

Opbrud i medicinen fra 1750 – 1850: Om positioner, kampe, videnskab og praksis i medicinsk felt

Kristian Larsen

Dette er en artikel om perspektiver på overgangen fra den hippokratiske lægekunst til den moderne, klassifikatoriske og patologiske medicin. Der er tale om en dramatisk periode i medicinsk historie men også en tid med stor stabilitet og træghed trods nybrud i medicinsk videnskabelighed. Teksten er primært 'empirisk' og der opsummeres erkendelser fra særligt tre studier af perioden, men disse indsigter søges teoretiseret med nogen inspiration fra Bourdieu'ske begreber som felt, position, kapital og strategi samt Bourdieus praktikteori. Begreberne anvendes til at udfolde en analyse af kontinuitet og brud i erkendelser i den pågældende periode, samt i bestræbelsen på at genopdage hvordan forandringer i feltets dominansrelationer kan beskrives og forklares, herunder hvordan feltet ændrer sig blandt andet gennem feltinterne og felteksterne forandringer. Det er også en hensigt at vise hvordan typer af viden som videnskabsviden, klinisk viden og almueviden konstituerer og udfordrer hinanden. Der er ikke tale om en egentlig udfoldet Bourdieuanalyse og begreberne præsenteres ikke nærmere, men der henvises til studier som Bourdieu 1977, 1986 og 1988. Det er imidlertid hensigten at bidrage med et ekstra blik som Bourdieu-tænkningen kan give anledning til, når empiri konstrueret fra andre typer af mere implicit teori forsigtigt spejles lidt mod Bourdieus sociologi.

Perspektiver på medicin i en brydningstid

Denne artikel trækker primært på tre tekster, som introduceres i det følgende. Det drejer sig om *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin* af Morten A. Skydsgaard og *Det Medicinske Politi – sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860* af Gerda Bonderup; begge udgivet

på Aarhus Universitetsforlag 2006. Ligeledes inddrages et bidrag fra international medicinsk historie: *Medicinen historie fra oldtid til nutid* af Roy Porter, udgivet på Rosinante paperbacks 2003.

Skydsgaards perspektiv angår medicinsk historie så at sige set indefra og med baggrund i en specifik persons historie repræsenteret ved professorsønnen Ole Bang, der blev læge og professor og desuden rektor for universitetet i København, overmedicus ved Frederiks Hospital og direktør for Den kgl. Pleje- og Fødselsstiftelse. Her følger vi perioden fra starten af 1800 og frem til 1870'erne via personen Bang med et parallelt blik på den opkommende medicinske videnskab og de kampe, der udspillede sig i samtiden.¹ Med Skydsgaards analyse følger vi de store videnskabelige kampe i det, der kunne tænkes som et opkommende medicinsk felt – set over tid fra den side der viste sig at blive den tabende. Vi følger altså en persons historie i et felt under forandring. Vi kunne måske sige: én og måske flere variationer over en positions bevægelse i et socialt kampfelt, der undergik forandring over knapt 100 år. Den hævdvundne, klassiske og hippokratiske medicin blev båret frem af Ole Bang som medicinsk kandidat i 1808, distriktslæge i 1809-1818, doktor i fødselsvidenskab 1813 og siden

¹ Kildematerialet er breve, dagbøger, manuskripter og foredragsnoter – primært fra Bang; lovttekster, (ind)beretninger (fx medicinalindberetninger), forordninger (fx kvaksalveriforordningen), uddannelsesbeskrivelser, anbefalinger (fx vedr. kost, sundhedsbrønde eller brækmidler), udskrifter af artikler fra medicinske tidsskrifter, lærebøger og håndbøger, beskrivelser af sygehistorier, medicinske observationer og kliniske iagttagelser samt analyser foretaget af andre samtidige positioner og efterfølgende historikere, filosoffer og medicinere om samtiden. Der indgår også en beskrivelse af den løbende teknologiudvikling; herunder brug af og mistænksomhed overfor fx stetoskop og mikroskop.

hen professor ved Københavns Universitet fra 1821-1874. Bang publicerede talrige medicinske lærebøger og virkede i perioder som, om ikke den eneste, så i hvert fald den helt centrale forelæser ved medicinstudiet ved Københavns Universitet. Den ortodokse position, som i starten af 1800-tallet i højeste grad eksponeredes af Bang, udgjordes af den epidemiske medicin; dvs. den gamle og hippokratiske tænkning. Med kampene i feltet, og særligt invasionen af ikke bare indenlandske men især udenlandske teorier om sygdom og lægebehandling, udfordredes hævdvundne positioner i datidens danske medicin. Den nye og heterodokse position i det medicinske felt udgjordes af fortalene for det, der betegnes som Pariskolens nyeste indsigter. Bang udfordredes og bekæmpedes delvis.

Skydsgaard anlægger ikke et teoretisk begreb eller en feltoptik på objektet. Men læst gennem en feltoptik kunne man sige, at feltet ændrede sig i perioden, og ifølge Skydsgaard ændrede en af de helt dominerende positioner i feltet sig også; repræsenteret ved Bang. Skydsgaard fremhæver denne fortrængte side af konventionel medicinsk historiefortælling. Ortodokse positioner i feltet, og i rekonstruktionen af medicinsk historie, ønskede at promovere en lineær, kontinuert og akkumulativ videnskabshistorie. Der lå også heri et behov for at fortrænge de veje, som videnskaben ikke tog, hvis det skal formuleres i Canguilhems (1988) terminologi, samt ikke mindst for at fremhæve de aktiviteter eller de agenter, som i bakspejlet fremstod som forhindringer for den vindende fortælling (se også Larsen 2007). Nutidens dominerende positioner i medicinsk felt har et behov for at fremhæve særlige sider af videnskabens historie, hvilket samtidig nødvendiggør redegørelse for vindere og tabere, for progressive og regressive medicinere. Her bliver Bang et oplagt objekt for kritik.

I Bonderups analyse af stort set samme tidsperiode, dvs. fra 1750 og frem til 1860'erne, er objektet lidt lignende, men det ses fra et andet perspektiv og via andre typer af spørgsmål og empiri. Bonderup er optaget af, hvordan sundhedspolitikken formedes i den pågældende periode, men perspektivet er ikke formning af politik ud fra analyser af politiske beslutningsprocesser – i dette tilfælde den enevældige konge og regeringens beslutninger. Bonderup konstaterer, at der i de 100 år skete en del forandringer i forhold til den samfundsmæssige organisering af sundhedsarbejde og forebyggelse, og hun lægger sig i forlængelse af en global sundhedsplan, som lægerne anlagde i begyndelsen af perioden. Påstanden er, at det var lægerne, der ud fra ideerne i det medi-

ciniske politi fremsatte planer, som så enten blev støttet eller søgt bremsede af regeringen. Dernæst fremstod befolkningen som mere eller mindre modvillig, og denne skulle overbevises om ideerne. På den måde er hovedfokus, hvordan en sundhedsplan, udviklet af lægerne, implementeredes over 100 år.²

I Roy Porters bog er hele medicinens historie i fokus. Ambitionen er dels at rekonstruere medicinen historisk, dvs. fra oldtiden, middelalderen, renæssancen og oplysningstiden til nutiden, og dels at inddrage både vestlig, dvs. europæisk og nordamerikansk, indisk og kinesisk medicin samt såkaldt alternativ medicin. Porter, der er historiker og professor i medicinens socialhistorie ved Wellcome Institute for the History of Medicine i London, er ude i det store forehavende at beskrive hele medicinens (udviklings)historie.³ Analysen og kronologien er ikke styret af en teoretisk struktur. Læsningen føres via en form for kulturhistorisk og idehistorisk perspektiv gennem medicinens historie; en forholdsvis kontekstualiseret 'idehistorie' eller 'opfindelseshistorie' med et vist blik for politik og økonomi (fx at videnskaben udviklede sig bedre, da man i den humboldtske periode tilførte mange statslige midler til medicinsk forskning i Tyskland) samt for personligheder (fx at særlige ihærdige og dygtige videnskabsfolk drev medicinen videre, mens fx nogle hemmeligholdt deres viden fx om mikroskopet⁴). Porter inddrager også en slags professionsperspektiv, idet han viser nogle kampe mellem me-

² Bonderup trækker på kildemateriale i form af lovtekster (fx danske lov, cirkulærer, anordninger og forordninger (fx medicinalforordningen)), diverse embedsmandsrapporter og medicinalberetninger, protokoller (fx vaccinationsprotokoller) – herunder planskitser (fx over Fødsels- og Plejestiftelsens bygninger) – og opgørelser såsom statistiske beregninger, fx mortalitetslister. Der inddrages enkelte udpluk fra videnskabelige tidsskrifter (fx Ugeskrift for Læger) samt lærebogsmateriale. Desuden trækkes der på og diskuteres der med en række samtidige og særligt nutidige analyser af de berørte områder; fx vedrørende forebyggelse af kopper, analyser af jordemødre og børnedødelighed i Danmark samt analyser af de kloge folk. Bonderup fremhæver fx, at hun trækker på egne kandidatstuderendes analyser af perioden. Empirien er helt overvejende fra en dansk sammenhæng, men hvert afsnit perspektiveres med en kort "afrunding og et blik ud over Europa".

³ Vi indføres i de medicinske opdagelser, opdagelserne og årstal. Hippokratisk lægevidenskab mellem 460 og 377 f.Kr.; Galens oldtidsmedicin omkring 160 e.Kr.; æteren i 1842-46; lattergas i 1844; kloroform 1853; pusagtige bakterier af Semmelweis 1847; mikroorganismer af Pasteur i 1878; kolerabacillen af Koch i 1884, antisepitikken med Lister 1878, osv.

⁴ Det blev angiveligt opfundet af Hollænderen Leeuwenhoek, der var klædehandler, allerede i 1671 (Porter 2003: 224), men først i 1800-tallet blev lignende mikroskoper udviklet. Leeuwenhoek holdt nemlig sin linseligningsteknik for sig selv. Ligeledes blev fødselstangen også først almene i 1730. Den havde ligeledes været anvendt men hemmeligholdt i mange år af familien Chamberlen (ibid. 273).

dicinere og kirurger og siden hen afdækker, hvordan den opkommende lægeprofession fx relaterede sig til og kæmpede med andre lavere positionerede positioner såsom bartskårere, occultister, alternative holister mv.

Den underliggende tone er en kritisk men konventionel 'lap på lap' historieanalyse, som har den udviklede medicin som model. Der inddrages den type af empiri, som i eftertiden viste sig at være central i samtiden (fx hvordan den hippokratiske medicin var virksom særligt op til ca. 1800-tallet), og dernæst præsenteres den nye videnskabelige medicin, som var blevet initieret i Paris med 'klinikens fødsel'. Men alle de teorier, som også var virksomme og konkurrerende i samtiden, introduceres ikke. På lignende måde redegør Porter for, hvordan nogle af de medicinske specialer opstod; herunder at de i starten mødte modstand. Men der indgår ikke forklaringer på, hvorfor fx et område af den menneskelige krop (mundhulen og tænderne), som odontologien tager vare på, ikke kom ind under det medicinske specialesystem. En specialisering som udviklede sig med obstetrik (fødselsvidenskab), pædiatri (børnesygdomme) og orthopædi (kunsten at forhindre eller rette legemlige deformiteter hos børn) (Porter 2003: 382). Det beskrives blot at:

Tandudtrækning havde per tradition tiltrukket spektakulære personligheder som "le grand Thomas" i Ludvig 15.s Paris. Omvendt dukkede tandlægevirksomheden, der påberåbte sig videnskabelig ekspertise inden for tændernes anatomi, fysiologi og patologi, op i 1700 tallet med den franske kirurg Pierre Fauchard (1678-1761) som foregangsmand. Han nedtonede den simple tandudtrækning og fremhævede en lang række specielle og raffinerede teknikker som boring, fyldning, filing, transplantation, kunstige tænder, kosmisk tandretning og mere omfattende kirurgi på gummer og kæbe. Dagsordenen var sat for senere fremskridt. [...] Undersøgelser i 1700 tallet havde lagt grunden til dette spirende speciale. (Porter 2003: 384).

I de 834 sider er der således heller ikke referencer til videnskabshistorikere som fx Kuhn, Bachelard eller mere relevant Ganguilhem.⁵

⁵ Der er tale om det, som i medicinsk terminologi bliver betegnet som et oversigtsværk, hvor kilderne primært er andres rekonstruktioner af medicin(ens) historie, medicinsk videnskabshistorie samt historiske rekonstruktioner af medicinsk praksis eller medicinens historie. Porter nævner, at han primært trækker på engelsksprogede kilder, og

Porters *Medicinens historie* er på den ene side formidlende og levende fortalt. Der er fx ingen fodnoter og stort set ingen specificerede referencer (fx henvisning til værker, årstal og sidetal) undervejs. Noget andet er, at man som læser er helt hensat til forfatterens beskrivelser og tolkninger / forklaringer af sammenhænge, hvilket måske er rimeligt for så vidt bogen tænkes som en slags popularisering og let formidling af stoffet. Styrken er introduktion af det internationale perspektiv og de store videnskabsmænd samt deres erkendelser om det syge – herunder om læge-patientrelationen – med et blik på de teknologier, der gjorde indsigterne mulige. Porter præsenterer i en objektiviseret beskrivelse den medicinske videnskabs erobringer og fejltagelser herunder også beskrivelser af medicinsk klinik/praktik. Der er der tale om et kritisk studie, der blandt andet understreger de mange og helt fatale behandlinger, som patienter over hele verden, dog mest i Europa, har været udsat for – særligt frem til udviklingen af den 'videnskabelige medicin' i 1800-tallet. Porter rekonstruerer, hvordan den medicinske magt (han anvender ikke dette begreb) langsomt blev forskudt fra at være et individuelt og interpersonelt anliggende til at være en kulturel størrelse. Historisk beskrives det fx, at et menneske oplevede sig syg og opsøgte sine omgivelser, familie, en klog kone, en mediciner eller en kirurg. Men med den opkommende medicin og den tiltro den tiltrak, fx idet religionen blev forskubbet, udbyttet eller reduceret, blev der tale om en medikalisering af selve livet. Medicinen blev i 1700- og 1800-tallet inviteret ind, når mennesker blev syge; men over tid blev den på en måde bygget ind i kroppen på alle. Man kan rekonstruere medicinen fra at være reaktiv i forhold til sygdom og lidelse til at være pro-aktiv med ambitionerne, der knyttede sig til forestillingerne om det medicinske politi og særligt med de forebyggende idealer.

Hvorfor vente til folk blev syge? Forebyggelse var bedre end lapperier. Det var langt bedre at finde ud af, hvorfor folk blev syge i det hele taget og derefter

at han har "undgået videnskabelige artikler fordi de er smallere og mindre tilgængelige" (Porter 2003: 719). Han har også trukket på biografisk materiale, historiografi og en del medicinske opslagsværker og lærebøger samt for nogen del krydret med fortællinger fra skønlitteratur, grafisk materiale og billeder. Der er under "yderligere læsning" og "Vestens kundskabs- og kulturhistorie" henvisning til fx N. Elias og tre værker af Foucault men ikke til 'klinikens fødsel'. I bogen er der to referencer til Foucault; den ene vedrører begrebet 'den store indespærring' (ibid.: 240), og den anden angår Foucaults delta-gelse i den franske gren af antipsykiatrien (ibid.: 522).

– vejledt af statistik, sociologi og epidemiologi – træffe foranstaltninger til opbyggelse af positiv sundhed. I et rationelt, demokratisk og progressivt samfund skulle medicinen ikke være begrænset og reaktiv. Den skulle være positivt synlig overalt, den skulle angribe alle sygelige tendenser i samfundet og imødegå dem ved hjælp af langsigtede foranstaltninger, love, uddannelse og særlige institutioner. Hvorfor ikke investere i screening, undersøgelse, sundhedsundervisning, svangreforsorg, børneforsorg, skolevæsen? (Porter 2003: 632).

Ifølge forfatteren er medikaliseringen et strukturelt fænomen, dvs. det er virksomt i alle. Alle er så at sige medikaliseret, der behøves ikke (længere) en virksom læge eller medicinsk viden som initierende heraf. Det beskrives, at

både læger og “forbrugere” er blevet fanget i den myte, at alle fejler et eller andet, og at alt og alle kan helbredes. Den medicinske forbrugerside er – som alle former for forbrugerside, blot mere truende – designet til at skabe utilfredshed. Her må loven om aftagende udbytte nødvendigvis gælde. (Porter 2003: 718).

Den aktuelle læge beskrives et sted som den hvidkitlede præst, hvor ikke blot lægen men også patienten ønsker at ‘holde i live’. I de aseptiske miljøer med laboratorier, teknologier som respiratorer mv., er døden tabu.

Vi følger altså medicinens historie med tilnærmelse fra henholdsvis en positions deltagelse i et felt under forandring (professoren Ole Bang ved Skydsgaard), en mere eller mindre succesfuld implementering af sundhedspolitik (det medicinske politi ved Bonderup) samt en medicinens ide- og kulturhistorie for perioden (medicinens historie ved Porter). Der er således tale om en betoning af ideer og implementering af sådanne set med den fremvoksende videnskabs øjne og båret igennem af den spæde sundhedspolitik og dens formidlere (konge/stat og læger/præster/lærere). Dermed står det også klart, at folkemedicin, eller almuens sundhedspraktikker og opfattelser, ikke belyses eller i hvert fald stærkt underbelyses i denne tekst. Et sådant lægmandsperspektiv ville i højere grad vise, hvordan almuens praktikker, og herunder også noget man kunne kalde deres sygdomsteorier, i høj grad var virksomme ‘i egen ret’, og kun sekundært blev udfordret og/eller inspireret af den synkrone, dvs. samtidige, videnskab om sundhed mv. Se

blot på hvordan principper som ‘undgå kulde’ har været virksom gennem mange hundrede år. I det følgende fokuseres på nogle områder med relevans for både datiden og nutiden, set ud fra pædagogisk-sociologiske vinkler.

Der inddrages også enkelte dele fra Anne Løkkes arbejde (2007) med at historisere indlæggelsesforløb, sygdomme og kost mv. fra 1757 til 2007, i forbindelse med Frederiks Hospital (det nuværende Rigshospital i København).

Sammenlægning af medicin og kirurgi - to positioner bliver en!

I perioden fra 1750 og ca. 100 år frem skete der store forskydninger inden for området med at udvikle medicinen i bred mening. Der er sikkert tale om en vigtig periode i medicinens historie men her fremhæves blot nogle forhold, som formodes at have haft vigtig betydning for feltet og dets struktur. Det var i den periode, nemlig i 1838, at datidens måske vægtigste positioner repræsenteret ved medicinere og kirurger blev slået sammen. I det følgende præsenteres nogle analyser af grundlaget for denne sammenlægning. I starten af perioden var der en række typer af ‘erhverv’ eller ‘professioner’, som var aktive som behandlergrupper i Danmark. Skydsgaard og Bonderup rekonstruerer fx, hvordan kongen og staten, med dens institutioner såsom Sundhedsrådet og Sundhedskollegiet, løbende var i en dialog med de opkommende positioner på markedet i form af farmaceuter, kirurger, medicinere, bartskeerere og jordemødre. Men desuden var andre grupper virksomme; fx præster, skolelærere, kloge mænd og koner samt occultister og alternative holister. Det er interessant, hvad der kunne begrunde, at den fine medicin lod sig flette sammen med kirurgi for næsten 200 år siden.

I 1750'erne var der omkring 50 kirurger (de fleste var virksomme i militæret og ved handelsflåden), 20 medicinere og mindst 2000 kloge mænd i Danmark (Bonderup 2006: 19-21). Medicinerne var lærde; de havde læst på Københavns Universitet eller på andre europæiske universiteter, og de havde fra 1672 haft monopol på lægegerningen. Det var til og med en bestræbelse, at læger skulle være lige så dannede som teologer og jurister. Modsat beskrives kirurgerne som ‘ustuderede’; de blev rekrutteret fra den lavere del af middelklassen, og de havde ikke gået i latinskole; modsat medicinerne som var rekrutteret fra de højere sociale lag.

Kirurgien var i udgangspunktet henvist til det, man

kan betegne som lavt positionerede sygdomme (Larsen 2008) og til behandlinger af fx "væmmelige svulster, udvækster, koldbrand og syfilitiske chankre". De gjorde desuden brug af relativt lavt positionerede artefakter såsom "kniv, brændejern og amputationssav", og de var til og med relateret til et "håndværk snarere end til boglig videnskab". Ofte var de i samme "lav som barberer og blev spottende sammenlignet med slagtere" (Porter 2003: 277). Kirurger tog sig således af de udvortes sygdomme som sår, bylder og knoglebrud, mens medicinere var aktive i forhold til de syges indvortes sygdomme såsom febersygdomme, blodhoste eller gigt. Der var altså tale om en række forskelle og modstillede interesser mellem den relativt lavt positionerede kirurgi og den højest positionerede medicin. Når de to professioner alligevel slås sammen til en lægeskole og et erhverv i 1838,⁶ kan det måske forklares med inspiration fra Bourdieus praktikteori og feltbegreb (1977, 1988). Her introduceres begreber om et opkommende felt, dvs. et socialt kampfelt i form af et sygdoms- eller sundhedsmarked, med kampe i feltet mellem nogle dominerende positioner, som har forskellige interesser.

I en feltoptik ses sammenlægningen som en nødvendig og rimelig strategi for både kirurgi og medicin på et marked, dvs. i et felt, som var under forandring. Analyseret gennem en længere tidsperiode kunne man tale om, at kirurgi var en position i feltet, der var på vej op. Indikatorer herpå er fx, at det kirurgiske akademi blev stiftet i 1785, og inden da var kirurgi yderligere blevet styrket ved at have løsrevet sig fra barberlauget i 1736 og ved at have oprettet en kirurgisk læreanstalt. Samtidig akkumulerede kirurgien en del kredit og samfundsmæssig anerkendelse, som gik mindst hundrede år forud for sammenlægningen. En af grundene til kirurgiens fremvækst var, at den, målt i datidens optik, var relativt effektiv i forhold til bekæmpelse af en del sygdomme. Det kirurgiske område udvikles i forbindelse med, at der var krig i Danmark og rundt omkring i Europa. Der var brug for kirurger til amputationer og anden kirurgi. Kirurggruppen oparbejdede således en faglig kapital blandt andet ved at kunne lukrere på de talrige krige, som Europa oplevede gennem 400 år. "Krig medførte kirurgiske fremskridt, især i forbindelse med behandlin-

gen af skudsår. Krigene og erobringen af kolonierne skabte et umætteligt behov for unge kirurger" (Porter 2003: 279). Porter opsummerer om krige og den samfundsmæssige anerkendelse, der tilfaldt kirurgien:

Sammensmeltningen af den kirurgiske og den medicinske uddannelse faldt ud til kirurgiens fordel. Og dertil kom at en række europæiske krige gav begyndere i faget en kolossal erfaring på slagmarker og agterdæk [...] Hospitalerne i London og Paris var scenen for virtuose kirurger der blev tilbedt og hyllet som stjerner [...] De førende kirurger forlangte store honorarer for operationer på privatpatienter. Operationerne blev naturligvis udført i patienternes hjem (Porter 2003: 360).

Med det vigtigste var nok hele den viden, der erhvervedes, og måden den blev frembragt på, med indvarsling af den moderne videnskabelige medicin. Kreditten blev tildelt kirurgien. Porter siger det på følgende måde: "Og vigtigst af alt, anatomiens glans overførtes til kirurgien" (ibid.: 280).

Det fremgår af Porters rekonstruktion, at kirurgerne desuden 'kendte deres grænser' i forhold til, hvad de gik i gang med af operationer. De holdt sig fx fra, eller var meget varsomme i forhold til, indre lidelser som de lod andre, fx farmaceuter eller medicinere, om. Man skal huske, at først efter 1842-46 var æteren brugbar som bedøvelsesmiddel; lattergas fra 1844 og kloroform fra 1853 (ibid.: 366-67). Det betyder, at indtil da måtte kirurgen skære i en ikke-bedøvet og dermed smertende og urolig krop. Den konkrete og praktiske implikation af dette var, at principper om hurtighed var yderst vigtig gennem mange århundreders kirurgi. Patienter lå vågne (evt. fastholdt af hjælpere), og smerte og voldsomme kropsbevægelser nødvendiggjorde en fast, præcis og ikke mindst hurtig hånd. Porter beskriver fx, at en kirurg kunne amputere et ben ved hofteleddet på 20 minutter i 1824, og en anden kunne ti år senere udføre den samme operation på 90 sekunder (ibid.: 360). Kirurgi som en position i vækst understøttes også af historier om store kirurger, der fx varetog succesfulde operationer på vigtige personer i samfundslivet, fx i kongefamilien.⁷ Det var selvsagt risikabelt at foretage operationer fra brud til amputationer ikke mindst på grund af risiko for infekti-

⁶ Der er her tale om en formel og administrativ sammenlægning af uddannelse og erhverv. Med inspiration fra Bourdieus sociologi vil man kunne sige, at denne sammenlægning ikke nødvendigvis også er virksom og anvendelig for en teoretisk analyse. Analytisk kan man stadig tale om en slags hovedopdeling mellem kirurgi og medicin indenfor lægeområdet.

⁷ Her havde fx Ludvig 14. fået fjernet en analfistel af kirurgen Félix i 1687. Solkongen bidrog til at løfte gruppen af kirurger, men ikke mindst blev Félix begunstiget med et gods og 300.000 livres (Porter 2003: 279).

oner.

Den fremvoksende videnskabelige medicin ødelagde også til dels det grundlag, som før havde opretholdt medicinernes position. Når det medicinske felt var under opbrydning, blev nye positioner tiltrukket som dominerende. Doxabærerne i feltet mistede grundlaget for deres dominerende position, da den nye videnskab indvarslede et skifte. Fra dominans af et relativt metafysisk baseret teoretisk og personligt båret teori-aktionsystem hos den enkelte mediciner (som fx hos Ole Bang) til den nye kliniske medicin. Dette blev ikke mindst understøttet og nødvendigt med fremvæksten af artefakter som statistik, mikroskop, stetoskop, termometer osv. – koblet med øget indsigt i den hippokratiske medicins enten uduelighed eller destruktivitet. På det grundlag kan man forestille sig, at kirurgi havde et relativt forspring som empirisk, som konkret og som detailfokuseret. Altså kan den moderne videnskab, som indvarsledes med Pariser-skolen, hospitalet og siden hen laboratoriet, tænkes at have nødvendiggjort integration af kirurgi og medicin – eller af kirurgi i medicin!

Synkront med disse forandringer i relationen mellem medicin og kirurgi var der en øget søgning til kirurgi i forhold til medicin, og legitimiteten af kirurgi var stigende; fx indikeret ved at de kirurgiske professorer kunne overgå til medicin på universitetet. Der blev også rekrutteret flere studerende til kirurgi end til medicin, og indenfor medicin rekrutterede man de dygtigste blandt kirurgerne til stillinger på universitetet. Det beskrives desuden, at i fx England ændredes hospitalernes funktioner, og sygehuset blev et center for ulykkestilfælde og akutte patienter, som blev behandlet af kirurger, der dermed bestemte, hvem der skulle indlægges. Det blev altså kirurger, der varetog den vigtige funktion som visitator ved hospitalerne.

Man kan opsummere, at der skete forandringer i det opkommende medicinske felt i perioden fra 1750 til 1850. Det var nye typer af investeringer, der blev kreditgivende, og i det samlede forløb tabte medicin terræn til kirurgi. Det var ikke bare sådan, hvilket beskrives senere i artiklen, at de medicinske interventioner var uvirksomme eller direkte farlige! Men konkrete erfaringer med positive effekter af kirurgien, ledsaget og understøttet af udvikling af ny teknologi og artefakter samt den Parisiske kliniske medicin, lagde grunden for en vækst af kirurgi i det medicinske felt. Nybrud i medicinsk videnskab kunne bedre konverteres til kreditgivende og omsættelig kapital af kirurgi end af medicin. Her kunne dominerende positioner inden for medicin se

en interesse i at løfte medicin ved at trække kirurgi ind under sig og således tiltrække nogle af de ressourcer, som kirurgien akkumulerede. Kirurgi havde vist sin styrke gennem succes med interventioner ikke blot på 'eget område', på lavere stillede kroppe og med lavere stillede artefakter. Den havde også succes langt inde på 'medicinens' område.

Glasdam rekonstruerer på lignende måde opkomsten af den moderne medicin gennem at gøre rede for, hvordan feltet i udgangspunktet havde det, der kunne beskrives som fire kæmpende positioner; "læger, kirurger og empirikere og apotekere" (Glasdam 2001: 595). Det, der efterfølgende blev stadigt mere uddifferentierede medicinske specialer, var i udgangspunktet to adskilte praktiker. Oppositionerne var tydelige på følgende måde: kirurgi var knyttet til datidens middelklasse, deres praktik blev anskuet som et håndværk, de blev oplært gennem at se på og deltage under mesters opsyn og uddannelsen pågik indenfor et lavs uddannelsessystem. Modsat var medicinerne rekrutteret fra de højere sociale lag, deres viden blev set som boglig lærdom og de blev uddannet via forelæsninger på universitetet og det universitære uddannelsessystem. Det, der efter sammenlægningen af kirurgi og medicin i 1838 var blevet én lægegruppe, blev selvkært vedvarende udfordret af andre og overvejende lavere positionerede grupper i det medicinske felt.

Senere, fx med Panum som nyansat professor ved Københavns Universitet, kunne man se en lignende udgrænsning af andre positioner; nu med henvisning til nødvendigheden af "den naturvidenskabelige metode ved studiet af menneskekroppen". Ved tiltrædelsen af professoratet sagde Peter Panum, i forlængelse af Fengers synspunkter, at de læger, der ikke forstod naturvidenskabernes nye rolle i lægevidenskaben, placerede sig på samme uvidenskabelige niveau som "Homøopaterne" og "Salt- og Øl- Doktorerne" (Skydsgaard 2006: 232). Gennem henvisning til særlige typer af videnskabelighed, forskellige grader af succes med klinisk lægepraktik og alliancer med konge og statsapparat lykkedes det lægegruppen – trods store udfordringer medieret gennem den nye patologiske og klassifikatoriske medicin og dens udfordring af den gamle lægekunst – at opretholde og forbedre sin position i det medicinske felt. I bakspejlet er det interessant, at strukturen i medicinsk felt kunne overleve den udfordring, som blev initieret gennem opkomst af den nye medicin. Magtrelationerne kunne opretholdes, selv om grundlaget for dem blev voldsomt omkalfatret. I det følgende beskrives

nogle strategier, som kan ses iværksat primært af lægegruppen med henblik på at opretholde egen position som del af magtrelationen; dvs. strukturen i medicinsk felt.

Positionsstrategier

- Kontinuerlig terapeutisk tradition

Både før og efter sammenlægningen af medicin og kirurgi i 1838 kan man rekonstruere en række strategier, som blev taget i anvendelse af de kæmpede positioner i det spirende medicinske kampfelt. Inspireret af den bourdieuske optik anvendes begrebet positionstrategier, som har visse ligheder med professionsstrategi. Begrebet dækker det fænomen, at de respektive positioner investerer på markedet med henblik på at akkumulere kapital, der kan anvendes til at forbedre eller opretholde deres respektive positioner. En af disse virksomme, men helt overvejende implicite, strategier var at stå sammen om de gamle koryfæer og deres tænkning som led i den samlede interesse i at værne om positionen.

Her fremhæves som et eksempel, hvordan den omtalte brydningstid kunne tænkes at opløse medicinen ikke bare som videnskab, men også som professionel praksis. Hvordan kunne medicin som den dominerende position klare udfordringen fra den moderne Parisiske videnskab?

Det er tidligere beskrevet, at den periode, der bliver betegnet som en brydningstid i dansk medicin, i høj grad var præget af stabilitet snarere end af forandring i den kliniske praktik. Alligevel kan man tale om nogle forandringer i den måde, som også professor Bang agerede på i sine beskrivelser af klinisk praktik. I forhold til en analyse af positionstrategier er det interessant, hvordan disse forandringer blev begrundet både af Bang selv og ikke mindst af hans kolleger. I den periode⁸ argumenterede han hele tiden for kroppens egen lægekraft og dermed også for en ret henholdende lægelig intervention, mens han i 1820'erne havde talt for udstrakt brug af brækmidler, som havde været hans yndlingsmedikament. Men mod 1850'erne blev brækmidlet imidlertid ikke længere set som et attraktivt middel i forhold til tyfusbehandling. Ifølge Skydsgaard var Bang selv klar over dette holdningsskift, og han forklarede det med de "atmosfæriske forhold". Den epidemiske konstitution havde ændret tyfusfeberens karakter, "således at den ikke længere krævede behandlinger med galdeudtøm-

melse" (Skydsgaard 2006: 196). Også andre læger forklarede den ændrede brug af lægemidler ved at henviser til ændret epidemisk konstitution, og til at tyfusfeberen var blevet mildere. Her beskriver Skydsgaard også, at

Forklaringerne kan tolkes som et udtryk for, at lægerne holdt sammen som profession. Lægerne var varsomme i deres kritik af hinanden og ønskede måske ikke at lægge sig ud med en ældre kollega. Man respekterede, i hvert fald på skrift, at de ældre eller afdøde kolleger havde haft en gyldig grund til at behandle tyfuspatienterne på en anden og mere aktiv måde. Derved forsøgte lægerne at tegne et billede af en kontinuerlig terapeutisk tradition" (Skydsgaard 2006: 196).

Det virkede åbenbart, at både den enkelte mediciner og gruppen som sådan agerede indenfor én og samme position; dvs. en social gruppe, som pålagde en adfærd, herunder primært implicite men også eksplicite sociale regler, der tilsagde, at alle var bedst tjent med en slags fortrængning af visse sider af de kollegiale praktikker. Medicinergruppen som sådan, dvs. som en position i et kampfelt under opbrud, var under voldsom udfordring i den pågældende periode. Det er også helt tydeligt, at det primært er eftertiden, der har dømt Bang som bagstræberisk og som værende imod den nye medicin. I hele den lange periode fra 1818 til 1874 har Bang objektivt været del af en dominerende position i den danske medicin, og om end der har været en række kampe internt med ligestillede, som fx Fenger og Panum, så har alle grundlæggende været medicinere (læger). Kættere der ville afstedkomme forandringer i måder at tænke og arbejde på, måtte gå gennem anerkendelse af feltets grundlæggende spil og spilleregler. Radikale brud var til en vis grad mulig i tænkningen om et fænomen på videnskabens side, men feltet var ikke mindst virksomt gennem stabilitet i måder at praktisere, dvs. behandle på.

- Aggressive interventioner

En anden strategi, iværksat af positionen, involverede et distinktivt moment i forhold til andre positioner, ved måden der blev intervenseret på. Skydsgaard gør rede for den antagelse, som han henter hos John Harley Warner, at særligt de amerikanske læger i perioden mellem 1820 og 1885 var forbeholdne overfor brug af diagnoser. Deres identitet var bygget på 'intervention', hvilket vil

⁸ Bang var virksom i over 50 år som professor (i 1818 som ekstraordinær og derefter som ordinær professor til sin fratræden i 1874).

sige meget aktiv behandling ved sygesengen. Warner fortolkede, at den massive intervention med kviksølvpulvere og åreladninger, som de amerikanske læger gjorde brug af stort set uanset sygdommen, var respons på tilstedeværelse af udfordrende positioner. Når lægerne således gjorde brug af disse kraftige behandlinger med synlige virkninger, så kunne det altså tolkes som en professionsstrategi rettet mod fx eklektikere og homøopater, som tilsyneladende truede med at invadere de amerikanske hospitaler. "De ortodokse læger var nødt til at positionere sig, og dertil var åreladningen og kviksølvpulveret de perfekte midler, fordi de demonstrerede handlekraft og kontrol over kropsprocesser" (Skydsgaard 2006: 106).

Porter beskriver også sådanne sociale og professionelle distinktive strategier. Han fortæller fx om den amerikanske læge Rush, der var meget radikal i sine behandlinger: "Under anførsel af Rush gik de veluddannede læger til den modsatte yderlighed og gjorde drastiske behandlinger til deres varemærke – ikke mindst for at adskille sig fra de uautoriserede behandleres fromme tro på natur, urter og vand" (Porter 2003: 320). Han kaldte kviksølv en ufarlig og næsten universel medicin. (ibid.: 266)

- Alliancer med staten

Ud over disse typer af interventioner, der indgik som strategier i at løfte en position, var det også tydeligt at medicinerne, og siden hen lægegruppen, i hele perioden investerede gennem at påvirke kongen og statsapparatet. En stor magtfaktor i regulering af sundhed, sygdom og behandling var at medvirke i, hvem der fik adgang til at udvikle og sælge lægemidler (fx kvaksalveriforordningen i 1794), hvem der medvirkede i udvikling og tilsyn med love og forordninger på sundhedsområdet, samt hvem der kom til at sidde i diverse institutioner, såsom Sundhedskommissionen eller Sundhedskollegiet. Til uddybning af de mange alliancer mellem medicin og staten i den pågældende periode: se Jørgensen (2007). Over de omkring hundrede år ses det, at sundhed og sygdom i stadig større grad reguleredes gennem love og forordninger. På samme tid etableredes og forrykkedes praktikkerne langsomt (fx hvad man gjorde i forhold til diverse sygdomme), og ikke mindst skete der en gradvis uddifferentiering, dvs. inklusion og eksklusion, af hvem (bartskærere, kloge mænd og koner, jordemødre, medicinere, kirurger), der måtte gøre hvad og hvor (fx indvortes og udvortes) – ikke mindst med hvilke midler (fx salver, afføringsmidler).

- Alliancer med præster og lærere

I dag kan vi se, at i perioden fra 1750 og 100 år frem etableres konturerne til det, der efterfølgende fremstår som et relativt autonomt medicinsk felt. Noget, der bliver tydeligt i rekonstruktionen særligt af Bonderup, er, hvordan lægegruppen indgik i forskellige former for alliancer med ikke blot staten i forsøget på at regulere sygdom og sundhed på forskellig måde. Det interessante er, hvordan andre statslige institutioner og udøvere, såsom præster og skolelærere, ligeledes blev inddraget i det, man kunne kalde de medicinske praktikker. Det vil sige til støtte og 'back up' af en dominerende position i feltet. Her følger analyser af, hvordan disse relationer mellem dominerende positioner i to forskellige felter, et religiøst og et medicinsk, gensidigt understøttede hinanden. Man kan klassificere præsternes alliance med lægerne på følgende to niveauer: En alliance som var informerende/formidlende, og en som var rapporterende/opsporende.

I forhold til den informerende og formidlende funktion kan man sige, at præsterne dels var knyttet til sognene, og som sådan var de rent konkret tilstede blandt sognebørnene; dvs. ikke blot blandt godsejerne og gårdmændene men særligt blandt almuen og dennes sprog og kultur. Lægerne, og særligt medicinerne, beskrives i hele perioden som værende fine og distancerede i forhold til befolkningen på landet. Præsterne derimod talte med disse grupper og havde i langt højere grad deres tillid i forhold til både religiøse og verdslige forhold. I den egenskab så man eksempler på, hvordan præsterne pålagdes og påtog sig at udbrede information og instruktion i koleraforebyggelse:

[p]ræsterne skulle formane deres konfirmanter til straks eller snarest muligt at lade sig vaccinere. Først ved brylluppet blev det alvor: ingen vielse med mindre parret påviseligt var vaccineret eller havde overstået de naturlige børnekopper (Bonderup 2006: 64).

Præsterne var ikke-eksperter og havde ingen egentlige magtbeføjelser, men de afstedkom som nævnt at mange, og snart stort set alle, lod sig vaccinere. Når almuen var mistroiske overfor koppevaccinationen, var det lærere og præster, der måtte gå forrest og vise vejen ved at lade deres egne familier vaccinere. Man ser, hvordan fx skolelærere også blev inddraget direkte i medicinsk arbejde med opbakning til de sundhedsprincipper, som var motiveret af lægerne. Præsterne havde ofte også læst

medicin, og der var dengang som nu selvklart flydende grænser mellem sygdom, sygdomsbehandling, smertelindring og religion.⁹ Direkte strid mellem religiøse og medicinske principper blev tydelige, når nyfødte børn efter lovbefaling skulle døbes i kirken indenfor de første otte dage (Bonderup 2006: 140). Her argumenterede læger for, at det var farligt for spædbørnene at blive afkølet på turen til kirken og under opholdet i denne. Der var en voldsom debat mellem præster og læger over 20 år, og præsterne stod helt uforstående over for problemet, eftersom de vidste "hvordan bønderne svøbte deres børn, når de førte dem til kirke, lagde dem til skødet med deres hvide, varme kåber omkring dem og altid havde et varmt bryst at lægge dem til" (ibid.: 142). I en forordning fra maj 1828 blev der mæglet mellem de involverede parter, idet der kom særlige regler for sommerbørn, der skulle døbes efter otte ugers forløb, mens vinterbørn kunne vente til senest ved udgangen af maj.

I forhold til den rapporterende og opsporende funktion gives der en del eksempler på, hvordan præsterne meldte tilbage til staten, lægerne eller sundhedsrådet, når og hvis der blev konstateret for udpræget brug af kloge mænd eller koner, hvis der var stor børnedødelighed i sognet osv. I sager, hvor staten via medicinalforordningen af 1672 skulle bestemme hvem af de privilegerede apotekere, der måtte sælge gift (rottekrudt eller arsenik), var det præsten, der skulle attestere og dermed legitimere overfor staten hvem, der var pålidelige og retskafne (ibid.: 109).

Det var ligeledes en oplagt mulighed for apotekere at sælge medikamenter til fuskere eller semi-fuskere, dvs. kloge mænd eller koner, som uden at have den tilstrækkelige semi-autorisation udviklede medicinsk behandling til indvortes eller udvortes brug. Her beskrives, hvordan en distriktskirurg i 1820 påtalte en bondekarl ved navn Christen Thorstensen, herunder hvordan apotekeren muligvis understøttede den ulovlige medicinske behandling:

Christen Thorstensen.... er en sand studiosus philosophiæ occultæ, han kan mangfoldige Kunster - f.ex.

⁹ Visse præster overskred tilsyneladende den fine grænse for arbejdsdeling. I en rundspørge, som Sundhedspolitikommisionen udsendte i 1803, kunne herredsprovst Platon læse, at der krævedes streng "Aarvaagenhed og Straf for uberettiget Praxis og Quaksalverie af Præster, Kiellinger, uprovede Studerende". Provsten klagede på egne og præsters vegne til biskop Balle over, at "præster og kiellinger" stod lige efter hinanden. Sundhedskommisionen vedtog enstemmigt en undskyldning (Bonderup 2006: 149).

for gode Ord og Betaling slaer han Øine ud paa Folk - forgiører og forhæxer samt helbreder for Forgiørelse og Hexerie - helbreder med Signum og Maalen - laver kostelige Salver, Plasterer, Pulvere, Piller og Draaber, kort sagt udøver saavel den chirurgiske som medicinske Praxis. Selv tillaver han sine Medicamenter - thi Apotheqveren forsikkrer, at han intet faar hos ham... (Bonderup 2006: 151).

Det viste sig, at der havde været en del dødsofre i forbindelse med en "halsepidemi blandt børn", blandt andet fordi Thorstensen havde ordineret for skrap medicin, og i den forbindelse blev både apotekeren og præsten således inddraget i statens undersøgelse. Byfogeden kunne fx trække på præstens viden om Thorstensen og om epidemiens udfald samt om ofrenes og deres forældres navne.

I sager, hvor kloge mænd og koner søgte om tilladelse til semi-autorisation, indgik præster også ofte med at legitimere ansøgere, som fx da Jørgen Hansen i 1795 søgte om tilladelse til at helbrede arm- og benbrud.¹⁰ Præsterne støttede godt nok ofte de kloge, men samtidig fungerede de som statens udsendinge, der kunne deltage i at iværksætte sundhedsbestræbelser fra det medicinske politi, og samtidig kunne de bidrage med en slags opsporing og rapportering, når sygdoms eller sundhedsprincipper ikke blev efterlevet. Det sidste var særligt gældende på landet.

Fra Hippokrates til den nye videnskab

Den periode, vi fokuserer på i denne tekst, betegnes som en brydningstid inden for dansk medicin. Hvordan kan det være, og hvad var det for nogle brud, der var tale om? Det kan opsummeres i følgende forskydninger: Med den moderne medicinske videnskab blev fokus flyttet

- fra den syge til sygdommen
- fra det individuelle som substans til sygdommen

¹⁰ Han fik her anbefalinger fra præsten, fysikus og amtmanden i dette tilfælde fra Hindsgavl amt. Kirurgisk akademi svarede med to tunger. Dels havde ansøgeren ikke demonstreret sin kunnen for fysikus, som kun havde snakket med ham, og han havde kun "detailviden og kunne derfor forvolde stor skade". Samtidig mente akademiet, at han som hidtil måtte komme "ulykkelige fattige til hjælp, indtil den ordentligt beskikkede læge kunne tilkaldes" (Bonderup 2006: 160). Dette svar gav en åbning, som mange "kloge" tilsyneladende benyttede ifølge Bonderup. Hvem var ikke fattige; og det tog ofte lang tid, før de legitime læger kunne komme tilstede ude på landet. Det blev således henlagt til amtmanden at fortolke skriftet, og ofte lod han de kloge fortsætte med at praktisere.

- som substans
- fra unikke sygdomsprocesser til standardiserede og klassificerede naturprocesser
- fra en relation mellem læge og patient til en relation mellem sygdommens proces og den medicinske intervention
- fra en bøjelig, fleksibel og sensibel intervention der aflæser sygdommens forløb til en radikal og objektgørende intervention
- fra at lytte til patienten med henblik på at korrigere interventionen til at være rettet mod at stille diagnosen
- fra fokus på holistisk perspektiv hvor tid, rum og luft var involveret til isolatorisk perspektiv hvor kroppen var objektet
- fra 'den enkelte læges sygdomsteori' til 'sygdommens teori'

Disse forskydninger beskrives som den medicinske videnskabs forandring fra den hippokratiske medicin til den videnskabelige medicin. Hippokrates skrev i lægeeden, at han "ikke vil skære, selv for sten, men overlade det til dem, der praktiserer den gerning" (Porter 2003: 63). Dette skyldes ifølge Porter to forhold. Det ene er, at den hippokratiske ed forbød at skære i menneskekroppen (selv for stensygdom), og samtidig var der tale om en arbejdsdeling, der reserverede til kirurgien fx at behandle krigslæsioner. Kirurgien blev anset som laverestående. Det var et håndens snarere end et åndens arbejde. Det blev også afspejlet i fagets navn. Ordet *kirurgi* stammer fra det latinske *Chirurgia*, der igen stammer fra det græske *cheiros* (hånd) og *ergon* (arbejde). Kirurgien var et håndværk. (ibid.: 59). Den foretrukne hippokratiske behandling var diætbehandling.

I modsætning til får og geder kunne mennesket ikke spise grov kost. En god kost var afgørende for helbredet, og det førte til, at man sagde: "den første kok var den første læge". Men kost var mere end mad og drikke - diætetica (diætbehandling), lægekunstens hjørnestein omfattede hele livsstilen [...] Om diæt tilrådede motion, der altid har været et vigtigt element i den fribårne græske kultur, og indeholdt også råd om seksualitet, badning og søvn" (Porter 2003: 59).

Ole Bang beskrives som repræsentant for den hippokra-

tiske medicin.¹¹ I Bangs medicinske system var ideen om organismens lægende kræfter tæt forbundet med en bestemt opfattelse af lægekunsten. Det var naturens lægende kraft, der skulle være overordnet lægens behandling (Skydsgaard 2006: 96-97). Lægen skulle være naturens tjener, fordi organismen selv fremkaldte helbredende symptomer i de fleste sygdomme. Han skulle være god til at fortolke naturen, fordi dens lægende kraft undertiden var 'skjult' eller 'blokeret'. Det var selvkært svært at vide, hvornår naturen var på rette vej, og hvornår den skulle bringes på plads (ibid.: 97). Lægen måtte derfor, hvilket analysen af Bang også viser, være tæt ved patienten og løbende observere patientens tilstand. De antikke læger havde observeret, at mange sygdomme var knyttet til en passage af væsker ud af kroppens åbninger, for eksempel når kroppen udskilte slim gennem næsen ved forkølelse eller kastede mavesaft op ved mavesygdomme. Således havde kroppens udtømmelser fået stor opmærksomhed, hvorfor en del af den hippokratiske terapi forsøgte at imitere disse processer ved hjælp af lægemidler som brækmidler og åreladninger, der befordrede væsker og sekreterers udskillelse fra menneskets organisme. Kroppen var i evig vekselvirkning med det omgivende miljø. Det væsentlige for sundhed og sygdom var det, som kom ind i kroppen, og det, som kom ud af kroppen. (ibid.: 97-98). Princippet, Bang gjorde brug af, var fx udtømmende-, hostefremkaldende- emetiske- (mavesaft op), vanddrivende- og sveddrivende metoder, nyse- og afførende midler samt opstemmende, oplivende eller vækkende behandling (ibid.: 96-99).

Som en anden og udfordrende teori voksede den moderne, klassifikatoriske og patologiske medicin frem. Fra obduktionsstuerne på hospitalerne blev en helt ny antagelse, et helt nyt blik¹² og en helt ny teori om sygdomme mulig og nødvendig. Lægerne dissekerede ligene, og ved opskæring af de døde kroppe og kropsdele,

¹¹ For nogle har Ole Bang personificeret "traditionen og det uvidenskabelige" (Skydsgaard 2006: 250). Det fremføres fx af Egill Snorrason, at Ole Bang forhindrede og forsinkede den udvikling, som var initieret af Pariserskolen. Fra et feltperspektiv ville man kunne sige, at feltet ændrede sig, og nye positioner tog over. Ifølge Skydsgaard skete der ligeledes forandringer med Bang i perioden.

¹² I Pariserskolen trak man på iagttagelser fra hospitalerne, som havde masser af "klinisk materiale", og de fund gav bedre vej til patogenesen end de subjektive symptomer. Laennec og Bayle m.fl. udviklede en diagnostisk evne ved omhyggeligt at undersøge flere lig, end nogen læge tidligere havde gjort. Den kliniske medicin stiledede efter at blive en videnskab. Den beroede på "blikket" (klinisk objektivitet) og skulle læres gennem talrige timers nattevagt på afdelingen og i lighthouse (Porter 2003: 312).

såsom hjerte, lever, tarme mv., blev sygdommen lokaliseret på en ny og epokegørende måde. I Paris – med den udfordrende medicinske udvikling – var lighuset ved hospitalet det vigtige sted. Det var her, man kunne erkende, hvor sygdomme befandt sig, og gennem talrige obduktioner lærte lægerne det, som var blevet den vigtige viden om sygdomme. Det beskrives, hvordan læger fra hele den vestlige verden rejste til Paris for at gå stuegang og obducere med de store nye medicinske helte. Omkring 1850 repræsenterede laboratorierne i Tyskland det, Porter beskriver som de nye helligdomme. I laboratorierne blev den nye fysiologi og patologi udviklet. Her kunne man foretage yderligere undersøgelser, dvs. mere end iagttagelse, såsom mikroskopi, vivisektion, kemiske undersøgelser og alt, hvad der kunne måles, vejes og afprøves i enestående og kontrollerede omgivelser (Porter 2003: 320, 528). Stetoskopet blev udfordret af mikroskopet, som da det var godt udviklet, kunne bidrage til en ny disciplin i form af histologien; dvs. man blev i stand til at se, at væv ikke bestod af kugler men af fibre. Det blev nu muligt på en helt afgørende måde at udfordre, hvad der blot var til rådighed for det almindelige øje, og efterhånden fik sygdomssøgningen også begreber som cellebiologi og cellepatologi. I slutningen af 1800-tallet var det almindeligt at farve præparater, og det blev muligt at studere arteriernes muskellag og nyrernes tubuli. Videnskaben var flyttet fra patologernes sektionsstue til hospitalernes laboratorier, og nye artefakter, der frembragte nye indsigter, måtte forsøges koblet til nye teorier om kroppens virkemåde. Før havde huden været et 'vindue' til organerne, og udvortes behandling blev iværksat via behandling med kolde eller varme omslag, grødomslag, cremer mv. Nu blev medicinen, dvs. i teorien, orienteret mod at beskrive og forklare sygdomme indeni kroppen og i kropsdele, og den enkelte patient og dennes sygehistorie blev nu relateret til andre og sammenlignet med disse.

I Porter's medicinhistorie gøres en del ud af opkomsten af den videnskabelige medicin i 1800-tallet; herunder Parisermedicinen som med nye programmer for medicinsk undersøgelse, nye sygdomsbegreber og nye forskningsmetoder udfordrede fx den hippokratiske medicin. Parisermedicinen blev kaldt anatomisk-patologisk for at skelne den fra den ældgamle, holistiske humorale balance. Han beskriver den særlige parisiske hospitalsmedicin, der var karakteriseret ved den videnskabelige iagttagelse og baseret på patologisk anatomi, læsionens paradigme og kvantificering: "Parisermedici-

nen hyldede oplysningstidens empiri, som man fandt den hos filosofen og lægen Pierre Carbanis (1757-1808), og den gyldne regel lød: 'Læs lidt, se meget, gør meget'" (Porter 2003: 306). Porter fortsætter:

Skønt disse ændringer inden for medicinen var betydningfulde, må den pludselighed, hvormed de indtrådte, ikke overdrives. Tidligere tiders læger havde gået deres triste stuegange, havde fremvist deres fattige patienter for de studerende, og som vi har set, var der vokset en klinisk undervisning frem i 1700-tallets Leiden, Wien og Edinburgh. Sammenkomsten af den kirurgiske og medicinske undervisning havde stimuleret det anatomiske arbejde med kniven og havde fremmet forestillinger om lokale vævsforandringer. Thomas Sydenham og andre havde hævdet, at sygdomme ikke blot var symptom-mønstre, men tydelige og klare helheder, som lod sig klassificere. Fra 1760'erne havde Morgagni betragtet den patologiske anatomi som nøglen til de levende menneskers sygdomme. Den forestilling om lokaliseret sygdom, som opstod i Paris, opstod således ikke spontant, ligesom de procedurer der demonstreredes i de fremmest hospitaler, heller ikke omdannede medicinen med et slag. Den elitære privatpraksis undergik ikke større ændringer, og den nye hospitalsmedicin indebar ikke hurtige, terapeutiske gevinster (Porter 2003: 306-307).

Lægevidenskaben havde flyttet sig fra den hippokratiske, direkte observerende medicin til obduktionsstuerne med direkte kig på organer og klassifikation af sygdomme; understøttet af den opkommende statistik¹³ og andre teknologier, såsom stetoskopet og mikroskopet.

Videnskabsviden, klinisk viden og almueviden

- *Videnskaben og dens kættere*

Den nye videnskab medførte nye indsigter i menneskets krop, dets anatomi og fysiologi samt i sygdomme. Med

¹³ Med opkomsten af den videnskabelige medicin i Frankrig beskrives det, at denne var ledsaget af opkomst af numerisk metode, af at tælle. Pierre Louis (1787-1872) anvendte ifølge Porter (2003: 312-313) simpel aritmetik til vurdering af behandlingerne. Et enkelt tilfælde kunne ikke lære ham noget, men hvis to store grupper af tilfældigt udvalgte patienter blev udsat for bestemte behandlinger, så ville forskellen i dødeligheden, opgjort i tal, være af virkelig betydning. Louis banede vejen for kliniske forsøg og leverede modellen til den socialstatistik, som siden blev mere udviklet. Louis viste fx, at ved lungebetændelse var det lige meget, om man anvendte 'tidlig' eller 'sen' åreladning, eller om man trak 'små' eller 'store' portioner af blod (ibid.: 313).

fremvæksten af den nye videnskab skete der forskydninger i det medicinske felt set som et videnskabeligt kampfelt. Inspireret af den historiske epistemologi, med fokus på medicinens erkendelseshistorie, kan det være interessant at forfølge et par træk, som går på tværs af den fremherskende forestilling om videnskabens direkte nytte for praktikere. For det første viser det sig, at visse positioner i det videnskabelige felt ikke rettede sig direkte mod anvendelse. Porter beskriver fx kliniske nihilister, som ikke anså sig som forpligtede af klinik og anvendelse. Pierre Louis, som var med at introducere det kliniske forsøg og modellen til social statistik (Porter 2003: 312), blev fx kritiseret for at være terapeutisk nihilist, fordi han afkræftede mange af de fremherskende antagelser, der var dominerende, blandt andet om behandlingers effekter (fx at mange behandlinger enten ingen effekter havde eller at de forværrede sygdommen). Louis var styret af mistillid til påstande om strålende behandlingsmæssige resultater. Hans mistillid centreredes især om Broussais (1772-1838), der ligesom Galen anbefalede åreladning for praktisk talt alt. (ibid.: 313). Fremskridt inden for patologien bragte ikke direkte mere viden til det lægelige behandlingsarsenal. Bailie sagde fx: "Jeg ved måske bedre end nogen anden på baggrund af min viden om anatomi, hvordan jeg skal opdage sygdom, men når det er sket, ved jeg ikke bedre end nogen anden, hvordan jeg skal helbrede den" (Porter p. 266). Et andet citat støtter samme antagelse: "Som videnskabelig disciplin kan det ikke være medicinens opgave at opfinde vidundermidler eller udtænke mirakelkure, der kan overvinde døden" udtalte Wieneren Dietl i 1841. Det var medicinens opgave at klarlægge "de omstændigheder, der afgør om folk bliver syge, kommer sig eller dør" (ibid.: 680). Lægen Corvisart formulerede det på følgende måde: "Medicin er ikke kunsten at kurere sygdom" (ibid.: 313).

Af et andet træk ved videnskabeligheden, der også er velbeskrevet af Canguilhem (1988), fremgår det, at videnskabeligheden kan være forud for sin tid, dvs. ikke-forståelig, hvilket fx gælder Harvey. Han fandt allerede i starten og midten af 1600 tallet (ibid.: 211-216) ud af, hvordan blodet cirkulerede, hvilket var en indsigt i direkte konflikt med den fremherskende og legitime viden, at blodet 'bruges op'. Det beskrives således:

Ifølge den traditionelle galenske fysiologi var der to typer af blod: det venøse og det arterielle. De to typer havde hver deres baner og funktioner, der var

afhængige af de tre vigtige kropscentre; leveren (ansvarlig for ernæring og vækst), hjertet (vitalitet) og hjernen (følesans og fornuft). [...] Det arterielle livgivende blod indeholdt pneuma (spirituel luft) og blod, og blev som det venøse blod fordelt til alle legemets dele efter behov, hvor det blev brugt op. Det vendte ikke tilbage til hjertet.

Harvey kunne ikke til fulde gøre rede for blodets stystem, men han beskrev (på baggrund af eksperiment og iagttagelse), at blodet var i kredsløb; herunder hvordan hjerte og lunger indgik. Men hans analyser stred selvkært mod de fremherskende antagelser, der var baseret på Galens fysiologi. "Kredsløbet betød, at leveren ikke længere var det bloddannende organ, og når leverens funktion blev anfægtet, hvad kunne så ikke anfægtes?" (Porter 2003: 211-216)

Harvey beskrev altså allerede i starten og midten af 1600 tallet nogle principper om blodet, dets indhold og ikke mindst dets cirkulation, som stred mod fremherskende teori og også lægekunst. For at beskrive hvor provokerende og udfordrende en sådan indsigt var, kan det nævnes, at denne teori udfordrede grundlæggende teoretiske og kliniske principper om fx åreladning. Som Porter siger (ibid.: 216): "Hvad skulle der blive af alle de gamle regler om de rette steder for åreladning (fx ved påsætning af igler, KL), hvis blodet blot strømmede rundt i legemet?". Harvey var på en måde 200 år før sin tid i måden at arbejde 'empirisk' og 'videnskabeligt' på. Anne Eriksen gør i en kommentar til en tidligere version af denne artikel opmærksom på, at Harvey selv var fremmed overfor sine egne fund. Ifølge bogen *Medicine before Science* af Roger French (2003) var Harvey aristoteliker og langt mindre radikal end meget senere litteratur har søgt at gøre ham til. Så vidt jeg har kunnet spore, var hans epokegørende indsigter heller ikke noget, der som sådan udbredtes udover en snæver kreds af fysiologer, dvs. videnskabsmænd. I lægepraksis havde den type indsigt ingen implikationer for, hvordan læger behandlede patienter. Af andre 'kættere' finder man blandt andet Paracelsus, som forkastede de aristoteliske og galenske principper.

- Ny videnskab og uændret klinik

Der var altså indsigter, som ikke passede ind i de fremherskende teorier og praktikker indenfor medicin, og der var videnskabsmænd, der ikke havde som ærinde, at deres videnskab skulle kunne anvendes som normative principper for læger med patientkontakt. Afhængigt af

hvordan effekt defineres, kan det rekonstrueres, at den lærde medicin kun udviklede få principper over en lang tidsperiode på over hundrede år. Det var også folkevinden, at man ikke uden videre skulle lade sig indlægge på hospitalerne. En læge, der havde været virksom fra 1880 til 1930, beskrev den største ændring i perioden således:

Før den antiseptiske kirurgis dage var der en udbredt og velbegrundet frygt for hospitalet [...] Verden over havde ordet "hospital" vakt mindelser om pest og galskab. Kun få mennesker ville frivilligt lade sig indlægge der... (Porter 2003: 380-381).

Porter opsummerer:

I slutningen af 1800 tallet omfattede de få lægemidler, som var effektive, kviksølv for syfilis og ringorm, digitalis til styrkelse af hjertet og amylnitrit til at udvide kranspulsårerne, kinin mod malaria, colchicin mod urinsur gigt – og meget lidt andet (aspirin blev indført i 1898) [...] Der var ikke noget, der hjalp mod infektioner, ej heller mod alvorlige tilstande som sukkersyge, slidgigt, astma og hjerteanfald. Hvad skulle lægen stille op mod et tilfælde af lungebetændelse? Så sent som i 1920'erne anbefalede lærebøgerne fortsat kalomel som afførende middel og en kraftig hostemikstur (måske med æter) for at hjælpe slimen op, digitalis til at "styrke hjertemusklen", morfin, kloralmikstur og bromidler som sovemidler for at berolige og lindre. Som stimulerende midler anvendtes cognac og ilt, i særlige tilfælde, stryknin. Kampen mod lungebetændelse kunne stå på i flere dage, indtil man nåede "krisen", hvor feberen faldt, symptomerne svandt og rekonvalescensen kunne begynde – hvis patienten ellers fortsat var i live! (Porter 2003: 674-675).

Datidens læge kunne ifølge Porter vælge mellem konservativ behandling (sengeleje, styrkende miksturer, pleje og håb), drastiske midler (kraftige afføringsmidler) eller åreladninger. Det beskrives også, at det var disse typer af behandlinger, som også så at sige blev afkrævet af patienterne:

Dette syn var heldigvis ofte foreneligt med de ældgamle medicinske behandlingsmetoder. Åreladning, svedekure, udrensning, opkastning og andre måder, hvorpå man kunne uddrive onde væsker, var fast

forankret i den folkelige forestillingsverden og afspejlede den medicinske tiltro til disse midler (Porter 2003: 674).

I Porters rekonstruktion af medicinens historie, og ofte til forfatterens frustration, var tænkningen om sygdom og læge-patientrelationen ofte forskellig blandt videnskabsfolk og praktikere på en given tid. Dette gjaldt både under renæssancen, i oplysningstiden, op imod 1800- og 1900-tallet og i tiden frem til i dag. Området omkring folkemedicin eller almuen sygdomsteori, og hvordan den relaterer sig til andre konstruktioner af sygdom, er som nævnt i indledningen hverken belyst eller underbelyst i denne tekst. Den implicite teori om sygdomsteori blandt almuen i de anvendte kilder ser i forskellig grad folkemedicinen som en slags nedfældning af viden fra den medicinske videnskabs og den kliniske lægekunsts område.

Ser vi på relationen mellem opbrud i videnskab og opbrud i principperne anvendt i lægepraksis, beskriver de tre kilder alle, at forandringen var meget kompleks og langsommelig. Dette til forskel fra hvordan, om ikke andet, analyser af perioden inspireret af Foucault (2000) beskriver relationen. Først og fremmest skete der kun meget langsomt forandringer i den udøvede medicinske praktik. Det er slående, at Bang og Fenger – som repræsentanter for henholdsvis den gamle og den nye medicin – stort set havde et lignende repertoire af medicinske principper i forhold til indvortes behandling. Den nye medicin var ændret gennem de nye måder at anskue sygdom, krop og læge/patientrelation på, dvs. teoretisk. Men patienterne på Frederiks Hospital mærkede ikke så meget til, hvorvidt det var Bang eller Fenger, der gik stuegang, dvs. over flere dekader. Fenger bemærkede også selv, at han ikke agerede ret meget anderledes end sin forgænger, som repræsenterede den gamle medicin.

I forbindelse med tyfusfeberens historie i Danmark beskriver Skydsgaard fx, at

[f]orestillingen om, at menneskets sygdomme kunne afgrænses til et lokalt sted i kroppen, vandt indpas og gjorde opfattelsen af sygdommen mere statisk og materiel. Forankringen af tyfusfeberen i en indre læsion betød, at lægerne fik et klarere billede af sygdommens naturforløb og dens karakteristiske symptomer. Hippokratiske forestillinger om sygdom gjorde sig imidlertid også gældende i hele perioden. Tarmsåret blev tolket som et indre hududslet, hvormed organismen forsøgte at rense organismen. De-

batterne i 1840'erne tydeliggør, at nye og gamle forestillinger vekselvirkede og gør det svært at sætte fingeren på et bestemt årti, hvor de ældre ideer afløstes af de moderne ideer. Det er også svært at udpege et brud i terapien omkring 1840. Den medicinske praksis udviste en påfaldende grad af kontinuitet i perioden, hvis man skal dømme ud fra lægernes skriftlige indberetninger. Repertoiret i behandlingerne blev ikke ændret synderligt, men det blev indskrænket. Lægerne mistede troen på at en sygdom kunne knækkes og dermed standses i sit forløb. De traditionelle praksisser blev imidlertid benyttet i en symptombehandling, hvis betydning var omdiskuteret (Skydsgaard 2006: 201).

I et skema, vedr. hovedbehandling af tyfusfeber i perioden fra 1789 og godt 90 år frem til 1852, vises det, hvordan F.L. Bang (Ole Bangs far), Ole Bang (1831), S. Trier (1848) og slutteligt C.E. Fenger (1852) i høj grad vedblev med at anvende de samme typer af behandling af patienterne. Diætetisk behandling,¹⁴ sur mikstur, kolde omslag og afføringsmiddel blev anvendt i hele perioden, dvs. uanset skift i det teoretiske videnskabelige perspektiv. Det var stadig grundprincipperne fra Hippokrates, formidlet i Ole Bangs "almindelige Febermethode", der udgjorde stammen i behandlingen. Det beskrives, at de kølige og luftige feberstuer stadig var en afgørende foranstaltning, "idet indesluttet luft kunne 'forværre' forløbet af sygdommen". Patienterne fik stadig en særlig kost, kolde omslag om hovedet og en sur mikstur. De fik smurt surdej med sennep under fødderne, og afføringen blev hjulpet på vej af amerikansk olie" (Skydsgaard 2006: 194).

Bang var i øvrigt heller ikke i tvivl om, at dødeligheden i midten af 1800-tallet var faldende, og når læger udskrev og anvendte færre lægemidler, så skyldes det dels, at den nye lægevidenskab havde fået nye indsigter i menneskekroppen; men det skyldes primært, at befolkningen var blevet sundere. De havde lært at værdsætte vigtigheden af diætetikken og dens hovedmidler. "Sundhedstilstanden var også blevet bedre af den offentlige hygiejne, som syntes at "overgaae" alle andre fremskridt" (Skydsgaard 2006: 243). I den lange periode kan det opsummeres at den konkrete medicinske behandling var styret af principper, der var relativt upå-

virkede af den samtidige udvikling indenfor den medicinske videnskab.

- *Den træge almue og dens fornuft*

I det anvendte kildemateriale ses en understrøm, inspireret af oplysningstiden og dens forestilling om teori og rationalitet, der inspirerede og anvendtes i praksis af de praktiserende, fx lægerne. Ud fra den grundantagelse ses almuen, befolkningen, af og til som værende det 'træge' moment eller det 'tunge' eller dumme moment i forandringsprocesserne. Lægerne var progressive og iderige (særligt Bonderups idehistoriske perspektiv), staten var lovgivende (gav snor eller holdt igen), og befolkningen blev præsenteret som efterslæbet/trægheden. Her kan et eksempel være, at det tilsyneladende gik ud over en af medicinens store opfindere, Harvey's, praksis, at han havde skrevet bogen om lungerne og blodets kredsløb. Her skriver Porter således:

Nye opdagelser indenfor anatomen resulterede kun i få terapeutiske landvindinger – måske ville de have skræmt patienterne. "Jeg har hørt ham sige", sagde John Aubray om William Harvey, "at det gik ud over hans praksis, og at folk kaldte ham gal, da hans bog om blodets kredsløb var udkommet" (Porter 2003: 233).

Staten var, særligt ifølge Bonderup, hele tiden orienteret mod en pragmatisk afvejning af, hvad der var sædvane og praksis i landets distrikter og sogne. Bønderne og almuen, og særligt udpræget folk ude i landdistrikterne, havde for vane at håndtere sygdom på visse måder, som var anderledes end i København og i de store byer. Der var andre fremgangsmåder i forhold til håndtering af sygdom, og ikke mindst var udbuddet af praktikere, dvs. behandlere, anderledes på landet end i byen. Det fremgår også, at det var attraktivt, at de 'kloge' var langt billigere til behandling end de autoriserede, og nogle var til og med gratis. Bonderup nævner, at det kunne være strategisk for de kloge at udbyde deres forskellige behandlinger gratis. I forhold til kvaksalverireglerne viste det sig nemlig at være en formildende omstændighed, når den ikke legitime behandling var udbudt gratis. De kloge fik alligevel en vis betaling, men havde ikke direkte krævet det for deres ydelse (Bonderup 2006: 155).

Fraværet af legitime læger på landet viste sig også i det forhold, at det fx var vanskeligt at få embedslægestillinger besat i provinsen, og også jordemødre foretrak at arbejde i byerne. Der var desuden kulturelle og helt

¹⁴ I dag dækker begrebet overvejelser om sund og nærende kost, men i Bangs forarbejdning i 1800-tallet var der tale om frisk luft, koldt vand og letfordøjelig kost; Skydsgaard 2006: 243.

konkrete årsager til, at medicinerne ikke indgik i almuens repertoire af muligheder. Medicinerne var, som det beskrives, "elitebevidste", de var "få", og de kunne "ikke praktisere". De kunne således ikke kommunikere med andre end Kongen, godsejerne og nogle få fra den gejstlige og borgerlige elite. Der var som nævnt omkring 20 af dem, og "kun en håndfuld af dem boede uden for København, det var embedslægerne, de såkaldte stiftsfysici" (Bonderup 2006: 20).

Det beskrives også hos Porter, hvordan patienter ikke sådan uden videre accepterede, at lægerne anvendte den moderne og videnskabelige medicin, at de var mistænksomme, når lægerne anvendte diverse redskaber på dem (stetoskop, pandelampe osv.), samt at patienterne ved den hippokratiske medicin "krævede", at de skulle have aktiv og virksom medicin ordination – det var ikke nok at tale med dem og give gode råd.

Men hvordan kunne almuens fornuft forklares som andet end bagstræberisk og træg? Det, der ikke gøres så meget ud af at beskrive, er, at patienterne ofte har været sundt skeptiske, mistroiske eller direkte hundeanngste for lægerne og deres institutioner. Som et eksempel holdt man sig langt fra hospitalet. Det var kun for de fattige, som det også fremgik af "Frederiks hospital" af Anne Løkke (2007) i 1750. I perioder døde man som fluer på hospitalerne og på fødselsstiftelsen.¹⁵ Almuens hverdagslige forståelse af sygdom, behandling og behandle kunne derfor med rette analyseres som meget adækvat med de objektive vilkår, dvs. læsning af virkeligheden. Man kunne måske tale om en slags intuitiv statistik, når almuen ikke opsøgte læger eller lod sig indlægge på datidens hospitaler. Man skulle holde sig fra hospitalerne; der blev man af og til mere syg (smittet) og mange døde. I den forbindelse var det langt mere attraktivt at trække på de 'kloge', herunder de lokale fødselshjælpere, frem for lægerne (kirurger, medicinere, farmaceuter eller byernes jordemødre). Desuden var en hospitalsindlæggelse på fx Frederiks Hospital fra 1757 og helt frem til 1937 (nu Rigshospitalet) en langvarig og på flere måder omkostningsfuld begivenhed – selv om man var fritliggende – med liggedage i perioden på mellem 31 dage (i 1867) og hele 43-44 liggedage (i 1757 og 1887) (Løkke 2007: 85).

I det forandrede medicinske felt blev nye former for teorier nødvendige. Dette affødte også ændrede præfe-

rencer hos almuen. Der har været en vis, af og til meget stor, spænding mellem de principper og syn, som havde fæstnet sig som legitime hos befolkningen, og udbuddet af behandling og behandlere fra de kloge mænd/koner, bartskeerere og jordemødre til apotekere, kirurger og medicinere. Denne spænding blev ikke mindre med indstiftelsen af den moderne medicin, efterhånden som lægerne begyndte at lytte til kroppen med stetoskop,¹⁶ at undersøge patientens indre øjne med et "ophthalmoskop", at undersøge hals og stemmelæber med brug af "laryngoskop", at tælle puls med et ur samt at undersøge kropsdele med mikroskop og kemiske undersøgelser.

Afsluttende overvejelser

Perioden fra 1750 og godt hundrede år frem var en brydningstid i vestlig og dansk medicinsk historie. Her etableredes de grundlæggende strukturer, i det vi kan kalde det medicinske felt. Feltet var og er kendetegnet af kampe mellem positioner om at udvikle, formidle og anvende viden på sygdoms- og sundhedsområdet. Bourdieus feltbegreb har været inddraget som inspiration til at 'læse' nogle forskeres teoretisk-empiriske konstruktioner. Området skulle yderligere præciseres på forskellig måde blandt andet kunne der distingveres nærmere mellem et videnskabeligt felt (produktion af erkendelse) og et klinisk felt (produktion af klinisk arbejde). Feltbegrebet virker imidlertid anvendeligt til at beskrive og forklare genese og struktur af et område, som nu virker konstitueret med en høj grad af stabilitet (Larsen 2008) og autonomi på samme måde som andre sociale magtfelter såsom politik, jura og økonomi. Det særlige ved feltbegrebet er det relationelle perspektiv og den antagelse, at der kæmpes med forskellige midler om at forbedre eller opretholde en position gennem at sætte sit særlige præg på feltet. Alle har bestræbt sig på at gøre sit varemærke til det gældende og at gøre sine varer til de vigtigste ved at regulere spillet eller spillereglerne. I denne tekst har forskellige sociale grupper været set som kliniske positioner; fra occultister, holister, kloge mænd/koner og bartskeerere til jordemødre, præster, farmaceuter, medicinere og kirurger. Når vi i dag oplever, at visse typer af behandlinger og behandlere ses som legitime, så har det en historie, fx fremvæksten af rehabilitering og 'motion på recept' (Larsen og Larsen 2008). I Danmark er det fx sådan, at alle har naturalise-

¹⁵ I perioden 1757 – 1967 døde der per 100 behandlede (udskrevne + døde) på Frederiks Hospital, Fødselsstiftelsen og Rigshospitalet omkring 10 – 15 %; fra 1757-1817, og også i år 1837, døde over 10 % af de fødende kvinder (efter Løkke 2007: 20).

¹⁶ Laennec opfandt ifølge Porter (2003: 308) stetoskopet i 1816. Han kunne ikke lægge øret direkte til den unge kvindes bryst og lytte (auskultation), og han rullede derfor et ark papir sammen og lyttede gennem dette rør.

ret det sociale produkt, at vi må betale for behandling af vore tænder, mens behandling af det meste af resten af kroppen (indtil videre) tildeles fuld statsstøtte. Det er, om ikke andet indtil videre, gratis at blive undersøgt og behandlet, fx opereret, på andre kropsdele. Det virker åbenbart, at denne opdeling af og på kroppen kan henføres til sociale stridigheder i det medicinske felt. Det er ikke kroppen, gud eller generne, der i sig selv lægger en retning for dette. Odontologi, sammen med en række andre typer af indsigter, videnskab og intervention, har tabt nogle kampe i det medicinske felt – og andre har vundet.

Det fremgik af rekonstruktionen, at kirurgi og medicin blev sluttet sammen med det resultat, at denne position blev forstærket i det medicinske felt. En række strategier blev iværksat for at forbedre og opretholde den dominerende position, såsom sociale fortrængninger af de udfordringer som medicinen blev udsat for med opkomsten af den moderne videnskabelige medicin i overgangen fra de hippokratiske principper. Som eksempler kan nævnes brug af aggressive interventioner, alliancer med stat og konge samt det faktum, at præster og lærere blev involveret for at give opbakning til lægernes strategier. Man erkendte også gennem analyserne, at den videnskabelige udvikling i feltet i høj grad forblev akademiske stridigheder, som kun i lille udstrækning satte aftryk i den konkrete lægelige behandling.

Det var ligeledes en grundtanke, at der var stor stabilitet i principper om sygdom og sundhed; herunder at gamle principper var virksomme i det nye. I hverdagslivet hos almindelige mennesker, i det professionelle lægelige liv og helt ind i det, som tænkes mest som den evidensbaserede medicinske praktik, overlevede en række hævdvundne hippokratiske principper. Det vigtigste princip var måske, at kroppen er sin egen læge. Det beskrives et sted, at der er en indre læge (kroppen) og en ydre læge dvs. medicinen. Længe inden lægerne var begyndt at kigge ind i kroppen og studere legems væsker, og mange år senere anatomi og fysiologi, var kroppen i gang med at regulere diverse funktioner og aktiviteter ved hjælp af en række feedbackmekanismer, hormoner mv. Det har i årtusinder, med eller uden Hippokrates, været en virksom folkemedicin, dvs. et helsebringende princip. Dette har i høj grad været kommunikeret fra den ene generation til den næste, ret upåvirket af hvordan den lærte medicinske videnskab har set ud. Skydsgaard beskriver fx, hvordan han og tidligere generationer til stadighed sørger for, at deres børn har godt

med tøj på; og helst den nødvendige mængde af uld. Det er, som han siger: ”En udbredt opfattelse, at kulde og afkøling kan fremkalde infektionssygdomme som forkølelse og lungebetændelse”, og han fortsætter:

Selv hos uddannede læger, som mig og min hustru, har den nødvendige mængde uld på vores børns kroppe fremkaldt hidsige debatter om vores børns sundhed til trods for, at der intet står om vejrets betydning i vor tids medicinske lærebøger - kun i Bangs lærebøger fra 1800 tallet, som lever videre i folkemedicinen.

Det nævnes også, at Bangs medicinske sygdoms- og sundhedslære lever videre i forestillinger om den rette, balancerede livsstil samt i forestillingen om, at hjertesygdom forbindes med både fed mad, for lidt motion og psykisk stress (Skydsgaard 2006: 252). Det fremhæves desuden, at Bangs ideer om kroppens udtømminger som godartede processer kan genfindes, når folk går på fastekure for at udrense tarm og krop, eller når de lægger sig under to dyner for at svede en forkølelse ud.

Nu kan man diskutere, hvorvidt det præcis er Bangs lidt gammelmodige og defensive principper i forhold til sygdom, der er virksomme og overleveret til nutiden, om end han publicerede en lang række bøger i hele sin aktive karriere. Inspireret af Bourdieus praktikteori kan man argumentere for at folkelig praktik i forhold til sundhed og sygdom ikke styres af videnskab eller professionsmæssige foreskrifter – om end disse vidensformer kan være i dialog med, ledsagende, udfordrende og også støttende og bekræftende af den folkelige viden. Som sådan er Bang som videnskabsperson eller hans specifikke indsigter ikke særligt vigtige i aktuel samtid. Der er imidlertid ikke tvivl om, at Bang, som fortælling om en positions vækst og fald – i et felt under forandring på grund af indre feltkampe og stridigheder samt feltteksterne udfordringer – er lærerige som et blik der kan rettes mod nutidens relationer mellem dominerende og dominerede positioner i det medicinske felt. Aktuelt domineres det medicinske felt af positioner som retter sig mod gener, biologi og begreber om videnskabeliggørelse og evidensbaseret af videnskab og medicinsk praktik. Den medicinske videnskabshistorie vil ikke vide af en type eller position, som den Ole Bang repræsenterede, og derfor er han stort set blevet fortrængt af den ortodokse medicinske videnskabshistorie. Hvis Bang i givet fald blev introduceret, var det som en ’forhindring’ eller som en ’forsinker’ af den vej, som viden-

skaben gik. I denne lap på lap, dvs. lineære og akkumulative, videnskabshistorie udviskes sporene af sådan noget, som det Bang stod for. Kigger man imidlertid igen ned over, hvad den dominerende videnskabshistorie fortrængte, er det tydeligt, at nogle dimensioner og logikker herfra med fordel kunne gentænkes både i medicinsk videnskab og i medicinsk praktik. □

Kristian Larsen

Kristian Larsen, RN, M.Ed. PhD

Professor / Professor Nursing Science

Oslo University College, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Postbox 4, St Olavs plass, 0130 Oslo, Norway Visiting address: Stensberggt. 27

Email: Kristian.larsen@hioa.no

Abstract

Transformation in Medicine, 1750 – 1850: Positions, Struggles, Science and Practice in the Medical Field.

How was the medical field constituted and changed from the Hippocratic medicine to the modern classificatory and pathological medicine from 1750-1850? The article summarizes empirical insights from three studies (Skydsgaard, Bonderup and Porter) of the period. These insights are sought theorized with inspiration from Bourdieu'ian concepts like field position, capital and strategy and Bourdieu's theory of practice. It is a dramatic period in medical history but also a time of great stability and inertia in medical practice despite epistemological breaks in medical science. 'Lay' knowledge, 'clinical' knowledge among physiologist and 'research' knowledge are differently positioned, sometimes constituting and supporting each other, often opposed to each other in conflict. Positions in the field occupied by physiologists, surgeons, empiricists and pharmacists are struggling, applying strategies like 'aggressive interventions', 'alliances with the state' or 'alliances with pastors and teachers'.

Keywords

Bourdieu, Sociology of medicine, Medical history, Medical field, Epistemology, Positions in medicine, Research and practice

Referencer

- Bourdieu, P. 1977. *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press. Oversat til dansk: *Udkast til en praksisteori*. København 2005.
- Bourdieu, P. 1986. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, P. 1988. *Homo Academicus*. Cambridge: Polity Press.
- Bonderup, G. 2006. *Det medicinske Politi – sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Canguilhem, G. 1988. *Ideology and rationality in the history of the life sciences*. Cambridge: The MIT-Press.
- Glasdam, S. 2001. Det danske hospitalsvæsens opståen. In *Praktik, erhverv og uddannelse*, red. K. A. Petersen, Akademisk Forlag.
- Foucault, M. 2000. *Klinikkens Fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- French, R. 2003. *Medicine before Science - The Business of Medicine from the Middle Ages to the Enlightenment*. Cambridge University Press.
- Jørgensen, E. B. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje - om hvordan medicin og sygepleje som moderne fag, erhverv og uddannelser har konstitueret sig i Danmark samt forbindelsen mellem dem. For lægeerhvervet er perioden 1736-1937 og for sygeplejerhvervet er perioden 1863-1957*. Forlaget Hexis 2007.
- Larsen, K. 2007. Videnskaben mellem kontinuitet og brud – hvad siger den historiske epistemologi og kan pædagogik og sociologi lære af den? *Praktiske Grunde* 2: 5-19.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? – om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen & M. Høyen. Forlaget HEXIS.
- Larsen, K. 2009. Kroppe – sundhed og social ulighed. In *Folkesundhed – I et kritisk perspektiv*, red. S. Glasdam, 188-218. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Larsen, N. S. & Larsen, K. 2008. Rehabilitering og 'motion på recept' – sociologiske perspektiver. In *Sociologiske perspektiver*, red. K. Jensen og N. R. Jensen. DPU's forlag.
- Løkke, A. 2007. *Patienternes Rigshospital*. Gads forlag. Narayana Press, Gylling.
- Porter, R. 2003. *Medicinens historie fra oldtid til nutid*. Rosinante paperbacks [engelsk version 1997].
- Skydsgaard, M. 2006. *Ole Bang og en brydningstid i dansk medicin*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

