisel utslag, abscesser, eller diarrhé, med genast märkbar förbättring af sjukdomen; men ofta hafva alla kriser uteblifvit och tillståndet synts försämradt, hvilket förhållande fortfarit 1-2-3 månader efter badningens upphörande, hvarefter på en gång en mer eller mindre stor förbättring inträdt. I allmänhet kan man säga att sjukdoms symptomerne efter någre dagars begagnande af baden aggraveras, eller att, som man säger, det onda röres upp, dock lägger sig snart denna rörelse.⁹²²

Läkaren menade alltså att badens verkan på kroppen blev tydlig genom ökade kroppsutsöndringar i form av hudutslag och diarré. Dessutom skrev han att eftersom ”badet divergera blodet mycket åt underlifvet” fick kvinnor som badat oförsiktigt ”starkare blodflöden” och att ”karlar med öppna haemorrhoider litet emellanåt haft betydlig blodafgång”. Dessutom innebar kurbaden för kvinnor ”allmän inverkan på nervsystemet, som visat sig i trångbröstighet, benägenhet att gråta, och en beständig oro”. Även män påverkades på samma sätt eller åtminstone genom ”mattighet och benägenhet till sömn”.⁹²³ Badande var här inte en behandling som avsåg skölja, rena, tvätta: badet verkade inte på hudens yta. Istället förändrades kroppens inre, inklusive människors mentala tillstånd, samt flöden av kroppsavskor ut ur kroppen.⁹²⁴ När vattnets inverkan på huden väl nämndes var det bara indirekt, som en effekt av att vattnet förändrat inre processer vilket lett till ökad utsöndring och därmed skapat utslag och abscesser.

Samma tendens kan identifieras i hur läkarna under tidigt 1800-tal återkommande diskuterade vattnets *nedkylande* egenskaper. Att låta kroppar komma i kontakt med vatten kunde ibland vara hälsosamt, som när läkaren i Vingåker rapporterade att menstruationsrubbingar och chlorosis avhjälpes enbart med behandlingar av kallt vatten,⁹²⁵ men tvättningar kunde också orsaka sjukdom. Läkaren i Eksjö 1840 beskrev exempelvis en kvinna som ”genom kalla tvättningar hämmat blodflödet, hvarefter en långvarig sjukdom uppstod, som slutades med döfhet, hvilken fortfar hela lifvet igenom”.⁹²⁶ Vattnet verkade inuti kroppen, i detta fall på hörselorganen, snarare än enbart på dess hud.

Eftersom vattnet under tidigt 1800-tal alltså ansågs tränga in igenom huden och bad därför verkade på kroppens insida snarare än på dess utsida, användes vatten inte nödvändigtvis för hudrengöring.

Istället användes andra metoder. Att byta underkläder för att rengöra kroppen snarare än att tvätta den var en väl etablerad metod under perioden, såväl internationellt som i Sverige.⁹²⁷ Historikern Kathleen Brown har visat att

⁹²² 1851 Norrtälje stad Palmgren.

⁹²³ Ibid.

⁹²⁴ Det skall dock uppmärksammas att kurbad generellt ansågs verksamma eftersom vattnet som användes hade inblandningar av olika slags verksamma ämnen. Det var alltså inte enbart vattnet som sådant som orsakade effekterna i exemplet ovan. Men dessa ämnen fick verkan inuti kroppen tack vare vattnets inträngande effekt.

⁹²⁵ 1850 Vingåker Aurell.

⁹²⁶ 1840 Eksjö Ljungberg.

⁹²⁷ Se även Corbin, *The Foul and the Fragrant*.

när militäradministratörer under amerikanska inbördeskriget ville förbättra soldaternas hygien så gav de dem fler uppsättningar kläder snarare än tillgång till vatten. Att byta från smutsiga till rena kläder var alltså ett etablerat sätt att göra sig ren på under 1860-talet. Brown skriver att ”when fastidiousness about body odor necessitated bathing rather than putting on a fresh shirt, a new era in body care began”.⁹²⁸

Mycket förändrades när renlighet började förstås på ett nytt sätt: vilka objekt som behövde rengöras, vilka metoder som användes och hur smuts identifierades. Under första halvan av seklet föreskrev provinsialläkarna huvudsakligen att sjukrum skulle rengöras via vädring, karbolsyrestrykning och rökningar – ingendera krävde vatten. En provinsialläkare skrev 1839 att han ”i sjukrummen natt och dag låtit underhålla dessa friska eldbränsor, hvilka [...] uppbränna smittämnet och befordra luftväxling”.⁹²⁹ När kolerasjukhuset i Uppsala 1857 utrustades för femtio patienter rekvirerades 10,5 liter tjära för rökning men endast 425 gram tvål, vilket förväntades räcka under samma tidsperiod.⁹³⁰

Men från 1860-talet och framåt började renlighet tydligt sättas samman med vanemässigt badande. Regelbundet badande och tvättande blev medicinskt relevanta praktiker eftersom förekomsten av vardagssmuts på kroppen vid slutet av seklet börjat anses orsaka sjukdom: att sällan bada sades nu göra människor sjuka. Läkarna började diskutera huden som en plats vilken förtjänade medicinskt intresse i sig självt snarare än att uppfattas som enbart en sluss mot kroppens inre.

Läkaren i Järvsö 1897 skrev exempelvis att det var tydligt att människorna i hans distrikt sällan badade eftersom de var så smutsiga. ”Högst få hudtytor”, skrev läkaren, ”befunna i detta afseende oklanderliga”.⁹³¹ Läkaren beskrev alltså huden som en ”yta” snarare än som en väg in i kroppen. På samma sätt föreskrev läkaren i Molkolm 1898 att patienter efter sjukdomar skulle ”tvättas öfver hela kroppen först med formalinlösning [...] sedan med såpa och varmt vatten”, på samma sätt som föremål av metall, glas och porslin skulle ”aftvättas med formalinlösning”.⁹³² Läkaren menade alltså att kroppen hade en utsida precis som porslinsföremål, och därmed kunde avtorkas och tvättas utan att vätskans inträngande genom huden in i kroppen behövde diskuteras.

Läkarna slutade alltså framställa vatten som ett i kroppen inträngande medium. Istället beskrevs vattnet som något som trängde in enbart mellan kroppen och den vardagssmutsiga hinnan av kroppsutsöndringar på huden för att avlägsna smutsen. Vatten blev ett medel för att skilja kroppen från de skadliga kroppsutsöndringar som huden ständigt genererade. Tvättande blir därför långt mycket viktigare under sent 1800-tal än tidigare, eftersom

⁹²⁸ Kathleen M. Brown, *Foul Bodies. Cleanliness in Early America* (New Haven, 2009), s. 360.

⁹²⁹ 1839 Sundsvall Platzman.

⁹³⁰ 1857 Uppsala Schultz. Måtten som användes var fyra kannor och ett skålpund.

⁹³¹ 1897 Järvsö Hamne.

⁹³² 1898 Molkolm Lindblom.

kroppsutsöndringar i allt högre utsträckning börjat anses vara den konkreta materia varigenom sjukdom förmedlades.

Att avlägsna skadliga kroppsutsöndringar från huden medelst tvättning innebar för sena 1800-talsläkare att avlägsna grogrunden för sjukdom självt.⁹³³ Därför började vatten under sent 1800-tal diskuteras utifrån dess *sköljande* egenskaper. Tvättningar och bad beskrevs som hälsofrämjande eftersom de avlägsnade smuts från människors hud och hår. Läkaren i Slite 1890 skrev exempelvis att

Andvändandet af bad för äldre personer hör väl till undantagen [...] att dömma af en del bönders utseende och den doft af inpyrd svett och snusk, som de sprida omkring sig.⁹³⁴

Bad framställdes här som en metod för att avlägsna inpyrd svett och snusk, vilket är en stor skillnad från att bad påverkade inre organ, sinnestillstånd och flöden av kroppsutsöndringar ut ur kroppen som under åren före 1860-talet. Badandets huvudsakliga uppgift hade blivit att avlägsna smuts. Under sent 1800-tal började läkarna föreskriva tvättningar med vatten som preventiva och terapeutiska rengörande praktiker.⁹³⁵ De började även förklara sjukdom med ”den i hög grad bristfälliga kunskap, som hos folket råder om det elementära i vattnets användning som helsomedel”.⁹³⁶ Användandet av vatten hade för läkarna under sent 1800-tal blivit en hälsofrämjande praktik genom sin koppling till *renlighet*, snarare än att badet hade terapeutisk inverkan på själva kroppen. Kroppen uppfattades vara så pass sluten att strömmar av vatten inte längre antogs tränga in i den och förändra den i grunden.

Läkarnas omtolkning av vattnets påverkan på kroppen ledde till konflikter med allmogen, eftersom de fortfarande uppfattade vatten som en inträngande substans. Skilda åsikter kring huruvida vatten verkade på kroppens inre eller yttre är en central orsak till de återkommande konflikterna mellan provinsialläkare och allmoge kring badande från 1860-talet och framåt. Att lokalbefolkningen vägrade bada var ett vanligt medicinskt problem i provinsialläkarrapporter vid seklets sista tredjedel.

Läkarna slutade uppmärksamma vattnets temperaturreglerande effekter på 1860-talet, men för deras patienter var sådan inverkan relevant för hälsan under hela 1800-talets gång. Läkaren i Slite 1890 förklarade exempelvis att ”allmogen i allmänhet är mycket rädd för vatten” och att detta ledde till att den genomsnittlige bonden luktade som om han ”icke haft vatten på sig, sedan han

⁹³³ Det kan tyckas som att alla kroppsutsöndringar blev till smuts i och med den flödesbaserade renligheten, men jag vill testa tanken att det snarare var kroppsutsöndringar som enkelt kunde sköljas bort som definierades som smuts. Läkarna lyfte exempelvis inte upp avföring som smutsigt inuti tarmen. Varken karies och tandsten ansågs vara smuts; bara det som ett yttre flöde av luft eller vatten kunde skölja bort tycks ha definierats som smuts.

⁹³⁴ 1890 Slite Holmén.

⁹³⁵ 1898 Hova Kolm.

⁹³⁶ 1897 Järvsö Hanne.

döptes”.⁹³⁷ Läkarna hade alltså svårt att övertyga sina patienter om nyttan av bad. Inte bara allmogen var motvillig: även ståndspersoner tvekade. Läkaren i Lidköping 1885 skrev exempelvis:

Gamla personer torde aldrig bada af egen maning. Och detta uttalande gäller åter igen icke ensamt vår allmoge eller d. s. underklassen i allmänhet. Då under-tecknad en gång för några år sedan föreskref bad för en sjuklig, 70-årig quinna af ståndspersonklassen, sade hon under uttryck af ledsnad och häpnad: ”skall jag bada, jag som aldrig förr har badat i hela mitt lif?”⁹³⁸

Det var just frågan om huruvida den nedkylning badandet medförde var skadlig eller ej som orsakade konflikterna mellan läkarna och deras patienter. Läkaren i Lidköping 1885 skrev exempelvis att i hans distrikt ”torde en tvättning eller rengöring af hela kroppen höra till stora sällsyntheter”, eftersom

Förkylningsfruktan är måhända den mest spridda och djupast inrotade af alla våra endemiska sjukdomar. Denna sjukdom har utan tvifvel kostat många menniskor, stora och små, både helsa och lif. Man riskerar gerna bådadera, – om än ofrivilligt eller omedvetet –, genom en kronisk förgiftning eller en akut septisk eller infektorisk sådan, blott man tror sig kunna undvika en snufva.⁹³⁹

Läkaren menade alltså att patienterna, när de undvek nedkylning, istället riskerade att förgiftas av egna kroppsutsöndringar. För att vattenbaserade renlighetspraktiker skulle börja ses som nyttiga behövde läkarna alltså etablera för det första att orenlighet skadade hälsan och för det andra att bad inte gjorde det. Konflikterna mellan läkare och deras patienter om huruvida vatten sköljde bort självförgiftning eller kylde ned kroppen berodde alltså på att läkarna under sent 1800-tal börjat uppfatta interaktionen mellan vatten och kropp på ett nytt sätt, medan lokalbefolkningen fortfarande såg vatten som en substans som påverkade kroppens inre.

För att bad skulle uppfattas hälsofrämjande behövde det förstås vara ofarligt att klä av sig kläderna samt tvätta bort den hinna av smuts som tidigare ibland uppfattats som skyddande. Under tidigt 1800-tal framställde provinsialläkare som tidigare visat kläder som barriärer mot kall, fuktig luft samt miasmatiska ångor: nakenhet var då riskfyllt. Men under sent 1800-tal hade kroppens gränser börjats uppfattas som så fasta att läkarna antog att det var säkert och nyttigt att klä av sig naken.

Eftersom läkarna börjat uppfatta det som hälsosamt att låta vatten skölja över nakna kroppar blev de under decennierna kring sekelskiftet 1900 alltmer inblandade i byggandet av badhus. Flera läkare diskuterade sådana badinrättningar som hälsosamma på ett sätt som hade varit omöjligt under tidigt

⁹³⁷ 1890 Slite Holmé.

⁹³⁸ 1885 Lidköping Rosborg.

⁹³⁹ Ibid.

1800-tal. Till exempel beskrev provinsialläkaren i Sandviken 1897 den lokala fabrikinrättningens nya badhus på följande sätt:

I sammanhang med vattenfrågan förtjenar anmärkas att under redovisningsåret Sandvikens präktiga badinrättning med sin uppgift att genom renlighet befordra helsa och trefnad öppnats för allmänheten. [...] Arbetaren går direkt från arbetet till badet. [...] Från afklädningshytten i bassinrummet går han 1 tr. upp till varmluftsrummet med fuktig värme. Der tappar han ljumt vatten i sin balja från en af de många kranarne i ena långväggen, och gör sig ren med tvål och borste, som hållas honom till handa. Från en stor cementvask midt i rummet med permanent tillförsel af kallt vatten förser han sig med afsköljningsvatten. Ligger en stund på lafven der och sedan i rummet bredvid med torr värme. Då han kommit i svettning går han derifrån ned i bassinrummet, der han får sin tempererade dusch. Badet avslutas med några simtag i [den 18°C grader varma] bassinen. Under de 2 dagar i veckan badstubadet serverats hafva 400 personer om dagen begagnat det. 70 å 80 personer hafva badat samtidigt utan att någon trängsel försports.⁹⁴⁰

För en provinsialläkare under tidigt 1800-tal hade sådana rengörande praktiker varit riskfyllda snarare än hälsosamma. Att klä av sig kläderna hade inneburit att blotta en ömtålig, bräcklig kropp för skadliga inflytanden, särskilt som det skedde i samvaro med upp till 80 potentiellt smittspridande främlingar. Omställningen från ljumt till kallt vatten hade inneburit dramatiska temperatursvängningar, vilket var en vanligt förekommande sjukdomsorsak i provinsialläkarrapporter från tidigt 1800-tal. Mötet med ”fuktig värme” hade inneburit att fukt trängt in i arbetarens kropp och ytterligare öppnat upp den för skadliga inflytanden, exempelvis smittämnen. Visst fanns badhus även under tidigt 1800-tal, men då var läkarna mycket noga med hur den badandes nakna kropp interagerade med vattenångor och omgivande temperatur. Läkaren vid Mariestads badhus 1816 beskrev exempelvis omsorgsfullt dörrarna som separerade rummen där varje person badade i enskildhet. Dörrens utformning var av kritisk betydelse, menade läkaren, då den skyddar den badade mot

vatten ånger eller dunster af [...] bad, uti hvilka han annars vid inrättningar med bäljan uti samma rum, hvaruti han badar, besvärar andedrägten till den grad at han utgår i luften i den starkaste svettning, och med det samma risquerar förkylning. Så snart den Badade gått i badet, tillsluter han sjelf eller Badarn kontors dörren, och då väderleken det fordrar återkommer han ur badet i eldadt och torrt rum.⁹⁴¹

Läkaren i Mariestad såg alltså badandet som en riskfylld praktik, där interaktionen mellan den nakna kroppen och i detta fall de omgivande vattenångorna noggrant behövde regleras. För att vattenrenlighet skulle kunna bli en utbredd, hälsofrämjande och ofarlig praktik behövde alltså kroppens gränser

⁹⁴⁰ 1897 Sandviken Melin.

⁹⁴¹ 1816 Mariestads badhus Vestman.

mot omvärlden från och med mitten av 1800-talet antas vara betydligt fastare än tidigare.

Att tvätta kroppen blev centralt för den hygienistiska rörelsen kring sekelskiftet 1900.⁹⁴² Den nya kroppen som rengjordes i allmänna badhus var motståndskraftig mot omgivande luft oavsett dess temperatur och luftfuktighet. Den slutna kroppen hade alltså tagit över som läkarnas huvudsakliga medicinska objekt. Det var denna förändring som fick miasmateorin och klimatmedicinen att framstå som orimliga.

Härnäst kommer jag att visa hur skiftet från den öppna till den slutna kroppen fick evakuerande terapier och åderlåtning att framstå som skadliga eftersom de började förstås som *dränerande*.

Kroppen som ekonomisk enhet. Slutet för evakuerande terapier och åderlåtning

Flera andra förändringar i medicinsk praktik från 1800-talets mitt och framåt bland läkare i Europa och USA generellt kan också förstås som sammankopplade med övergången från den öppna kroppen till den slutna. En särskilt viktig sådan förändring var att kroppen började beskrivas som en *ekonomisk enhet* vilken behövde undvika förluster.

Emily Martin beskriver det sena 1800-talets skolmedicinska sjukdomsuppfattningar som att ”the shift from the body as an intake-outgo system to the body as a small business trying to spend, save or balance its accounts is a radical one”.⁹⁴³ Som exempel tar hon en amerikansk biolog, vilken under sent 1800-tal beskrev cellaktivitet som bestående av ackumulerande och nedbrytande processer. Martin betonar att förhållandet mellan dessa processer ”were described in frankly economic terms”,⁹⁴⁴ med metaforer som rörde sparande och slösande. Hon påpekar också att menstruation övergick från att beskrivas som en nödvändig reningsprocess till att patologiseras: nu framställde flera läkare menstruationen som ett sätt på vilket kvinnor blev ”periodically wounded”.⁹⁴⁵ Därtill menar hon att läkares nya strävan efter att spara på kroppens energi och minska dess förluster förklarar varför vissa läkare framhöll kvinnors inträdande i klimakteriet som hälsosam. Menopaus sades nu innebära att den månatliga blodförlust som menstruationen innebar upphörde.⁹⁴⁶

Idéhistorikern Maja Bondestam menar också att en föreställning om att livets faser krävde olika mängder av en begränsad mängd energi eller livskraft

⁹⁴² Roger Qvarsell, ”Samhället. Medicinen och det publika” i Karin Johannisson, Ingemar Nilsson & Roger Qvarsell (red.), *Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden* (Stockholm, 2010), s. 84–125.

⁹⁴³ Martin, *The Woman in the Body*, s. 36.

⁹⁴⁴ *Ibid.*, s. 32.

⁹⁴⁵ *Ibid.*, s. 35.

⁹⁴⁶ *Ibid.*

ofta återkom i medicinsk litteratur från 1800-talets mitt. Som exempel tar Bondestam en fransk läkares beskrivningar av kroppen som ett slutet system av livskraft, energier och vätskor vilka behövde förvaltas och förbrukas med måtta. När läkaren skildrade individens utveckling från barn till vuxen använde han ord som ”besparingar”, ”hushåll”, ”budget” och ”öfverflödsmaterial”.⁹⁴⁷

Denna nya kropp hade begränsade resurser och därför blev att tömma ut kroppsvätskor ett slöseri med energi.⁹⁴⁸ Författaren Susan Sontag föreslår i *Illness as Metaphor* att 1800-talets föreställningar om sjukdom, särskilt om tuberkulos

echo the attitudes of early capitalist accumulation. One has a limited amount of energy, which must be properly spent [...]. Energy, life savings, can be depleted, can run out or be used up, through reckless expenditure. The body will start 'consuming' itself, the patient will 'waste away'.⁹⁴⁹

Enligt historikern Athena Vrettos var det särskilt formulerandet av energiprincipen, termodynamikens första huvudsats, på 1840-talet som fick ekonomiska teorier om kropp och sinne att bli populära efter seklets mitt. Energiprincipen slår fast att energi inte kan skapas eller förstöras utan bara omvandlas från en form till en annan, och användes analogt inom en lång rad områden, men särskilt ofta inom medicinen.⁹⁵⁰ Den mest högljudde motståndaren till åderlätning under 1800-talets lopp, John Hughes Bennett, opponerade exempelvis mot denna praktik just för att den innebar en förlust för kroppens ”economy”.⁹⁵¹

Det är också vid mitten av 1800-talet som debatten kring onanins hälsovårdlighet tog fart i Frankrike och Tyskland. Detta diskuterades även utförligt i svenska medicinska tidskrifter under andra halvan av 1800-talet.⁹⁵² Det främsta argumentet mot manlig onani var just att livskraften slösades bort i och med den onödiga sädesuttömningen. Kroppen förstods ha en viss mängd energi, som materialiserades i de olika utsöndringarna: sädesvätskan ansågs stå i ett intimt samband med livskrafterna. I en handbok uttrycktes att den innehöll livskraften i sin mest koncentrerade form och i andra texter togs det som bevis att trötthet övertog mannen efter samlaget.⁹⁵³ Förlusten av kroppsvätskor var det medicinska problemet. Litteraturvetaren Ben Baker-Benfield har kallat teorin om vikten att hushålla med säden för ”the spermatic economy”,⁹⁵⁴ och

⁹⁴⁷ Larsson [Bondestam], *Den moraliska kroppen*, s. 75.

⁹⁴⁸ Duden, *The Woman Beneath the Skin*, s. 17. Se även Riley, *The Eighteenth Century Campaign to Avoid Disease*.

⁹⁴⁹ Susan Sontag, *Illness as Metaphor* (New York, 1979), s. 61–62. Referens hämtad från Martin, *The Woman in the Body*, s. 34.

⁹⁵⁰ Athena Vrettos, *Somatic Fictions. Imaging Illness in Victorian Culture* (Stanford, 1995), s. 23.

⁹⁵¹ Warner, ”Therapeutic Explanation and the Edinburgh Bloodletting Controversy”, 241–258, s. 253.

⁹⁵² Claes Ekenstam, *Kroppens idéhistoria. Disciplinering och karaktärsdanning i Sverige 1700–1950* (Hedemora, 1993), s. 135–149.

⁹⁵³ *Ibid.*, s. 142.

⁹⁵⁴ Ben Baker-Benfield, ”The Spermatic Economy. A Nineteenth Century View of Sexuality” i *Feminist Studies*, vol. 1, nr 1, 1972, s. 45–74.

Clas Ekenstam, som har analyserat onanidebatten i Sverige, betonar att det var vanligt att likställa ekonomiska och sexuella termer i 1800-talets tankevärld. ”Kroppen”, menar Ekenstam, ”sågs som ett produktionssystem med enbart en begränsad mängd material till sitt förfogande. [...] Den begränsade tillgången av sådesvätska gjorde att dess förlösande kunde få oerhörda konsekvenser. [...] De som behövde mycket livskraft anmodades ofta att helt avstå från samlag”.⁹⁵⁵ Till sådana personer räknades bland andra de som hade öppna sår och bölder och därmed redan förlorade kroppsvätskor på andra sätt.⁹⁵⁶ Även provinsialläkare satte samman onani med svaghet och kraftlöshetssjukdomar, som när läkaren i Grästorps 1891 skrev att neurasteni orsakades av ”onani i barn och ynglingaåren”.⁹⁵⁷ Under de sista decennierna av 1800-talet framställdes det alltså som skadligt att förlora kroppsvätskor eftersom de behövdes inuti kroppen.

Att män rakade av sig sina skägg sades på samma sätt i en svensk avhandling vara ett slöseri med kroppens vätskor, eftersom en renrakad kropp lade energi på att återskapa det förlorade håret. Hårlöshet sades också orsakas av sådesförlust: att förlösa sådesvätskan antogs innebära att vätskor som annars hade föranlett hårväxt istället drogs inåt i kroppen.⁹⁵⁸ Det blev nu oansvarigt och slösaktigt att låta vätskor flöda ut ur kroppen om det alls gick att undvika.

Det finns alltså flera exempel på hur förlusten av olika kroppsvätskor framställdes som slöseri vid slutet av 1800-talet. Mest intressant för tesen att åderlätning övergavs för att den slutna kroppen skadades av flöden ut ur kroppen är dock uppfattningar om blodförlust. Sociologen Boel Berner har visat hur försök med blodtransfusioner mellan människor inleddes på 1870-talet både i Sverige och internationellt, men sedan övergavs efter ett fåtal försök. Ett problem var att det ansågs oetiskt att tappa fullt friska människor på blod. Detta var ett så stort hinder att läkare vid flera tillfällen genomförde blodtransfusioner med lamm som blodgivare.⁹⁵⁹ Den internationellt mest kända företrädaren för lammbloodstransfusioner menade att denna metod var att föredra delvis eftersom det kunde vara svårt att finna personer som var villiga ”att släppa till sitt blod för en annan” och eftersom det innebar relativt stora ingrepp att åderlåta friska personer.⁹⁶⁰ Detta tyder på en ny uppfattning om vad som försvagade en kropp, för det här var bara några årtionden efter att läkare rutinmässigt använde sig av åderlätning som terapi.⁹⁶¹

⁹⁵⁵ Ekenstam, *Kroppens idéhistoria*, s. 143–144.

⁹⁵⁶ Ibid, s. 144, 148. Emily Martin noterar samma tendens bland amerikanska skribenter, bland annat en pastor John Todd, som menade att alltför stor förlust av sperma innebar att mannen förlorade sitt livsblod. Martin, *The Woman in the Body*, s. 34.

⁹⁵⁷ 1891 Grästorps Willén.

⁹⁵⁸ Maja Bondestam, ”Om skägg, politik och behärskad manlighet” i Eva Heggstad (red.), *En ny sats. Humaniora i förvandling. Vänbok till Margaretha Fablgren* (Västerås, 2008), s. 211–218.

⁹⁵⁹ Berner, *Blodflöden*, s. 19–56. För en artikel om lammbloodstransfusion, se till exempel O. Torstensson, ”Lammbloodstransfusion” i *Hygiea*, vol. 26, nr 12, 1874, s. 674.

⁹⁶⁰ Berner, *Blodflöden*, s. 30.

⁹⁶¹ I provinsialläkarrapporter var åderlätning vanligt förekommande åtminstone fram till 1840-talet.

Detta är också decenniet då det för första gången i *Hygiea* förekom en artikel om en ”blodbesparingsmetod vid operationer”. I artikeln diskuterades det som problematiskt att operationer av tumörer ledde till omfattande blödningar, men efter en framgångsrik operation med blodbesparande metoder: ”hade den opererade förlorat endast en tesked blod. [...] Som man kunde förutse, gick tillfrisknandet mycket fort.”⁹⁶² Den framgångsrika operationen kontrasterades mot en icke blodbesparande, då ”den vaxbleka hudfärgen, den lilla, svaga pulsen och den mödosamma andningen tecknade efteråt den opererades blodbrist på ett oförmektigt sätt”.⁹⁶³ Det är intressant att ”liten puls” lyftes fram som ett tecken på blodbrist, eftersom svag puls inom den flödeshanterande medicinen kunde förstås som ett tecken på otillräcklig cirkulation och därmed föranleda åderlätning. I exemplet som inledde denna avhandling åderlät läkare Forling i Hjo år 1845 en bonde som blivit huggen av en yxa i syfte att stimulera pulsen: ”[bonden hade] nästan okännbar puls, hvarföre jag genast öppnade honom åder. Derefter, då pulsen höjt sig och var temligen fri, så skred jag till undersökning af skadan.”⁹⁶⁴

Skillnaden är att för den slutna kroppen var den totala blodmängden viktig, medan det för den öppna flödeskroppen snarare var regelbundna flöden av kroppsvätskor som förstods som det viktigaste tecknet på hälsa.

Under 1800-talets gång ifrågasattes bloduttömmande, flödesstimulerande terapier allt oftare av läkare. Även om en provinsialläkare beskrev hur han applicerat iglar så sent som 1881 och barnmorskor och vaccinatorer i vissa fall avlönades för åderlätning fram till 1890-talet, så var åderlätning bara vanligt bland läkare fram till ungefär 1850-talet.⁹⁶⁵

År 1862 kunde en provinsialläkare skriva att det för honom stod utom allt tvivel att blodiglar applicerade på halsen mot difteri ”icke [är] skadliga utan välgörande”,⁹⁶⁶ vilket tyder på att han uppfattade deras användning som kontroversiell. Från 1860-talet och framåt sades åderlätning generellt vara en praktik som kvacksalvare och allmoge ägnade sig åt snarare än läkarna själva: bloduttömning sades nu *välla* ohälsa snarare än bota den. Kring 1880 förklarade flera läkare att kloros/bleksot orsakades av allmogens vana att använda åderlätning. Läkaren i Gislaved skrev 1879 att ”direkt orsak till Chlorasin är den herrskande vanan att låta ’slå åder’ på vissa bestämda tider om året och

⁹⁶² E. Engdahl, ”Esmarch. Blodbesparingsmetod vid operationer” i *Hygiea*, vol. 36, nr 1, 1874, s. 20–22.

⁹⁶³ Ibid.

⁹⁶⁴ 1845 Hjo Varenius.

⁹⁶⁵ Även om provinsialläkarna slutade nämna att de själva åderlätit tycks dock praktiken ha varit sanktionerad för andra medicinska utövare mycket längre. Barnmorskan i Skedevi avlönades exempelvis med 25 öre för varje åderlätning respektive för blodiglars påsättande, samt med 50 öre för varje koppning, så sent som 1895. 1895 Rejmyre Johansson, Två vaccinatorer fick också ”[b]jetyg om kunskaper i vaccination och åderlätning” i Vänersborg 1891. 1891 Vänersborg Friman/Bylund. Se även 1897 Mariestad Hedlund; 1881 Skänninge Håkansson; 1881 Vadstena Wallin; Warner, *The Therapeutic Perspective*, s. 115.

⁹⁶⁶ 1862 Sundsvall Westerberg.

dessutom vid alla häftiga sjukdomsfall”.⁹⁶⁷ Att en medicinsk utövare använde åderlätning kunde också framhållas för att bevisa att denne var en kvacksalvare.⁹⁶⁸ Även om åderlätning övergavs i tystnad i medicinska tidskrifter tog provinsialläkare i flera fall öppet avstånd från terapeutisk blodavtappning i sina rapporter. Från 1860-talet och framåt sades åderlätning av svenska provinsialläkare försvaga kroppar och leda till bristsjukdomar som bleksot, vilken kännetecknades just av brist på kraft. I provinsialläkarrapporter från mitten av 1800-talet och framåt kunde åderlätning beskrivas som blod*förlust*: ”För en tid tillbaka åderlät [en kvacksalvare] Klampar Janssons hustru så grundligt, att hon af blodförlusten afsvimmade och länge varit sjuklig till följe häraf.”⁹⁶⁹ Ett annat, ovanligt tidigt exempel är hur läkaren i Filipstad 1856 beskrev åderlätning som en försvagande praktik:

en 64 årig hemmansegare, hade ’för värk i kroppen och hosta’, på några veckor genom åderlätningar låtit ”aftappa” sig ’mer än 2 kannor blod’. 1-2 venesectioner, hvardera på 11/2 2 [oläsligt] hade gjorts i veckan. Mannen var anaemisk i hög grad [...]. Så missbrukas ofta åderlätning utaf allmogen här på landsbygden.⁹⁷⁰

Från ungefär 1860-talet och framåt började alltså svenska provinsialläkare fjärma sig från terapeutisk bloduttömning. Inte genom att diskutera terapins förtjänster och risker, utan genom att övergå från att själva använda åderlätning till att beskriva bloduttömning som något som bara användes av medicinskt okunniga, det vill säga kvacksalvare och allmoge: ”I fråga om helsans vårdande och sjukdomars behandling råder stor okunnighet och widskepelse. [...] De wanligaste kurerne [hos allmogen] åstadkommas genom åderlätningar.”⁹⁷¹ Åderlätning började nu av läkarna beskrivas som något vilket kunde försämra människors hälsa, åldra dem i förtid och till och med förorsaka deras död.⁹⁷² Att förhindra åderlätning blev därmed viktigt, som när läkare Malmberg i Ramsberg 1860 skrev: ”Jag anser mig lycklig kunna nämna, att under detta år, åderlätningar, åtminstone i trakten närmast läkarestationen, varit i mindre bruk än tillföre, synnerligen sedan jag börjat strängt nagelfara med de personer, som idka denna bedröfliga konst.”⁹⁷³ Den citerade läkaren använde själv åderlätning som behandling bara två år tidigare.⁹⁷⁴

⁹⁶⁷ 1880 Waldermarsvik Norstedt; 1879 Gislaved Svensson; 1864 Väla Leffler.

⁹⁶⁸ 1865 Skog Carlgren; 1858 Malmköping Zetterstrand; 1878 Sigtuna Drake. Men samtidigt avlönades barnmorskor för åderlätning ända till åtminstone 1895; se not 962.

⁹⁶⁹ 1881 Söderfors Sellén.

⁹⁷⁰ 1856 Filipstad Pallin.

⁹⁷¹ Skog 1863 Carlgren; 1868 Westerås Ramnäs; 1856 Filipstad Pallin.

⁹⁷² Skog 1863 Carlgren; Amnéus, ”Några svenska minnen från Karlsbad” i *Eira*, vol. 1, nr 14, 1877, s. 453. En kvinna fick gallstenskolik och blev åderläten sju gånger tätt efter varandra ”och hennes gamle läkare ansåg dessa åderlätningar hafva varit orsaken till hennes död”.

⁹⁷³ 1860 Ramsberg Malmberg.

⁹⁷⁴ 1858 Ramsberg Malmberg. Mot meningit, hjärnhinneinflammation, använde provinsialläkare Malmberg bland annat behandlingarna ”Åderlätning och Koppning i nacken”.

Flöden av kroppsutsöndringar blev alltså under sent 1800-tal för läkare skadliga processer snarare än ett sätt att främja kroppens hälsa. Evakuerande terapier blev till *förluster* snarare än avlägsnandet av flödesstopp och därför framställdes praktiker som varit självklara bara några år tidigare som direkt hälsovådliga. Övergången mellan flödeshantering och gränsskyddande praktiker förklarar mycket av den laddning åderlätning fick under 1900-talet, där denna terapi återkommande framställdes som rent skadlig och dess användning fullständigt obegriplig.⁹⁷⁵

Emily Martin menar att den radikala skillnaden mellan metaforer som likställer kroppen med något som växelverkar med sin omgivning och metaforer som liknar utsöndringar vid förluster är nyckeln till att förstå det sena 1800-talets medicin.⁹⁷⁶ Jag håller med och menar därtill att just denna skillnad förklarar varför åderlätning och andra flödeshantering terapier försvann under 1800-talets lopp.

Därtill förklarar övergången från en flödande kropp till en sluten också varför praktiker som stimulerade kroppens *inre* flöden försvann. Om kroppens interna cirkulation inte längre behövde underhållas blev internt flödesstimulerande terapier – retande fotbad, plåster som avsåg skapa varande sår, våtvarma eller kalla omslag – obegripliga och verkningslösa. Dessa terapier beskrevs också alltmer sällan i provinsialläkarrapporter. Orden ”fotbad” och ”omslag” förekommer betydligt oftare i mitten av 1800-talet än vid slutet av seklet.⁹⁷⁷

Kurer som stimulerade intern flödescirkulation blev alltså till säregna kuriositeter för den grännsbeskyddande medicinen. De uttömmande terapierna framstod som än mer obegripliga: snarast raka motsatsen till vad medicin borde innebära. För den slutna kroppen vore evakuering inte bara onödig utan ofta rent skadlig, eftersom sår innebar förlust av kroppsvätskor samt att en ovälkommen passage öppnats i kroppens försvar.⁹⁷⁸

Ett exempel är läkarnas inställning till sår på huden. Fysiologins huvudämne inom den svenska läkarutbildningen var fortfarande under 1860-talet ”hudsystemet och dess avsöndringar”, men detta fokus på hudutsöndringar som förklaring till hela kroppens hälsotillstånd minskade under decenniets gång.⁹⁷⁹ Medicinhistorikern Anne Kveim Lie har exempelvis visat hur sjuk-

⁹⁷⁵ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 266.

⁹⁷⁶ Martin, *The Woman in the Body*, s. 34.

⁹⁷⁷ Ordet ”fotbad” förekommer 21 gånger i Medicinhistorisk databas, endast tre gånger efter år 1859. Ordet ”omslag” förekommer 244 gånger: 1810-talet 1, 1820-talet 9, 1830-talet 14, 1840-talet 47, 1850-talet 78, 1860-talet 47, 1870-talet 7, 1880-talet 24, 1890-talet 17.

⁹⁷⁸ Så länge ingreppet inte antas avlägsna ett skadligt i betydelsen giftigt ämne är evakuerande terapier helt obegripliga ur den gränsskyddande medicinens slutpunkt. Därför beskrivs åderlätning ofta idag som en metod för att avlägsna gift eller ”sjukt slem”, vilket är oriktigt, i alla fall gällande 1800-talet. Se exempelvis uppslagsordet ”åderlätning” i *Nationalencyklopedin* samt Edward Shorter, ”Primary Care”, i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 118–153, särskilt s. 122: ”Bloodletting – getting rid of poisons”.

⁹⁷⁹ Libell, ”Vägen från konstform till naturvetenskap”, s. 315.

domen ”radesyge” förändrades. Radesyge identifierades genom hudutslag och under tidigt 1800-tal beskrev norska läkare den som en sjukdom djupt inuti kroppens inre. Utslagen tolkades som ett tecken på bakomliggande sjuklighet i hela kroppen. Men under sent 1800-tal övergick radesyge istället till att förstås som en hudsjukdom. Såren förstods inte längre som ett sätt för kroppar att göra sig av med skadlig materia – de hade blivit själva sjukdomen.⁹⁸⁰

Även läkarnas sätt att använda plåster, förband och omslag förändrades. Visserligen försökte provinsialläkare förhindra överdrivna blödningar under hela 1800-talet: under tidigt 1800-tal kallades skadlig blodförlust för ”störtning”, en term som främst användes vid födslar.⁹⁸¹ Läkarna förband också sår efter olycksfall.⁹⁸² Men applicerandet av omslag under tidigt 1800-tal syftade huvudsakligen till att påverka kroppens inre flöden. Våtvarma och kalla kompresser samt lindor användes för att påverka kroppsvätskornas interna cirkulationshastighet och rörelse. Spanska flugor och senapsplåster – där ett irriterande ämne som smetats ut på en linneduk applicerades på huden – var menade att skapa varande sår. Därigenom ansågs skadliga ämnen avlägsnas via varet. Läkaren i Våla 1864 behandlade exempelvis blodkräkningar bland annat genom att ”ett irriterande plåster lades i maggropen”.⁹⁸³

Men under 1880- och 1890-talen förekom ordet ”plåster” bara i provinsialläkarrapporter när läkarna beskrev lokala kvacksalvares⁹⁸⁴ förehavanden, som när läkaren i Töreboda 1899 skrev att ”Halna-gumman” botade ”blodförgiftning” med hjälp av ”plåster och något liniment”.⁹⁸⁵ Detta eftersom plåstret drog ut skadliga ämnen ur kroppen: samma medicinska praktik läkarna själva använde under tidigt 1800-tal. Just plåstrens utdragande funktion beskrevs också i en kvacksalvares läkebok vilken beslagits av en läkare och citerades i en årsrapport: ”Derefter blef ordination af en gammal gumma, som föreskref att jag skulle hafva Hanobergs plåster bak om öronen [...] dermed utrensades från hufvudet en mängd var och röta.”⁹⁸⁶ Skolmedicinska läkare under tidigt 1800-tal och kvacksalvare under sent 1800-tal använde båda plåster för att dra ut skadliga vätskor ur kroppen.

Provinsialläkare under sent 1800-tal använde dock bandagering i motsatt syfte. Sårförbanden avsåg skydda redan existerande sår från utifrån kommande inflytanden, få dem att läka snabbare och få dem att sluta utsöndra var och

⁹⁸⁰ Anne Kveim Lie, ”Abdominal Ulcers, Open Pores and a New Tissue. Transforming the Skin in the Norwegian Countryside, 1750–1850” i Jonathan Reinarz & Kevin Siena (red.), *A Medical History of Skin. Scratching the Surface* (London, 2013), s. 31–42.

⁹⁸¹ Till exempel 1817 Strömstad Landeberg; 1855 Enköping Stiegler.

⁹⁸² Se exempelvis 1851 Eksjö Ljungberg.

⁹⁸³ 1864 Våla Leffler. Se även 1850 Åmål Segerstedt.

⁹⁸⁴ Ordet ”kvacksalvare” härstammar etymologiskt från ”person som säljer salvor” och det är rimligt att anta att sådana salvor (vilka ofta nämndes i provinsialläkarrapporter) förväntades verka på kroppens inre, precis som plåstren de sålde.

⁹⁸⁵ 1899 Töreboda Fredelius.

⁹⁸⁶ 1886 Helsingborg Holmér, ur läkebok bifogad provinsialläkarrapporten, beslagtagna från kvacksalvare: ”Läkebok af S. Nilsson, utgiven på eget förlag”. Se även 1891 Oskarshamn Holmberger.

blod. Läkaren i Jämshög 1885 behandlade exempelvis ett vådaskott genom att tvätta såret, täcka det med en linnelapp och förbinda det hela med vadd.⁹⁸⁷ En annan läkare var noga med att brännskador täcktes med förband av gas.⁹⁸⁸ Under det sena 1800-talet förstod alltså läkarna sår som medicinska problem just för att de öppnade upp huden och möjliggjorde interaktion mellan omgivningen och kroppens inre. Medan flödeshanterande läkare hade ansett sådana samspel som nödvändiga och nyttiga, var denna interaktion precis vad gränsskyddande läkare strävade efter att förhindra.⁹⁸⁹

Jag vill därmed helt ifrågasätta historikern Athena Vrettos tolkning av 1800-talets medicinhistoria när hon påstår att diagnostiska kategorier och terapeutiska tekniker förändrades under 1800-talets gång, men att medicinska och kulturella uppfattningar om ”bodily economy, relationships of depletion and exchange” var ungefär lika viktiga under hela seklet.⁹⁹⁰ Just de uppfattningar som Vrettos menar förblev desamma – medicinska och kulturella uppfattningar om kroppslig ekonomi samt idéer om uttömningar och utbyten – var de som förändrades allra mest. Denna övergång var anledningen till att åderlätning och andra evakuerande terapier övergavs, precis som den slutna kroppens nödvändighet för den gränsskyddande medicinen var orsaken till att miasmatisk smittspridningsteori och klimatmedicin inte längre framstod som rimliga.

Denna omtolkning av 1800-talets medicinhistoria gör att flera händelser kan förstås på nya sätt. Uttalade konflikter mellan företrädare för flödesmedicin och den öppna kroppen respektive företrädare för gränsmedicin och den slutna kroppen kan ge nya perspektiv på förändringar som tidigare lyfts fram som centrala under 1800-talet. Exempelvis kan den viktorska/oscarianska oron kring sexualitet delvis förstås som ett resultat av övergången från den öppna kroppen. För flödesmedicinen var det naturligt att kroppar flödade och att människors kroppsvätskor blandades. Men för den autonoma kroppen var sådan kontakt potentiellt sjukdomsframkallande. Sexuell kontakt innebar att människokroppars autonomi överskreds genom penetration och blandningen av kroppsvätskor. Därtill kan den dramatiska tillväxten av alternativmedicinen under sent 1800-tal ges en ny förklaring.

Alternativmedicinen – flödesmedicinens tillflykt

Övergången mellan den öppna, flödande kroppen och den slutna, avgränsade men förbättringsbara kroppen hjälper även till att förklara varför marknaden

⁹⁸⁷ 1885 Jämshög Naumann.

⁹⁸⁸ 1892 Ytterlännäs Jernström.

⁹⁸⁹ Naturligtvis påverkades denna process av Listers föreskrifter om antiseptisk medicin, vilka också ofta citerades dels i *Hygiea* och *Eira*, två svenska medicinska tidskrifter som många provinsialläkare läste. Lister citerades också i flera provinsialläkarrapporter, till exempel 1878 Kalmar Engdahl; 1881 Arboga Wettergren.

⁹⁹⁰ Vrettos, *Somatic Fictions*, s. 23.

för vad som brukar kallas för ”alternativ” läkekonst och ”naturläkemetoder” svällde kring sekelskiftet 1900.⁹⁹¹

Under 1800-talets gång kallade skolmedicinska företrädare allt fler behandlingsmetoder för kvacksalveri. Den mest kända alternativmedicinska inriktningen är förmodligen homeopati men här kan även innefattas olika slags föreningar för naturenligt levnadssätt, vegetarianism, massage, sjuk- och friskgymnastik, balneologi och sanatorieverksamhet vilka alla blev mer inflytelserika i Sverige och internationellt under 1800-talet. Linggymnastiken, som skapas i Stockholm av Pehr Henrik Ling 1813, är förmodligen det mest kända svenska exemplet. Flera aspekter av folkmedicin kan också inkluderas här även om denna inte varit organiserad på samma sätt som alternativmedicinen.

Folk- och alternativmedicin beskrivs ofta som skolmedicinens antiteser: flera samtida läkardebattörer beskrev dem sannerligen så. Detta perspektiv är också dominerande inom forskningen. Eva Palmblad beskriver dem exempelvis som motsatser när hon skriver att ”officiell hälso- och sjukvård trängs med inofficiell, legitimerade utövare med icke legitimerade”⁹⁹², och att ”de vetenskapliga synsätten på [medicin] utmanades också av nya, alternativa teorier och metoder som växte fram under senare delen av 1800-talet.”⁹⁹³ Men tendensen att framställa alternativmedicin som skolmedicinens motsats – en kategorisering tydligt präglad av läkarkårens omfattande professionaliseringsarbete från 1850-talet och framåt – har lett till att dessa behandlingsmodellens tydliga kopplingar till skolmedicinen har förbisett.⁹⁹⁴

Alternativ- och folkmedicin kan nämligen förstås som flödeshanterande medicin, det angreppssätt som dominerade skolmedicinen fram till 1800-talets mittersta tredjedel. En viktig skillnad finns dock: alternativmedicinen anslöt sig ej till den flödesmedicinska kroppens avsaknad av utvecklingspotential, utan antog istället som gränsmedicinen att kroppens motståndskraft och styrka var möjlig att förbättra. Inom alternativmedicinen var man också ofta misstänksam mot kroppsutsöndringar och intresserad av kroppslig och huslig renlighet, vilket annars kännetecknade gränsskyddande medicin.

Men i övrigt kan mycket alternativmedicin i stort sett förstås som flödesmedicin. Alternativmedicinens framväxt innebar alltså att ett medicinskt förhållningssätt som skolmedicinen avlägsnat sig från levde kvar. Flera andra forskare har uppmärksammat likheterna mellan skolmedicin från tidigt 1800-tal och alternativmedicin från slutet av seklet, men utan att analysera detta släktskap vidare.⁹⁹⁵ Karin Johannisson menar exempelvis att ”hela den romantiska

⁹⁹¹ Palmblad, *Sanningens gränser*, s. 9.

⁹⁹² *Ibid.*, s. 9.

⁹⁹³ *Ibid.*, s. 19.

⁹⁹⁴ Svenska provinsialläkarföreningen bildades år 1881. Läkarmöten anordnades runt om i Sverige från 1860-talet och framåt. Dahlborg, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905*, s. 21–24.

⁹⁹⁵ Marie C. Nelson, ”En historia om vård förr” i Motzi Eklöf (red.), *Perspektiv på komplementär medicin. Medicinsk pluralism i mångvetenskaplig belysning* (Lund, 2004), s. 35–48, särskilt s. 36; Bynum & Porter, *Medical Fringe and Medical Orthodoxy*, s. 1–4; Roger Cooter, ”Alternative Medicine,

medicinen är i princip ett alternativmedicinskt system med sin tyngdpunkt på krafter och energier”.⁹⁹⁶ Men om den romantiska medicinen, vilken under tidigt 1800-tal förespråkades från skolmedicinens mest inflytelserika positioner (särskilt av professorn i medicin i Uppsala, Israel Hwasser) skulle räknas som alternativmedicin, vad vore då skolmedicin? För Johannisson har rätt i att om man undersöker de innehållsmässiga tanketrådarna så överlappar alternativmedicinen nästan helt med det tidiga 1800-talets skolmedicin.

Hon skriver: ”Även om alternativmedicinen alltid har varit splittrad, innehåller den en gemensam teoretisk kärna: olika livskrafts- och livsenergibegrepp, balansteorier, helhetstankar och enhetspatologier. Sjukdomsförklaringarna kretsar kring begreppen obalans, disharmoni eller orenhet”.⁹⁹⁷ Att man inom alternativmedicin ofta hänvisar till antika medicinska källor är väl känt – intresset för naturmedicin kring 1800-talets slut kallas ofta för neo-hippokratiskt. Kanske bidrog alternativmedicinska företrädares återupptäckt av de antika källorna till antagandet hos Rosenberg, Warner och många andra att skolmedicinen präglades av ett fokus på balans under 1800-talet.

Det finns många tecken på att alternativmedicin under sent 1800-tal bara var en fortsättning av de praktiker som företrätts inom skolmedicinen under årtusenden. Det var alltså snarare skolmedicinen som avvek från en väl etablerad uppfattning om vad medicin var och borde åstadkomma än att alternativmedicinens tillkomst egentligen innebar något nytt.

Många av de tekniker och praktiker som idag anses vara alternativmedicinska kan spåras till flödesbaserad skolmedicin. Ett exempel är aromaterapi. Fram till 1800-talet ansågs som tidigare nämnts lukter vara materiella substanser som hade direkt tillträde till hjärnan: därför ansågs stanken av förruttnelse kunna döda. Men på samma sätt kunde välluktande substanser dels motverka skadliga lukter, dels verka direkt hälsofrämjande. Pestläkares näbbmasker fyllda med välluktande örter illustrerar detta.⁹⁹⁸ Lukthistorikerna Classen, Howes och Synnot menar också att vissa läkare under tidigmodern tid ansåg att eftersom människans själ eller ande fungerade ungefär som en doft så var vällukt det mest effektiva sättet att påverka sinnets sjukdomar.⁹⁹⁹ Vad som idag kallas

Alternative Cosmology” i Roger Cooter (red.), *Studies in the History of Alternative Medicine* (Oxford, 1988), s. 63–78, särskilt s. 64.

⁹⁹⁶ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 206.

⁹⁹⁷ *Ibid.*, s. 207.

⁹⁹⁸ Livläkaren till den franske kungen Charles XII, Charles de Lorme, var den första att beskriva en heltäckande klädesdräkt vilken inkluderade en pestmask år 1619 och kallas därmed allmänt för dräktens uppfinnare, även om pestmasken förmodligen redan existerat i århundraden. Vissa historiker ifrågasätter dock pestmaskens existens, exempelvis historikern Marion Maria Ruisinger.

⁹⁹⁹ Classen, Howes & Synnot, *Aroma*, s. 60–61. De menar vidare att ifall en lukt skulle anses motverka miasma var det viktigare att den luktade *starkt* än att den luktade gott. Exempelvis ansågs i stort sett alla intensiva dofter motverka farliga ångor vid pestepidemier: ”Municipal authorities had bonfires of aromatic woods burnt in the streets to purify the atmosphere. Individuals fumigated their homes with, among other things, incense, juniper, laurel, rosemary, vinegar and gunpowder [...] for added olfactory protection, some families kept a goat in the house.” Citat på s. 60.

aromaterapi var alltså under århundraden en ortodox skolmedicinsk praktik. Även i provinsialläkarrapporter från tidigt 1800-tal användes starka lukter för att motverka smittspridning och befrämja hälsa: det var en av anledningarna till att sjukrum ofta rengjordes med rök.¹⁰⁰⁰

Alternativ- och folkmedicinen fortsatte använda flera slags terapier som den flödeshanterande skolmedicinen begagnat. Karin Johannisson skriver att

Spänningen mellan kroppens utsida och insida tycks intressant nog återspegla en övergripande spänning mellan folklig och vetenskaplig medicin. Enligt folkmedicinen synliggörs kroppens inre i tecken på utsidan: flöden, vätskor, utslag, bölder, sår. Därför är motmedlen yttre: salvor, smörjningar, rökningar, omslag, örter och amuletter att bäras mot huden.¹⁰⁰¹

Alternativmedicinen delar alltså flera kännetecken med flödeshanterande skolmedicin, som uppfattningen att inre processer manifesteras och kan åtgärdas genom huden. Den mest övergripande likheten är att människan inom både det tidiga 1800-talets flödeshanterande skolmedicin och inom alternativmedicinen ansågs stå i ett ständigt samspel med sin omgivning.

Karin Johannisson skriver till exempel om alternativmedicinen att ”människan [uppfattas vara] innesluten i det territorium hon bebor. Tillsammans med naturen, djuren och tingen är hon en del av samma ekosystem. Samma krafter drabbar med missväxter, skapar sjukdom, startar en förlossning”.¹⁰⁰² Folkmedicinen och alternativmedicinen var enligt Johannisson ”inte riktad mot den avgränsade kroppen”, utan hanterade sjukdom som en relation till ett större universum, som ett alternativ till ”vetenskapens slutna, in-i-kroppen-riktade system”.¹⁰⁰³ Denna holism är som tidigare visat även ett kännetecken för flödeshanterande medicin.

Även enskilda alternativmedicinska läror visar sig vid närmare granskning vara flödehanterande. Franz Mesmer, som grundade mesmerismen i Frankrike under sent 1700-tal, ansåg sig kunna påverka människors hälsa genom att manipulera en mystisk vätska, vilken han kallade för animal magnetism, med hjälp av magneter. Roy Porter beskriver Mesmers sjukdomsuppfattningar som att ”health continued while that fluid flowed freely through the body, disease resulted from obstructions, which his healing processes claimed to remove”.¹⁰⁰⁴ Mesmers och hans efterföljares ingripanden strävade efter att upprätthålla jämna flöden inuti kroppen och förstod sjukdom som orsakad av flödesstopp, precis som provinsialläkare från tidigt 1800-tal.

Kiropraktiken, grundat av David Palmer ett århundrade senare, var på samma sätt baserad på utgångspunkten att energi som flödade från hjärnan var

¹⁰⁰⁰ Se kapitel 3.

¹⁰⁰¹ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 197–198.

¹⁰⁰² *Ibid.*, s. 193.

¹⁰⁰³ *Ibid.*, s. 197, 209.

¹⁰⁰⁴ Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, s. 285.

en essentiell livsgivande kraft i kroppen, och läran förespråkade enligt Porter precis som mesmerismen att ”obstruction produced disease”.¹⁰⁰⁵

Det vore alltså en rimlig hypotes, värd att utforska vidare, att flödesmedicinens marginalisering i och med gränsmedicinens övertagande av skolmedicinen vid mitten av 1800-talet – samt den samtida revolten mot denna förändring – ledde till att en lång rad alternativmedicinska rörelser utvecklades.

Dessa rörelser var dock inte helt flödesmedicinska, utan kännetecknades snarare av en speciell blandning av flödesmedicin och gränsmedicin. Kroppen de förhöll sig till var förbättringsbar – detta var ett kännetecken för gränsmedicin och samtidigt en grundprincip för föreningar för naturenligt levnadssätt, vilka strävade efter att förbättra människors kroppar. Porter menar att alternativmedicinen kännetecknas just av denna självförbättringsiver: ”Sickness is a malady not of the body but of the complete self; within that self the cure lies, though acts of will or lifestyle changes.”¹⁰⁰⁶ Men det är viktigt att betona att en mer hälsosam kropp också antogs leda till ett förändrat sinnelag. Till exempel menade personer engagerade i *Svenska vegetariska föreningen*, vilken hade en central position bland de svenska livsreformrörelserna kring sekelskiftet 1900, att vegetarisk kost medförde påtagliga förbättringar jämfört med animalisk kost:

Den ungdom, som uppföddes med vegetabilier, bleve icke blott friskare, större, starkare, snällare och mindre mottaglig för sjukdomar än annan ungdom utan bleve även vackrare, intelligentare, nyktrare och i besittning av starkare tänder och bättre sångröst än denna.¹⁰⁰⁷

Denna självförbättringsiver, ett kännetecken för gränsmedicin, förenades alltså med flödesmedicinens holistiska synsätt där sjukdom sågs som uttryck för otillräcklig cirkulation.¹⁰⁰⁸

Därför användes inom alternativmedicinen en lång rad medicinska terapier vilka i det tysta övergivits inom skolmedicinen: om än ej åderlåtning och spanska flugor så koppning och olika slags lavemang och tarmsköljningar. Inom alternativmedicinen kring sekelskiftet 1900 var många slags terapeutiska ingripanden flödeshanterande genom att de försökte avlägsna flödesstopp. I *Vegetarianen*, *Svenska vegetariska föreningens* tidskrift, ägnades mycket uppmärksamhet mot den självförgiftning som antogs uppstå genom otillräcklig tarmtömning, ett problem som kombinerar flödesmedicinens fokus på flödesstopp och gränsmedicinens vaksamhet mot kroppsutsöndringar.¹⁰⁰⁹ Klimatologi, som varit en så viktig del av skolmedicinen under tidigt 1800-tal knöts också samman med balneologi, vilken alltmer beskrevs som alternativmedicin.

¹⁰⁰⁵ Ibid., s. 394.

¹⁰⁰⁶ Porter, ”What is Disease?”, s. 113.

¹⁰⁰⁷ [anon], ”Från vegetarianernas läger” [notiser], referat av ett föredrag av grosshandlare Alb. Hammarling från Skene under rubriken ”Huru skola vi på ett hälsoenligt sätt minska utgifterna för vårt dagliga bröd?” i *Vegetarianen*, vol. 27, nr 3, 1928, s. 19.

¹⁰⁰⁸ Se till exempel Mich. Larsen, ”Förkylning” i *Vegetarianen*, vol. 9, nr 2, 1910, s. 23–25.

¹⁰⁰⁹ Drakman, ”Framtiden tillhör de magra”.

Exempelvis blev Carl Curman, grundare av Centralbadet i Stockholm, docent i balneologi och klimatologi vid Karolinska Institutet 1880.¹⁰¹⁰

Övergången från flödeshanterande till gränshanterande medicin kan också potentiellt förklara omständigheter tidigare forskning funnit paradoxala, som att många av de så kallade naturläkarna var akademiskt utbildade läkare.¹⁰¹¹

Ett exempel var den berömde doktor Westerlund, aktiv som stadsläkare i Enköping kring sekelskiftet 1900. Idag är han mest känd för den pelargon som bär hans namn. Krukväxten var enligt Westerlund själv hälsofrämjande på grund av dess friska doft, vilket är ett tydligt utslag av aromaterapi.¹⁰¹² Karin Johannisson finner det motsägelsefullt att läkare kunde företräda både skolmedicin och alternativmedicin parallellt, och att alternativmedicinen frodades just under perioden då medicinen förvetenskapligades. Hon skriver ”Att alternativmedicinen har växt sig stark i perioder av stora genombrott för den vetenskapliga medicinen är ett paradoxalt faktum. Särskilt påfallande var detta under 1800-talets sista decennier”.¹⁰¹³

Men denna omständighet, och det faktum att så många akademiskt utbildade läkare var aktiva i alternativmedicinska kretsar, blir rimlig utifrån tesen att skolmedicinen vid 1800-talets mittersta tredjedel slutade att ägna sig åt flödeshanterande medicin och istället började ägnade sig gränsskyddande åtgärder. Det är troligt att inte alla läkare fann detta perspektivbyte befogat. Därför är det just under denna period det vore mest rimligt för en stor grupp skolmedicinska utövare att söka efter andra sammanhang att utöva flödesmedicin i än det skolmedicinska. På så sätt kunde de hålla kvar vid den öppna, flödande kroppen som skolmedicinen övergivit.

Att läkarkåren alltmer professionaliserades under denna period, vilket Johannisson lyft fram som en förklaring till det stora uppsvinget i alternativmedicinska behandlingar,¹⁰¹⁴ blir därmed bara en delförklaring: snarare var det bytet av uppfattningar om hur kropp och omgivning interagerade som föranledde den dramatiska tillväxten av alternativmedicin.

Därtill slipper man med denna förklaring förlita sig på antagandet att alternativmedicinen blomstrade kring sekelskiftet 1900 eftersom läkarkåren befann sig i en förtroendekris orsakad av att framgångarna i diagnostiken inte följdes av terapeutiska förbättringar.¹⁰¹⁵ Denna förklaring är för det första inte helt korrekt: Pasteur, Koch och deras efterföljare utvecklade flera nya terapier under den sista tredjedelen av 1800-talet, mot bland annat difteri och rabies. För det andra sjönk dödligheten i Västeuropa redan under sent 1800-tal,

¹⁰¹⁰ *Svenskt biografiskt lexikon*, uppslagsord ”Carl P Curman”, Band 09 (1931), s. 459.

¹⁰¹¹ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 205.

¹⁰¹² Pelargonarten som i Sverige uppkallats efter honom är rosengeranium: när den vidrörs doftar den citron. Ernst Beckman, *En läkare. Ernst Westerlund* (Stockholm, 1897), Jakob Mauritz Billström, *Ernst Westerlund. Minnesord vid svenska läkaresällskapets sammanträde den 5 februari 1924* (Stockholm, 1924).

¹⁰¹³ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 208.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, s. 205.

¹⁰¹⁵ Palmblad, *Sanningens gränser*, s. 18.

årtionden innan antibiotika upptäcktes.¹⁰¹⁶ Och för det tredje är sådana förklaringar uppenbarligen lästa bakifrån, med facit i hand. Varför skulle patienter vara mer frustrerade över läkarkårens oförmåga att behandla sjukdomar under sent 1800-tal när de inte kunnat behandla dem tidigare? Det finns inga spår av sådan frustration i provinsialläkarrapporter från sent 1800-tal, även om dessa naturligtvis inte vore de bästa källorna för att spåra sådana uppfattningar.

Att läkarna började förhålla sig till en sluten och från sin omgivning mer oberoende kropp kan också förklara varför naturalist- eller nudiströrelsen etablerades kring sekelskiftet 1900. Särskilt stort var intresset i Tyskland, där en nudisttidsskrift publicerades mellan 1902 och 1932; den första nudistklubben öppnade utanför Hamburg 1903. En förutsättning för att det skall anses rimligt att vistas utomhus naken är att det förstås vara riskfritt att göra det. Som visat ansågs den öppna kroppen vara vämlös mot miasmatiska och klimatologiska inflytanden när huden blottades, men för den slutna kroppen var inte nakenhet någon hälsofara. Snarare ansågs kroppen stärkas av att vistas naken i naturen, vilket visar på vilken paradoxal blandning av den följsamma, flödande och den reaktiva, avgränsade kroppen alternativmedicinska utövare förhöll sig till.

Utblick

Denna undersökning har präglats av David Bloors första, andra och tredje regel för kunskapssociologin, det vill säga kausalitet (att undersöka orsaker till kunskapsanspråk), opartiskhet (att undersöka såväl framgångsrika som icke framgångsrika förklaringsmodeller) och symmetri (att använda samma slags förklaringar för dem båda).¹⁰¹⁷ Men det som i slutändan kom att bli allra viktigast var Bloors fjärde regel, reflexivitet: att ovanstående regler också måste appliceras på processen att skriva sociologi eller i detta fall medicinhistoria.

Ludwig Fleck definierar en tankestil bland annat utifrån "the judgment which the thought collective considers evident".¹⁰¹⁸ När en uppfattning genomsyrat ett tankekollektiv tillräckligt starkt, så att det trängt in i vardagslivet och ordförrådet och har blivit en synvinkel i betydelsen att det begränsar vad som är möjligt att se, kommer varje motsägelse enligt honom att framstå som "unthinkable and unimaginable."¹⁰¹⁹

Flecks beskrivning har visat sig giltig inte bara för provinsialläkares tankestilar utan även för flera grundantaganden inom det medicinhistoriska forskningsfältet. Medicinhistoriker har genomgående avfärdat de medicinska praktiker och teorier

¹⁰¹⁶ Detta statistiska samband är grundpelaren för Thomas McKeown's tes i *The Modern Rise of Population* (London, 1976) om att läkarkåren spelat försumbar roll i Storbritanniens, och i förlängningen världens, förbättrade hälsa under de senaste två seklerna.

¹⁰¹⁷ Bloor, *Knowledge and Social Imagery*, s. 9.

¹⁰¹⁸ Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact*, s. 99.

¹⁰¹⁹ *Ibid.*, s. 28.

som de själva inte tror på som irrationella. Den gränsskyddande medicinen och den slutna, autonoma kroppen har varit så pass självklara utgångspunkter även för medicinhistoriker att de har tagits för givna. Därför har den flödeshanterande medicinens popularitet gång på gång framställts som obegriplig.

Men just de historiska beskrivningar, beslut och praktiker som i efterhand framstår som förnuftsvidriga är de som behöver undersökas mest noggrant. Det är just denna inkommensurabilitet, denna oförmåga att förstå bevekelsegrunderna till andras handlande, som avslöjar brytpunkter mellan våra egna tankestilar och andra människors. Och just detta borde vara en central uppgift för idé- och kulturhistorien: att förstå och förklara hur tanke-system som tycks ologiska faktiskt hängde ihop. Att förklara övergångar snarare än att bara beskriva dem.

Visseligen är det just i detta avseende som min egen undersökning inte nått ända fram. Jag har visat fram en brytpunkt mellan två sätt att förstå vad medicin innebär och demonstrerat varför tidigare förklaringar till denna övergång har varit otillräckliga: varken tilltagande rationalitet, sociala spänningar eller bakteriologins genombrott kan förklara varför ”traditionella” terapier och teorier övergavs. Men egentligen har jag inte angivit orsakerna till varför uppfattningarna om interaktionen mellan kropp och omgivning förändrades så radikalt. Min analys innefattar bara att visa på skiftet samt redogöra för dess konsekvenser; jag förklarar inte varför skiftet inträffade.

Jag har medvetet avstått från att kalla övergången mellan den flödande och den autonoma kroppen för ett ”paradigmskifte” i Kuhns mening, mycket för att den inte följer strukturen för vetenskapliga revolutioner Kuhn ställer upp. Medicinen övergav inte det flödeshanterande angreppssättet till förmån för gränsskyddande praktiker för att ”ett väsentligt problem trots flerfaldiga försök inte har kunnat lösas och därigenom givit upphov till en kris”.¹⁰²⁰ Åtminstone har inga sådana ”väsentliga problem” lämnat spår efter sig i medicinska tidsskrifter eller andra skriftliga källor. Svaret på frågan varför skiftet ägde rum måste söka någon annanstans än i den provokation ett avgörande olöst problem innebär.

Avslutningsvis vill jag därför föreslå sex betydelseförändringar under 1800-talet som bör ha haft inflytande på periodens sjukdoms- och kroppsuppfattningar, och vilka skulle kunna utforskas vidare i framtida studier.

För det första finns skäl att misstänka att de förändringar i människors självuppfattningar som Dror Wahrman menar skedde under sent 1700-tal hade inverkan. Wahrman menar att individers identiteter under denna period slutade att uppfattas som skiftande, föränderliga och följsamma och istället framställdes som fasta, oföränderliga och givna. Detta skifte visar tydliga likheter med de förändrade kroppsuppfattningar som skildrats i denna undersökning.¹⁰²¹

¹⁰²⁰ Kuhn, *De vetenskapliga revolutionernas struktur*, s. 120–131. Citat på s. 120.

¹⁰²¹ Dror Wahrman, *The Making of the Modern Self. Identity and Culture in Eighteenth-Century England* (New Haven, 2004).

Vidare är det sannolikt att förändrade föreställningar om åtskillnaden mellan offentligt och privat – särskilt i form av nya idéer om kärnfamiljens tilltagande betydelse som minsta samhällsenhet på bekostnad av hushållet – har haft inverkan.¹⁰²²

Nya uppfattningar om kroppen som reaktiv och möjlig att stärka kan dessutom kopplas samman med de idéer om plikten till och nyttan av självförbättring som blev så viktiga för bourgeoisien under 1800-talets slut. Individens började uppfattas som mer ansvarig för sin egen hälsa, motståndskraft och framgång än tidigare. Självhjälp som litterär genre tog fart efter publiceringen av Samuel Smiles *Self-Help* 1859, och vågen av efterföljare dominerar bästsäljarlistorna än idag.¹⁰²³

Därtill har Karin Johannisson med stöd av Michel Foucault föreslagit att svaret på frågan varför den vetenskapliga medicinen under sent 1800-tal fick ”monopol på den medicinska sanningen”¹⁰²⁴ är politiskt. Hon menar att eftersom läkarna under 1700-talet blev centrala i de Västeuropeiska nationernas befolkningspolitiska program kom medicinen att fungera som ett instrument för att övervaka individers kroppar, vilka uppfattades som ”den politiska kroppens främsta kapital”.¹⁰²⁵ Detta tolkningsföretade använde läkarna sedan för att ”pålägga ordning på den okontrollerade kroppen.”¹⁰²⁶ Johannisson påminner om att 1800-talsmedicin kännetecknas av en lång rad gränsdragningar mellan normalt/abnormt, friskt/avvikande, manligt/kvinnligt, och att medicinska kategorier som alkoholist, psykopat, homosexuell alla skapades under detta århundrade.¹⁰²⁷ ”Med vetenskapens hjälp”, skriver Johannisson om det sena 1800-talets klassificeringsiver, ”kunde föreställningar om *skillnader* förankras i en skenbart neutral terräng: biologin.”¹⁰²⁸ Överlag kännetecknades medicinen och närliggande vetenskaper under sent 1800-tal av ett omfattande klassificerande arbete: intresset för eugenik tog fart och antropologi uppstod som forskningsinriktning. Den gränsskyddande medicinen passar väl in i detta sammanhang.

¹⁰²² Anne Berg, *Kampen om befolkningen. Den svenska nationsformeringens utveckling och sociopolitiska förutsättningar ca 1780–1860* (Uppsala, 2011). Se särskilt kapitel 6, ”Högborgerlig officiellt nationalisering av underklasserna, ca 1839–1860”. Berg menar att det patriarkala och korporativa systemet urholkades på makro- och mikronivå från 1840-talet. Bland annat avskaffades husagan och skråordningen. S. 194–224. Se även Jürgen Habermas, *Borgerlig offentlighet. Kategorierna ”privat” och ”offentligt” i det moderna samhället* (Lund, 2003); Frykman & Löfgren, *Den kultiverade människan*.

¹⁰²³ Samuel Smiles, *Self-Help* (London, 1859). Naturligtvis har strävan till självförbättring funnits längre än sedan mitten av 1800-talet, vilket inte minst Norbert Elias visat i *The Civilizing Process*. Men från och med denna period intensifierades intresset och spreds till allt fler samhällsgrupper utanför aristokratin. Se även Philipp Sarasin, ”The Body as Medium. Nineteenth-Century European Hygiene Discourse”, i *Grey Room*, nr 29, 2007, s. 48–65.

¹⁰²⁴ Johannisson, *Kroppens tunna skal*, s. 204.

¹⁰²⁵ *Ibid.*, s. 200.

¹⁰²⁶ *Ibid.*

¹⁰²⁷ *Ibid.*

¹⁰²⁸ *Ibid.*

Förändrade uppfattningar om hur huden – särskilt porerna – fungerade bör dessutom utforskas djupare, kanske särskilt i relation till dermatologins uppkomst. I det växande fältet ”skin studies” finns mycket att hämta för att utveckla forskningsfältet om kroppens samspel med sin omgivning.¹⁰²⁹

Slutligen är det rimligt att anta att de nya uppfattningarna om kroppens relation till omgivningen hängde samman med övergripande samhällsförändringar som urbanisering, industrialisering och massemigrering, alla till viss del påbyggade av 1800-talets stora befolkningstillväxt, vilken i Sverige så väl förklarades av Esaias Tegnér med ”freden, vaccinet och potäterna”.

Men detta är farlig mark: det är alltför lätt att använda ”modernisering” för att förklara all förändring under slutet av 1800-talet på samma sätt som ”bakteriologins genombrott” använts i relation till ”traditionell” medicin. Begreppet ”modern” antas ofta ha tillräckligt förklaringsvärde för att orsaksambanden inte ska behövas redas ut. Därför vill jag inte säga att övergången ”orsakades av modernisering”.

Snarare kvarstår mycket arbete med att klargöra hur förändringar inom 1800-talets intellektuella och medicinska tankevärldar bäddade för och skapade skiftet jag beskrivit: från den öppna kroppen till den slutna.

¹⁰²⁹ Se Reinartz & Siena, ”Scratching the Surface. An Introduction”, s. 1. Se även Sara Ahmed & Jackie Stacey (red.), *Thinking Through the Skin* (London, 2001); C. Benthien, *Skin. On the Cultural Border between Self and the World* (New York, 2002); S. Connor, *The Book of Skin* (London, 2004). Det är mycket möjligt att Joseph Listers antiseptik påverkade denna utveckling. T. ex. publicerade Lister tre artiklar i *The Lancet* år 1867 där han menade att det inte var normalt för sår att utsöndra var. Se Roy Porter, ”Hospitals and Surgery” i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 202–245, särskilt s. 231.

9. Sammanfattning

I denna avhandling analyseras ett skifte mellan två tankestilar inom 1800-talsmedicinen. Fram till 1860-talet ägnade sig svenska provinsialläkare i huvudsak åt *flödeshanterande* medicin, det vill säga behandlade flöden in i, ut ur och inuti en kropp som uppfattades vara öppen för omgivningens påverkan. Efter detta decennium ägnade de sig istället åt *gränskyddande* medicin för att försvara en sluten, autonom kropp mot all slags penetration av sjukdomsämnen.

I kapitel 1 och 2 klargörs avhandlingens syfte, empiri och perspektiv. Mitt huvudsakliga källmaterial har varit 8800 provinsialläkarrapporter från åren 1820–1900, vilka digitaliserats i Medicinhistorisk databas. Därtill ges en kort bakgrund till provinsialläkarna som grupp samt årsrapporternas sammanhang.

I kapitel 3 och 4 beskrivs och analyseras den flödeshanterande medicinen. Här bestrider jag den dominerande tolkningen av periodens medicinska praktiker: att målet under tidigt 1800-tal var att återställa förlorad balans mellan kroppens vätskor. När provinsialläkarna evakuerade kroppsvätskor diskuterade de nästan aldrig mängden som avlägsnats, och ordet balans nämndes knappt i någon av rapporterna. Snarare var läkarnas behandlingar inriktade mot att skapa lugna, jämna, regelbundna flöden.

Läkarnas arbete med åderlätning och andra evakuerande terapier syftade till att avlägsna flödesstopp. Särskilt tog läkarna indikationer på sinkad eller förhindrad cirkulation – exempelvis svullnader, bölder och förhårdnader – som tecken på att evakuerande terapier behövdes. Därför avlägsnade de kroppsvätskor för att mekaniskt återstarta förlorad cirkulation, exempelvis genom att åderlåta drunknade eller öppna venen på en förlamad arm. Många av läkarnas terapier – främst kalla eller våtvarma omslag, frotteringar och retande fotbad – var dessutom menade att gynna intern cirkulation utan att avlägsna kroppsvätskor ur kroppen, vilket ytterligare motsäger tesen att balans var medicinens mål.

Under åren 1820–1865 förstod läkarna det som att omgivningen fungerade utifrån samma principer som enskilda kroppar. Jämn cirkulation var hälsosamt och stagnation var farligt. Otillräcklig cirkulation gjorde både en kropp sjuk och en omgivning sjukdomsframkallande. I det senare fallet bildades trask, myrar och våtmarker som hotade människors hälsa med farliga dimmor då flöden av vatten och luft stoppats upp. Många olika aspekter av läkarnas terapeutiska och preventiva arbete utgick från denna flödesbefrämjande princip – att åderlåta en svullnad och att dika ut ett trask var i grunden samma slags ingrepp.

Flöden i omgivningen av luft och vatten var därtill viktiga ur hälsosynpunkt eftersom de hade direkt inverkan på kroppens porositet. Fuktig luft och vatten öppnade upp porerna och kyla fick kroppen att dra ihop sig, vilket skapade flödesrörelser från huden in mot de inre organen. Värme hade motsatt effekt och kunde dra upp skadliga ämnen som annars inte kunde avlägsnas från kroppens djup. Även retande plåster som skapade varande sår ansågs avlägsna skadliga ämnen ur kroppen. Eftersom kroppen alltså förstods som följsam mot omgivningens temperatur och fuktighet försökte läkarna mildra skadlig påverkan genom att upprätta barriärer mot den av bland annat kläder.

Från decennierna kring 1800-talets mitt och framåt blev istället den gränsskyddande medicinen dominerande bland provinsialläkare. Centralt är att läkare nu uppfattade kroppen som autonom från sin omgivning och sluten gentemot den. Att skadliga ämnen trängde in i kroppen, vilket inom den flödeshanterande medicinen ansågs ofrånkomligt, menades nu vara möjligt att förhindra, bland annat för att hudens porer ansågs betydligt mindre genomsläppliga än tidigare. Nu förstods själva inträngandet av ämnen i kroppen vara vad som gjorde patienten sjuk och gränsöverskridanden blev läkarnas viktigaste medicinska problem.

Läkarna började anta att kroppen hade ett försvar: en inneboende, reaktiv styrka. Denna utveckling påverkades av vaccinationens framgångar. Reaktionen på somliga påfrestningar ansågs stärka kroppen, och därför blev det allt viktigare att människor värnade sin hälsa genom härdande. Barriärerna mellan kropp och omgivning började därför rensas bort, och omgivningen beskrevs alltmer som antagonistiskt hälsosam i bemärkelsen att vissa prövningar förbättrade kroppens försvar. Att utsätta sig för kyla ansågs särskilt stärkande. Människors sinnesintryck ansågs därför inte längre rättvisande, och behagliga omgivningar inte självklart nyttiga. Läkarna började även lyfta fram det nya och färska som hälsosamt genom att polemisera mot förtärandet av gammal mat och genom att välkomna främlingars ankomst till bygden, när resande människor tidigare beskrivits främst som förmedlare av smitta. Människors förmåga att påverka sjukdom genom sitt eget handlande beskrevs som betydligt större efter 1860-talet än före detta årtionde.

Den gränsskyddande medicinens förhållande till omgivningen speglas i läkarnas nya intresse för hemmets och kroppens renlighet. Jag visar hur renlighet i stor utsträckning var en gränsskyddande praktik, och skildrar hur ”vardagssmuts” blev det viktigaste objektet för renlighetsingripanden istället för det som under tidigt 1800-tal beskrevs som ”förruttnelsesmuts”. Vardagssmuts bestod främst av kroppsutsöndringar samt av rester från arbete och vardagligt leverne. Under sent 1800-tal började läkarna uppmärksamma att kroppsutsöndringars kunde tränga in i andra människors kroppar, exempelvis genom inandning av andras utandningsluft. Kroppsutsöndringar började anses kränka kroppars autonomi, och framställas som medlet varigenom sjukdom förmedlades från en individ till en annan. Därför fick de en central roll i smittoöverföringsprocessen och blev de huvudsakliga objekten för rengörings-

praktiker. Hemmet blev farligt och närhet hälsovådligt; läkarna problematiserade trångboddhet, förhindrade kalas och begravningar under epidemier samt ställde in skolgång. Sammanblandningar av kategorier orsakade sjukdom, och inträngandet av främmande materia i en kropp ansågs vara grundorsaken till de flesta sjukdomar. *Bakteriers* inträngande diskuterades dock sällan (även om det hände från 1880-talet och framåt). Snarare oroade sig läkarna över kroppsutsöndringar, parasiter samt förgiftande ämnen från hemmet, som förbränningsångor från spisen. Därför försökte läkarna få allmogen att leva mer spaltat utspritt i rummet, med större avstånd till boskap och andra människor. Därtill menar jag att läkarnas nya inställning till parasiter och skadedjur som motbjudande och farliga hängde samman med att de upplevdes penetrera kroppens och hemmets försvar och skapa otillbörlig kontakt mellan människor – de var gränsöverskridande och därför behövde de utrotas.

Uppfattningar om sjukdomar som utifrån kommande angrepp uppstod alltså inte på grund av bakteriologins genombrott, eftersom den gränsskyddande tankestilen förekommer bland provinsialläkarna redan på 1850-talet och blev dominerande från ungefär 1865. Bakteriologin skapade inte den gränsskyddande medicinen utan förstärkte ett sätt att tänka och handla som redan hade slagit igenom. Sammantaget mynnar undersökningen ut i en ny tolkning av åderlätning, evakuerande terapier, klimatmedicinens och miasmateorins försvinnande.

I kapitel 7 diskuterar jag de existerande förklaringarna till dessa teoriers och terapiers försvinnande och visar att de alla är otillfredsställande. Eftersom övergivandet av klimatmedicinens och de evakuerande terapiernas knappt har undersökts har jag fokuserat på åderlätning och miasma. Tidigare forskning om miasma hävdar samstämmigt att smittspridningsteorin övergavs på grund av bakteriologins genombrott, ett påstående som baserats på Alain Corbins undersökning av franska bakteriologers arbete under sent 1870-tal. Dessa bakteriologer demonstrerade att förruttnelsestank ej innehöll synliga bakterier, men jag hävdar att detta i sig inte är tillräckligt för att förklara varför miasmateorin skulle anses motbevisad. Avsaknaden av synliga bakterier i stank omkullkastar inte nödvändigtvis teorin. Flera andra orsakssamband tas för givna utan att själva den förmedlande agenten kan identifieras visuellt. Gravitationen är en sådan kraft och virus upptäcktes på 1890-talet då deras verkan identifierades, trots att det tog trettio år innan de tillgängliga mikroskoperna förbättrades så mycket att forskare faktiskt kunde se dem.

Åderlätning har främst förklarats med sociala skäl. Jag visar hur argument om åderlätning som en social ritual varken överensstämmer med provinsialläkarnas praktiker eller förklarar varför bloduttömning överges. Det är tydligt att provinsialläkare fann åderlätning verksamt, vilket även motsäger påståenden om att läkare åderlät för att lindra, bota och ta betalt trots att de visste att behandlingen var ineffektiv. Terapierna och teorierna övergavs heller inte på grund av ökad empirism, minskad auktoritetstro eller tilltagande rationalitet. Miasma, evakuerande terapier, klimatmedicin och åderlätning ifrågasattes

knappt i medicinska tidskrifter eller protokoll från medicinska sällskap under 1800-talet, och ingen av dem motbevisades.

Istället skedde övergivandet på grund av skiftet mellan en flödeshanterande och en gränsskyddande tankestil samt den sammankopplade övergången från en öppen, följsam kropp till en sluten, autonom kropp. Avslutningsvis använder jag två fallstudier om vattens verkan på huden respektive förlusten av kroppsvätskor för att demonstrera hur växlingen mellan de två tankestilarna gjorde de fyra teorierna och terapierna onödiga, överflödiga och i slutändan helt obegripliga.

Klimatmedicinen och miasmateorin var båda beroende av uppfattningar om kroppen som öppen och följsam mot sin omgivning. Detta framgår av provinsialläkarnas skiftande inställningar till den effekt badande ansågs ha på människors kroppar. Under tidigt 1800-tal menades vatten tränga in i människors porer, och kurbad förstods påverka människors inre organ samt deras sinnelag snarare än deras hud. Men från 1860-talet ansågs vatten alltmer verka på kroppens yta snarare än tränga in i den. Det gjorde att badhus började anses vara ofarliga och hälsofrämjande, när läkare tidigare uppfattade det som riskfyllt att vistas naken nära främlingar i en fuktig miljö.

Dessutom var åderlätning och andra evakuerande terapier beroende av uppfattningar om kroppen som ständigt flödande. Samtidigt som dessa behandlingsmetoder övergavs under 1800-talets mitt började läkare använda en mängd metaforer som liknade kroppen vid en ekonomisk enhet, där kroppsut-söndringar beskrevs som utgifter. I flera debatter om bland annat om onani, menstruation, klimakteriet samt blodförlust vid operationer framställdes det nu som självklart att avlägsnandet av kroppsvätskor innebar en skadlig *förlust* för kroppen. Detta var en helt ny tanke, då läkare som ägnade sig åt flödeshanterande medicin antog att de flesta sådana flöden var nödvändiga och oftast gynnsamma.

Men flödesmedicinen försvann inte helt vid 1800-talets slut. Övergången mellan de två tankestilarna kan istället förklara den stora tillväxten för så kallad alternativmedicin under samma period. Alternativmedicin är genomgående baserad på teorier och terapier som hämtats från flödeshanterande medicin. Därför bör alternativmedicin mindre förstås som ett ”alternativ” till skolmedicinen och mer som äldre skolmedicinska praktiker vilka levt kvar samtidigt som den gränsskyddande tankestilen blev dominerande inom ortodox medicin.

10. English Summary

Among laypeople, medical practitioners and even historians of medicine today, pre-bacteriological medicine tends to be portrayed as a strange and unsettling practice. Bloodletting in particular often appears as a gruesome example. Depending on whether "medicine" is defined as millennia old or as a creation of the late nineteenth century, therapeutic bleeding is used either to criticize contemporary medicine by emphasizing its past errors or, paraphrasing Charles Rosenberg, to illustrate the premedical bog of ignorance out of which it triumphantly rose.

However, the scarcity of empirical studies into how "traditional" treatments were used in the nineteenth century leaves historians of medicine unable to explain *why* these therapies, which for thousands of years had been the basis of orthodox medicine, were so common. This paucity also makes it difficult to explain why they were then quietly but decisively abandoned, and why this shift happened decades before scientific medicine was established. As Shigehisa Kuriyama puts it with regard to therapeutic bleeding: "The history of bloodletting poses two basic problems. One is the puzzle of bloodletting's traditional popularity, the other is the enigma of its modern decline." Why was bloodletting, along with purging, climate medicine and the miasmatic theory, so popular in the beginning of the nineteenth century and so unpopular at its end? The shift was gradual, but after the end of the nineteenth century these theories and therapies were not only completely disused but were repeatedly described as baffling.

Several historians have offered explanations for their abandonment, generally on the themes of increased rationality and social pressure. However, none of the practices was disproven or even—with a few exceptions—openly questioned. Rather than assuming that the superiority of scientific medicine caused the abandonment of pre-bacteriological practices, I argue that their use and disuse can only be understood by investigating the purposes they served in the early nineteenth century. Doctors' conceptions of the interaction between body and environment is of particular interest.

My main argument is that over the period 1840–70, a transition from what I call "flow-managing medicine" to "boundary-protecting medicine" took place, and that this shift explains why doctors abandoned bloodletting, purging, climate medicine and the miasmatic theory. During 1820–65, doctors' practices

and theories revolved around a body characterized by *flows* of bodily fluids. Thus, their actions sought to modify circulation into, within and out from the body. In the last third of the century, however, doctors began conceiving of the body as closed off and autonomous from its environment, and they started trying to protect its *boundaries*. They considered flows into the body as attacks, flows within the body as irrelevant, and flows out from the body as a dangerous waste of energy. They no longer considered humid air and water as substances able to penetrate the body's pores. In relation to the closed, autonomous body, bloodletting, purging, climate medicine and the miasmatic theory thus had no validity or efficacy.

The dissertation is based on 8,807 annual reports written between the years 1820 and 1900 by approximately 2,500 Swedish provincial doctors to the National Board of Health in Stockholm. These reports have been digitized in the *Medical History Database* run by Linköping University.¹⁰³⁰ In addition, I have used approximately one hundred nondigitized reports to verify that the digitization process did not add any noteworthy distortions. The indexes for the two main Swedish medical journals during the nineteenth century, *Eira* and *Hygiea*, have also been examined, as has the entire archive of *Svenska provinsialläkarföreningen*, the Swedish society for provincial doctors, up until the year 1900. I have also reviewed lecture notes taken by early nineteenth-century medical students at Uppsala University, where the majority of provincial doctors were trained.

Swedish provincial doctors were state employees, sent out into the provinces to oversee midwives and vaccinators, inspect apothecaries, help veterinarians and establish their own medical practices for the benefit of the poor. They also functioned as epidemic doctors, served on local sanitation boards and had responsibilities resembling those of British Medical Officers of Health. They represented about 20–30 percent of Swedish doctors in the nineteenth century, and their numbers increased from 40 in 1805 to 299 in 1900.

Assembling information was the task most heavily emphasized in the state instructions to provincial doctors, since each doctor was obliged to submit a yearly report to the National Board of Health. In the 1850s, the previously free-form reports were standardized with clear headings indicating which information was required. Their length varies from half a page to ten pages, and they include descriptions of the provinces and their inhabitants, the weather, common diseases, epidemic outbreaks and often case studies from the doctors' own practices.

The study has been inspired by David Bloor's four components of the "strong programme" for the sociology of science. Thus, I investigate the conditions which bring about claims to knowledge. I examine successful and unsuccessful knowledge claims symmetrically, using the same kind of explanations for both. In addition, I apply the assumptions about how

¹⁰³⁰ The database can be found at <http://www.ep.liu.se/databas/medhist.sv.asp>.

knowledge is produced to my own act of writing the history of medicine. I also make use of Ludwig Fleck's concept "thought styles" to indicate the shared assumptions, problems and solutions which the provincial doctors took to be so self-evident that they were rarely even discussed.

My findings contest the most common explanation for the period's medical practices within the history of medicine community: that the goal of medicine in the early nineteenth century was to restore the body's humoral balance. The word "equilibrium" cannot be found in any of the provincial doctors' yearly reports. The word "balance" is mentioned twice, but only in relation to bookkeeping. Nor are the humors themselves (apart from blood) mentioned other than in passing. Any mention of phlegmatic, sanguine, choleric and melancholic temperaments (which were assumed to correspond to the humors) is also rare. Furthermore, if the doctors' therapeutics were intended to restore balance, they would have discussed disease as a quantitative problem: whether too much or too little of specific fluids were present in a sick body. But when Swedish provincial doctors used evacuation of fluids as therapy, they almost never discussed the amount of fluid removed.

Rather, my investigation into how doctors used bloodletting and other evacuating therapies shows that these treatments were mainly meant to remove blockages. The doctors saw indications of reduced or thwarted circulation—such as swelling, bulges and fever—as evidence that purging was needed. They removed body fluids in order to mechanically recover lost circulation, for example by opening the vein on a paralyzed arm. Many of their therapies, for example applying cold and wet poultices, rubbing the skin and using stimulating footbaths, were meant to promote internal circulation without removing fluids from the body, which further contradicts the claim that balance was medicine's main goal during the early nineteenth century.

During the years 1820–65, doctors understood nature to work according to the same principle as individual bodies: steady, even circulation was healthy, and stagnation was dangerous. Swamps, marshes and wetlands were created when flows of water and air were obstructed. These environments were medical problems since they created miasmatic fumes, which could cause epidemics. Many different aspects of the doctors' therapeutic and preventive work were based on this flow-promoting principle: to bleed a patient or to drain a swamp was in essence the same kind of procedure. In addition, the flows of air and water in the environment were considered medically relevant because they directly affected the body's porosity. Moist air and water opened up the pores. Cold made the body contract, which created movements of bodily fluids away from the skin and toward the internal organs. Heat had the opposite effect, and therefore doctors heated the skin in order to pull out harmful substances from the depths of the body. The same logic led to the application of blistering patches. Since the body was thus understood as reactive to and compliant with the temperature and humidity of the surrounding environment, physicians tried

to prevent disease by creating protective barriers of sturdy walls and layered clothing around bodies.

Boundary-protecting medicine became the dominant thought style among provincial doctors between 1865 and 1900. Doctors now perceived the body to be autonomous and closed off from its environment. The penetration of harmful substances into the body, which had been considered more or less inevitable within flow-managing medicine, now became preventable, partly because the skin's pores were understood to be significantly less permeable. Now doctors perceived the penetration of substances into the body to be the process which made it sick: the improper crossing of the body's boundaries became the doctors' most important medical problem.

Doctors began to assume that the body was defended by an internal reactive force, a development which was influenced by the success of vaccination. The reaction to certain stresses was considered to strengthen the body, and therefore it became increasingly important that people defended their health by hardening their bodies. Thus, doctors removed barriers between body and environment, and the environment was increasingly described as *antagonistically* healthy in the sense that some of the stresses it imposed actually improved the body's defense against disease. Exposure to cold was considered particularly beneficial. The doctors also began to understand new and fresh things as healthy. Thus, they began questioning the consumption of old food and welcoming the arrival of strangers to the countryside, even though traveling people had previously been described as a medium of infections. People's ability to influence disease through their own actions was described as significantly greater than in the period before 1865.

The doctors' new perceptions of the environment were reflected in their new interest in the cleanliness of homes and bodies. Cleanliness was to a large extent a boundary-protecting practice. "Everyday dirt" became the most important object of cleanliness practices, displacing "putrid dirt," which had been the main focus of cleaning during the early nineteenth century. Everyday dirt consisted of residues from work and life, mainly body secretions. In the late 1800s, doctors began to believe that matter leaving a body could penetrate other people's bodies, for example, through the inhalation of exhaled air. Body secretions began to be regarded as the means by which disease was transmitted from one individual to another. Therefore, secretions were given a central role in the transmission of infection and became the main focus for cleaning.

This shift in attention, focusing on the secretions of everyday living as dangerous, led to the home being described as harmful and intimacy as potentially perilous: doctors began calling overcrowding a threat to health, breaking up festivities and preventing public funerals for those who had died from contagious diseases. Close contact with other people was dangerous because it assisted the intrusion of foreign matter into bodies, which was now considered to be the root cause of most diseases.

This shift was not caused by the introduction of bacteriology. The intrusion of bacteria into the body was rarely discussed by provincial doctors (although such discussion sometimes occurred in reports from the 1880s onward). Rather, the doctors were concerned with many different kinds of breaches such as the inhalation of body secretions from people and cattle, and tried, for instance, to ensure that no peasants shared bedrooms with their cows. They also cautioned against parasites and poisonous substances being exuded from parts of the home, like harmful gases from the stove or arsenic fumes from dyed wallpaper. Using these examples, I question the common assumption that these new ideas—about disease being caused by the harmful penetration of the body's boundaries—were introduced through the emergence of bacteriology. Boundary-protecting medicine arose in the 1850s or earlier and became dominant from about 1865, while bacteriology only arose in the late 1870s. Bacteriology did not create the boundary-protecting thought style, but rather reinforced the new boundary-protecting way of thinking and acting which had preceded it.

Connecting the transition between flow-managing and boundary-protecting medicine to the abandonment of bloodletting, purging, climate medicine and the miasmatic theory offers a new perspective on why these therapies and practices were rejected. I begin this section of the dissertation by showing how previous explanations for this abandonment are insufficient. Since the disappearance of climate medicine and purging is rarely discussed among medical historians, I focus on arguments about the disuse of bloodletting and miasma.

Researchers who have worked on miasma all claim that this theory was abandoned due to the breakthrough of bacteriology. This assumption is based on a single source: Alain Corbin's investigation of a few French bacteriologists' work in the late 1870s. While these bacteriologists demonstrated that miasmatic fumes did not contain visible bacteria, their findings do not sufficiently explain why the miasmatic theory was then considered to have been completely disproven. The absence of bacteria was not necessarily a deadly blow to the miasmatic theory: many causal relationships are taken for granted without the intermediary agent itself being identified (gravitation is one prominent example). Viruses were considered real for more than thirty years before the available microscopes improved so much that researchers could actually see them.

Historians have primarily explained the abandonment of bloodletting by invoking social reasons. However, the practices evident among Swedish provincial doctors do not support the argument that bloodletting was used as a ritual. I also refute claims that doctors used bloodletting in order to calm patients and get paid even though they knew the treatment was ineffective. It is clear that the provincial doctors found bloodletting to be an effective practice and used it on themselves. Thus, social pressure does not explain why bloodletting was abandoned. Nor was therapeutic bleeding rejected due to

heightened empiricism, reduced belief in ancient authority or increased rationality. The practice was almost never disputed in medical journals or protocols during the nineteenth century. During the only substantial exception to this silence, a debate between two professors of medicine concerning the value and use of bloodletting in Edinburgh in the 1850s, almost all doctors involved came to the *defense* of bloodletting as a practice.

It is therefore more accurate to say that bloodletting, purging, climate medicine and the miasmatic theory were abandoned silently. I argue that this happened because of the transition from flow-managing to boundary-protecting medicine, and because of the concomitant transition from an open, fluid body to a closed body which was autonomous from its environment.

Climate medicine and the miasmatic theory both depended on perceptions of the body as being open to its surroundings. This is evident in doctors' changing attitude to the effect baths had on human bodies. In the early nineteenth century, water was believed to penetrate people's pores. Therefore, therapeutic baths were thought to primarily affect the internal organs. But from the 1860s onward, the doctors increasingly perceived water as something which acted only on the surface of the body. As a result, bathhouses were now believed to be much safer than before: flow-managing physicians had perceived communal bathing as dangerous, since bathers were naked in close proximity to a large group of strangers inside a humid environment, all circumstances that early nineteenth-century doctors tried hard to prevent.

Furthermore, bloodletting and purging depended on the body being perceived as an entity engaged in constant, beneficial flows. At the middle of the century, however, these assumptions were challenged. I show that during the mid-1800s, metaphors likening the body to economic systems proliferated, describing flows out from the body as dangerous losses. Debates among doctors concerning for instance masturbation, menstruation, menopause and the reduction of blood loss in operations all relied on the assumption that the removal of body fluids was harmful. This was a whole new way of thinking, since flow-managing medicine was based on the assumption that constant flows from the body were unavoidable, necessary and often beneficial.

Flow-managing medicine did not completely disappear at the end of the nineteenth century. Rather, the transition between the two thought styles explains why what is commonly called "alternative" medicine experienced a huge growth spurt at the close of the century. To a great extent, alternative medicine is flow-managing medicine surviving in another form. Several of the therapies and theories used in alternative medicine, such as cupping, are based on the same flow-managing principles that orthodox medical practitioners used in the early nineteenth century. Therefore, alternative medicine should not be understood as an *alternative* to conventional medicine but rather as a last refuge for the ideas which had dominated medical theory and practice for millennia until boundary-protecting medicine took over.

Efterord

Jag läser också efterordet först. Vanligtvis inleds de med lättnad över att arbetet äntligen är färdigt, men jag känner inte alls så. Visserligen har jag aldrig arbetat hårdare än med detta, och visserligen får jag leva med att jag ändå inte nådde ända fram. Men jag ser ändå tillbaka på dessa år inte med befrielse utan med en nästan överväldigande glädje.

Doktorandtiden har varit de hittills bästa åren av mitt liv. Det var svårare än jag trodde, och roligare. Säkert för att jag varit insvept i så mycket värme, uppmuntran och otålighet från människor jag tycker om. Mitt akademiska hem, Institutionen för idé- och lärdomshistoria vid Uppsala universitet, huserar i ekande stensalar sammanknutna av en imposant trappa – det var de omtänksamma, generösa och krävande människorna som gjorde det till en varm plats.

Viktigast har mina handledare varit.

Tack Sven Widmalm för den Tranströmerska skarpsyntheten och din fordrande omtänksamhet. Du har betytt mer än du kanske vet. Under mina första år kämpade jag med att dechiffrera vad du menat: först när jag började förstå vad du sa hade jag kommit någonstans. Du gjorde nya höjder möjliga. Och du är en av de roligaste personerna jag känner.

Tack Ylva Söderfeldt för de klarögdade läsningarna och den fridfulla tillförsikten under de sista månaderna. Texten blev tydligare och bättre strukturerad genom de verktyg du gav mig.

Och tack slutligen Tony Gustafsson, alltings början. Utan dig inga provinsialläkare! Du har varit en sådan oskattbar hjälp; otaliga Gordiska knutar har fallit isär av sig själva inför dina lugna, systematiska frågor. Tack för den orubbliga lojaliteten, de handfasta råden och det jämna flödet av uppmuntran i form av socker, gadgets och fyndiga bilder. Ingen har någonsin trott på mig som du har trott på mig. Det är därför jag sparade avhandlingens enda utrops-tecken åt dig.

Men jag är tack skyldig även så många andra.

Roger Qvarsell var opponent på slutseminariet och Maja Bondestam på halvtidsseminariet. Jag har haft stor nytta av deras kommentarer och förslag. Många andra har också läst, reflekterat och hjälpt till. Tack till de vänner (särskilt Linn Spross) som diskuterat olika titelförslag samt till Sven för förslaget om att spegelvända omslagsbilden. Tack till de arbetssökande personerna som under 1990-talet transkriberade provinsialläkarrapporterna till Medicin-historisk databas, tack Camilla Eriksson på avhandlingsproduktion och tack till korrläsarna: Adam Netzén, Anders Kanning, Andreas Rydberg, Benjamin

Martin, Carl-Filip Smedberg, Caroline Lindgren, Chris Haffenden, Elisabeth Lyhre, Emma Hagström Molin, Emmeli Lundmark, Florence Grant, Hampus Östh Gustafsson, Helena Franzén, Helena Tinnerholm Ljungberg, Henrik Kaveryd, Ibrahim Maiga, Ida Ömalm Ronvall, Ingrid Berg, Inna Sevelius, Jacob Orrje, Jakob Kihlberg, Julia Nordblad, Katja Rosenlind, Kristina Hagberg, Kristina Palm Kaplan, Linn Spross, Linnea Tillema, Lisbeth Håkansson Petré, Magnus Jernkrok, Maja Bondestam, Maria Josephson, Martin Jansson, Mikaela Östh, Miranda Cox, Moa Ekbom, My Klockar Linder, Peter Ekblad, Petter Hellström, Pia Levin och Åsa Kalin. Leif Jansson lade ned minst en arbetsvecka på att kontrollera noterna samt litteraturlistans akribi. Tack allesammans. Era förslag gjorde texten skarpare, klarare och lättare att förstå.

Tack också till Thomas Brobjer för fysikdiskussionerna, Thomas Karlsruhn för kärleken till akademien, Anders Lundgren för skrockandet, Maja Bondestam för den milda skärpan, Julia Nordblad för angelägenheten, Simon Larsson för modet, Jenny Beckman för entusiasmen (we're all indebted to sir Isaac Newton), till Emma Nygren för skumtomtarna och Nietzsches mustasch samt till Frans Lundgren för idén om att växla ut.

Tack Staffan Bergwik för principfastheten, Annika Berg, Ingrid Berg och KB-ligan för vardagsglädjen, Peter Josephson för rättframheten, och tack Maria Josephson för alla svaren när jag var alldeles ny.

Tack till Solveig Jülich för den reflexmässiga generositeten, lätta elegansen och de intressanta diskussionerna samt till Ulla-Britt Jansson för värmen, omtänksamheten och alla luncher fram och tillbaka. Tack Otto Sibum för intensiteten, Jacob Orrje för metodiskheten, Magnus Linton för slängigheten, Hjalmar Fors för öppenheten, Eva Åhrén för passionen, Mike Sappol för syrligheten.

Tack till Francis Lee för entusiasmen för nya termer och för tågresaerna ägnade åt historiesyn. Tack också till Magnus Nyman, Franz Luttenberger, Nils-Otto Ahnfelt, Arnel Cornu-Atkins, Jens Eriksson, Ilona Karlsson, Morag Ramsey, Thor Rydin, Anna Tunlid, Andreaz Wasniowski och Annika Windahl Pontén. Tack Maria Björkman för att ditt kontor strålar som en värmelampa och för att du genomvävde min vardag med poesi. Tack My Klockar Linder för peppandet, och tack Petter Tistedt för de svåra frågorna.

Tack Andreas Rydberg för visdomen, Torbjörn Gustavsson Chorell för fascinationen, Pia Levin för kamratskapet, Chris Haffenden för midnatts-mailandet och Mats Persson för distinktionen mellan analytiskt och empiriskt. Tack Emma Hagström Molin för stiligheten, Emma Hortlund för coolheten, Ben Martin för digitala humaniora, Petter Hellström för formuleringsfröjden, Linnea Tillema för det oväntat underfundiga, och tack till Hampus Östh Gustafsson för att vi verkar dela hemligheten att fattar de inte att de inte hade behövt betala oss för det här.

Och tack slutligen till Karin Johannisson, för att hon öppnade en hel värld: jag fick det inte sagt medan hon levde. Denna bok tillägnas henne.

Det tog mig sju år, två månader och tolv dagar att slutföra detta projekt. Jag nämner det för att jag själv ofta undrar hur lång tid saker tar. Jag hade inte kunnat göra det fortare, så jag är mycket tacksam för att generösa ekonomiska bidrag – vilka bland annat har finansierat konferensbesök och två längre utlandsvistelser – har lämnats av Ragnhild Blomqvists donationsfond, Håkanssons stipendiestiftelse, Sven och Dagmar Saléns stiftelse, Selma Andersons stipendiestiftelse, Kungliga Humanistiska Vetenskapssamfundet i Uppsala, Gälöstiftelsen, Ellen Fries' stiftelse, Johan och Jakob Söderbergs stiftelse, Carl Gustaf och Carl Cervins stiftelse, Helge Ax:son Johnsons stiftelse och Bergmangårdarna på Fårö. Ett särskilt varmt tack till Göransson-Sandvikens stipendiefond vid Gästrike-Hälsinge nation. Tack också till Gustav Källstrand och Margrit Wettstein vid Nobelmuseets forskningsbibliotek samt till Victoria Rosenlind på Lindvallsplan för skrivron.

Ludmilla Jordanova was kind enough to invite me to King's College London, and demonstrated how meaningful and relevant research could be. Ludmilla, the way you live your life and approach writing and teaching is a huge inspiration to me. Your sharp insights have made my project much better, and your and Howard Nelson's warm hospitality and interest in me and my family have improved all of our lives.

Emily Martin welcomed me to a course on the anthropology of science at New York University. I learned a great deal from being an ethnographer to the ethnographers, and from watching you combine high, exacting standards with a humorous and caring approach. Thank you. I also wish to thank Ann Poulson, Florence Grant and Jim Fleming.

Each and every guide at Free Tour Stockholm has also made my life better by setting higher standards for public speaking, and frequently for living, than anything I could dream to accomplish. You all inspire me in different ways, either by the way you overcome adversity, retain your sense of wonder, or are ridiculously good at what you do. Amelia Charnock, Ana Teresa Bernal Pérez, Anna Cadiz, Antoine Henry, Anton Bjurvald, Antonio Garcia Manzano, Ashley Linden, Ben Richards, Chloé Hallet, Connie Dickinson, Cristina Salazar Munguia, Douglas Kingler, Edward Lee Harris IV, Ellen Forsman Larsson, Emily Meurer, Georgette Keane, Hanna Rasby, Inés Rodríguez Leal, Ira Stomberg, Isak Giertz, Jennifer Carlsson, Jessica Nimtz, Jessica Segura Saura, Jonathan Milläng, Juan Carlos Pizarro, Kathryn LeRoux, Kevin Lee, Maria José Bernal, Mark Reznikov, Melanie Schuppe, Meys Khalili, Mo Field, Monica Vaida, Nina Lu Lindahl, Peter Ekblad, Petri Kankkunen, Polina Urvantseva, Pradeep Ramesh, Prisca Collazos, Reyes Martin Gonzales, Rodrigo Sagastegui, Ryan King, Sara Lindblad, Sarah Breslin, Vanesa Gracia Sánchez, Vilhelmina Szpiro and Zenid Hazarevic: thank you all. You are the brightest and wittiest people I know.

I have people in Texas rooting for me from afar. The Beyers shared their home and their sense of excitement and joie de vivre with me in a way which changed me to my core. Tim, Bridget, Megan and Cory, the joy you instilled in

me still helps me every day. A special thanks goes to my host dad. Thanks for seeing through me and for telling it like it is. And Monica Rooke, Kari Nilsson, Natalie Sullivan, you are irreplaceable: thanks for the first twenty years.

I Sverige vill jag särskilt nämna Åsa Kalin, Katarina Kaveryd, Hanna Åsberg, Mikaela Östh, Emmeli Lundmark, Katja Rosenlind, Lisbeth Håkansson Petré, Michael Rübssamen, Rikard Landberg, Inna Sevelius, Magnus Jansson och Jessica Pettersson. Tack också till Ann-Christin Sundell, Magnus Kaplan och Kate Gabor för tillgången till en annan sfär; fotograferandet var en vila och en utmaning.

Min familj har varit outhärlig. Tack till Evy Jansson och Leif Jansson för den kärleksfulla tilltron och all praktisk hjälp samt till Johan Jansson för äventyret – ni är min grund och min trygghet. Under doktorandtiden föddes min dotter Aurora Drakman. Tack, norrskensbarn, för att du hjälpte mig finna bokens titel. Utan dig hade knappast Sven Nordqvist blivit en inspirationskälla. Och avslutningsvis, först, sist och ständigt: till Freddie Kaplan. Jag har älskat dig sedan vi var tonåringar men aldrig lika mycket som nu. Tack för vad du gjort och för vad du är. Allt blir så mycket lättare och roligare så fort du är i närheten.

Vinterviken, 12 april 2018

Annelie Drakman

Käll- och litteraturförteckning

Digitaliserade källor

8807 årsrapporter från provinsialläkare, skrivna 1820–1900, i *Medicinhistorisk databas*: <http://www.ep.liu.se/databas/medhist.sv.asp> (senast kontrollerad 2018-04-12).

Riksarkivets serie E 5 A. Årsberättelser från provinsialläkare, 1815–1869, vol. 1, 3, 5–39.
Exempelvis https://sok.riksarkivet.se/bildvisning/A0009108_00008 (senast kontrollerad 2018-04-12).

”London’s Pulse. Medical Officer of Health Reports 1848–1972” i *The Wellcome Library*, samling av digitaliserade rapporter från Medical Officers of Health. <https://wellcomelibrary.org/moh> (senast kontrollerad 2018-04-12).

Otryckta källor

Riksarkivet

Collegium medicums arkiv, 1663–1813.

E 3: Årsberättelser från provinsialläkare.

Sundhetskollegiums arkiv, 1813–1877.

A 1 A: Protokoll.

C 1 A: Diarier över inkomna handlingar.

C 1 B: Diarier över utgående handlingar.

D 2 A: Register över provinsialläkardistriktet.

D 2 B: Liggare över inkomna årsberättelser från provinsialläkare.

E 1 A: Vol. 4 (1821–1822). Läkareinstruktion från 13 juni 1822.

Medicinalstyrelsens arkiv, 1878–1900

A 1 A: Protokoll.

D 5 1: Liggare över från läkare inlämnade årsberättelser.

D 5 2: Liggare över från läkare inlämnade årsberättelser.

E 5 A: Årsberättelser för provinsialläkare.

Landsarkivet i Uppsala

Arkivet efter provinsialläkaren i Flen distrikt år 1874–1876, kod SE/ULA/11242.

Arkivet efter provinsialläkaren i Lövstabruks distrikt år 1863–1968, kod SE/ULA/11249.

Arkivet efter provinsialläkaren i Östhammar distrikt år 1851–1963, kod SE/ULA/11254.

Svenska provinsialläkarföreningens arkiv

Arkivet förvaltas av Sveriges Läkarförbund i Stockholm och är ej indexerat. Nedanstående titlar refererar till de mappar materialet förvaras i.

”Afskrift, provinsialläkarrapport, Trosa 1881”.

”Afskrifter och urklipp 1885–1900”, urklipp ur *Hygiea*, s. 329, 1890.

”Afskrifter och urklipp 1885–1900”, urklipp ur *Hygiea*, s. 344–346, 1890.

”Bref 1880–1896 I–IV”.

”Cirkulär 1880–1890”.

”Cirkulär 1898–1899”.

”Cirkulär och semesterfrågan 1896”.

”Distrikt utkast tryckt, korrektur 1881”.

”Prlf Handlingar 1880–1932”.

”Provinsialläkarföreningens handlingar 1882”.

Uppsala universitetsbibliotek

[Anon.], *Föreläsningar öfver Pathologica och Therapia Speciale. Uppsala, 1804*. Otryckta föreläsningssanteckningar.

Bågenholm, F., *Afzelius. Föreläsningar i medicinen*. Otryckta föreläsningssanteckningar.

Segerstedt, Albr. Jul., *Lärobok uti Medicinen innehållande kort underrättelse om de allmännaste sjukdomars kännetecken, skötsel och enklaste behandlingsätt. Annotationer av författarens son, provinsialläkare Fredrik Segerstedt i Åmål. Upsala, 1823*. Otryckta föreläsninganteckningar.

Ström, G. J., *Feber Läran in specie afhandlad af Professorn och Riddarn Joh. Gust. Acrel i Dess Allmänna Föreläsning. Tredje Delen om Inflammatoriska, Eocantbe, mathicka och Hektiska FEBRAR, Upsala, 1804*. Otryckta föreläsninganteckningar.

Tryckta källor

[Anon.], ”Från vegetarianernas läger” [notiser], under rubriken ”Huru skola vi på ett hälsoenligt sätt minska utgifterna för vårt dagliga bröd?”, i *Vegetarianen. Svenska vegetariska föreningens organ*, vol. 27, nr 3, 1928, s. 19.

[Anon.], ”Nyheter för dagen” i *Eira*, vol. 16, nr 23, 1892.

[Anon.], ”Nyheter för dagen”, i *Eira*, vol. 24, nr 17, 1900.

[Anon.], ”Randanteckningar till dagskrönikan”, i *Vegetarianen*, vol. 11, nr 4–5, 1912, s. 47–48.

[Anon.], ”Öfverförande af smitta genom Acarider” i *Eira*, vol. 16, nr 19, 1892, s. 308–310.

Alison, W., ”Types of Fever and Blood-Letting”, i *British Medical Journal*, 1865, s. 624.

Allard, Henrik, ”Om anordnande af spottkoppar för samtliga arbetare vid fabrik” i *Eira*, vol. 24, nr 17, 1900, s. 523–526.

Amnéus, ”Några svenska minnen från Karlsbad”, i *Eira*, vol. 1, nr 14, 1877.

Andersson, David, *Bostadsförhållanden hos allmogen i Vedbo och Nordmarks härad* (Vänersborg, 1902).

Barthlow, Roberts, ”Roberts Bartholow, a Philadelphia Medical Professor, Celebrates Experimental Medicine and the Ongoing Therapeutic Revolution” i John Harley Warner & Janet A. Tighe (red.), *Major Problems in the History of American Medicine and Public Health* (2001, Boston), s. 205–207. Hämtad ur Roberts Bartholow, ”The Present State of Therapeutics. An Address Delivered

at the Opening of the Fifty-Sixth Course of Lectures in the Jefferson Medical School”, i *Medical Record*, vol. 16, 1879, s. 337, 340–342.

Berg, Fredrik Theodor, *Bidrag till Sveriges medicinska topografi och statistik* (Stockholm, 1853).

Cederskjöld, P. G., ”Till Herrar Provincial-Läkare” i *Hygiea*, vol. 7, nr 12, 1845, s. 379.

Creighton, Charles, *A History of Epidemics in Britain* (London, 1894).

Dovertie, L. G., ”Om badens verkan emot lungdot”, i *Eira*, vol. 1, nr 3, 1877, s. 80.

Eira. Tidskrift för helse- och sjukvård, 1878–1900, Uppsala universitetsbibliotek.

Engdahl, E., ”Esmarch. Blodbesparingsmetod vid operationer”, i *Hygiea*, vol. 36, nr 1, 1874, s. 20–22.

Erixon, Sigurd, Stålhane, Arvid & Sigurd Wallin (red.), *Årstadagboken av Märta Helena Reenstierna. Journaler från åren 1793–1839. Del I 1793–1812* (Stockholm, 1993).

Forbes, John, Tweedie, Alexander & Connolly, John (red.), *The Cyclopaedia of Practical Medicine* (Philadelphia, 1849).

Fürst, Carl M., *Arvid Henrik Flormans Bref till Anders Retzius* (Lund, 1910).

Hagström et al., ”Utdrag ur embetsberättelser. Af provinsial-, distrikts- och stadsläkare antecknade vetenskapliga iakttagelser, sjukdomsfall, etc.” i *Hygiea*, vol. 45, nr 6, 1883, s. 357.

Hygiea. Medicinsk tidskrift, 1839–1900. Uppsala universitetsbibliotek.

Larsen, Mich., ”Förkylning”, i *Vegetarianen*, vol. 9, nr 2, 1910, s. 23–25.

Levin, P. A., ”Vattenkur och Syfilis” i *Eira*, vol. 1, nr 1, 1877, s. 13–17.

Lister, Joseph, ”Address on the Effects of the Antiseptic Treatment upon the General Salubrity of Surgical Hospitals” i *British Medical Journal*, vol. 11, 1875, s. 769–771.

Louis, Pierre-Charles-Alexandre, *Researches on the Effects of Bloodletting in some Inflammatory Diseases, and on The Influence of Tartarized Antimony and Vesication in Pneumonitis* (Boston, 1835).

Lütken, George, *Läkaren som husvån. Kortfattad populär handbok i läran om hälsa och sjukdom* (Stockholm, 1902).

Murchison, Charles, *A Treatise on the Continued Fevers of Great Britain* (London, 1873).

Rolffs, ”Den kalla och kyliga luften, betraktad som ett Läke- och i synnerhet Feber-medel” i *Tidskrift för läkare och pharmaceuter*, vol. 2, nr 7, 1833, s. 264–267.

Ross, Ronald, *Memoir, with a Full Account of the Great Malaria Problem and Its Solution* (New York, 1923).

Torstensson, O., ”Lambloodstransfusion”, i *Hygiea*, vol. 36, nr 12, 1874, s. 674–677.

Trafvenfelt, Carl, ”Sammandrag af de sista iakttagelserne öfver den Epidemiska Choleraan”, i *Tidskrift för läkare och pharmaceuter*, vol. 1, nr 1, 1832, s. 12–18.

Elektronisk litteratur

Lundh, Bengt & Bergqvist, David, uppslagsord ”åderlåtning” i *Nationalencyklopedin*, internetupplagan. (senast kontrollerad 2018-04-12)
<https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/åderlåtning>

Nyberg, Kenneth, ”Om digital historia”, 2013. (senast kontrollerad 2018-04-12)
https://digihist.files.wordpress.com/2013/01/nyberg_omdigitalhistoria_1_0.pdf

Nygren, Thomas, Foka, Anna & Buckland, Philip, ”The status quo of digital humanities in Sweden. Past, present and future of digital history”, i *H-Soz-Kult*, 2014. (senast kontrollerad 2018-04-12)
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-88730>

Pannapacker, William, ”Digital Humanities Triumphant?” i Matthew K. Gold (red.), *Debates in the Digital Humanities*, 2013. (senast kontrollerad 2018-04-12)
<http://dhdebates.gc.cuny.edu/debates/text/46>

Svenskt biografiskt lexikon, uppslagsord ”Carl P Curman”, band 9, 1931. (senast kontrollerad 2018-04-12)
<https://sok.riksarkivet.se/Sbl/Presentation.aspx?id=15741>

Tryckt och otryckt litteratur

Ackerknecht, Erwin, "Anticontagionism Between 1821 and 1867," i *Bulletin for the History of Medicine*, vol. 22, nr 9, 1948, s. 562–593.

Ackerknecht, Erwin H., *A Short History of Medicine* (Baltimore, 1992).

Ackerman, Evelyn Bernette, *Health Care in the Parisian Countryside, 1800–1914* (New Brunswick, 1990).

Ackermann, Robert, *The Philosophy of Science* (London, 1970).

Adolfsson, Maria, *Fädernelandets kännedom. Om svenska ortsbeskrivningsprojekt och ämbetsmäns folklivsskildringar under 1700- och 1800-talen* (Stockholm, 2000).

Ahmed, Sara & Stacey, Jackie (red.), *Thinking Through the Skin* (London, 2001).

Andersson, Åsa, *Ett högt och ädelt kall. Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering 1850–1933* (Umeå, 2002).

Appelquist Malin & Nilsson, Peter, "Folkhälsan i östra Skåne 1860–1899. En studie utifrån provinsialläkarrapporter", i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 9, nr 1, 2005, s. 95–113.

Arvidsson, Maria, *När arbetet blev farligt. Arbetarskyddet och det medicinska tänkandet 1884–1919* (Linköping, 2002).

Axelsson, Per, *Höstens spöke. De svenska polioepidemiernas historia* (Stockholm, 2004).

Backman, Woldemar, *Nykarleby provinsialläkardistrikt. En 50-års berättelse 1870–1920* (Helsingfors, 1927).

Baker-Benfield Ben, "The Spermatic Economy. A Nineteenth-Century View of Sexuality" i *Feminist Studies*, vol. 1, nr 1, 1972, s. 45–74.

Bakhtin, Mikhail, *Rabelais and His World* (Cambridge, 1968).

Baldwin, Peter C., "How Night Air Became Good Air, 1776–1930" i *Environmental History*, vol. 8, nr 3, 2003, s. 412–429.

Barker, Francis, *The Tremulous Private Body. Essays on Subjection* (Ann Arbor, 1995).

Barnes, David S., *The Great Stink of Paris and the Nineteenth-Century Struggle against Filth and Germs* (Baltimore, 2006).

Barona, Josep & Cherry, Steven (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005).

Barona Vilar, Carmen, ”The Role of Rural Doctors in Valencian Society, 1855–1936” i Josep L. Barona & Steven Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005).

Bates, Victoria, ”’So Far as I can Define without a Microscopical Examination’. Veneral Disease Diagnosis in English Courts, 1850–1914” i *Social History of Medicine*, vol. 26, nr 1, 2012, s. 38–55.

Beckman, Ernst, *En läkare. Ernst Westerlund* (Stockholm, 1897).

Benthien, C., *Skin. On the Cultural Border between Self and the World* (New York, 2002).

Beronius, Mats, *Bidrag till de sociala undersökningarnas historia – eller till den vetenskapliggjorda moralens genealogi* (Stockholm, 1994).

Berg, Anne, *Kampen om befolkningen. Den svenska nationsformeringens utveckling och sociopolitiska förutsättningar ca 1780–1860* (Uppsala, 2011).

Berge, Ann F. la, *Mission and Method. The Early-Nineteenth-Century French Public Health Movement* (Cambridge, 1992).

Bergstrand, Hilding, ”Läkarkåren och provinsialläkarväsendet” i *Svenska läkaresällskapet 150 år. Dess tillkomst och utveckling. En återblick* (Lund, 1958).

Bergstrand, Hilding, *Svenska läkaresällskapet 150 år. Dess tillkomst och utveckling* (Stockholm, 1958).

Berner, Boel, *Blodflöden. Blodgivning och blodtransfusion i det svenska sambället* (Halmstad, 2012).

Billström, Jakob Mauritz, *Ernst Westerlund. Minnesord vid svenska läkaresällskapetets sammanträde den 5 februari 1924* (Stockholm, 1924).

Björkquist, Erik & Flygare, Ivar, ”Den centrala medicinalförvaltningen”, i Wolfram Kock (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962. Utgiven med anledning av Kungl. Medicinalstyrelsens 300-årsjubileum* (Stockholm, 1963), s. 7–101.

Blaxill, Luke, "Quantifying the Language of British Politics, 1880–1910", i *Historical Research*, vol. 86, nr 232, 2013, s. 313–341.

Bloor, David, *Knowledge and Social Imagery* (Chicago, 1991).

Bohman, Stina, *Omsorg om livet. Spädbarnsdödlighetens förändring i Ådalen under 1800-talet* (Uppsala, 2010).

Bonderup, Gerda, Mikkelsen, Jørgen & Skjernov, Lisbeth, 'af yderste Vigtighed for det hele Borgersamfunds Tryghed'. *Medicinalberetninger og deres anvendelsemuligheder i historisk forskning* (Köpenhamn, 2006).

Bondestam, Maja, "Om skägg, politik och behärskad manlighet" i Eva Heggstad (red.), *En ny sats. Humaniora i förvandling. Vänbok till Margaretha Fahlgren* (Västerås, 2008).

Bondevik, Hilde, "Klorose – 'et væsentlig onde' – om blodmangel og unge kvinder anno 1890" i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie (red.), *Rødt og hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 103–128.

Broberg, Gunnar, "Liten svensk medicinshistoria" i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinshistoria* (Stockholm, 2008), s. 9–50.

Brown, Kathleen M., *Foul Bodies. Cleanliness in Early America* (New Haven, 2009).

Brown, Michael, "From Foetid Air to Filth. The Cultural Transformation of British Epidemiological Thought, ca. 1780–1848", i *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 82, nr 3, 2008, s. 515–544.

Bruzelius, A. J., *Sveriges Läkare-historia Ifrån Konung Gustaf den I:s till närvarande tid. Tredje följden. Del I. Läkarmatrikel* (Stockholm, 1895).

Burke, Peter, *What is Cultural History?* (Cambridge, 2008).

Bynum W. F. & Porter, Roy (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine, vol. 1 & 2* (London, 2004).

Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.), *Medicine and the Five Senses* (Cambridge, 1993).

Bynum, W. F., *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century* (Cambridge, 1994).

Caplan, Arthur L., ”The Concepts of Health, Illness, and Disease” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 233–248.

Carlsson, Angelica, ”Det allmänna hälsotillståndet 1855–1860 i Örebro och Askersund utifrån provinsialläkares årsberättelser”, opublicerad B-uppsats, Mittuniversitetet, vt 2014.

Cartwright, Nancy, *How the Laws of Physics Lie* (Oxford, 1983).

Classen, Constance, Howes, David & Synnot, Anthony, *Aroma. The Cultural History of Smell* (New York, 1994).

Codell Carter, K., *The Decline of Therapeutic Bloodletting and the Collapse of Traditional Medicine* (New Brunswick, 2012).

Codell Carter, K. *The Rise of Causal Concepts of Disease: Case Histories* (Farnham, 2003).

Cohen, William A., *Filth. Dirt, Disgust and Modern Life* (Minneapolis, 2005).

Collins, Harry, *Changing Order. Replication and Induction in Scientific Practice* (London, 1985).

Collins, Harry, *Gravity's Kiss. The Detection of Gravitational Waves* (Cambridge, 2017).

Connor, J. T. H. & Curtis, Stephan, *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011).

Connor, S., *The Book of Skin* (London, 2004).

Cook, Harold, ”From the Scientific Revolution to the Germ Theory”, i Irving Loudon (red.), *Western Medicine. An Illustrated History* (Oxford, 2005), s. 80–101.

Cook, Harold J., ”Physical Methods” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 939–960.

Cooter, Roger, ”Alternative Medicine, Alternative Cosmology” i Roger Cooter (red.), *Studies in the History of Alternative Medicine* (Oxford, 1988), s. 63–78.

Cooter, Roger, ”Medicine and Modernity”, i Mark Jackson (red.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford, 2011), s. 100–116.

Corbin, Alain, *The Foul and the Fragrant. Odor and the French Social Imagination* (Cambridge, 1986).

Cule, John, *A Doctor for the People. 2000 Years of General Practice in Britain* (London, 1980).

Dahlborg, Carl, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1881–1905* (Stockholm, 1905).

Dahlin, Bengt & Kuuse, Jan, *Från provinsialläkare till primärvård. En historisk exposé med exempel från Mittenälvsborg i Västra Götalandsregionen* (Lerum, 2010).

Dahlin, Bengt & Kuuse, Jan, ”Öppen vård i Mittenälvsborg nu, då och sedan. Del I, Provinsialläkartiden”, 2008. Förarbete till boken *Från provinsialläkare till primärvård – en historisk exposé*.

Davidson, Cathy N., ”Humanities 2.0. Promises, Perils, Predictions” i *PMLA* vol. 123, nr 3, 2008, s. 707–717.

Dirke, Karin, *De värnlösa vänner. Den svenska djurskyddsrörelsen 1875–1900* (Stockholm, 2000).

Douglas, Mary, *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo* (New York, 2002).

Drakman, Annelie, ”’Framtiden tillhör de magra’. En studie av diskursen inom *Svenska vegetariska föreningen* 1903–1935”, opublicerad magisteruppsats vid Institutionen för idé- och lärdomshistoria, Uppsala universitet, vt 2009.

Drakman, Annelie, ”Alla mina bemödanden hafva strandat på okunnigheten, lägheten och egennyttnan. Hur allmoget beskrevs av provinsialläkare 1840–1900 och fyra funktioner av dessa beskrivningar” i *Lychnos. Årsbok för idé- och lärdomshistoria*, vol. 76, nr 1, 2012, s. 33–52.

Drobnik, Jim (red.), *The Smell Cultural Reader* (Oxford, 2006).

Duden, Barbara, *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn* (Cambridge, 1993).

Duden, Barbara, *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patients in Eighteenth-Century Germany* (Cambridge & London, 1991).

Duffin, Jacalyn, *History of Medicine. A Scandalously Short Introduction* (Toronto, 2010).

Dunér, David, ”Maskinen människa”, i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Stockholm, 2008), s. 111–150.

Edvinsson, Sören, ”A Country Doctor. Health Care in a Mid-Nineteenth-Century Swedish Remote Area” i J. T. H. Connor & Stephan Curtis (red.), *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011).

Ekenstam, Claes, *Kroppens idéhistoria. Disciplinering och karaktärsdanning i Sverige 1700–1950* (Hedemora, 1993).

Eklöf, Motzi, ”Holism, humanism och nyhippokratism. Svar på ’medicinens kris’ i ett historiskt perspektiv” i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 1, nr 1, 2000, s. 115–138.

Eklöf, Motzi, *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekonsten 1900–1945* (Stockholm, 2008).

Eklöf, Motzi, *Läkarens ethos. Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960* (Linköping, 2000).

Elias, Norbert, *The Civilizing Process* (New York, 2000).

Eriksson, Marianne, *Personlig hygien* (Stockholm, 1970).

Farr, Ian, ”Medical Topographies in 19th Century Bavaria” i Josep L. Barona & Steven Cherry (red.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850–1945)* (València, 2005).

Fiammetta, Rocco, *Quinine. Malaria and the Quest for a Cure that Changed the World* (London, 2003).

Fildes, Valerie A., *Breasts, Bottles and Babies. A History of Infant Feeding* (Edinburgh, 1986).

Fildes, Valerie, *Wet Nursing. A History from Antiquity to the Present* (Oxford, 1988).

Fleck, Ludwig, *Genesis and Development of a Scientific Fact* (Chicago, 1979).

Fleming, James Rodger, *Fixing the Sky. The Checkered History of Weather and Climate Control* (New York, 2010).

Foucault, Michel, *Sexualitetens historia. Band I. Viljan att veta.* (Stockholm, 2002).

Foucault, Michel, *Säkerhet, territorium, befolkning. Collège de France 1977–1978* (Stockholm, 2010).

Foucault, Michel, *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception* (New York, 1994).

Foucault, Michel, *The Order of Things. An Archeology of the Human Sciences* (New York, 1994).

Franklin, Allan, *The Neglect of Experiment* (Cambridge, 1986).

Frih, Anna-Karin, ”Flickor och kvinnor på kurort” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren och sambället. Vård på sanatorier och keurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011).

Frykman, Jonas & Löfgren, Orvar, *Den kultiverade människan* (Malmö, 1979).

Frängsmyr, Carl, *Klimat och karaktär. Naturen och människan i sent svenskt 1700-tal* (Stockholm, 2000).

Furhoff, Anna, ”Svensk allmänmedicin—när praktiken fick en teori” i *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003, Sveriges Läkarförbund* (Stockholm, 2003).

Fåhræus, Robin, *Blodet i läkekonstens historia* (Stockholm, 1924).

Fåhræus, Robin, *Vår tids medicin. Läkekonstens historia. En översikt* (Stockholm, 1970).

Galison, Peter, *How Experiments End* (Chicago, 1987).

García, Mónica, ”Debating Diseases in Nineteenth-Century Colombia. Causes, Interests, and the Pasteurian Therapeutics”, *The Bulletin of the History of Medicine*, vol. 89, nr 2, 2015, s. 293–321.

Geertz, Clifford, *The Interpretation of Cultures. Selected Essays by Clifford Geertz* (New York, 1973).

Gent, Jaqueline van, *Magic, Body and the Self in Eighteenth-Century Sweden* (Leiden, 2008).

Gerner, Göran, *Svenska provinsialläkarföreningen 1880–1972* (Stockholm, 1975).

Gierow, Krister, ”Medicinska fakulteten” i *Lunds universitets historia. Band 3, 1790–1867* (Lund, 1971).

Gilbert, Pamela K., ”Popular Beliefs and the Body. ’A Nation of Good Animals’” i Michael Sappol & Stephen P. Rice (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Age of Empire* (London, 2014).

- Gilman, Sander L., *Obesity. The Biography* (Cambridge, 2010).
- Ginzburg, Carlo, *The Cheese and the Worms. The Cosmos of a Sixteenth-Century Miller* (Baltimore, 1980).
- Goodman, Jordan & Honeyman, Katrina, *Gainful Pursuits. The Making of Industrial Europe 1600–1914* (London, 1989).
- Gottfries, Ingrid & Persson, Bodil E. B, *Humaniora och medicin* (Lund, 1996).
- Graninger, Ulrika, *Från osynligt till synligt. Bakteriologins etablering i sekelskiftets svenska medicin* (Linköping, 1997).
- Green, John, *The Fault in our Stars* (New York, 2012).
- Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Jütte, Robert (red.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe* (London, 2017).
- Guldi, Jo & Armitage, David, *The History Manifesto* (Cambridge, 2014).
- Gustafsson, Tony, *Läkaren, döden och brottet. Studier i den svenska rättsmedicinens etablering* (Uppsala, 2007).
- Gustafsson, Tony, ”Mellan pliktuppfyllelse och berättarglädje. En genreanalys av provinsialläkarrapporter från 1800-talets första hälft” i Torbjörn Gustafsson Chorell & Maja Bondestam (red.), *In på bara huden. Medicinhistoriska studier tillägnade Karin Johannisson* (Stockholm, 2010), s. 27–44.
- Habermas, Jürgen, *Borgerlig offentlighet. Kategorierna ”privat” och ”offentligt” i det moderna samhället* (Lund, 2003).
- Hacking, Ian, ”The Self-Vindication of the Laboratory Sciences” i Andrew Pickering (red.), *Science as Practice and Culture* (Chicago, 1992).
- Hamlin, Christopher, *Cholera. The Biography* (Cambridge, 2009).
- Hamlin, Christopher, ”Predisposing Causes and Public Health in Early Nineteenth Century Medical Thought” *Social History of Medicine*, vol. 5, nr 1, 1992, s. 43–70.
- Hamlin, Christopher, ”Providence and Putrefaction. Victorian Sanitarians and the Natural Theology of Health and Disease”, *Victorian Studies*, vol. 28, nr 3, 1985, s. 381–411.

Hamlin, Christopher, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, Britain 1800–1854* (Cambridge, 1998).

Hannaway, Caroline, ”Environment and miasmata”, i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 292–308.

Hannaway, Caroline, ”From Private Hygiene to Public Health. A Transformation in Western Medicine in the Eighteenth and Nineteenth Centuries” i Teizo Ozawa (red.), *Public Health. Proceedings of the 5th International Symposium on the Comparative History of Medicine* (Tokyo, 1981).

Hannaway, Caroline, ”Germs, Dirt and the Constitution” i Nadja Durbach, *Bodily Matters. The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907* (Durham, 2005).

Harrison, Mark, *Contagion. How Commerce Has Spread Disease* (New Haven, 2012).

Heland, Birgitta von, *Om sjukdomar, smuts och renlighet förr i tiden* (Helsingborg, 1987).

Hennepe, Mienete te, ”Depicting Skin. Microscopy and the Visual Articulation of Skin Interior, 1820–1850” i R. van de Vall & R. Zwijnenberg (red.), *The Body Within. Art, Medicine and Visualization* (Leiden, 2009).

Hill, Mark J., ”Invisible Interpretations. Reflections on the Digital Humanities and Intellectual History” i *Global Intellectual History*, vol. 1, nr 2, 2016, s. 130–150.

Hippokrates, *Hippokrates i urval. Inledning av Ejvind Bastholm* (Uppsala, 1984).

Hjelt, Otto E. A., *Svenska och finska medicinalverkets historia 1663–1812. Del 2* (Helsingfors, 1891).

Holmberg, Susanna, *Reproduktionens resurser. Spädbarnsvård i Stockholm 1750–1850* (Lund, 2004).

Holmes, David (red.), *Empire of the Senses. The Sensual Culture Reader* (Oxford, 2005).

Höjer, Henrik, *Svenska siffror. Nationell integration och identifikation genom statistik 1800–1870* (Hedemora, 2001).

Jackson, Lee, *Dirty Old London. The Victorian Fight Against Filth* (New Haven, 2014).

Jackson, Mark, *Asthma. The Biography* (Cambridge, 2009).

Jackson, Mark (red.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford, 2011).

Jankovic, Vladimir, *Confronting the Climate. British Airst and the Making of Environmental Medicine* (Manchester, 2010).

Johannisson, Karin, *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (Stockholm, 1994).

Johannisson, Karin, *Den sårade divan. Om sinnets estetik (och om Agnes von K, Sigrid H och Nelly S)* (Stockholm, 2015).

Johannisson, Karin, *Det mätbara samhället. Statistik och samhällsdröm i 1700-talets Europa* (Stockholm, 1988).

Johannisson, Karin, ”Kliniken. Medicinens praktik” i Karin Johannisson, Ingemar Nilsson & Roger Qvarsell (red.), *Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden* (Stockholm, 2010), s. 42–83.

Johannisson, Karin, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997).

Johannisson, Karin, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990).

Johannisson, Karin, ”När sjukdom behövs. Kultursjukdomar kring sekelskiftet 1900”, i *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990), s. 99–125.

Johannisson, Karin, ”På spaning efter historiens sjuka. Medicinshistoria idag” i Karin Johannisson, *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* (Stockholm, 1990), s. 9–41.

Johannisson, Karin, ”Politisk anatomi” i Karin Johannisson, *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur* (Stockholm, 1997), s. 219–257.

Johannisson, Karin, *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar* (Stockholm, 2004).

Johannisson, Karin, ”The People’s Health. Public Health Policies in Sweden”, i Dorothy Parker (red.), *The History of Public Health and the Modern State* (London, 1994), s. 165–182.

Jones, Peter Murray, *Medieval Medical Miniatures* (London, 1984).

Jordanova, Ludmilla, ”Earth Science and Environmental Medicine. The Synthesis of the Late Enlightenment”, i L.J. Jordanova & Roy Porter (red.),

Images of the Earth. Essays in the History of the Environmental Sciences (Aberdeen, 1995), s. 119–146.

Jordanova, Ludmilla, ”The Social Construction of Medical Knowledge” i Frank Huisman & John Harley Warner (red.), *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings* (Baltimore, 2014).

Jorner, Ulf, *Summa summarum. SCB:s första 150 år* (Stockholm, 2008).

Jülich, Solveig, Lundell, Patrik & Snickars, Pelle (red.), *Mediernas kulturhistoria* (Stockholm, 2008).

Jülich, Solveig, *Skuggor av sanning. Tidig svensk radiologi och visuell kultur* (Linköping, 2002).

Jütte, Robert, *A History of the Senses. From Antiquity to Cyberspace* (Cambridge, 2005).

Karlsten, Rune, ”Epidemier och hygienism. En analys av provinsialläkarnas i Norrbotten årsberättelser år 1893–1939”, opublicerad C-uppsats, Institutionen för idé- och samhällsstudier, Umeå universitet, vt 1998.

Kiechle, Melanie A., *Smell Detectives. An Olfactory History of Nineteenth-Century Urban America* (Seattle, 2017).

Kihlberg, Jakob, *Att organisera det sunda samhället. Magnus Martin af Pontin och Carl Trafsenfelt om etiologi och hälsans ordning*, Skriftserien *Stella* från Avdelningen för vetenskapshistoria, Uppsala universitet, 2002.

Kihlberg, Jakob, ”Staden och den medicinska vetenskapen. Den sanitära frågan under 1850-talet”, *Lychnos. Årsbok för idé- och lärdomshistoria*, nr 1, 2003.

Kilander, Svenbjörn, ”Luftburen hälsa” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, keuren och samhället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011).

Kinzelbach, Annemarie, ”Infection, Contagion, and Public Health in Late Medieval and Early Modern German Imperial Towns”, i *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 61, nr 3, 2006.

Kock, Wolfram (red.), *Medicinalväsendet i Sverige 1813–1962. Utgiven med anledning av Kungl. Medicinalstyrelsens 300-årsjubileum* (Stockholm, 1963).

Kock, Wolfram, *Svensk kirurgi – historisk rapsodi* (Stockholm, 1978).

Kontturi, Saara-Maija, ”Parantajat ja tieteentekijät. Piirilääkärit Ruotsin valtakunnassa 1700-luvun lopulta 1800-luvun alkuun”, opublicerad pro gradu-uppsats, Jyväskylä universitet, 2014.

Kudlick, Catherine J., *Cholera in Post-Revolutionary Paris. A Cultural History* (Berkeley, 1996).

Kuhn, Thomas S., *De vetenskapliga revolutionernas struktur* (Stockholm, 1997).

Kuhn, Thomas S., ”Foreword”, i Ludwig Fleck, *Genesis and Development of a Scientific Fact* (Chicago, 1979).

Kuriyama, Shigehisa, ”Interpreting the History of Bloodletting”, i *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 1, nr 50, 1995.

Kuriyama, Shigehisa, *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine* (Cambridge, 1999).

Kveim Lie, Anne, ”Abdominal Ulcers, Open Pores and a New Tissue. Transforming the Skin in the Norwegian Countryside, 1750–1850”, i Jonathan Reinartz & Kevin Siena, *A Medical History of Skin. Scratching the Surface* (London, 2013), s. 31–42.

Kveim Lie, Anne, ”Syke blødninger og 1800-tallets sykelige kvinner” i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie (red.), *Rødt og hvitt. Om blod og melt i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 23–50.

Källström, Staffan, ”Massan, eliten och civilisationens framtid” i Nils Runeby (red.), *Europas idéhistoria. 1900-talet. Framstegets arvtogare* (Stockholm, 2008), s. 34–50.

Lagerqvist, Christopher, *Reformer och revolutioner. En kort introduktion till Sveriges ekonomiska historia åren 1750–2010* (Lund, 2013).

Lagerspetz, Olli, *Smuts. En bok om världen, vårt hem* (Stockholm, 2006).

Langford, Jean, ”Doxic/Docile Bodies” i Margaret Lock & Judith Farquar, *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life* (Durham, 2007).

Lannerheim, Lena, *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering* (Göteborg, 1994).

Larsen, Øivind, ”Medical Reports from the 1800s and What They Tell About Health Conditions, Population and the Work of Doctors in Peripheral

Norway” i J. T. H. Connor & Stephan Curtis (red.), *Medicine in the Remote and Rural North, 1800–2000* (London, 2011), s. 115–128.

Latour, Bruno, *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society* (Cambridge, 1987).

Latour, Bruno, *The Pasteurization of France* (Cambridge, 1993).

Laqueur, Thomas, *Making Sex. Body and Gender From the Greeks to Freud* (Cambridge, 1990).

Larsson [Bondestam], Maja, *Den moraliska kroppen. Tolkningar av kön och individualitet i 1800-talets populärmedicin* (Uppsala, 2002).

Lennmalm, F., *Karolinska mediko-kirurgiska institutets historia. Del 1, Karolinska medikokirurgiska institutets uppkomst och utveckling* (Stockholm, 1910).

Lennmalm, F., *Svenska läkaresällskapets historia 1808–1908* (Stockholm, 1908).

Libell, Monica, ”Vägen från konstform till naturvetenskap” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Lund, 2009), s. 315–336.

Liedman, Sven-Eric, *Israel Hwasser* (Stockholm, 1971).

Lindroth, Sten, *Svensk lärdomshistoria. Frihetstiden* (Stockholm, 1978).

Ling, Sofia, *Kärringmedicin och vetenskap. Läkare och kvacksalverianklagade i Sverige omkring 1770–1870* (Uppsala, 2004).

Loudon, Irvine, ”The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth-Century England”, i *Medical History*, vol. 29, 1985, s. 1–32.

Loux, Françoise, ”Folk medicine” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 661–675.

Løkke, Anne, *Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920* (København, 1998).

Løkke, Anne, ”Livgivende og farlig, moderpligt og kvindelig potens. Kvindemælk og amning 1750–2010” i Hilde Bondevik & Anne Kveim Lie, *Rødt og hvitt. Om blod og melk i fortid og samtid* (Oslo, 2012), s. 163–186.

Malmberg, Denise, *Skammens röda blomma? Menstruationen och den menstruerande kvinnan i svensk tradition* (Uppsala, 1991).

Mansén, Elisabeth, ”Kurorter och vattenkurer” i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Lund, 2009), s. 285–302.

Mansén, Elisabeth, ”Kurortskulturen, kneippkulturen och det taktila. Om nyttan av barfotavandringar i daggvätt gräs” i Motzi Eklöf (red.), *Naturen, kuren och sambället. Vård på sanatorier och kurorter ca 1870–2010* (Stockholm, 2011).

Martin, Emily, *Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS* (Boston, 1994).

Martin, Emily, *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction* (Milton Keynes, 1989).

McKeown, Thomas, *The Modern Rise of Population* (London, 1977).

McPherson, Tara, ”Introduction. Media Studies and the Digital Humanities”, i *Cinema Journal*, vol. 48, nr 2, 2009.

Miller, William Ian, *The Anatomy of Disgust* (Cambridge, 1998).

Mol, Annemarie, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice* (Durham, 2002).

Moretti, Franco, *Graphs, Maps, Trees. Abstract Models for a Literary History* (London, 2005).

Murray Jones, Peter, *Medieval Medical Miniatures* (Austin, 1985).

Nelson, Marie C., ”En historia om vård förr” i Motzi Eklöf (red.), *Perspektiv på komplementär medicin. Medicinsk pluralism i mångvetenskaplig behysning* (Lund, 2004), s. 35–48.

Nilsson, Ingemar & Peterson, Hans-Inge, *Medicinens idéhistoria* (Stockholm, 2000).

Nilsson, Peter, ”Folkhälsan i Östskåne under mitten av 1800-talet speglad via en provinsialläkares arbete”, i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 6, nr 1, 2002, s. 121–127.

Nilsson, Ulrika, *Det beta könet. Gynekologin i Sverige kring förra sekelskiftet* (Stockholm, 2014).

Nilsson Hammar, Anna, ”Scandia introducerar – Digital History” i *Scandia. Tidskrift för historisk forskning*, vol. 81, nr 2, 2015, s. 99–110.

Nordgren, Margaretha, *Läkarprofessionens feminisering. Ett köns- och maktperspektiv* (Stockholm, 2002).

Nuland, Sherwin B., *The Doctors' Plague. Germs, Childbed Fever and the Strange Story of Ignac Semmelweis* (New York, 2004).

Nutton, Vivian, "Humoralism" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 2004), s. 281–291.

Nutton, Vivian, "The Rise of Medicine", i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 52–81.

Nygård, Henry, *Bara ett ringa obehag? Anfall och renhållning i de finländska städernas proflaktiska strategier 1830–1930* (Åbo, 2004).

Otis, Laura, *Membranes. Metaphors of Invasion in Nineteenth-Century Literature, Science, and Politics* (Baltimore, 1999).

Otram, Dorinda, *The Body and the French Revolution. Sex, Class and Political Culture* (New Haven, 1989).

Palmblad, Eva, *Medicinen som samhällslära* (Göteborg, 1989).

Palmblad, Eva, *Sanningens gränser. Kvacksalveriet, läkarna och samhället, Sverige 1890–1990* (Stockholm, 1997).

Palmer, Richard, "In Bad Odour. Smell and Its Significance in Medicine from Antiquity to the Seventeenth Century" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Medicine and the Five Senses* (Cambridge, 1993), s. 61–68.

Park, Katharine, "Was There a Renaissance Body?" i Walter Kaiser & Michael Rocke (red.), *The Italian Renaissance in the Twentieth Century* i *Tatti Studies*, vol. 19, 2002, s. 21–35.

Pickstone, John V., *Ways of Knowing. A New History of Science, Technology and Medicine* (Manchester, 2001).

Pelling, Margaret, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825–1865* (Oxford, 1978).

Pelling, Margaret, "Contagion/Germ Theory/Specificity" i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 309–334.

Persson, Bodil, *Pestens gåta. Farsoter i det tidiga 1700-talets Skåne* (Lund, 2001).

Persson, Bodil, "Vårt umgänge med mikrober" i Gunnar Broberg (red.), *Til at studera läkedom. Tio studier i svensk medicinhistoria* (Stockholm, 2008), s. 161–208.

Pilloud, Séverine & Louis-Courvoisier, Micheline, "The Intimate Experience of the Body in the Eighteenth Century. Between Interiority and Exteriority" i *Medical History*, vol. 47, nr 4, 2003.

Porter, Roy, *Blood and Guts. A Short History of Medicine* (London, 2003).

Porter, Roy, *Flesh in the Age of Reason. The Modern Foundations of Body and Soul* (New York, 2005).

Porter, Roy, *Health for Sale. Quackery in England 1660–1850* (Manchester, 1989).

Porter, Roy, "Hospitals and Surgery" i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 202–245.

Porter, Roy, "Introduction" i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 6–15.

Porter, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity* (London, 1999).

Porter, Roy, "What is Disease?" i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 82–117.

Prestjan, Anna, "State's Medical Experts in Local Practice. Provincial Doctors' View of Themselves as Public Health Promoters. An Example from the Swedish Countryside, 1880–1920" i *Hygiea Internationalis*, vol. 9, nr 1, 2010, s. 223–246.

Qvarsell, Roger, "Att räkna sjuka och friska" i Bengt Erik Ericsson (red.), *Sambällets linneaner. Kartläggning och förståelse i samhällsvetenskapernas historia* (Stockholm, 1999).

Qvarsell Roger & Torell, Ulrika, *Humanistisk hälsoforskning. En forskningsöversikt* (Lund, 2001).

Qvarsell, Roger, "Samhället. Medicinen och det publika" i Karin Johannisson, Ingemar Nilsson & Roger Qvarsell (red.), *Medicinen blir till vetenskap. Karolinska Institutet under två århundraden* (Stockholm, 2010), s. 84–125.

Qvarsell, Roger, *Vårdens idéhistoria* (Stockholm, 1991).

Reeves, Carol (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Enlightenment* (London, 2012).

Reinarz, Jonathan, *Past Scents. Historical Perspectives on Smell* (Champaign, 2014).

Reinarz, Jonathan, & Siena, Kevin, ”Scratching the Surface. An Introduction”, i Jonathan Reinarz & Kevin Siena, *A Medical History of Skin. Scratching the Surface* (London, 2013).

Riley, J.C., *The Eighteenth Century Campaign to Avoid Disease* (Basingstoke, 1987).

Romlid, Christina, *Makt, motstånd och förändring. Vårdens historia speglad genom det svenska barnmorskeväsendet 1663–1908* (Uppsala, 1998).

Rosen, George, *The History of Public Health* (New York, 1993).

Rosenberg, Charles E., ”Belief and Ritual in Antebellum Medical Therapeutics” i John Harley Warner & Janet A. Tighe (red.), *Major Problems in the History of American Medicine and Public Health* (2001, Boston), s. 108–113.

Rosenberg, Charles E., ”The Therapeutic Revolution. Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth-Century America” i *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 20, nr 4, 1977, s. 485–506.

Rothstein, W., *American Physicians in the Nineteenth-Century. From Sects to Science* (Baltimore, 1972).

Rudwick, Martin J. S., *The Great Devonian Controversy. The Shaping of Scientific Knowledge among Gentlemanly Specialists* (Chicago, 1985).

Sandvik, Hogne, ”Distriktslegen (1836–1984)”, i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 120, 2000.

Sandvik, Hogne, ”Spedalskhed og arv. En distriktsleges betraktninger fra 1884”, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 112, 1992.

Sarasin, Philipp, ”The Body as Medium. Nineteenth-Century European Hygiene Discourse”, i *Grey Room*, vol. 29, nr 3, 2007, s. 48–65.

Sargent II, Frederick, *Hippocratic Heritage. A History of Ideas about Weather and Human Health* (Oxford, 1982).

Schaffer, Simon, "Measuring Virtue. Eudiometry, Enlightenment and Pneumatic Medicine" i Andrew Cunningham & Roger French (red.), *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century* (Cambridge, 1990).

Schiøtz, Aina, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900–1984* (Oslo, 2000).

Schöldström, Ulf, "Läkarförbundet under ett sekel", i Nils O. Sjöstrand (red.), *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003* (Stockholm, 2003).

Shapin, Steven, *Changing Tastes. How Things Tasted in the Early Modern Period and How They Taste Now* (Uppsala, 2011).

Shorter, Edward, "Primary Care", i Roy Porter (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge, 2004), s. 118–153.

Siena, Kevin, "Pliable Bodies. The Moral Biology of Health and Disease" i Carol Reeves (red.), *A Cultural History of the Human Body in the Enlightenment* (London, 2012).

Sjöstrand, Nils O., "Svensk allmänmedicin. När praktiken fick en teori" i Nils O. Sjöstrand (red.), *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003* (Stockholm, 2003).

Sjöstrand, Ylva, "Modernitet och traditionalism i svenska provinsialläkarberättelser 1851–1874" i *Svensk medicinhistorisk tidskrift*, vol. 7, nr 1, 2003, s. 139–161.

Sjöstrand, Ylva, *Stadens sopor. Tillvaratagande, förbränning och tippning i Stockholm 1900–1975* (Stockholm, 2014).

Smith, Mark M., *Sensory History. An Introduction* (Oxford, 2007).

Smith, Virginia, *Clean. A History of Personal Hygiene and Purity* (Oxford, 2007).

Snickars, Pelle, *Digitalism. När allting är internet* (Stockholm, 2014).

Soler, Luna, Zwart, Sjoerd, Lynch, Michael & Israel-Jost, Vincent (red.), *Science After the Practice Turn in the Philosophy, History and Social Studies of Science* (New York, 2014).

Sontag, Susan, *Illness as Metaphor* (New York, 1979).

Stallybrass, Peter & White, Allon, *The Politics and Poetics of Transgression* (Ithaca, 1986).

Steere-Williams, Jacob, "Performing State Medicine During its 'Frustrating' Years. Epidemiology and Bacteriology at the Local Government Board, 1870–1900", i *Social History of Medicine*, vol. 28, nr 1, 2015, s. 82–107.

Stolare, Martin, *Moderniseringskritiska rörelser i Sverige 1900–1920* (Göteborg, 2003).

Stolberg, M. "An Unmanly Vice. Self-Pollution, Anxiety and the Body in the Eighteenth Century", i *Social History of Medicine*, vol. 13, nr 1, 2000, s. 1–21.

Stråth, Bo, *Sveriges historia. 1830–1920* (Stockholm, 2012).

Sundell, Carl Gustaf, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1931–1955* (Stockholm, 1955).

Svensson, Patrik, "The Landscape of Digital Humanities" i *Digital Humanities Quarterly*, vol. 4, nr 1, 2010.

Svensson, Sigfried, *Bygd och yttvärld. Studier över förhållandet mellan nyheter och tradition* (Stockholm, 1942).

Sörlin, Sverker, *Framtidslandet. Debatten om Norrland och naturresurserna under det industriella genombrottet* (Umeå, 1988).

Tattersall, Robert, *Diabetes. The Biography* (Cambridge, 2009).

Taylor, Steven J., "'She was frightened while pregnant by a monkey at the zoo'. Constructing the Mentally-imperfect Child in Nineteenth-Century England", i *Social History of Medicine*, vol. 30, nr 4, 2017, s. 748–767.

Temkin, Owsei, *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine* (Baltimore, 1977).

Thompson, E. P., *The Making of the English Working Class* (New York, 1966).

Tillhagen, Carl-Herman, *Vår kropp i folktron* (Stockholm, 1989).

Toynbee, Arnold, *A Study of History* (London, 1954).

Törnell, Gottfrid, *Svenska provinsialläkarföreningens historia 1906–1930* (Stockholm, 1930).

Vigarelo, Georges, *Concepts of Cleanliness. Changing Attitudes in France since the Middle Ages* (Cambridge, 1988).

Vrettos, Athena, *Somatic Fictions. Imaging Illness in Victorian Culture* (Stanford, 1995).

Waddington, Keir, *An Introduction to the Social History of Medicine. Europe since 1500* (New York, 2011).

Waddington, Keir, "In a country every way by nature favourable to health'. Landscape and Public Health in Victorian Rural Wales" i *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 31, nr 2, 2014.

Waddington, Keir, "It might not be a nuisance in a country cottage'. Sanitary Conditions and Images of Health in Victorian Rural Wales" i *Rural History*, vol. 23, nr 2, 2012.

Waddington, Keir, "Vitriol in the Taff. River Pollution, Industrial Waste, and the Politics of Control in Late Nineteenth-Century Rural Wales", *Rural History*, vol. 9, nr 1, 2018.

Wahrman, Dror, *The Making of the Modern Self. Identity and Culture in Eighteenth-Century England* (New Haven, 2004).

Waldetoft, Dan, "När Rya-Rya badade" i Dan Waldetoft (red.), *Tio tvättar sig* (Stockholm, 2004).

Walton, John, "Theory and Research on Industrialization" i *Annual Review of Sociology*, vol. 13, nr 1, 1987.

Warner, John Harley, "Therapeutic Explanation and the Edinburgh Blood-letting Controversy. Two Perspectives on the Medical Meaning of Science in the Mid-Nineteenth Century" i *Medical History*, vol. 24, nr 3, 1980, s. 241–258.

Warner, John Harley, *The Therapeutic Perspective. Medical Practice, Knowledge, and Identity in America 1820–1885* (Cambridge, 1986).

Wear, Andrew, "The History of Personal Hygiene", i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 1283–1308.

Weatherall, David, *Thalassaemia. The Biography* (Cambridge, 2010).

Weindling, Paul, ”The Immunological Tradition” i W. F. Bynum & Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London, 1993), s. 192–204.

Willner, Sam, *Det svaga könet? Kön och vuxendödlighet i 1800-talets Sverige* (Linköping, 1999).

Willner, Sam & Sundin, Jan, *Social Change and Health in Sweden. 250 Years of Politics and Practice* (Linköping, 2007).

Woloshyn, Tania, ”Le Pays du Soleil. The Art of Heliotherapy on the Côte d’Azur” i *Social History of Medicine*, vol. 26, nr 1, 2013, s. 74–93.

Wootton, David, *Bad Medicine. Doctors Doing Harm since Hippocrates* (Oxford, 2007).

Worboys, Michael, *Spreading Germs. Disease Theories and Medical Practice in Britain, 1850–1900* (Cambridge, 2000).

Ylander, Hans, ”Urbanisering och tätortsutveckling i Sverige” i Statistiska Centralbyrån, *Markanvändningen i Sverige* (Stockholm, 1993).

Åman, Anders, *Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturbistorisk undersökning* (Stockholm, 1976).

Öberg, Lisa, *Barnmorskan och läkaren. Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1870–1920* (Stockholm, 1996).

Person- och sakregister

- Ackerman, Evelyn, 26, 27, 32, 37,
75, 82, 98
- Bachtin, Michail, 17, 158
- Baldwin, Peter, 74, 131
- Barnes, David, 14, 17, 18, 21, 125,
132, 136, 137, 163, 164, 165, 168
- Bloor, David, 19, 21, 22, 26, 162,
163, 209
- Bondestam [Larsson], Maja, 17, 28,
36, 37, 62, 74, 93, 160, 197, 198
- Brown, John, 18, 23, 55, 75, 84,
127, 143, 175, 191, 192
- Bynum, W.H., 13, 14, 17, 18, 21,
23, 24, 50, 54, 55, 57, 65, 75, 78,
99, 162, 163, 165, 170, 186, 204
- Chadwick, Edwin, 20, 23
- Codell Carter, K., 12, 13, 14, 15,
16, 18, 53, 56, 62, 136, 161, 162,
173, 176, 177, 178, 179, 182
- Corbin, Alain, 18, 25, 123, 126,
165, 167, 168, 186
- Cullen, William, 42, 55, 57, 87, 175
- den kritiska kroppshistorien, 18
- den utvecklingsintresserade
medicinshistorien, 18
- Duden, Barbara, 17, 18, 19, 25, 26,
52, 58, 59, 60, 61, 62, 93, 94,
159, 160, 186, 197
- Duffin, Jacalyn, 13, 53
- Elias, Norbert, 17, 124, 125, 158,
161, 187
- evakuerande terapier, 12, 14, 15,
19, 20, 38, 69, 174, 178, 184,
189, 196, 201, 203
- Fleck, Ludwig, 19, 23, 25, 102, 158,
184, 209, 219
- flödeshanterande, 19, 34, 38, 50,
51, 52, 53, 54, 56, 60, 62, 63, 65,
67, 68, 69, 71, 76, 80, 87, 90, 93,
97, 98, 101, 102, 108, 109, 116,
129, 133, 134, 137, 150, 154,
156, 157, 158, 168, 172, 184,
186, 190, 199, 201, 204, 206,
207, 208
- Foucault, Michel, 17, 124, 158, 160,
184
- Frykman, Jonas, 86, 123, 124, 125,
142, 151, 152, 211
- Galenos, 42, 70, 78, 166
- gränsskyddande, 38, 76, 98, 101,
102, 103, 109, 118, 119, 127,
133, 134, 136, 137, 138, 150,
157, 158, 162, 168, 178, 184,
201, 203, 204, 208, 215
- Hamlin, Christopher, 13, 22, 81,
85, 86, 100, 125, 186
- Jankovic, Vladimir, 73, 75, 241
- Johannisson, Karin, 10, 13, 14, 16,
18, 27, 28, 36, 37, 43, 45, 55, 62,
70, 71, 74, 86, 89, 93, 125, 126,
134, 135, 139, 158, 160, 173,
182, 187, 204, 205, 206, 208,
211, 224, 241
- Jordanova, Ludmilla, 24, 74, 225

- klimatmedicin, 11, 12, 14, 15, 90,
 109, 163, 164, 166, 170, 172,
 176, 177, 180, 184, 185, 186,
 188, 203
 Koch, Robert, 135, 208
 kräkmedel, 42, 49, 63, 117
 Kuhn, Thomas S., 19, 57, 184, 185,
 210
 Kuriyama, Shirohisa, 14, 70, 73,
 173, 183, 184, 217
 Kveim Lie, Anne, 93, 150, 201, 202

 Lagerspetz, Olli, 22, 89, 123, 124
 Laqueur, Thomas, 17, 54, 159, 160,
 187
 lavemang, 49, 63, 117, 207
 laxermedel, 49, 63, 68, 87
 Ling, Sofia, 36, 39, 43, 204
 Löfgren, Orvar, 123, 124, 125, 142,
 151, 152, 211

 Martin, Emily, 17, 24, 26, 27, 34,
 62, 77, 91, 92, 99, 101, 102, 134,
 196, 197, 198, 201, 224, 225
 miasma, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 25,
 32, 38, 72, 76, 77, 79, 80, 81, 83,
 84, 85, 87, 89, 97, 98, 100, 109,
 118, 127, 128, 130, 131, 132,
 133, 135, 157, 161, 162, 163,
 164, 165, 166, 167, 168, 169,
 170, 171, 172, 174, 177, 180,
 184, 185, 186, 187, 189, 190,
 194, 196, 203, 209
 Miller, Ian, 26, 125, 126

 Outram, Dorinda, 17, 158, 159,
 160, 161

 Palmblad, Eva, 21, 23, 40, 123, 125,
 141, 142, 175, 204, 208
 Palmer, Richard, 77, 78, 165, 166,
 206
 Pasteur, Louis, 17, 23, 167, 168
 Porter, Roy, 13, 14, 15, 16, 18, 27,
 46, 50, 52, 53, 54, 55, 60, 65, 74,
 78, 87, 99, 135, 162, 163, 165,
 166, 170, 174, 178, 183, 201,
 204, 206, 207, 212, 246, 247, 249

 retande fotbad, 49, 164, 201
 Rosenberg, Charles, 13, 14, 15, 18,
 49, 50, 51, 53, 54, 61, 62, 67, 71,
 104, 161, 174, 178, 182, 183, 205

 Schiøtz, Aina, 37, 125
 Semmelweis, Ignaz, 168, 182
 Siena, Kevin, 72, 73, 75, 94, 160,
 202
 Smith, Virginia, 125, 165
 spanska flugor, 42, 49, 56, 68, 164,
 207

 utvecklingsintresserad
 medicinshistoria, 19

 Vesalius, 78, 159
 Vigarello, Georges, 19, 25, 94, 103,
 104, 109, 115, 124, 126, 190
 Virchow, Rudolf, 175

 Waddington, Keir, 37
 Warner, John Harley, 12, 13, 14,
 15, 16, 18, 24, 27, 28, 50, 53, 55,
 58, 67, 73, 75, 105, 106, 164,
 173, 174, 175, 176, 177, 178,
 180, 181, 182, 183, 186, 197,
 199, 205, 229, 248
 Wootton, David, 12, 14, 16, 17,
 162, 176, 177, 181
 Worboys, Michael, 13, 18, 23, 24,
 101, 102, 134, 136, 172, 185, 186

 åderlätning, 11, 12, 14, 15, 16, 17,
 19, 20, 25, 38, 42, 49, 51, 52, 53,
 55, 56, 58, 60, 63, 68, 81, 87,
 117, 128, 161, 162, 164, 172,
 173, 174, 175, 176, 177, 178,
 179, 180, 181, 182, 183, 184,
 186, 187, 189, 196, 197, 198,
 199, 200, 201, 203, 207, 231

Institutionen för idé- och lärdomshistoria

Uppsala universitet

Uppsala Studies in History of Ideas (Nr 1-32: Skrifter)

Editors: Sven Widmalm och H. Otto Sibum

1. Per-Gunnar Ottosson, *Scholastic Medicine and Philosophy: A Study of Commentaries of Galen's Tegni (ca. 1300–1450)* (1982)
2. Franz Luttenberger, *Neuroser och neuroterapi ca. 1880–1914* (1982)
3. Roy Porter, *The History of Medicine: Past, Present, and Future* (1983)
4. Tore Frängsmyr, *Liten handbok för avhandlings- och uppsatsskrivare* (1983)
5. Anders Burius, *Ömhet om friheten: Studier i frihetstidens censurpolitik* (1984)
6. Per-Gunnar Ottosson, *Synen på pesten: Exempel och problem från svensk stormaktstid* (1984)
7. Hippokrates i urval, med inledning av Eyvind Bastholm (1984)
8. Franz Luttenberger, *Freud i Sverige: Psykoanalysens mottagande i svensk medicin och idédebatt* (1988)
9. Tore Frängsmyr, *Science or History: Georg Sarton and the Positivist Tradition in the History of Science* (1989). Nytryck ur *Lychnos* 1973/74
10. Sven Widmalm, *Mellan kartan och verkligheten: Geodesi och kartläggning, 1695–1860* (1990)
11. Lars Sellberg, *Av kärlek till Fosterland och Folk: Gabriel Djurklou och dialektforskningen* (1993)
12. Urban Wråkberg, *Vetenskapens vikingatåg: Perspektiv på svensk polarforskning 1860–1930* (1995). Ny upplaga 1999.
13. Thomas H. Brobjer, *Nietzsche's Ethics of Character: A Study of Nietzsche's Ethics and its Place in the History of Moral Thinking* (1995)
14. Per Dahl, *Svensk ingenjörskonst under stormaktstiden: Olof Rudbecks tekniska undervisning och praktiska verksamhet* (1995)
15. Suzanne Gieser, *Den innersta kärnan: Djuppsykologi och kvantfysik, Wolfgang Paulis dialog med C.G. Jung* (1995)
16. Mikael Hörnqvist, *Machiavelli and the Romans* (1996)
17. Tore Frängsmyr, ed., *Nordström och hans skola: Bakgrund – nuläge – utveckling* (1997)
18. Tore Frängsmyr, *Den gudomliga ekonomin: Religion och hushållning i 1700-talets Sverige* (1997)
19. Gunnar Matti, *Det intuitiva livet: Hans Larssons vision om enhet i en splitt-rad tid* (1999)
20. Olov Amelin, *Medaljens baksida: Instrumentmakaren Daniel Ekström och hans efterföljare i 1700-talets Sverige* (1999)

21. Gunnar Eriksson & Karin Johannisson, eds., Den akademiska gemenskapen: Universitetets idé och identitet, ett symposium till Tore Frängsmyrs 60-årsdag (1999)
22. Karl Grandin, Ett slags modernism i vetenskapen: Teoretisk fysik i Sverige under 1920-talet (1999)
23. Martin Bergström, Anders Ekström & Frans Lundgren, Publika kulturer: Att tilltala allmänheten, 1700-1900. En inledning (2000)
24. Karin Johannisson, Naturvetenskap på reträtt: En diskussion om naturvetenskapens status under svenskt 1700-tal (2001). Nytryck ur *Lychnos* 1979/80
25. Gunnar Eriksson, Olof Rudbeck d.ä. (2001). Nytryck ur *Lychnos* 1984
26. Adrian Thomasson, En filosof i exil: Ernst Cassirer i Sverige, 1935–41 (2001)
27. Urban Josefsson, Det romantiska tidevarvet: De svenska romantikernas medeltidsuppfattning (2002)
28. Olof Ljungström, Oscariansk antropologi: Exotism, förhistoria och rasforskning som vetenskaplig människosyn (2002)
29. Oskar Pettersson, Politisk vetenskap och vetenskaplig politik: Studier i svensk statsvetenskap kring 1900 (2003)
30. Hjalmar Fors, Mutual Favours: The Social and Scientific Practice of Eighteenth-Century Swedish Chemistry (2003)
31. Ulrika Nilsson, Kampen om Kvinnan: Professionaliseringsprocesser och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860–1925 (2003)
32. Peter Josephson, Den akademiska frihetens gränser: Max Weber, Humboldtmodellen och den värdefria vetenskapen (2005)
33. Daniel Lövhelm, Att inteckna framtiden: Läroplansdebatter gällande naturvetenskap, matematik och teknik i svenska allmänna läroverk 1900–1965 (2006)
34. Shamal Kaveh, Det villkorade tillståndet: Centralförbundet för Socialt Arbete och liberal politisk rationalitet 1901–1921 (2006)
35. Tobias Dahlkvist, Nietzsche and the Philosophy of Pessimism: A Study of Nietzsche's Relation to the Pessimistic Tradition: Schopenhauer, Hartmann, Leopardi (2007)
36. Tony Gustafsson, Läkaren, döden och brottet: Studier i den svenska rättsmedicinens etablering (2007)
37. Emma Shirran, Samhälle, vetenskap och obstetrik: Elis Essen-Möller och kvinnokliniken i Lund (2007)
38. Torbjörn Gustafsson Chorell, Fascination (2008)
39. Annika Berg, Den gränslösa hälsan: Signe och Axel Höjer, folkhälsan och expertisen (2009)
40. Mathias Persson, Det nära främmande: Svensk lärdom och politik i en tysk tidning, 1753–1792 (2009)
41. Louise Nilsson, Färger, former, ljus. Svensk reklam och reklampsykologi, 1900–1930 (2010)

42. Jenny Ingemarsdotter, *Ramism, Rhetoric and Reform. An Intellectual Biography of Johan Skytte (1577–1645)* (2011).
43. Maria Björk, *Problemet utan namn? Neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980. (The Problem that had no Name? Neurosis, Stress and Gender in Sweden 1950-1980)* (2011)
44. David Thorsén, *Den svenska aidsepidemin. Ankomst, bemötande, innebörd.* (2013)
45. My Klockar Linder, *Kulturpolitik. Formeringen av en modern kategori* (2014)
46. Jacob Orrje, *Mechanicus. Performing an Early Modern Persona* (2015)
47. Tim Berndtsson, Annie Mattsson, Mathias Persson, Vera Sundin och Marie-Christine Skuncke. *Traces of Transnational Relations in the Eighteenth Century* (2015)
48. Andreas Rydberg, *Inner Experience. An Analysis of Scientific Experience in Early Modern Germany* (2017)
49. Annelie Drakman, *När kroppen slöt sig och blev fast. Varför åderlätning, miasmateori och klimatmedicin övergavs vid 1800-talets mitt* (2018)

Beställningar gällande nr. 1–32 skall ställas till:

Inst. för idé- och lärdomshistoria
Uppsala universitet
Box 629
751 26 Uppsala

Beställningar gällande fr.o.m. nr. 33 skall ställas till:

Uppsala universitetsbibliotek
Box 510
751 20 Uppsala

ISSN 1653-5197

