

# LÆGER OG LOVGIVNING

OM DEN DANSKE LÆGESTANDS BETYDNING FOR  
DE FOLKESUNDHEDSMÆSSIGE FORBEDRINGER  
EFTER KOLERAEPIDEMIEN I KØBENHAVN I 1853

KANDIDATSPECIALE I HISTORIE  
JOACHIM BONDE – 20155143  
AALBORG UNIVERSITET



VEJLEDER: LARS ANDERSEN

2. JUNI 2020

## **Titelblad**

<b>Titel:</b>	Læger og lovgivning - Om den danske lægestands betydning for de folkesundhedsmæssige forbedringer efter koleraepidemien i København i 1853
<b>Projektperiode:</b>	10. semester
<b>Modul:</b>	Modul L: Kandidatspeciale
<b>Afleveret:</b>	2. juni 2020
<b>Vejleder:</b>	Lars Andersen
<b>Sidetæl:</b>	88 Sider
<b>Normalsider:</b>	79,19 Normalsider
<b>Anslag Inkl. mellemrum:</b>	190.069 Anslag
<b>Udarbejdet af:</b>	Joachim Bonde
<b>Studienummer:</b>	20155143

## Abstract

During the day on June 12, 1853, a young carpenter was brought to the hospital at Nyboder in Copenhagen, the Capital of Denmark after complaining about feeling nauseous and sick throughout the day. The young carpenter died in less than two weeks, and soon after, three other patients from the same ward, suffering from similar symptoms died as well. The doctors had gotten suspicious that it could have been cholera, but it was not until further autopsies of the three bodies that the cause of death could be declared. By then it was too late. On the 24th of June 1853, Copenhagen was declared infested of the vicious cholera. This marked the beginning of one of largest epidemics in the history of the city. Upwards of 7,200 people became infected of whom 4,700 had died by the end of the epidemic on October 13, 1853.

The medical societies of Europe in the 19<sup>th</sup> century was split into two conflicting schools of thought when discussing how diseases such as cholera came into being and was spread. The doctors of Europe either supported the theory of contagionism or the miasma theory until the Germ theory of disease was decisively established in the 1880's. The doctors who supported the theory of contagionism believed that diseases was passed on by contact in an impure environment. Believers in contagionism therefore supported quarantine as a mean of fighting diseases. The miasma theory stated that diseases were caused by polluted air, termed miasma. Miasma was caused by rotting organic matter, which was why supporters of the miasma theory believed in sanitation and hygiene as means of fighting diseases. This dispute characterized the Danish medical society as well.

During the epidemic, the doctors of Copenhagen were in charge of the fight against the contagious cholera and treatment of the diseased citizens. The efforts of the doctors focused on disinfection and containment. The epidemic exposed how the city's terrible sanitary conditions were one of the main reasons behind the outbreak of cholera, and the disease emphasized the need for structural reforms and development of a sewerage system. During the 1850s, the leading doctors of Denmark believed in the miasma theory, which was why the doctors were a part of the main agitators in favour of establishing a sufficient sewerage system as part of the hygienic agenda following the epidemic.

The leading Danish doctors embarked in a struggle towards improving the sanitary conditions as well as their political influence on the laws of public health during the 1850s. During this struggle, it became apparent that several dichotomies existed such

as health opposite economic considerations, the doctors opposite politicians, the theory of contagionism opposite the miasma theory, and absolute monarchy opposite democracy. These dichotomies defined the discussions as well as the negotiation and cooperation between the national liberal politicians and the leading doctors.

In *The Birth of the Clinic*, Michel Foucault theorizes the development of modern medicine and its relation to the State throughout the 18<sup>th</sup> and 19<sup>th</sup> century. The development of natural sciences has similarly been theorized in *The Structure of Scientific Revolutions* by Thomas S. Kuhn. Through application of Foucault's and Kuhn's theoretical works, this paper argues that the Danish medical society and doctors developed their medical understanding and played a decisive part in the sanitary improvements of the major Danish cities. During this process, the doctors were able to improve their political influence on health legislation by applying their knowledge of contagion.

This paper discusses how the development and influence of the Danish doctors compares to the development in other European countries, through the use of international research of the development in European medical theory and Danish research of the development and implementation of hygienic measures. From a medical theoretical standpoint, the understanding amongst Danish doctors of the spread of disease was similar to other European medical societies, but the Danish doctors were able to apply their medical understanding as part of political agitations and the indications of the need for sanitary improvements in the major cities.

The politicians of Denmark during the 1850s expressed an aversion towards the medical society's influence on politics. Despite the aversion, the politicians benefitted from the knowledge of the doctors. As such, this paper points out that the doctors became major contributors to the legislative changes and structural improvements of the sanitary conditions in the aftermath of the epidemic in 1853.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b> .....	1
1.1 Problemfelt.....	3
1.2 Problemformulering.....	4
<b>2. Redegørelse</b> .....	5
2.1 Den danske lægestand.....	5
2.2 Smittelæren - Miasmatikerne og contagionisterne .....	7
2.3 København og koleraen .....	8
2.4 Efter epidemien – Politiske og strukturelle reaktioner på koleraen.....	11
<b>3. Forskningsoversigt</b> .....	14
3.1 Erwin H. Ackerknecht - Udviklingen fra contagionisme til miasmatik .....	14
3.2 Francois Delaporte - Sygdom og civilisation .....	17
3.3 Hanne Lindegaard - Processen vedrørende kloaksystemet.....	19
3.4 Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Kristensen - Socialhygiejnens fødsel .....	23
3.5 Forskningsdiskussion.....	25
<b>4. Teori</b> .....	28
4.1 Michel Foucault - Klinikkenes Fødsel .....	28
4.2 Thomas Kuhn - Videnskabens revolutioner .....	33
<b>5. Metode</b> .....	35
5.1 Kildepræsentation .....	35
5.2 Analysestrategi og kildekritiske overvejelser.....	37
<b>6. Analyse</b> .....	39
6.1.1 Miasmeteorien og den hygiejniske lægebevægelse.....	41
6.1.2 Den smitteteoretiske strid: Diskussionen i <i>Ugeskrift for læger</i> .....	46
6.1.3 Den lægevidenskabelige forståelse og udvikling.....	54
6.2.1 Sundhedskollegiets forhandlinger .....	56
6.2.2 Den politisk-administrative udvikling.....	59
6.2.3 Den politisk-administrative strid: Diskussionen i aviserne .....	65
6.3. Sammenfatning af analysen .....	71
<b>7. Diskussion af de danske lægers betydning</b> .....	73
<b>8. Konklusion</b> .....	78
<b>9. Litteraturliste</b> .....	80

## 1. Indledning

“Kollegiet formener, at disse de sidste Aars Erfaringer (...) at det troer nu med tilstrækkelig Sikkerhed at kunne udtale den Formening, at Cholera ikke lader sig holde udenfor et Lands Grændser ved Kvarantæneforanstaltninger, selv om disse overholdes i hele deres Strængthed. Det følger af sig selv, at Hensigten endnu mindre vil kunne opnaaes, naar man ikke kan forlade sig paa, at Kvarantæneanordningernes Bud overholdes”.<sup>1</sup>

Således fremførte professor Dr. Julius Petersen i 1892 den kritik, som Det Kongelige Sundhedskollegium havde formuleret af karantæneforanstaltningerne forud for det epidemiske udbrud i 1853. I årene op til udbruddet havde officielle indberetninger givet udtryk for, at den danske befolknings sundhedstilstand var fin og risikoen for en epidemi var ved at drive over. Til trods for, at den nærmest inficerede by var Sankt Petersborg, ramte koleraen København som en forhammer d. 12 juni 1853, da en 19-årig tømrrersvend blev smittet og efterfølgende døde af, hvad der skulle vise sig at være den ondartede kolera.<sup>2</sup>

Koleraepidemien i København var ikke første gang, at den danske stat blev ramt af en epidemisk sygdom, men blev en skelsættende begivenhed i forhold til såvel den danske sundhedspolitik som i forhold til at opbygge folkesundhedsinitiativer, der kunne modvirke fremtidige epidemier og forbedre befolkningens sundhed. Den danske lægestand var stærkt influerede af den enorme udvikling, der foregik i Europa inden for lægevidenskaben og de naturvidenskabelige discipliner, heriblandt hvad angik forståelsen for epidemiske sygdommes smitte. Epidemien markerer et skelsættende vendepunkt i måden, hvorpå den offentlige hygiejne blev tænkt og ikke mindst, hvorledes urenlighed skulle håndteres fra myndighedernes side ved byplanmæssige forandringer og udvikling.

Udviklingen forud for koleraepidemiens hærgen og den efterfølgende evaluering af erfaringerne fra epidemien, udtrykker en dikotomi, der forelå mellem folkesundhedsmæssige interesser set i forhold til økonomiske interesser. Der kan her

---

<sup>1</sup> Julius Pedersen, *Koleraepidemiene med særligt hensyn til Danmark* (Kjøbenhavn: Gyldendalske Boghandels Forlag, 1892), s. 100.

<sup>2</sup> Gerda Bonderup, *Det Medicinske Politi - Sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860* (Århus N: Aarhus Universitetsforlag, 2006), s. 177.

argumenteres for, at der var tale om aktørgrupper med stridende interesser i forhold til at definere udviklingen inden for hovedstadens strukturelle udvikling. Inden for aktørgrupperne var der tale om lægerne, der inden for institutionerne Det Kongelige Sundhedskollegium, Den Overordentlige Sundhedskommission og Den Hygiejniske Komité, søgte at påvirke lovgivende og indflydelsesrige institutioner som Indenrigsministeriet, Justitsministeriet og Borgerrepræsentationen. Hos den danske lægestand havde der udviklet sig en fraktion af læger, der orienterede sig mod den hygiejniske videnskab med inspiration fra særligt England og Tyskland. Det var disse læger, der fra et folkesundhedsmæssigt fokus agiterede for, at staten skulle etablere kloakering og lovgivning, der forbedrede boligforhold og byluftens kvalitet. Over for lægerne stod en gruppe af liberale jurister og politikere, hvis hovedhensyn var borgernes frihed, de kommercielle handelsinteresser og endvidere at holde interessegrupper ude af den lovgivningsmæssige proces.

Juristerne og de liberale politikere udtrykte en stærk aversion og modstand mod, at lægestanden fik politisk og lovgivningsmæssig indflydelse. Denne skepsis mod lægernes forsøg på indflydelse kom af en grundlæggende modstand fra de liberale mod det fortidige lavsvæsen og lægestanden blev anset af de liberale som en gruppe, der havde de samme karakteristika. Ikke desto mindre, søgte lægerne at skubbe hovedstadens udvikling og den generelle sundhedslovgivning i en bestemt retning, der var formet ud fra en hygiejnisk, miasmatiske overbevisning. Blandt europæiske læger havde der forefundet en smitteteoretisk diskussion, hvad særligt angik epidemiske sygdomme. Konflikten parter var henholdsvis læger, der tilsluttede sig enten den contagionistiske eller miasmatiske smitteforståelse. Konflikten omhandlede, hvorledes sygdommenes smitteveje skulle forstås og bekæmpes. Den contagionistiske forestilling beroede på, at sygdomme smittede gennem berøring, mens den miasmatiske forestilling beroede på en forestilling om smitte gennem giftige dunste, der dannede sig i skidt og snavs. Hvorledes smittevejene skulle bekæmpes var således ligeledes forskellige. Den miasmatiske tankegang fordrede hygiejniske forbedringer og etablering af strukturer, som kloakering og bedre latrinforhold. Den ældre contagionistiske forestilling fordrede at etablere og opretholde et karantænevæsen, hvilket danske liberale var ganske kritiske over for, da det hindrede den frie handel ad søvejen og var en bekostelig institution at opretholde. Denne lægevidenskabelige disputs vedrørende smitteveje samt, hvorvidt

karantænevæsenet skulle opretholdes eller de hygiejniske forbedringer var vejen at følge blev et afgørende konfliktområde i forbindelse med koleraepidemien.

Dette projekt har til formål at belyse den rolle som datidens danske læger spillede i beslutningsprocessen og arbejdet for at komme byernes skidt og smittekilder til livs. Projektet søger at analysere den lægevidenskabelige agitation for forbedringer, samt undersøge de bagvedliggende, videnskabelige argumenter for de byplanmæssige forandringer og hvad, der nødvendiggjorde lægernes engagement. Dertil vil de politiske og sociale tilstande, der muliggjorde disse forandringer blive analyseret. Fokus vil være på den danske lægestands engagement, videnskabelige agitation for forandringer og fremstilling af forholdenes konsekvenser samt lægernes indflydelse på den politiske dagsorden.

### **1.1 Problemfelt**

Projektet tager udgangspunkt i koleraepidemien, der ramte den danske stat i 1853 og fik voldsomme konsekvenser for staten, såvel under epidemien som i efterspillet. Formålet vil være at analysere de forhold, der muliggjorde en revision og forbedring af de hygiejniske forhold i de store, danske byer, og lægestandens rolle heri. Det analytiske fokus vil blive lagt på perioden fra 1840 til 1883. Årsagen til denne periodisering skyldes, at det vil være muligt at anskue optakten til koleraepidemiens begyndelse og efterspillet. Perioden markerer endvidere en tid, hvor den bakterielle årsag til koleraen var ukendt indtil 1883. Det vil blive efterstræbt at analysere, hvorledes den danske lægestand argumenterede og agiterede for de folkesundhedsmæssige forbedringer ud fra den daværende smitteforståelse og hvilken rolle koleraepidemien spillede i forhold til lægernes opfattelse af smitstof og behovet for forbedringer af byernes sanitære forhold. Projektets teoretiske udgangspunkt for bearbejdning af denne problemstilling vil bero på en inddragelse af Michel Foucaults og Thomas S. Kuhns teorier, til at forklare de faktorer, der prægede den lægevidenskabelige udvikling og forholdet til statsmagten.

Den danske lægestand bliver gjort til et hovedfokus i opgavens analyse. Dette skyldes at lægestanden oplevede enorme forandringer inden for lægevidenskaben, hvilket det anvendte teoriapparat, det anvendte kildemateriale og den anvendte litteratur beskriver. Det kommer til udtryk, at denne udvikling har været omgærdet af sociale og politiske samfundsforhold og faktorer, der muliggjorde tilblivelsen af det



lægevidenskabelige fremskridt. Udviklingen inden for lægevidenskaben kan ifølge videnskabshistorikerne og den anvendte litteratur forstås som følge af politiske og sociale faktorer, der stillede lægestanden i en forandret situation, hvor deres agitationer for strukturelle forandringer, der beroede på deres smitteteoretiske overbevisning, blev inddraget i byplanlægningen.

Udviklingen forbindes i forskningen med socialhygiejnens udvikling, hvorved statsapparatet stillede nye krav til lægevidenskab. Denne udvikling tog for alvor fart i Danmark efter koleraepidemiens afslutning i 1853, der medførte etableringen af nye strukturer, institutioner og anskuelser af de sociale forhold. Projektet vil bevæge sig analytisk mellem en bearbejdning af den lægevidenskabelige udvikling, fra en contagionistisk til en miasmatiske forståelse af smitte. Samtidig vil det administrative-politiske niveau blive analyseret, hvor de politiske og sociale forholdes betydning anskues. Afslutningsvis vil der blive diskuteret, hvordan lægestandens udvikling og indflydelse var betinget af bestemte vilkår og faktorer. Følgende problemformulering vil danne rammen for projektet:

## **1.2 Problemformulering**

*Hvordan og Hvorfor forandredes anskuelsen af byplanlægning og folkesundhed sig efter koleraepidemien i København i 1853 og hvilken rolle spillede de danske læger og lægevidenskabens udvikling i beslutningsprocessen?*

## 2. Redegørelse

### 2.1 Den danske lægestand

Udviklingen af et lægevæsen i Danmark var en længere, gradvis proces, der gennem begyndelsen af 1800-tallet for alvor tog form. Forholdene for uddannelsen af kvalificerede læger i Danmark blev etableret gennem første halvdel af 1800-tallet. Den danske stat fremmede lægerne gennem en fri uddannelse og en videre offentlig ansættelse af embedslæger. I slutningen af 1800-tallet havde lægerne udkonkurreret kvaksalverne og var blevet befolkningens nærmeste hjælp og autoritet i forhold til sundhedsmæssige anliggender. Dette var afstedkommet af den professionaliseringsproces af lægeembedet, der havde fundet sted gennem anden halvdel af århundredet.<sup>3</sup>

Professionaliseringen blev fulgt af en afgørende udvikling inden for såvel diagnostik, opfattelsen af sygdommenes årsager samt behandlinger. Der kan argumenteres for, at selve fundamentet som den moderne medicin opererer behandlingsmæssigt på, blev støbt på de sundhedsvidenskabelige fremskridt i 1800-tallet. I de foregående århundreder havde lægernes behandlingstilgange til sygdomme beroet på den såkaldte *humoralpatologi*, der hvilede på et ganske tvivlsomt grundlag. Humoralpatologien opfattede årsagerne til sygdomme som uligevægte i legemets kropsvæsker, hvorfor lægen havde til hensigt at genoprette balancen. Det havde været lægernes hidtidige opfattelse, at symptomer var tegn på legemets kamp for at genoprette balancen i kropsvæsker, hvorfor lægerne skulle bistå kroppen i denne kamp. Udflåd fra de forskellige kropsåbninger blev anskuet som det sygdomsramte legemes reaktion på overflødige kropsvæsker og denne reaktion skulle lægen forstærke. Dette betød, at patienter, der kastede op blev givet brækmidler eller led patienten af diarré blev der givet et afføringsmiddel. Ligeledes var spyt- og sveddrivende midler en del af behandlingerne, og overordnet byggede behandlingerne på et princip om kroppens udskillelse af syge kropsvæsker.<sup>4</sup>

Humoralpatologien mistede dog gradvist opbakning gennem 1800-tallet i takt med, at den medicinvidenskabelige forskning indbefattede obduktioner, hvorved den

---

<sup>3</sup> Nick Nyland. "De praktiserende læger i 1800-tallet" i *"af yderste Vigtighed for det hele Borgersamfunds Tryghed" - Medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning* red. Gerda Bonderup et al. (Haderslev: Selskabet til Udgivelse af Kilder til Dansk Historie, 2005), s. 235-236.

<sup>4</sup> Nyland, "De praktiserende læger i 1800-tallet", s. 247.

patologiske anatomi etableredes. Ligeledes udvikledes epidemiologien og numerisk metode, der betød, at statistik blev inddraget som metode. Udviklingen inden for nye behandlinger blev båret frem af den naturvidenskabelige forskning i sygdommenes årsager gennem patologiske og anatomiske undersøgelser samt kemiens inddragelse.<sup>5</sup>

Der herskede en markant rådvildhed hos den danske lægestand i kraft af de forhenværende behandlingsmetoder var blevet forladt, hvilket først ændredes efter, at bakterien blev opdaget og dens sygdomsfremkaldende egenskaber blev kendt og udbredt. Forståelsen af smitekilder og senere bakteriesygdomme, der blandt andet talte tyfus, skarlagensfeber og tuberkulose, medførte en forståelse af behandlinger og indsatser som isolation og desinfektion af boliger. Den nye forståelse af behandlingstiltag fokuserede på at standse smitte. I denne forbindelse etableredes der en række mindre epidemisygehus over hele landet.<sup>6</sup>

Med forståelsen af smitekilder, engagerede lægerne sig aktivt i agitationen for en forbedret infrastruktur og nye institutioner. Det drejede sig som byernes vandforsyninger og kloakeringen, eller manglen på samme, samt fattighuses, skolars og fattiggårdes brugbarhed ud fra hygiejniske vurderinger. Nyetablerede kommissioner kunne stille forslag eller påbyde igangsættelsen af forbedringer, men den pågældende kommunes økonomi var konsekvent et afgørende forhold. Udviklingen inden for bakteriologien i gennem 1880'erne medførte så afgørende opdagelser inden for lægevidenskabens forståelse af epidemiske sygdommes videreførelse og oprindelse, at fokus blev rettet mod at etablere forebyggende foranstaltninger. Disse foranstaltninger skulle fungere som værn mod nye udbrud, og havde endvidere til hensigt at kompensere for den fortsatte mangel på kurative behandlingsmuligheder.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Ibid., s. 254.

<sup>6</sup> Ibid., s. 255.

<sup>7</sup> Ibid., s. 256.

## 2.2 Smittelæren - Miasmatikerne og contagionisterne

Gennem 1800-tallet foregik en voldsom debat i de lægevidenskabelige kredse i hele Vesteuropa vedrørende sygdommenes oprindelse og smittemåde. Denne debat var endvidere influeret af andre forhold i samfundene.<sup>8</sup> Om de epidemiske sygdomme, herskede der i befolkningen en tro på, at der var tale om Guds straf for folkets syndige livsførelse. Det drejede sig her særligt om sygdomme som tyfus, kopper, mæslinger og skarlagensfeber, men ligeledes kolera. Blandt lægerne herskede denne tro ikke, men derimod stod lægerne splittet i to grupper, der dog var enige om, at måtte eksistere et smitstof som kilde til sygdommene. Der var her tale om henholdsvis *contagionister* og *miasmatikere*.<sup>9</sup>

Contagionisterne, hvis navn var afledt af det latinske "contagio" for berøring, opfattede smitstof som noget, der altid måtte komme ude fra og derfra brede sig fra patient til patient gennem berøring. Ud fra denne mekaniske smitteforståelse, var smitstoffet en fysisk størrelse og bekæmpelsen af smitte beroede på at isolere de smittede patienter gennem karantæne eller en anden form for adskillelse. Miasmatikerne opfattede smitstoffet som en luftformig størrelse, der kom med østenvindene eller kunne opstå spontant. Kom smitstoffet i kontakt med fugt eller råddenskab kunne der udvikles *miasmer*, hvilket var giftige dunste, der kunne ramme svækkede borgere med en specifik sygdom. Bekæmpelsen af smitte beroede derfor på at fjerne uhumskheder i byerne og sørge for nærende kost til fattige, svækkede borgere. Derved var karantæneforanstaltninger overflødige i miasmatikernes optik.<sup>10</sup>

Miasmatikernes arbejde for renlighed og mådehold har gjort, at de er blevet anskuet som hygiejnens ophavsmænd. Frem mod 1830'erne bekendte majoriteten af læger sig til contagionismen, men adskillige var åbne over for de miasmatiske forklaringer af bestemte sygdomme. Hen mod 1850'erne beroede den almene overbevisning på miasmatikernes opfattelse.<sup>11</sup> Endskønt miasmatikernes smitteteoretiske forestillinger ikke holdt stik, virkede en række af de tiltag og indgreb

---

<sup>8</sup> Gerda Bonderup. "Medicinalberetninger og deres kontekst ca. 1800-1870 - en introduktion" i *Afylderste vigtighed for det hele Borgersamfunds Tryghed* - *Medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning*. red Gerda Bonderup et al. (Haderslev: Selskabet til Udgivelse af Kilder til Dansk Historie, 2005), s. 16.

<sup>9</sup> Klaus Larsen, *Smitstof - Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark* (København: Munksgaard, 2014), s. 12.

<sup>10</sup> *Ibid.*, s. 12.

<sup>11</sup> Bonderup, "Medicinalberetninger og deres kontekst ca. 1800-1870 - en introduktion", s. 17.

som lægerne agiterede for og som manifesterede sig i form af konkrete, politiske handlingsplaner. Dette ses ved erkendelsen af, at det var bydende nødvendigt at bringe den fattige befolkning væk fra byens slumkvarterer og etablere dem i lysere og luftigere boliger, samt etablere forsvarlige drikkevandsforsyninger og udgrave forsvarlig kloakering. Der blev dog tale om en årtier lang proces, hvor forskellige samfundsgrupper og erhversrepræsentanter stod i vejen for den politiske beslutningsproces. Dog vandt den hygiejniske strategi fortsat indpas i takt med den videnskabelige udvikling, der gav sagen belæg.<sup>12</sup>

Det afgørende gennembrud fandt sted i 1883 og frem, hvor den tyske læge Robert Koch opdagede, hvorledes koleraen skyldtes en bakterie, koleravibrionen, og som forefandt sig i byerne grundet forurening af byernes drikkevandsforsyning. Sidenhen blev det afdækket, at sygdommen kunne smitte fra person til person og forebygges effektivt ved etablering af rene drikkevandsforsyninger. I løbet af årtierne efter 1880'erne opdagedes årsagerne til adskillige af de udbredte sygdomme som foruden koleraen talte tuberkulose, difteri og miltbrand. Det smitte- og årsagsteoretiske paradigme blev således forandret og den hygiejniske folkesundhedsmæssige dagsorden havde vundet indpas.<sup>13</sup>

### 2.3 København og koleraen

Koleraepidemiens udbrud i København i 1853 ramte hovedstaden som et lyn og hærgede hovedstaden gennem sommeren og efteråret. Det var dog ikke fordi truslen om et udbrud i hovedstaden ikke havde været til stede i adskillige år og de elendige hygiejniske forudsætninger, der kunne danne rammen om et epidemisk udbrud ikke havde været synlige og kritisable. Europa blev i 1830-32 hærget af en voldsom kolera epidemi som Danmark dog gik fri af, men da koleraen atter vendte tilbage i året 1853 var heldet ude. Advarslerne mod risiciene for en omfattende epidemi var dog forinden blevet anført med største alvor.<sup>14</sup> Lægen Claus Jacob Emil Hornemann (1810-1890) havde som formand for Det Medicinske Selskabs Hygiejniske Komité, præsenteret forslag til forbedringer af de sanitære forhold til gavn for folkesundheden. Han undersøgte den københavnske

---

<sup>12</sup> Larsen, *Smitstof*, s. 14-15.

<sup>13</sup> Bonderup, *Cholera-morbrotter og Danmark*, s. 13.

<sup>14</sup> Karin Lützen, *Byen tæmmes - Kernefamilie, sociale reformer og velgørenhed i 1800-tallets København* (København: Hans Reitzels Forlag, 2013), s. 80.

sanitære situation indgående og publicerede efterfølgende sine resultater og løsningsforslag for fagfæller i 1847. Hans advarsel var en reaktion på de alvorlige og kritisable sanitære forhold, der prægede hovedstaden på daværende tidspunkt.<sup>15</sup>

Hornemann og hans ligesindede læger, der tilsluttede sig den miasmatiske smitteteori, mødte dog markant modstand mod deres reformer fra den Københavnske Borgerrepræsentation. Borgerrepræsentationen havde protesteret voldsomt, da der var blevet stillet forslag om at forbyde beboelse i kælderrum. Repræsentationen mente forbuddet stred imod den frie benyttelse af ejendomme. Ligeledes blev et forslag om tvungen tilslutning til et kloaksystem anset for et overgreb på grundejernes private ejendomsret, og vandforsyningens signifikans blev betvivlet. Hornemann præsenterede en samlet reform, der indebar nedsættelsen af en offentlig kontrolinstans, der skulle sikre såvel strukturelle, sanitære forbedringer som forsorg for de fattige. Han agiterede for, at det ville modvirke såvel social uro som risikoen for epidemier. At realisere hele reformen forstod Hornemann var umuligt, hvorfor han fokuserede på holde landet fri for epidemierne, der hærgede i Europa. Hornemann forstod, at risikoen var overhængende i hovedstaden, grundet de katastrofale sanitære forhold og modstanden mod at komme skidt til livs.<sup>16</sup>

Det københavnske drikkevand var af en så elendig beskaffenhed, at en epidemi som koleraen havde udgjort en latent trussel gennem adskillige årtier og med væksten i indbyggertallet i København gennem urbaniseringen, fik den epidemiske sygdom optimale kår. De københavnske borgere fik deres drikkevand fra mere end hundrede brønde og byernes søer. Drikkevandet fra søerne var overfladevand, der blev ledt gennem utætte, underjordiske træledninger, der passerede såvel kirkegårde som utætte latringruber. Byens åbne rendestene udgjorde åbne afløb for byens erhvervsdrivende, såsom garverierne, der flere gange dagligt skyllede deres kar ud i rendestenen. Slammet i rendestenen samlede sig i slamkister, der stoppede til, så spildevand og slam løb ud over gader og ned i kældre. De sygdomsfremkaldende bakterier spredte sig således vidt og bredt i byen gennem disse veje og behovet for underjordisk kloakering var således ganske presserende og markant.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Larsen, *Smitstof*, s. 79.

<sup>16</sup> *Ibid.*, s. 81.

<sup>17</sup> *Ibid.*, s. 83.

Forberedelserne til etableringen af en gennemgribende kloakering af hovedstaden forelå, men etableredes for sent. 11. juni 1853 fandt det første tilfælde af kolera i København sted og blot fire dage efter var patienten død. Selve sygdommens forløb gennemgår fire stadier, hvoraf forstadiet indebærer voldsom krampe, opkast og diarre. Under andet trin kaldet kuldestadiet, oplever patienten få timer til en dag efter at være erklæret smittet, at blive iskold, hæs og svag mens kramperne fortsat indtræffer. Det er i dette stadie, at de fleste dødsfald indtræffer. Kun lidt over en tredjedel nåede tredje og fjerde stadie, der kaldes henholdsvis reaktions- og rekonvalescentstadiet. I begge disse stadier er et stort indtag af væske og næringsrig kost hovedelementer i en effektiv behandling. Det forekom kun ganske sjældent, at tidligere smittede blev ramt af sygdommen igen, hvorfor sådanne personer gerne indtog roller som plejepersonale under epidemien. Til trods for, at koleraens sygdomsforløb fulgte en række mønstre var der tale om en uberegnelig sygdom. Kuldestadiet kunne eksempelvis indtræffe først en uge til fjorten dage efter patienten var blevet diagnosticeret med sygdommen.<sup>18</sup>

Sundhedskollegiet erklærede d. 24 juni hovedstaden for smittet. Dagen efter samledes Den Overordentlige Sundhedskommission og fungerede herefter som byens øverste myndighed i alt, hvad der måtte vedrøre sundhedsvæsenet. Så længe epidemien rasede, samledes kommissionen dagligt på byens rådhus for at gøre status over forløb og tiltag. Gennem juli eskalerede epidemien. 14. juli døde 73 borgere af kolera og herfra eskalerede epidemien til den nåede sit højdepunkt d. 27 juli på hvilken dato 340 nye sygdomstilfælde blev anmeldt inden for et døgn. Hornemann indtog en ledende rolle i bekæmpelsen af sygdommen gennem sin stilling som formand for Lægeforeningen mod Koleraens Udbredelse, der dannedes d. 10 juli som aktivt organ i epidemibekæmpelsen gennem forebyggende arbejde. Dette indebar lægeinspektioner fra hus til hus, hvor lægerne rådgav befolkningen om behandling og anbringelse af de syge for at imødegå den dårlige hygiejne samt bringe de smittede medicin og nærende kost. Lægerne havde derudover bemyndigelse til at lade inficeredes huse rømme, hvor de fandt det nødvendigt, hvorefter boligen blev desinficeret.<sup>19</sup>

Lægerne i den overordentlige Sundhedskommission og Lægeforeningen stod for, at i alt 1500 raske mennesker blev forflyttet fra det indre København og Christianshavn

---

<sup>18</sup> Bonderup, *Cholera-morbro'er og Danmark*, s. 16.

<sup>19</sup> Lützen, *Byen Tæmmes*, s. 92.

til teltlejre og interimistiske træbarakker. Efter epidemien havde varet fire måneder, svandt den langsomt ind og sidste smittetilfælde i København anmeldtes d. 13 oktober 1853. Da havde 7219 været smittet og samlet var 4737 døde af koleraen. For at komme de dårlige boligforhold til livs, tilbød Borgerrepræsentationen at ombygge træbarakkerne til vinterboliger. Ligeledes indgik Lægeforeningen i forhandlinger med kommunalbestyrelsen om opførelsen af et antal faste boliger til 250 familier fra arbejderstanden, der var hårdt ramt af de dårlige forhold. Gennem engagement fra private kræfter, lykkedes det Lægeforeningen at få etableret boligblokke i to etager på Øster Fælled. I 1857 stod Lægeforeningens Boliger færdige og gav hjem til 250 underbemidlede familier.<sup>20</sup>

#### **2.4 Efter epidemien – Politiske og strukturelle reaktioner på koleraen**

Koleraen blev en skelsættende begivenhed, der havde vist konsekvenserne ved de elendige sanitære forhold. Med epidemiens aftagen stod det klart, at forholdene kaldte på konsekvent handling fra det københavnske bystyre og regeringen. Handlekraften udmøntede sig i etableringen af vandværker, kommunehospitaler og sidenhen også kloakering, ikke kun i København, men ligeledes i Aalborg og Aarhus. I Aalborg etableredes der vandforsyning allerede i 1854 og kloakering fra 1872 til 1885. I Aarhus påbegyndtes de strukturelle forbedringer i 1872 og kloakeringen påbegyndtes fra ca. 1850 og stod færdig i 1915. I hovedstaden etableredes en forbedret vandforsyning i 1859 mens kloakeringen forløb i flere processer fra 1860 til 1900.<sup>21</sup>

Københavns boliglovgivning blev reformeret fra 1854 til 1856 mens lovændringerne først fulgte senere i Aalborg og Aarhus. I den nye boliglovgivning blev der stillet lovkrav til boligernes latrinforhold, samt bestemmelser vedrørende rumhøjde, vandafløb, kælder- og loftslejligheder. De lovgivningsmæssige forandringer forløb relativt gnidningsfrit, hvilket der kan argumenteres for skyldtes, at lovændringerne var forholdsvis omkostningsfrie, hvorfor de ikke blev mødt af principiel modstand. Derimod mødte tiltag inden for håndteringen af vand og spildevand, epidemiforordningen og sundhedsautoriteterne modstand fra centraladministrationens jurister og Borgerrepræsentationen, der gav anledning til stridigheder. Beslutningsprocessen i de

---

<sup>20</sup> Ibid., s. 94.

<sup>21</sup> Bonderup, *Cholera-morbro'er og Danmark*, s. 281-282.



normale tider, der fulgte efter epidemien var ikke gunstige for igangsættelsen af bekostelige anlægsbyggerier som kloakering eller diskussionen af ideologiske stridigheder. Det drejede sig her særligt om problematikker vedrørende hovedstadens vandproblemer, hvor Borgerrepræsentationen lå i konflikt med Indenrigsministeriet og særligt Sundhedskollegiet. Problematikkerne vedrørte grundejernes rettigheder og omkostninger, hensynet til borgernes sundhed og ideologiske stridigheder vedrørende lægernes position og indflydelse på lovgivningen. Disse områder udgjorde rammerne for reformer og etableringen af de folkesundhedsforbedrende tiltag, der fulgte efter koleraepidemiens afslutning.<sup>22</sup>

I takt med disse strukturelle forbedringer sikredes, blev lægernes fokus på luftforurening øget. Skolerne kom i Sundhedskollegiets søgelys efter 1856, og nye skolebyggerier fik til ansvar at opfylde en række krav, der blev stillet fra kollegiets side. Kravene vedrørte opbygning, beliggenhed og mulighed for udluftning. Lægekontrollen satte i de følgende år hygiejnen i centrum og store udbrud af kolera blev undgået. Dog vedblev urbaniseringen og overbefolkningen i hovedstaden at udgøre en central problemstilling, Lægeforeningens Boliger til trods. I 1856 opgav krigsministeriet argumentationen for opretholdelsen af Københavns volde på byens sjællandsside. Nedrivelsen af Nørreport og Vesterport, og det det følgende år Østerport og Amagerport forløste de færdselsmæssige problemer portene havde forårsaget. Afviklingen af voldene blev dog en omstændig proces, der for alvor fandt sted fra 1872 til 1913, og nye problematikker fulgte i kølvandet herpå. Spekulative byggerier på de københavnske Broer forværrede tilstandene og de underbemidlede boligforhold vedblev derved at medføre sanitære problematikker.<sup>23</sup>

Myndighedernes og lægernes bekæmpelse af koleraen var karakteriseret af en udpræget hensyntagen til befolkningens forståelse og normer. Tiltagene foregik i fuld offentlighed og borgerne modtog al hjælp kvit og frit. Lægernes arbejde var funderet i en contagiøs epidemiforordning fra Enevældens tid i 1831, men ved koleraepidemiens udbrud i 1853 lempedes paragrafferne efter lægernes aktuelle miasmatiske overbevisning. Det var denne miasmatiske overbevisning, der kom til at danne rammen om lægernes præventive arbejde under og efter epidemien, i hvilket lægerne oplevede

---

<sup>22</sup> Ibid., s. 283.

<sup>23</sup> Bonderup, *Det Medicinske Politi*, s. 192.

tydelig tiltro og støtte fra befolkningen. Der kan argumenteres for, at lægernes magt og indflydelse voksede som følge af epidemien, for den liberale regering foretog sig intet sundhedspolitisk efterfølgende uden at have rådført sig med lægerne og deres politiske magtorgan som Sundhedskollegiet udgjorde. Dette lægevidenskabelige mellemlid kan anses som afgørende i forholdet mellem befolkningen og myndighederne, og for lægernes succes med at overbevise borgerne om, at de hygiejniske tiltag var afgørende. Således var lægernes stilling og indflydelse forandret som følge af epidemien.<sup>24</sup>

Lægernes stilling, indflydelse og smitteteoretiske forandring afspejlede sig ligeledes i de senere forandringer af de hidtidige karantæneforanstaltninger. Med bakteriologiens etablering som videnskab i 1883 markeredes en ny udvikling inden for lægevidenskaben. Dette kom ligeledes til udtryk i den viden, hvorpå politikerne lovgav i forhold til foranstaltningerne mod udbrud af epidemiske sygdomme. Dette afspejles blandt andet af *Loven af 30 marts 1892 Om Foranstaltninger imod Udbredelse af Smitsomme Sygdomme*, af hvilken det fremgår, at desinfektion, afspærring og administrative indberetninger var blevet inddraget som lovgivningsmæssige tiltag.<sup>25</sup> Den lægevidenskabelige smittelære havde gennemgået et paradigmeskifte, der endegyldigt markerede såvel contagionismen som den miasmatiske smittelæres endeligt som dikterende paradigmer. Anskuet som videnskabshistorisk udvikling, kan optagelsen af det nye fænomen og blik, som bakteriologien medførte, anses som en erodering af den smitteteoretiske forståelse. Lægevidenskaben havde med den forandrede smitteforståelse nået et nyt teoretisk ståsted, hvor contagionismen og den miasmatiske forståelse var blevet efterladt til fordel for en smitteforståelse, der beroede på bevidstheden om de epidemiske sygdommes bakteriologiske årsager.

---

<sup>24</sup> Ibid., s. 194.

<sup>25</sup> C.E.C. Gads Samling af Danske Love, *Lov af 30 Marts 1892 Om Foranstaltninger Imod Udbredelse af Smitsomme Sygdomme*, s. 16.

### 3. Forskningsoversigt

Forskningen i koleraens historie og generelt i det lægevidenskabelige perspektiv og lægernes virke i forbindelse med den senere samfundsudvikling er inden for bestemte områder velundersøgte, men der eksisterer til stadighed adskillige uafklarede aspekter, inden for de danske forhold og strukturer. Inden for det medicinhistoriske område forefindes der en række af synsvinkler på, hvordan den europæiske lægevidenskab udviklede sig gennem 1800-tallet, årsagerne dertil og hvad lægernes indbyrdes overbevisninger var og bundede i. Tilslutningen til en bestemt teoretisk overbevisning afhæng af flere forhold, der gik ud over de rent akademiske inden for lægevidenskabelige kredse. Endvidere afhæng udviklingen af lægevidenskaben af adskillige faktorer, hvilket vil blive belyst i det følgende afsnit.

#### 3.1 Erwin H. Ackerknecht - Udviklingen fra contagionisme til miasmatik

En af de historikere, der har beskæftiget sig med de anti-contagionistiske, læger, som han betegnede de miasmatiske læger, er den polskfødte medicinhistoriker Erwin Heinz Ackerknecht (1906-1988). Ackerknecht har i artiklen "Anticontagionism between 1821 and 1867" behandlet, hvordan den contagionistiske smitteteori blev anskuet i den smitteteoretiske diskussion. Ackerknecht beskriver, hvordan den contagionistiske smitteteoretiske overbevisning og hypotese var på tilbagegang og derimod stod til at blive erstattet af den miasmatiske smitteteoretiske hypotese. Allerede i midten af 1800-tallet stod den contagionistiske teori som en ældre teori, der gennem tiden havde oplevet en svingende tilslutning blandt lægerne. Den contagionistiske teori var blevet udviklet af den af den italienske læge Girolamo Fracastoro (1478-1553), men fik nyt liv i 1700-tallet og nåede sin mest markante tilslutning efter pesten i Marseille i 1721.<sup>26</sup>

Ackerknecht beskriver, hvordan den miasmatiske teori nåede øget tilslutning og medicinsk videnskabelig accept som smitteteori gennem begyndelsen af 1800-tallet og han beskriver den voksende accept af teorien som en del, af en medicinsk, videnskabelig revolution. For miasmatikerne stod den contagionistiske teori som en forældet teori, der var bredt accepteret fordi teorien aldrig var blevet gjort til genstand for en rationel, videnskabelig efterprøvning. For lægerne, der tilsluttede sig den miasmatiske teori, gjaldt

---

<sup>26</sup> Erwin H. Ackerknecht, "Anticontagionism Between 1821 and 1867", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 22, no 5 (1948): 564-565.

deres kritik af contagionismen mere end blot en lægevidenskabelig uoverensstemmelse. Der var tale om en kritik af hidtidige paradigmer og en kamp for at cementere en ny, metodisk tilgang til videnskabelige teorier: *“To them this was a fight for science, against outdated authorities and medieval mysticism; for observation and research against systems and speculation.”*<sup>27</sup>

Diskussionen mellem miasmatikere og contagionister kan dog ikke forstås til fulde, hvis ikke de magtfulde sociale og politiske faktorer, der omspandt denne tilsyneladende strengt videnskabelige diskussion. Contagionisme var ikke en rent teoretisk eller medicinsk teori, men kom i praksis til udtryk gennem karantæner og det ansvarlige bureaukrati. Contagionismen blev associeret med ældre, bureaukratiske magter og blev i en bredere europæisk kontekst, kritiseret af liberale kræfter, der søgte at reducere statsmagtens indblanding til et minimum. Anticontagionister var derved ifølge Ackerknecht ikke blot videnskabsfolk, men ligeledes reformister, der betragtede agitationen mod contagionismen som en kamp for den individuelle frihed og udvikling. Dette andet aspekt af den anticontagionistiske fløj bidrog efter Ackerknechts overbevisning til, at selve den sundhedsvidenskabelige fløj af læger, der tilskrev sig den miasmatiske overbevisning var i stand til at sætte sig på de dikterende, lægefaglige poster.<sup>28</sup>

Koleraepidemierne tillægges af Ackerknecht en særegen status blandt de store epidemier. Da koleraen ramte England i 1831 var majoriteten af lægerne contagionister, men bestemte, toneangivende læger skiftede holdning og blev anticontagionister, på baggrund af de empiriske erfaringer. Dette markerede et vendepunkt i den engelske lægestand. Særligt blev det udslagsgivende for, at majoriteten af de engelske læger ændrede holdning, at forgangsmændene for den miasmatiske teori, var redaktører og udgivere af toneangivende tidsskrifter og bøger. Fra 1832 og frem agiterede disse læger for en ny smitteteoretisk forståelse.<sup>29</sup>

I årenen mellem 1831 og 1848 fulgte en udviklingstendens, der var særligt signifikant. Det drejede sig om, at for første gang begyndte regeringsagenturer rundt i Europæiske lande, her særligt i England, Tyskland og Frankrig, at støtte op om de

---

<sup>27</sup> Ibid., s. 566.

<sup>28</sup> Ibid., s. 567.

<sup>29</sup> Ibid., s. 576.

anticontagionistiske teser. De administrative organer begyndte at bekæmpe de forhold, der blev anset for at være sygdomsfremmende i henhold til miasmatikernes teori, hvilket vil sige overbefolkning i byerne, skidt, fugtighed, dårlig kloakering, forurenede vand og dårlig kost. De politiske organer og beslutningstager gik dog hovedsageligt ind for tiltag, der kunne forbedre folkesundheden og leveforholdene, hvorved kolera kunne forebygges, upåagtet den videnskabelige diskussion. Politikerne anlagde en langt mere pragmatisk linje, der ikke engagerede sig dybt i den videnskabelige disput.<sup>30</sup>

Ackerknecht konkluderer ud fra sin forskning, at anticontagionisternes praktiske succes ikke kun var begrænset til ophævelsen af karantæner, men derimod var deres kamp mod byernes skidt med til at give dem prestige. Hvor det var svært for contagionisterne at påvise, at en epidemi blev forværret uden karantænesystemet, så var forbedringer af folkesundheden og bekæmpelse af skidtet i byerne tydelige forbedringer. Overordnet slutter Ackerknecht: *“Intellectually and rationally the two theories balanced each other too evenly. Under such conditions the accident of personal experience and temperament, and especially economic outlook and political loyalties will determine the decision. These, being liberal and bourgeois in the majority of the physicians of the time brought about the victory of anticontagionism”*.<sup>31</sup> Således forelå der derved elementer i kampen mellem de to teorier, der indebar andet end blot den lægevidenskabelige diskussion. Det er essentielt at holde sig for øje, at endskønt contagionismen stort set ikke havde haft mærkbar forklaringskraft i forhold til smitte havde teorien grundlagt og opretholdt interessen for den eksperimentelle, medicinske forskning. Denne metodiske tilgang skulle sidenhen bane vejen for Robert Kochs opdagelse af bakterien og den videre medicinske forskning.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Ibid., s. 579.

<sup>31</sup> Ibid., s. 589.

<sup>32</sup> Ibid., s. 590.

### 3.2 Francois Delaporte - Sygdom og civilisation

Den franske videnskabshistoriker og filosof François Delaporte (1941-2019) har som en del af sin forskning skrevet værket *Disease and Civilisation - The Cholera in Paris, 1832*. Værkets hovedomdrejningspunkt er begrebet *praksis*, og nærmere bestemt *medicinske praksisser*, hvor der særligt lægges vægt på det diskursive aspekt af disse medicinske praksisser. Delportes tese var det følgende: "*Disease does not exist. What does exist is not disease but practices*".<sup>33</sup> Delportes markante tese skal ikke forstås som et udtryk for en tro på, at bakterier ikke eksisterer, men derimod, at sygdomme er ufravigeligt forbundet med kulturel praksis og forståelse samt, at denne forståelse har ændret udtryk gennem adskillige videnskabelige og sociale forandringer.

Delporte argumenterer for, at det ansvar staten havde for borgernes vel og samfundsordenen var blevet skabt i de europæiske stater gennem oplysningstidens idéer, og viste sig utilstrækkeligt ved koleraens inficering af Frankrig og de andre europæiske stater. Koleraen afdækkede de hidtidige idéers og foranstaltningers utilstrækkelighed da hverken karantæne eller segregering, der var blevet foranstaltet for at tilbageholde spedalskhed og pest ikke satte en stopper for koleraepidemiens spredning. Som epidemisk sygdom spredte den sig ikke kun afhængigt af topografi og klima, men ramte også hovedsageligt samfundets svageste grupper. Således var sygdommen med til at kaste lys over, at medicin og folkesundhed var nært forbundne med samfundsforhold. I Frankrig ledte koleraen til en voldsom frygt hos samfundets klasser i såvel toppen som bunden: "(...) *fear on the part of the lower classes that they were being poisoned, fear on the part of the upper classes that the way of life of the poorer and miserable classes of the capital provided a lethal breeding ground*".<sup>34</sup> Dette antyder et konfliktfyldt forhold mellem samfundsklasserne i det franske samfund, hvilket ansporede til social uro under koleraens hærgen.

Ifølge Delaporte er der ikke kun tale om at den moderne medicinske videnskab skabes som følge af erkendelsen af lægevidenskabens og samfundets sammenknytning. Ligeledes udvikledes en række af de samfundsvidenskabelige felter, samt en vifte af administrative praksisser. Delaporte argumenterer grundlæggende i *Disease and*

---

<sup>33</sup> François Delaporte, *Disease and Civilization - The Cholera in Paris, 1832*. (Cambridge: The MIT Press, 1986), s. I.

<sup>34</sup> Delaporte, *Disease and Civilisation*, s. xii.

*Civilisation* for, at ny viden, forstået som nye forskningsområder, metoder og praksisser, kunne udspringe af katastrofer, her nærmere bestemt koleraen.<sup>35</sup> I forlængelse heraf gives der udtryk for, at skønt der eksisterede en konsensus blandt datidens læger om, at koleraen var en form for forgiftning, var den smitteteoretiske diskussion den afgørende konflikt, der var influeret af flere forhold, der må tages i betragtning. Delaporte gør det klart i sin analyse, at det skal erkendes, at konflikten mellem contagionister og miasmaticere udgjorde en lovgivningsmæssig og bureaukratisk konflikt, der involverede politiske filosofier som liberalisme og konservatisme: "(...) *the conflict symbolized the antagonism between two systems of thought, the one liberal and progressive, the other conservative and regressive*".<sup>36</sup> Derved havde politiske interessegrupper fordel af, at contagionismen blev udfordret.<sup>37</sup>

I sin analyse retter Delaporte en kritik af andre medicin- og videnskabshistorikers fokus på datidens aktørers hensigter med bestemte epidemiforanstaltninger eller tiltag frem for praksisser. Derigennem rettes der blandt andet en kritik af Ackerknecht, der i sin analyse vægtede de politisk liberale idéer som både en primær årsag og udefrakommende faktor, der bidrog til den miasmatiske teoris fremgang. Ackerknecht argumenterede for, at selve smitteteoriernes videnskabelige indhold var underordnet i forhold til teoriernes interne hierarki og tiltroen til dem. Delaporte argumenterer for at set i lyset af bakteriologiens komme i 1880'erne, der intet havde at gøre med politiske, etiske eller økonomiske faktorer, var såvel contagionismen som den miasmatiske teori lige valide, men at det miasmatiske program var funktionelt i forhold til de liberale idéer, hvorfor teorien blev anskuet som progressiv.<sup>38</sup>

Delaporte argumenterer for, at koleraen ledte lægerne til at erkende, at lægevidenskaben måtte tage højde for menneskeskabte forhold gennem nye discipliner: "*A strange amalgam of climatology and social factors had resulted in the corruption of a place fashioned not by nature but by the hand of man: some of these factors belonged to the medicine of yesteryear, some to the newly emerging discipline of public hygiene*".<sup>39</sup> Således fordrede epidemiens hærgen videnskabelig nytænkning. 1800-tallets lægers

---

<sup>35</sup> Ibid., s. xii.

<sup>36</sup> Ibid., s.141.

<sup>37</sup> Ibid., s. 135.

<sup>38</sup> Ibid., s. 145-147.

<sup>39</sup> Ibid., s. 152.

overbevisning, var determineret på baggrund af de empiriske objekter som teorierne fokuserede på, og at det var dette forhold, der gjorde at teorierne var uforenelige. Trods erfaringer, der underbyggede contagionismen som teori kan det undres, at den miasmatiske teori blev så toneangivende. Delaporte argumenterer for, at dette skyldtes fællessinteresser hos politikere og miasmatikerne samt andre grupper i byerne: *“The needs of medical technology converged with the needs of political reforms. Hygienists, philanthropists, administrators and property owners all demanded the elimination of sources of infection”*.<sup>40</sup> Således kan der argumenteres for, at andre forhold end de lægevidenskabelige afgørende.

Miasmatikerne kom til at stå stærkere, da leveforholdene var med til at forklare, hvorfor den fattigste del af befolkningen var voldsommere disponeret over for koleraen. Dette var contagionismen ikke i stand til at levere et helstøbt svar på, hvorved teorien kom til at stå svagere: *“Weakened individual constitutions were related to living conditions, which at this stage were held to be the decisive factor”*.<sup>41</sup> Til disse idéer knyttede agitationen for offentlig hygiejne sig, og Delaporte noterer således, hvordan en fransk læge argumenterede for dette: *“The time has come when nations must either accept a hideous death or else care for their bodies as the care for their minds, when governments must embrace the material as well as the rational development of the human race (...)”*.<sup>42</sup> Delaporte konkluderer således videre heraf, hvordan udviklingen af strukturelle forhold, der kunne forbedre den offentlige hygiejne var af afgørende betydning for at den videre samfundsudvikling fandt sted.

### 3.3 Hanne Lindegaard - Processen vedrørende kloaksystemet

Den danske etnolog Hanne Lindegaard har i Ph.D. afhandlingen *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det Københavnske kloaksystem 1840-2001* analyseret, hvorledes den københavnske kloakteknologi udvikledes gennem 1800-tallet.

Ifølge Lindegaard var kloak- og spildevanddiskussionerne i 1800-tallet et område, hvor lægernes sundhedsmæssige og hygiejniske agitationer dominerede den socialhygiejniske diskurs og spillede en afgørende rolle for det vandforsyningssystem,

---

<sup>40</sup> Ibid., s. 169-176.

<sup>41</sup> Ibid., s. 180.

<sup>42</sup> Ibid., s. 199.



der udvikledes fra 1856-1859, og den videre etablering af et kloaksystem i København i 1860. Lægerne gjorde deres indflydelse og viden gældende politisk, da ansvaret for rendestenene, spildevand og latrinerne var blevet byens borgerrepræsentations ansvar. Lindegaards argumenterer i sin analyse for, at det er uhensigtsmæssigt udelukkende at anskue koleraepidemien som ene årsag til de sanitære forbedringer i København. Derimod vil det være givtigt at betragte, hvorledes koleraen eller frygten for en tilsvarende epidemisk sygdom kunne anskues som et argument i debatten efter 1853 for nye strukturelle forandringer, men at adskillige andre faktorer spillede ind og endvidere var mindst lige så afgørende i arbejdet for sanitære forbedringer.<sup>43</sup>

Etableringen af det københavnske kloaksystem forløb i forskellige etaper fra 1857-1860, 1897-1901 og sidst 1973-2001. Det var hovedsageligt i de første to etaper, at lægerne og hygiejnikerne spillede en afgørende rolle i agitationen for etableringen af et system og i beslutningsprocessen. I første etape opbyggedes et underjordisk, muret kloaksystem til husspildevand, regnvand og med dræning til nærmeste kanal eller havnen. Selve latrinen i gårdene blev afhentet af private entreprenører, der fragtede natrenovationen uden for byen. Dette system kom sammen med natrenovationen til debat i 1880-1890'erne, hvilket resulterede i en udbygning, der indebar et vandpumpesystem og installationen af W.C. i boligerne, dog i et tempo, der nødvendiggjorde natrenovation i tønders indtil 1930'erne. I begge perioder var de sanitære forhold og borgernes sundhed et hovedfokus. Lindegaard argumenterer for, at det er umuligt at afgøre det præcise tidspunkt for, hvornår den hygiejniske dagsorden opstår, men at med udgangspunkt i Foucaults begreb om italesættelse, kan 1844 angives som begyndelsen i København, hvor de sanitære forhold bliver et emne i debatten. Der argumenteres for, at der foregik en proces, der var forudsat af foregående perioder, men at fokus heri lægges på selve dannelsesprocessen, der indebærer nye forståelser og måder at italesætte problemer på, hvilket hang sammen med nye fagdiscipliner og institutioner, der sammen formede diskursive praksisser.<sup>44</sup>

De københavnske læger anses som en afgørende aktørgruppe, der havde anført en ledende kritik af vandforsyningen, rendestenene og natrenovationen i de større byer gennem kritiske publikationer. Gennem 1840'erne og 1850'erne foregik en

---

<sup>43</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 18.

<sup>44</sup> *Ibid.*, s. 64.

italesættelsesfase, der ifølge Lindegaard gjorde det muligt for lægerne at redegøre for deres viden og kundskaber til løsning af byens problemer. Denne proces muliggjorde en praksis, hvor løsningerne mere konkret kom på Borgerrepræsentationens dagsorden og hvor fortalere og modstandere for de strukturelle forandringer gav udtryk for deres standpunkt. Størstedelen af de danske læger bekendte sig til den miasmatiske smitteteori, hvorfor deres fokus var på forebyggelse af arnesteder for epidemier. Dette blev omdrejningspunktet for den kritik og de forslag som lægestanden agiterede for.<sup>45</sup>

Lægerne bidrog til en diskurs, der indebar en erkendelse af, at befolkningens sundhedstilstand var tilgængelig for menneskelig påvirkning samt, at sundhedsvæsenet var et statsligt hovedansvar. Medicinen fik en forvaltningsvidenskabelig dimension, der indebar love og forskrifter for livsførelse, hvor sundhed og konkrete påpegninger af tiltag blev en del af den politiske dagsorden i de større byer. Ifølge Lindegaard cementerede Danske Kancelli denne nye rolle for lægevidenskaben ved etableringen af Medicinal Politikommissionen allerede 1802, der bestod af jurister og læger. Denne kommission nåede dog ingen signifikante forandringer og blev nedlagt allerede i 1813. Dette skyldtes ikke at lægerne i kommissionen ikke arbejdede målrettet og energisk, men derimod, at enevældens Danske Kancelli så sig truet som øverste myndighed af denne selvstændige lægestand med særegne kundskaber og viden.<sup>46</sup>

Lindegaard argumenterer for, at den miasmatiske lægestand med Hornemann som en toneangivende skikkelse, søgte at brede Den Hygiejniske Komité's arbejde og viden ud i offentligheden og diktere en konkret, politisk dagsorden hos hovedstadens Borgerrepræsentation. Lægerne anvendte har argumenter om systemets økonomiske gavnlighed, da dette var nogle af skeptikernes hovedbekymringer. Skeptikerne lagde navnlig vægt på de offentlige merudgifter, som det ville skabe hos agerbruget, hvis latringødnings udvaskedes i farvandet eller omkostningerne for grundejerne ved forbedringer af latrinforholdene. Kloakplanerne forblev på Borgerrepræsentationens dagsorden gennem 1850'erne og Indenrigsministeriet pressede ligeledes på efter august og september 1854. Lindegaard argumenterer for, at dette pres skyldtes, at der havde fundet en udskiftning af ministre sted, samtidig med at København var blevet ramt af

---

<sup>45</sup> Ibid., s. 71.

<sup>46</sup> Ibid., s. 75.

voldsomme regnskyl. Dertil kom meldinger om enkelte koleraudbrud, hvilket drev etableringen af lovgivningen frem.<sup>47</sup>

Lindegaard beskriver, at realiseringen af kloakeringsplanen i 1860, kan anskues som et kompromis mellem teknik, politik, økonomi og lægevidenskaben. Lægerne med den hygiejniske dagsorden får konkret indflydelse i kraft af reformerne efter 1849, hvor personer, foreninger og sammenslutninger derefter ikke behøvede være i kongens tjeneste for at påvirke den politiske dagsorden. Dette medførte ligeledes, at der afholdes en hygiejnisk kongres i København i 1858, hvor læger som Hornemann udvekslede viden og erfaringer med andre europæiske læger og ingeniører.<sup>48</sup>

Lindegaard konkluderer, at den hygiejniske sag og lægernes agitation involverede adskillige forhold. Heriblandt var der tale om en demokratiseringsproces, hvor adskillige af lægerne, heriblandt Hornemann, tilsluttede sig den nationalliberale fløj, og en kamp for at få skabt et fuldstændigt kloaksystem, der dog først lod sig gøre i slutningen af århundredet. Overordnet argumenteres der for, at kloakeringsprocessen indgik som delelement af, hvad der kan begrebsliggøres som *socialhygiejnens fødsel*. Lægerne i København udgjorde en afgørende aktørgruppe ved at være del af det øverste borgerskab i hovedstaden og kom privat sammen med finans- og industrimænd, hvor de kunne fremføre deres progressive idéer om tiltag, der skulle gavne såvel de rigeste, men særligt de svageste borgeres sundhed.<sup>49</sup>

Lægerne blev i kraft af deres viden og position i stand til at italesætte deres synspunkter, hvorved de praktiserede deres magt. Lindegaard slutter, at det er afgørende at forstå, hvordan teknologisk og videnskabelige udviklinger har med- og modspillere og adskillige perspektiver: “ (...) *kloakteknologi er ikke alene rør, vand, pumper og ingeniører, men tillige forestillinger, teorier og praksisser, omkring ‘miasmer’, bakterier, forebyggelse, civilisation, dødelighed, fremskridt, fornuft mm.*”<sup>50</sup> Der kan argumenteres for, at de videnskabelige argumenter står på ryggen af hinanden, men samtidig involverer og brydes med hinanden. Selve etableringsprocesserne af nye videnskabelige erkendelser er altid forudsat af en lang række forhold, der afgør, hvad der kan italesættes og gøres til objekt for viden. Disse forhold er eksisterende institutioner, fag og organiseringer,

---

<sup>47</sup> Ibid., s. 101.

<sup>48</sup> Ibid., s. 115.

<sup>49</sup> Ibid., s. 116.

<sup>50</sup> Ibid., s. 301.

samt vaner, som danner de hidtidige rammer, der skal revurderes og brydes med før, at noget nyt kan etableres som gældende viden og strukturer for erkendelse.<sup>51</sup>

### 3.4 Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Kristensen - Socialhygiejnens fødsel

Idéhistoriker og filosof Lars-Henrik Schmidt har sammen med idéhistoriker Jens Erik Kristensen skrevet værket *Lys, Luft og Renlighed - Den moderne socialhygiejnes fødsel*. Værket søger at kortlægge, hvorledes lys, luft og renlighed indgår som integrerede dele af den moderne, vestlige moralske og æstetiske idealer. Forfatterne søger at vise, at de hygiejniske forskrifter, der former det almene liv og byernes struktur ikke kun kommer teoretisk til udtryk hos filosoffer, men ligeledes praktisk hos videnskabsmænd og praktikere gennem lovgivning. Det udtrykkes herved, hvordan de hygiejniske idéer indgår i vidt forskellige sfære og livsdimensioner, og deres opkomster og udvikling belyses kronologisk heriblandt, hvordan lægevidenskaben gennem 1800-tallet spillede en særegen rolle.<sup>52</sup>

Ønsket om at skabe renhed har været kulturkonstitutivt og en drivkraft for statsapparatet i takt med, at den vesterlandske rationalitet udvikledes gennem 18- og 1900-tallet. Der argumenteres for, at denne *renselsesmani* har drevet udviklingen af socialhygiejnen som fænomen.<sup>53</sup> Forskerne definerer idéen om den sociale hygiejne som: "(...) åbne, rene teknikker, som forskellige konkrete myndigheder og personer kan udøve og blive momentane agenter for (...)".<sup>54</sup> Der er tale om en bred definition af renselsesformer, der indebærer etableringen af instanser, teknik inden for det sociale område og strategier, der kan opsummeres i en socialteknologi, der består af delementer fra forskellige videnskabelige udviklinger og historiske perioder.

Schmidt og Kristensen argumenterer for, at det socialhygiejniske projekt tager form efter, at den absolutistiske stats- og forvaltningslære stillede krav til medicinen om at bidrage til en centralforvaltet sundheds- og befolkningsteknologi, der indebar en politiseret og kollektiveret hygiejne. Der var tale om udviklingen af en ny form for, ordensrationalitet, der forandredes gennem 1800-tallet. Omdrejningspunktet var

---

<sup>51</sup> Ibid., s. 299.

<sup>52</sup> Lars-Henrik Schmidt og Jens Erik Kristensen, *Lys, Luft og Renlighed - Den moderne socialhygiejnes fødsel* (København K: Akademisk Forlag, 1986), s. 16.

<sup>53</sup> Schmidt og Kristensen, *Lys, Luft og Renlighed*, s. 20.

<sup>54</sup> Ibid., s. 8.

indførelsen af disciplinen som en omfangsrig krops- og adfærdsteknologi inden for en bred vifte af institutioner i 1800-tallet. Dette fandt sted for, at statsapparatet kunne underlægge sig befolkningens sundhed og livsførelse. Staten skulle således ikke blot kontrollere landets territoriale forhold, men ligeledes individets udfoldelsesmuligheder.<sup>55</sup> Medicinen blev gennem denne statslige befolkningsomsorg, ophøjet til politisk og social videnskab: “ (...) fremfor alt drejer det sig om at forbedre sundheden og forlænge levetiden i befolkningen (...) så er den afgørende strategi at forbedre menneskematerialet gennem oplysningen og regulativ fremme af ordentlige og fornuftige levemåder i befolkningen”.<sup>56</sup> Således blev lægevidenskaben hovedformål formuleret og hertil argumenterer forskerne for, at koleraen kan ansues som en katalysator for den hygiejniske bevægelse inden for lægestanden, der bidrog til denne socialteknologiske strategi.<sup>57</sup>

Der lægges i værket vægt på, hvordan 1800-tallets lægers videnshorisont udvalgte luften som det afgørende i udbredelsen af epidemiske sygdomme. Ifølge den miasmatiske forståelse kunne den dårlige luft skabe epidemier gennem farlige, smitsomme dårligdomme. Det afgørende ved dette forhold var, hvordan lægernes blik blev rettet på omgivelsernes betydning for sygdommenes opkomst. Der udvikledes en ny forståelse, hvor fokus var rettet mod luftens vitale karakter og på sammenhængen mellem lugte, smitte- og forrådnelsesprocesser. Lugtesansen blev her afgørende for den hygiejniske forståelse og i opsporingen af smittetilstande: “*Miasmeteoriens rumslige ætiologi bliver nu til en social ætiologi: det var ikke længere de klimatiske og meteorologiske forhold, der forårsagede den spontane opkomst af miasmisk luft, men forrådnelse (...) og f.eks. stillestående kloakvand. Derfor når de moderne miasmeteorier deres højdepunkt af praktisk indflydelse i takt med at der også statistisk kan peges på signifikante sammenhænge mellem dødelighed og områder med dårlig sanitet og dermed dårlig luft.*”<sup>58</sup> Således argumenterer Schmidt og Kristensen for en afgørende, videnskabelig faktor for, at lægerne fik en afgørende og central funktion i socialhygiejnens udvikling.

Lægernes hygiejniske dagsorden og indflydelse på det sanitære ordensprojekt var ifølge Schmidt og Kristensen, at den miasmatiske teori fordrede en parcellering af det

---

<sup>55</sup> Ibid., s. 27.

<sup>56</sup> Ibid., s. 32.

<sup>57</sup> Ibid., s. 38.

<sup>58</sup> Ibid., s. 42.

urbane rum med hensigt efter på at kontrollere rummets cirkulationsformer. Heri kom adskillelsen mellem kloak og vandforsyning til at stå tydeligt.<sup>59</sup> Der var tale om strategier, der havde rod i en fejlagtig teori, men som fik en markant praktisk succes. Det blev ikke kun et spørgsmål om at komme de elendige fysisk-sanitære forhold til liv, men om at belyse, hvordan den sociale elendighed afhang af sådanne forhold. Forslag til sanitære forbedringer, der havde sygdomsbekæmpelse og befolkningsomsorg til formål, inddrog ingeniører og byplanlægning på et strukturelt plan. Den miasmatiske teori inddrog således flere fagfolk i takt med at der formede sig doktrinen: *“ud med enhver form for stank (...), der ikke blot forårsagede dårlig luft, men herigennem også legemlig og moralsk forfald”*.<sup>60</sup>

Schmidt og Kristensen konkluderer, at udviklingen af selve socialhygiejnen gennem 1800-tallet, og bekymringen for befolkningskvaliteten voksede, skyldtes en udvikling, hvor den politiske filosofi blev til socialfilosofi. Det sociale blev et vilkår, og var ikke længere en konstitution, men blev båret af en politisk økonomi, hvor det blev tiden og ikke rummet, der blev den afgørende parameter.<sup>61</sup> Det konkluderes, at de arvelige anlæg, der determinerede befolkningskvaliteten, blev et kollektivt problem. Derved indskrev problematikken sig i den hygiejnisk-sanitære dagsorden, hvilket overordnet udgjorde et rationelt ordensprojekt.

### 3.5 Forskningsdiskussion

De udvalgte værker i forskningsoversigten har hver især til hensigt at belyse, hvorledes lægevidenskaben i 1800-tallet har gennemgået såvel en udvikling i såvel videnskabelig teori som dens praktiske funktion. Erwin H. Ackerknecht har argumenteret for, at udviklingen, der foregik i de lægevidenskabelige kredse var bevæget af flere faktorer, indre såvel som eksterne. Han argumenterer gennem sin forskning for, at den miasmatiske smitteteoris afløsning af den contagionistiske smitteteori indebar politiske og sociale faktorer, der talte en liberalistisk overbevisning blandt unge læger og en statsmagt, der søgte at forbedre folkesundheden efter miasmaticernes anvisninger. Han lægger særligt vægt på de politiske faktorerens betydning, et synspunkt, der videreføres af

---

<sup>59</sup> Ibid., s. 85.

<sup>60</sup> Ibid., s. 46.

<sup>61</sup> Ibid., s. 92.

Delaporte, der argumenterer for, at den smitteteoretiske konflikt indebar en kamp, hvor politiske overbevisninger som liberalisme og konservatisme hævdedes i hver sin smitteoverbevisning. Det politiske blev derved inddraget og kan eksemplificeres ved, at der var interesser hos de liberale samfundsgrupper som handelsfolkene, der havde interesse i at få de etablerede karantæneforanstaltninger afviklet. Delaporte kritiserer dog, Ackerknecht for at fokusere for entydigt på de politiske faktoreres indflydelse, men undervurdere opdagelsen af bakteriologien, der relativerede hidtidige teorier og at der var tale om miasmatiske funktioner frem for deres videnskabelige ståsted. Begge forskere gør det klart, at de politiske faktorer var afgørende, men ikke udgjorde en entydig kausalitet for den miasmatiske teoris overtagelse som dikterende, smittevidenskabeligt, paradigme blandt datidens læger.

Denne politisering af den smittevidenskabelige konflikt argumenterer såvel Lindegaard som Schmidt og Kristensen for hang sammen med socialhygiejnens udvikling. Italesættelsen af byernes dårlige sanitære forhold og planlægningen af de strukturer og institutioner, der efter epidemien blev opbygget, havde en forbindelse til, at lægerne fik en mere magtfuld funktion i kraft af Sundhedskollegiet. Derigennem kunne lægerne italesætte deres sag, samtidig med, at der blev stillet nye krav til lægestanden fra statsapparatets side. Det kan diskuteres, hvorvidt den smitteteoretiske udvikling blandt lægerne fandt sted som følge af rent progressive læger, der nytænkte de anvendte metoder, hvilket Delaporte problematiserer. Ifølge hans analyse skabte krisen i samfundet og sammenknytningen mellem den moderne lægevidenskab og samfundet, at lægevidenskaben udviklede sig. Denne udvikling, hvori det hygiejniske projekt blev en del af lægevidenskaben, diskuterer såvel Lindegaard som Schmidt og Kristensen, da disse forskere gør det klart, at lægevidenskaben arbejdede målrettet for sanitære forbedringer som følge af en forandring i lægernes udsyn.<sup>62</sup>

Lindegaard argumenterer for, lægernes agitationer for etableringen af de sanitære forbedringer, var udtryk for lægernes miasmatiske overbevisning. Endvidere argumenterer hun for, at lægernes synspunkter kom frem og resulterede i konkrete lovændringer gennem Sundhedskollegiets indflydelse i den politiske beslutningsproces efter koleraepidemiens afslutning. Lig Schmidt og Kristensen, der argumenterer for, at miasmeteorien blev til en social ætiologi, argumenterer Lindegaard for, at lægerne bidrog

---

<sup>62</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 116.

til en diskurs, der erkendte at menneskets sundhed var påvirkelig og var et statsligt ansvar. Det kan diskuteres i hvilken grad den miasmatiske smitteteori, som lægevidenskabeligt paradigme, udviklede sig som følge af lægernes opdagelser i forhold til erkendelsen af byforureningen som social problematik frem til kolerabakteriens opdagelse i 1883. Schmidt og Kristensens beskrivelse af socialhygiejnens opkomst, der blandt andet behandler udviklingen af en ny ordensrationalitet, bearbejdes ligeledes af Lindegaard. Hun udtrykker, at udviklingen af socialhygiejnen og kloakeringen var båret frem af forestillinger om civilisation og fornuft, der ikke direkte havde et medicinsk og lægevidenskabeligt henblik om at helbrede, men derimod om at forebygge. Her kan der argumenteres for, at der synliggøres en problematik i forhold til, hvilken rolle lægevidenskaben spillede i den hygiejniske proces.

De ovennævnte forskere får på hver deres vis udtrykt de alsidige faktorer, der indvirkede på udviklingen fra contagionisme til miasmatiske, der sidenhen moderniseredes og indvirkede som del af den socialhygiejniske proces. Ackerknecht og Delaporte har fokuseret på den medicinhistoriske udvikling fra contagionisme til miasmatiske. Således viser deres forskning, hvordan ideologiske faktorer og eksterne, økonomiske interesser har påvirket denne udvikling. Lindegaard samt Schmidt og Kristensen har gennem fokus på selve kloakeringen af København og den idéhistoriske udvikling af socialhygiejnen argumenteret for, at lægerne har indgået som aktørgruppe i en større samfundsmæssig proces efter koleraepidemiens afslutning.

Den gennemgæede forskning har overordnet haft fokus på at lægernes smitteteoretiske overbevisning udviklede sig som følge af ideologiske konflikter og eksterne pres frem til bakteriologiens udvikling. Ligeledes er der blevet fokuseret på, at lægerne indtog en ny politisk stilling efter epidemien 1853 som del af den socialhygiejniske udvikling, hvor udviklingen påvirkedes af den moderniserede miasmatiske, men forskningen har ikke fokuseret på selve lægernes agitation og udvikling internt. Dette projekt har sin berettigelse ved at analysere og diskutere selve udviklingen af lægernes overbevisning og indflydelse på den hygiejniske og sanitære udvikling efter epidemiens afslutning.



## 4. Teori

I det følgende teoriafsnit vil der blive præsenteret de inddragede teorier i undersøgelsen af sygdomme, staten og de vekselvirkninger, der har fundet sted mellem lægestanden og de ledende politikere. Teorierne vil have til hensigt at danne rammen for analysen, hvori den danske lægestands virke og agitation vil blive bearbejdet. Med inddragelse af teorier om videnskabens gradvise udvikling og de forhold, der muliggjorde dem, vil afsnittet beskrive, hvordan udviklingen inden for lægekundskaben som videnskab, har været afhængig og påvirket af politiske og sociale forhold. Dertil kom nye krav til lægevidenskaben, der også formede den danske lægestands rolle og mulighed for øget indflydelse og agitation for en hygiejnisk dagsorden. Den franske idéhistoriker og filosof Michel Foucaults teoretiske arbejde med lægevidenskaben og samfundsstrukturer, der tog afsæt i Frankrig, vil udgøre anslaget for præsentationen af opgavens teoretiske rammer. Foucaults strukturalistiske tilgang vil blive suppleret af den amerikanske videnskabsteoretiker- filosof og historiker Thomas S. Kuhn. Kuhns indgående arbejde med udviklingen og opfattelsen af naturvidenskabernes metodiske udvikling vil bidrage til problematiseringen af naturvidenskabernes fremskridt forstået som kronologiske fremskridt. I den forbindelse vil begrebet *paradigme* blive præsenteret og diskuteret.

### 4.1 Michel Foucault - Klinikens Fødsel

Med udgangspunkt i en strukturalistisk tilgang og med filosofisk afsæt i Friedrich Nietzsche og Martin Heidegger, anlagde Michel Foucault (1926-1984) et særegent perspektiv på idéhistorien. I sit arbejde med de ideologiske og institutionelle rammer, der gjorde sig gældende inden for en given epoke, søgte han at beskrive, hvad der overhovedet lod sig tænke. Foucault anskuede den historiske udvikling som noget, der ikke skulle forstås som en gradvis, kronologisk proces, men derimod var fuld af brud og tilfældigheder. Ud fra dette perspektiv betragtede han blandt andet lægevidenskaben og hospitalernes udvikling i værket *Klinikens Fødsel*.<sup>63</sup>

I værket udfolder Foucault, hvorledes hospitalsvæsenet etableredes og institutionaliseredes som rum for forskning og undervisning. Med udgangspunkt i det franske sygehusvæsen beskriver Foucault, hvordan lægeprofessionen blev et liberalt

---

<sup>63</sup> Michel Foucault, *Klinikens Fødsel*, (København: Hans Reitzels Forlag A/S, 2000), s. 7

erhverv i kølvandet på revolutionen i 1789. Klinikken skabtes som et følge deraf, hvor lægerne kunne studere sygdommene gennem patienterne isoleret og danne viden og formidling om sygdomme. Derpå kunne der skabes en forståelse af typiske sygdomsforløb ud fra en statistisk opgørelse af forløbene. Dette anskuer Foucault som en sammenslutning af politiske, sociale og videnskabelige faktorer, der dannede fundamentet for klinikkens videre udvikling.<sup>64</sup> Ifølge Foucault skete der et nybrud ved indgangen til 1800-tallet. Lægerne havde fået redskaber og begreber, der gjorde dem i stand til at beskrive og forholde sig til fænomener, der tidligere ikke havde været synlige og derfor været uudsigelige. Han argumenterer for, at den kliniske lægevidenskab, der udvikledes ved århundredeskiftet vægtede det synlige, hvor lægerne fokuserede på individuelle og afvigende træk.<sup>65</sup>

Dette begrebsliggør Foucault som *blikket*. Der var ikke tale om, at lægerne ved pludseligt klarsyn kunne betragte, hvad der tidligere var uklart, men blev i stand til at formulere et nyt sprog: *“Det kliniske blik besidder den paradoksale evne, at det kan høre et sprog i det øjeblik, det får noget stillet til skue. På klinikken er det, der fra starten manifesterer sig, noget, der udsiges.”*<sup>66</sup> Foucault argumenterer for, at der var tale om et sammenbrud i hidtidige vidensformer, der havde etableret grænserne for, hvad der havde været muligt at se. Den nye orienteringsproces, der fandt sted var, hvad Foucault betegner som en *syntaktisk omorganisering af sygdomsbegrebet*. Forandringen bestod i lægernes måde at anskue og udtrykke tingene på. Dette beroede på en række af sociale, politiske og institutionelle ændringer, hvor den vigtigste var omorganisering af hospitalernes struktur, hvorved de blev undervisningsinstitutioner og deraf en kilde til viden. Ligeledes etableredes en ny måde at anskue patienterne på og et forhold mellem den offentlige forsøg og medicinvidenskabens udvikling. Samtlige af disse elementer kombineredes i mødet med en politisk ideologi og en lægevidenskabelig teknologi, der muliggjorde at etablere et nyt rum.<sup>67</sup> Foucault beskriver processen på følgende vis:

*“Der var med andre ord tale om en spontan og dybt rodfæstet konvergens mellem de krav en politisk ideologi og en lægevidenskabelig teknologi gjorde gældende. I en samordnet bevægelse krævede læger og politikere i et sprog, der kunne være forskelligt, men som*

---

<sup>64</sup> Foucault, *Klinikkens Fødsel*, s. 10.

<sup>65</sup> *Ibid.*, s. 13.

<sup>66</sup> *Ibid.*, s. 158.

<sup>67</sup> *Ibid.*, s. 14.

*dybest set udsprang af samme bevæggrunde, at alle hindringer blev ryddet af vejen så dette nye rum kunne etableres (...) Det var friheden, der skulle fjerne alt det, der stille sig hindrende i vejen for sandhedens uimodståelige kraft.”<sup>68</sup>*

Heri udfolder Foucault, hvad han anså for at være de faktorer, der var udslagsgivende for dannelsen af en ny videnskabelig diskurs, der definerede måden, hvorpå praksis og praksisformer kunne anskues gennem sproglig artikulation. Analysen i *Klinikkens Fødsel* slutter, at lægevidenskaben var knyttet til de politiske og økonomiske magtstrukturer og udviklede sig i overensstemmelse med de idéer, der var fremtrædende inden for politik og konstruktionen og relationen mellem stat, administration og borgerne. Foucault argumenterer for, at den moderne lægevidenskab udviklede sig som magtinstrument og overvågningsinstans, til gavn for statsadministrationen. Lægevidenskabens mål blev at afdække sygdommenes årsager, frem for at helbrede, hvilket først kunne lade sig gøre gennem statistiske metoder og obduktioner af de døde patienter: *“Det, der grundlæggende var usynligt åbnede sig pludseligt for blikkets klarhed (...) Det var formerne for synlighed, der ændrede sig. (...) Den kliniske medicins opståen er for så vidt kun et af de mest synlige vidnesbyrd om en om en fundamental ændring af de samfundsmæssige vidensstrukturer.”<sup>69</sup>* Magt blev her knyttet til viden, og økonomiske og institutionelle strukturer, hvor staten indtog en større rolle i borgernes liv.<sup>70</sup>

Foucaults historiesyn er særpræget i kraft af hans fokus på diskurser som de primære drivende kræfter, der reducerer aktører og begivenheder til brikker i et diskursdefinerende spil. Dette betyder, at han udfordrer idéen om en kronologisk idéhistorie, der har været styret af forestillingen om sammenhænge, årsager og virkninger og som har præget vesten. Foucault vil derimod argumentere for, at det der findes er ingen overordnet historie, men delstykker af forløb præget af tilfælde. Derimod udgør diskursen virkeligheden og har formet historien: *“Det, der tæller i de ting, der siges af mennesker, er ikke så meget, hvad de måtte have gjort sig af tanker omkring det, men det, der fra staten systematiserer tankerne.”<sup>71</sup>*

Fra Foucaults perspektiv udgør diskurser et afgørende element i hans forståelse af magt, magtudøvelse og relationer. Hans forståelse og analytiske blik adskilte sig fra

---

<sup>68</sup> Ibid., s. 77-78.

<sup>69</sup> Ibid., s. 258-261.

<sup>70</sup> Ibid., s. 16.

<sup>71</sup> Ibid., s. 32-35.

hittidige traditionelle definitioner og forståelser af magt, der tog udgangspunkt i besiddelse, herredømme eller undertrykkelse. Ud fra Foucaults forståelse, udfolder magt sig i et kompleks af sociale, institutionelle, økonomiske relationer. Selve magtudøvelsen sker gennem artikulering, og bliver analyserbar gennem strategier, taktikker, mekanismer og institutionelle procedurer, der alle har til hensigt at disciplinere og regulere borgernes adfærd. Foucault argumenterer for, at der i dette ikke foreligger en direkte magtudøvelse over for selve borgerne, men over for borgernes faktiske og mulige handlinger.<sup>72</sup>

I forhold til magtudøvelse definerede han kategorien *biopolitik* ud fra hvilken han analyserede den magtudøvelse, som udfoldede sig fra statens side på de kollektive livsprocessers niveau. Foucault argumenterer for, at der kan siges at være tale om en biopolitik: "(...) hvor livet og dets mekanismer træder ind på den eksplicitte beregnings område og derved gør vidensmagten til en transformationsfaktor i menneskenes liv."<sup>73</sup> Biopolitik omhandler således politiske forholdsregler, hvad angår befolkningens fødselstal, dødelighed, leveforhold, seksualadfærd og overordnede folkesundhed. Gennem definitionen af begrebet *biopolitik*, muliggjorde Foucault en magtanalytisk vinkel i forhold til den forbindelse han anskuede eksisterede mellem det politiske fokus på køn og seksualitet og selve disciplinens individualisering af kroppen.<sup>74</sup>

Ved anvendelsen af Foucaults teori og begrebsapparat kan der dog argumenteres for, at det er afgørende at tage forbehold for det samfund, der udgjorde Foucaults fokus i analysen. Hvor denne opgaves fokus er de danske samfundsforhold og lægevæsenet i 1800-tallet, tog Foucault udgangspunkt i såvel 17- og 1800-tallets Frankrig, i forhold til sine studier af magt og klinikkens fødsel. Der kan peges på fællestræk mellem Frankrig og Danmark i 1800-tallet, hvad angik byernes beskaffenhed. Byernes kummerlige forhold, hvor underernæring og sammenstuvning af mennesker på for lidt plads, medførte en omfattende urenlighed og snavs i byernes gader, der gav koleraen gunstige forhold for at sprede sig. Disse forhold udgjorde en afgørende udfordring for det unge, danske demokrati og ligeledes en udfordring de franske myndigheder, der havde oplevet

---

<sup>72</sup> Jens Erik Kristensen og Stefan Hermann, "Michel Foucaults studier af magt og politiske rationaliteter", i *Klassisk og Moderne Politisk Teori*, red. Lars Bo Kaspersen et al. (København: Hans Reitzels Forlag, 2009), s. 819.

<sup>73</sup> Kristensen og Hermann, "Michel Foucaults studier af magt", s. 805.

<sup>74</sup> *Ibid.*, s. 805.

koleraen som epidemi i 1830'erne. Inden for den danske, historiske forskning i koleraepidemien er der dog blevet påpeget en række særegne træk. Til trods for at epidemien skabte rig mulighed for spændinger og konflikter mellem samfundsgrupper er der blevet argumenteret for, at det danske samfund var et samfund i balance, hvori der herskede en konsensus. Denne konsensus kom til udtryk i såvel krise som fredstid, og kan opfattes som en art af enighed og fællesskab mellem samfundsgrupperne, der kommer til udtryk ved, at der blev udvist en gensidig tillid og levet op til denne. Dette danske konsensus-samfund står i diametral modsætning til et konfliktsamfund, hvor en krise ville mane til splid og uro på flere fronter mellem samfundsgrupperne.<sup>75</sup>

Konsensus kan ligeledes vise sig gennem enighed vedrørende afgørelser om kriseforanstaltninger som det var muligt at tale sig til enighed omkring. I fredstid ville befolkningens divergerende holdninger komme til udtryk på adskillige måder, men det er afgørende at hæfte sig ved, at der i intet tilfælde var tegn på store fysiske konfrontationer, således som det kom til i andre europæiske lande, særligt Frankrig, hvor der i årene 1830 til 1848 var 15 og 25 voldelige aktioner med over 50 deltagere. I Frankrig og Preussen eksisterede der et konfliktforhold mellem statsmagt og læger, hvor statsmagten styrede initiativer og tempo i udviklingen. Alternativt havde individualistiske og liberale strømninger givet anledning til forhold, der gav lægerne friere hænder, hvilket var tilfældet i Danmark. I Danmark etableredes i fællesskab et sundhedsvæsen og senere forordninger, beredskabsplaner og strukturelle ændringer, der skulle komme den epidemiske kolera til livs. Strategierne og handleplanerne var i Danmark fuldt offentlige og sigtede efter at mane til besindighed. Dette vidnede om en pragmatisk tilgang. Lægernes store engagement og samarbejde med befolkningen var et tillidsvækkende element, hvorfor befolkningen ikke stod tilbage for at samarbejde med sundhedsmyndighederne.<sup>76</sup>

Disse forskelle er ganske signifikante og bør holdes for øje ved anvendelsen, af Foucaults teoretiske udlægning af lægevidenskabens udvikling med udgangspunkt i Frankrig på et dansk eksempel. Det analytiske fokus som Foucault lagde for dagen i sin undersøgelse havde i langt højere grad til hensigt at afdække selve de underliggende strukturer og mekanismer, der udgjorde magtens væsen. Der kan dog argumenteres for,

---

<sup>75</sup> Bonderup, *Cholera-morbro'er og Danmark*, s. 28.

<sup>76</sup> *Ibid.*, s. 29.

at det er gennem hans fokus på udviklingen inden for lægevæsenet og hospitalerne som institutioner, at der påpeges tendenser inden for lægernes ageren og kundskaber, der ligeledes ses uden for det franske eksempel. Heriblandt kan nævnes den indflydelse som den politiske liberalisme fik for lægeembedets udvikling. Endvidere kan der peges på *blikket* som et af Foucaults begreber, der kan anses for relevant at inddrage i en analyse af lægevidenskaben og lægernes udvikling og indflydelse.

Foucaults historiesyn kan bibringe denne opgaves analyse et analytisk perspektiv, der vil kunne medvirke til at belyse, hvordan lægevidenskaben har udviklet sig. Foucaults perspektiv kan kaste lys over, at lægevidenskaben ikke har udviklet sig kronologisk i et vakuum, uden idé og strukturmæssig indflydelse fra det omgivende samfund. Det påpeges, hvordan økonomiske og politiske forhold har været af afgørende betydning for opbygningen af institutioner og nye videnskabelige tilgange, der har ledt til nye idéer og teorier. Dette kan bidrage til en forståelse af, hvordan videnskabelige brud med fortidig tænkning, ikke nødvendigvis udfolder sig som en gradvis opbygning af viden, der leder mod et bestemt endemål, men som pludselig skifte, der har været nødvendig- eller muliggjort af forandringer i andre samfundsforhold.

#### **4.2 Thomas Kuhn - Videnskabens revolutioner**

Den amerikanske videnskabsteoretiker, -filosof og -historiker Thomas Samuel Kuhn (1922-1996) har gennem sit teoretiske arbejde med videnskabernes udvikling og fremskridt præsenteret en teoretisk ramme for forståelse af videnskabelige revolutioner og naturvidenskabernes udvikling.

Kuhn definerer videnskaben som: “ (...) *det kompleks af kendsgerninger, teorier og metoder, som er samlet i almindelige lærebøger* (...)”<sup>77</sup> Ud fra denne definition har det været Kuhns tese, at der har forelagt en opfattelse i videnskabshistorien af, at historikerens hovedopgave har beroet på at beskrive af hvem og hvornår en given teori og videnskabelig udvikling er blevet opdaget eller har fundet sted. Det er denne opfattelse Kuhn søger at udfordre i sit værk *Videnskabens revolutioner*, da han påpeger, at det ikke er givet, at videnskaben udvikler sig som en ophobning af individuelle opdagelser og påfund. Derimod argumenterer han for, at når en profession oplever uregelmæssigheder,

---

<sup>77</sup> Thomas S. Kuhn, *Videnskabens revolutioner*, overs. Knud Haakonssen (København: Fremad A/S, 1995), s. 52.

der undergraver den eksisterende tradition, og den eksisterende tradition kommer til kort i sin søgen efter at etablere et løsningsforslag, påbegyndes de undersøgelser, der fører professionen i retning af nye idéer eller *paradigmer*. Markante forandringer inden for, hvad der betragtes som normalvidenskab, anså Kuhn for *paradigmeskift* og han definerede et paradigme som en position, hvorudfra en given videnskabs normer og teknik defineres og vurderes.<sup>78</sup>

Inden for udviklingen i videnskaber er paradigmer afgørende. Ifølge Kuhn er de fuldstændigt ufravigelige, men ikke desto mindre foranderlige: *“Så snart man har fundet et første paradigme til at betragte naturen igennem, findes der ikke mere sådan noget som forskning uden paradigme. At forkaste et paradigme uden samtidig at sætte et andet i stedet er at forkaste videnskaben selv.”*<sup>79</sup> Der kan argumenteres for, at denne proces ligeledes gør sig gældende inden for lægevidenskaben og endvidere, at dette fandt sted blandt 1800-tallets lægers smitteteoretiske udvikling fra contagionisme til miasmatik. Det fremhæves, at Kuhn anskuer de drastiske, videnskabelige forandringer som ikke-kummulative udviklinger når ét paradigme erstatter et ældre. Kuhn argumenterer for dette synspunkt ud fra en parallelisme til de politiske revolutioners karakter. Hans anskuelse fordrer, at der inden for såvel videnskaben som politik er det de hidtidige strukturers utilstrækkelighed, der kan lede til brud: *“I både den politiske og den videnskabelige udvikling er fornemmelsen af fejl, som kan føre til krise, en forudsætning for revolutioner.”*<sup>80</sup> Der er tale om en svækkelse af eksisterende paradigmers rolle, hvor fagpersonerne vil stille sig i to konkurrerende lejre, hvor én part forsvarer den hidtidige orden, mens andre søger en ny vej. Hver gruppe vil anvende sit eget paradigme til at argumentere for paradigmets legitimitet.

For at forstå, hvorfor ét paradigme er i stand til overtage et andets plads inden for den gængse normalvidenskab, argumenterer Kuhn for, at selve den overtalende argumentations metoder, der tages i brug i et forskningssamfund, må undersøges. Hensigten er at belyse, hvorvidt der er reelle årsager til, at optagelse af et nyt fænomen eller ny teori kræver, at det hidtidige paradigme må erstattes af et nyt. Ny teori behøves ikke nødvendigvis være i modstrid med det forgangne paradigme, men må belyse et hidtil

---

<sup>78</sup> Kuhn, *Videnskabens revolutioner*, s. 56.

<sup>79</sup> *Ibid.*, s. 123.

<sup>80</sup> *Ibid.*, s. 135.

ukendt fænomen. Det afgørende skal findes, hvis de erkendte uregelmæssigheder står modstridende mod at kunne forklares af det hidtidige paradigme. Fra Kuhns perspektiv, giver dette anledning til nye teorier og paradigmeskifte.<sup>81</sup>

Den nye optagede teori må i større eller mindre grad skabe mulighed for forudsigelser, der er forskellige for den forgangne teori. Denne forskel er ifølge Kuhn udtryk for, at teorierne var logisk uforenelige. Kuhns teori vedrørende paradigmeskifte og teoretiske nybrud vil blive inddraget i projektets analyse med henblik på at belyse, hvilken type forandring, der var tale om i de lægevidenskabelige kredse. Idéen om paradigmer og betragtningen af deres skifte har til hensigt at supplere Foucaults strukturalistiske syn på klinikkens udvikling. Kuhns teori vil bidrage analysen en mulighed for at anskue, hvordan den smitteteoretiske udvikling blandt den danske lægestand kan anskues som et paradigmeskifte.

## 5. Metode

### 5.1 Kildepræsentation

Opgavens analyse vil tage udgangspunkt i indsamlede eksemplarer af de samtidige tidsskrifter, der beskæftigede sig med de politiske lovfremstillinger og den lægefaglige debat. Her er der blevet udvalgt de følgende, centrale tidsskrifter: *Ugeskrift for læger*, *Bibliothek for læger* samt udgaver af aviserne *Fædrelandet* og *Dagbladet* (København). *Bibliothek for læger* tidsskrifter forefindes digitaliseret og ligger således tilgængelige hos Münchener DigitalisierungsZentrum. MDZ varetages af den af Bayerske delstat og har til opgave at indsamle og bevare digitaliseret kulturarv. Biblioteket er en non-profit organisation, hvis samling foreligger frit tilgængelig for forskningsmæssig afbenyttelse.<sup>82</sup> Dog er der ikke tale om en komplet samling på den digitale platform, men derimod kun udvalgte eksemplarer fra bestemte årgange, hvilket der må tages højde for. Eksemplarer og udgaver af *Ugeskrift for læger* forefindes gennem databaser hos HathiTrust. HathiTrust er et amerikansk non-profit samarbejde mellem flere forskningsbiblioteker, der søger at bevare digitaliserede kilder, artikler og dokumenter. Databasen indeholder heriblandt en

---

<sup>81</sup> Ibid., s. 140.

<sup>82</sup> "The Munich Digitization Center," konsulteret 30. Marts 2020, <https://www.digitale-sammlung.de/index.html?c=mdz&l=en>



kronologisk samling af *Ugeskrift for læger*, fra ugeskriftets grundlæggelse og frem til 1900.<sup>83</sup>

Aviserne *Fædrelandet* og *Dagbladet* i København er begge samtidige tidsskrifter, der dækkede den politiske udvikling og debatterne mellem de politiske magthavere og de grupper, der søgte at påvirke dem. Begge aviser bragte indlæg såvel som artikler, der udtrykte avisernes egne holdninger til debatterne og magtkampene. I begge tilfælde er der tale om nationalliberale aviser, hvilket kommer til udtryk i avisernes vægtning af argumenter, samt hvilken politisk udvikling og linje avisernes redaktører udtrykker støtte til. *Bibliothek for læger* er det ældst danske eksisterende tidsskrift for læger, der endnu publiceres, og som er blevet publiceret uafbrudt siden 1809. Arvingerne efter våbenfabrikant og generalmajor Johan Frederik Classen (1725-1792), der havde en forkærlighed for litteratur, valgte i 1807 at bevilge 200 rigsdaler årligt til etableringen af et litteraturselskab. Selskabet skulle være for den danske lægestand, der fik til opgave at udgive et tidsskrift på dansk, som skulle videreformidle den aktuelle sundhedsforskning i artikler omhandlende diagnostik, behandlingsmetoder, forhandlinger og ligeledes være en platform for debat.<sup>84</sup>

*Ugeskrift for læger* er Lægeforeningens medlemsblad og er udkommet siden 1839, hvor Den almindelige danske Lægeforening grundlagde tidsskriftet. Ugeskriftet etableredes for at publicere nyheder, forskning, artikler, litteraturanmeldelser af faglitteratur og debatter blandt den danske lægestand. Det har været muligt at fremskaffe majoriteten af *Ugeskrift for læger* i hele perioden fra tidsskriftets etablering i 1839 og frem til år 1900. Således forefindes der et nærvæd komplet, kronologisk kildesæt i forhold til at belyse, hvorledes den lægevidenskabelige forskning blev præsenteret. Muligheden for en kronologisk opbygning gør det muligt at følge udviklingen år for år, samt inddrage detaljerede beskrivelse og aktørernes egne analyser af begivenhederne, der kan være fordelagtig ved analyse af lægernes debatindlæg. Det gør det muligt at belyse, hvordan lægestanden anskuede selve den videnskabelige udvikling og hvorvidt de italesætter forhindringer eller muliggørende instanser og faktorer, der fremskynder eller driver udviklingen i en bestemt retning.

---

<sup>83</sup> "HathiTrust," konsulteret 30. marts 2020, <https://www.hathitrust.org/about>

<sup>84</sup> Bibliotek for Læger, 2009. 201. årgang. Red. Christian Graugaard et al. Udgivet af Lægeforeningen, København, 2009, s. 5.

## 5.2 Analysestrategi og kildekritiske overvejelser

Projektets hovedfokus er den danske lægestands virke efter koleraepidemien i København. For at nå en fyldestgørende besvarelse af den opstillede problemformulering vil der hovedsageligt blive anvendt kildemateriale, der er produceret af læger og trykt i deres fagskrifter. I forlængelse heraf vil blive foretaget en analyse af de hygiejniske forkæmpers forhold til de lovgivende politikere. Ved en læsning af de sundhedsrådgivende organers beretninger og beskrivelser af forhandlinger vil der være fundament for en karakteristik af den løbende udvikling og forandring af holdninger og forhold, der muliggjorde holdningsændringer og påvirkede forandringerne i lægernes position. Kilderne analyseres for at danne et indblik i selve strømningerne, argumenterne og idéerne, der formede den grobund, hvorudfra lægestanden udviklede sig. Tidsskrifterne udgør her en særegen mulighed for at skabe indblik i de strømninger, der var fremherskende inde politisk, videnskabelige og socialt, der kan betegnes *tidsånden*. Disse kilder giver mulighed for at danne et billede af sager, der optog lægestanden og ikke mindst deres videre holdning til selve sagerne og deres politiske håndtering heraf.<sup>85</sup>

Opgavens analyse vil indebære en tvedelt analyse. Første andel vil bero på den miasmatiske - contagionistiske dikotomi og udvikling, der udspandt sig. Kilderne, der vil blive anvendt til at belyse lægestandens- og videnskabens udvikling, vil have til hensigt at beskrive, hvordan den danske lægestand argumenterede for de miasmatiske og hygiejniske principper samt, hvorledes disse hygiejniske idéer kom til udtryk i lægernes agitationer. Denne del af analysen vil blive gjort mulig ved anvendelsen af artikler bragt i *Ugeskrift for læger* og *Bibliothek for læger*, hvori referater af Det Kongelige Sundhedskollegiums forhandlinger indgår. Dertil vil øvrige afhandlinger forfattet af læger for Den Overordentlige Sundhedskommission anvendes. Disse tekster vil kunne vise, hvorvidt der kommer en tydelig udvikling frem i lægernes anskuelse af smitte, hygiejne, befolkningens vel og hvorledes der bør tages hånd om disse anliggender.

I anden analysedel vil projektet anskue den politisk-administrative proces med henblik på at belyse lægernes påvirkning og indflydelse herpå. Artikler bragt i ugeskrifter fra Den Overordentlige Sundhedskommission, Det Kongelige Sundhedskollegium

---

<sup>85</sup> Knut Kjeldstadli, *Fortiden er ikke hvad den har været - En indføring i historiefaget*, overs. Claus Bryld (Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag, 2005), s. 170-171.

forhandlinger og lægernes egne skrifter vil blive inddraget. Derudover vil debatindlæg og artikler bragt i aviserne *Fædrelandet* og *Dagbladet* i København blive inddraget sammen med Det Kongelige Sundhedskollegiums udgivelser af referater af Sundhedskollegiets forhandlinger. Hensigten vil være at danne et indtryk af, hvordan forholdet mellem de nationalliberale og de ledende læger for den hygiejniske anskuelse forelå og udviklede sig. Dette vil dagbladsartiklerne ligeledes kunne bidrage hermed,

Tidsskrifterne indeholder dog bestemte bias, der var afgjort af perioden, hvilket, der må tages højde for i analysen. De ledende læger i Sundhedskollegiet tilsluttede sig overvejende miasmeteorien, hvorfor deres fokus er på boligforhold, lys og luftens beskaffenhed. De mest udførlige lægevidenskabelige rapporter angående koleraen har København som sit omdrejningspunkt. Derfor vil hovedstaden udgøre en omfattende case i analysens indhold. Ikke desto mindre giver det et vigtigt indblik i menneskesynet, der herskede blandt lægerne i Sundhedskollegiet og deres agitationer for forbedrede strukturelle kår i landets byer.

Det var oprindeligt ønsket at inddrage referaterne fra de politiske debatter i *Rigsdagstidende*, der kunne belyse mere indgående, hvorledes de nationalliberale forholdt sig til lægernes forslag. Da disse kilder ikke forefindes digitalt for den centrale periode 1850-1860 var det nødvendigt at indhente disse kilder fysisk. Dette er beklageligvis blevet forhindret af coronavirusen (COVID-19), der tvang Det Kongelige Bibliotek og andre arkiver til at lukke ned som del af nedlukningen af Danmark. Nedlukningen af samfundet har udgjort en uforudset udfordring, der er blevet forsøgt håndteret så hensigtsmæssigt som muligt i forhold til denne opgaves analyse. Disse forhold medførte, at der er blevet rettet et øget fokus på debatten i aviserne, Sundhedskollegiets forhandlinger foruden *Ugeskrift for Læger* for at veje op for denne mangel af den politiske debat.

## 6. Analyse

Blandt de danske læger eksisterede en konsensus om, at det var bydende nødvendigt at etablere forholdsregler og foranstaltninger, der skulle komme eventuelle epidemiske udbrud til livs, og senere forebygge disse, af hensyn til almenen. Forebyggelse og bekæmpelse af sygdom forløb på to vidt forskellige måder, før og efter epidemien i 1853. De sociale og samfundsmæssige problematikker som de elendige sanitære forhold og den eksisterende infrastruktur havde forandret lægernes anskuelse og agitation. De dårlige hygiejniske forhold blev omdrejningspunkt for lægernes agitation efter 1853. Bekæmpelsen af de dårlige sanitære forhold blev et centralt redskab og omdrejningspunkt i den moderne socialhygiejnes etablering, hvor staten udvidede sin omsorg for det almene menneskeliv. Lægestandens forståelse heraf og argumentation for og imod var afgørende for, at udviklingen kunne cementeres.

Udviklingen inden for den danske lægevidenskab og den bystrukturelle udvikling i hovedstaden udfoldede sig på en række af arenaer. Disse talte såvel sundhedsfaglige som politiske områder. Inden for det lægevidenskabelige område, udgjorde Det Kongelige Sundhedskollegium den øverste myndighed for lægerne. Det Kongelige Sundhedskollegium byggede på en institution, der var blevet grundlagt under enevælden, men som ikke desto mindre havde overlevet statens overgang fra enevælde til demokrati. Sundhedskollegiet var underordnet Justitsministeriet, men indebar en anderledes struktur og styring end den, der var almen gældende i ministerierne i kraft af dets kollegiale opbygning. Sideløbende med Det Kongelige Sundhedskollegium fungerede Den Overordentlige Sundhedskommission. Denne kommissions hovedopgave var at føre tilsyn med den danske stats sundhedsvæsen og blev etableret som en reaktion på, at koleraen var kommet til Europa. Denne kommission fungerede i perioden 1831 til 1860 og var under selve koleraepidemien den øverste myndighed inden for sundhedsvæsenets bekæmpelse af sygdommen.<sup>86</sup>

Underordnet Den Overordentlige Sundhedskommission blev Den Hygiejniske Komité etableret. Hornemann blev formand for denne komite efter 1847 og det var særligt gennem denne komite, at blandt andet Hornemann agiterede for de hygiejniske omstrukturingsplaner. Foruden disse sundhedsvidenskabelige arenaer stod en række

---

<sup>86</sup> "Den Overordentlige Sundhedskommission." Konsulteret 2. maj 2020, [https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=3059&laes\\_mere=ja](https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=3059&laes_mere=ja)

politiske arenaer. Disse talte Justitsministeriet, Indenrigsministeriet og Borgerrepræsentationen. Under selve epidemien havde der været tale om et udførligt samarbejde i fælles kamp mod koleraen mellem lægerne, den kommunale administration, Sundhedskollegiet og Den Overordentlige Sundhedskommission og Justitsministeriet. Det blev inden for disse arenaer, at der forløb en konfliktfyldt debat mellem grupperinger af borgerrepræsentanter, jurister, politikere og læger. Der blev tale om en debat, der omhandlede sundhedskommissionernes sammensætning og myndighed. Dertil kom en debat om, hvilken gruppe, der skulle besidde myndigheden til at forfatte sundhedsvedtægterne i efterspillet til koleraepidemien. Anskuet fra kollegiets perspektiv kan der argumenteres for, at Det kongelige Sundhedskollegiums ønske var at få legitimeret de tiltag og løsninger, der havde fundet sted under epidemien. Dette indebar at sundhedskommissionerne skulle vokse i antal, der ligeledes ville medføre en forøgelse i antallet af læger ude i disse kommissioner. Der kan argumenteres for, at det var denne forøgelse af læger i de lokale kommissioner, der skabte en konflikt mellem en hygiejnisk, sundhedsvidenskabelig fløj og en juridisk, politisk fløj.<sup>87</sup>

Argumentationen og lægernes forståelse heraf vil blive belyst i den følgende analyse. Som Schmidt og Kristensen har argumenteret for blev medicinen ophøjet til politisk og socialvidenskab som en del af den socialhygiejniske udvikling ved at embedsapparatet stillede nye krav til lægerne.<sup>88</sup> Ligeledes forandredes lægernes stilling sig gennem den Overordentlige Sundhedskommission og Sundhedskollegiets indflydelse som rådgivende organ. Denne administrativt-politiske udvikling vil efterfølgende blive belyst for at undersøge lægernes rolle i etableringsprocessen af de strukturelle forandringer i København.

---

<sup>87</sup> Bonderup, *Cholera-morbro'er og Danmark*, s. 297-298.

<sup>88</sup> Schmidt og Kristensen, *Lyst, luft og renlighed*, s. 55.

### 6.1.1 Miasmeteorien og den hygiejniske lægebevægelse

I henhold til Lindegaards forskning var der tale om, at den hygiejniske lægebevægelse, der tilsluttede sig miasmeteorien, lykkedes med at italesætte den sanitære dagsorden i den københavnske borgerrepræsentation efter 1844. Et tydeligt udtryk for dette kan ses i rapporten *Om adskillige Mangler ved den Reenlighed i Kiöbenhavn, i sanitær Henseende; og om en forbedret Vandforsyning som et Middel derimod* af Dr. Hornemann, formand for Den Hygieniske Comite fra 1847. Hornemann beskriver i sin rapport, hvordan hygiejnen som en del af lægevidenskaben har til hensigt: "(...) at forebygge Sygdommene, til at fjerne alle Sygdomsaarsager, alle Kilder til Usundhed, og saaledes gjøre det daglige Liv baade sundere og behageligere."<sup>89</sup> Således betragtede Hornemann den hygiejniske disciplinens hensigt og Den Hygiejniske Komités hovedopgave i forhold til de københavnske borgers liv og velbefindende.

Han anså helt og holdent urbaniseringen som en hovedårsag til de forværede leveforhold for særligt samfundets laveste klasser og anskuede det som lægernes pligt at tage ansvar herfor: "*Menneskene paa saa mange Maader fjernes fra den saakaldte naturlige Tilstand, paa samme Tid som Usundhed og Sygdommenes Udvikling derved begunstiges. Til Modvægt herimod søger nu Hygieinen at anvende vor (...) cultiverede Viden til Sundhedsregler for det offentlige og private Liv.*"<sup>90</sup> Der kan argumenteres for, at lægernes forandrede stilling og nye syn på forholdet mellem behandling og forebyggelse kommer til udtryk heri. Hornemanns rapport udtrykker en ny orienteringsproces, der kan anskues ud fra Foucaults definition, hvor der er tale om en omorganisering af sygdomsbegrebet. Hornemanns rapport lægger ikke op til behandlingstiltag af konkrete sygdomme, men anskuer selve de laveste klassers livsvilkår som anledning til smitte og sygdom.

Hornemann dikterer tre hovedområder, hvor der burde gøres en særlig indsats. Disse var: "*Reenlighed, god Luft og en god Forpleining.*"<sup>91</sup> Han agiterer derpå for, at statsadministrationen bærer hovedansvaret herfor, da lægerne så godt som ingen indflydelse havde haft på byplanlægningen og prioriteringen i hovedstadens

---

<sup>89</sup> Emil Hornemann, *Om adskillige Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kiöbenhavn, i sanitær Henseende; og om en forbedret vandforsyning som et Middel derimod*. (Kjöbenhavn: Bianco Lunos Bogtrykkeri, 1847), s. 3.

<sup>90</sup> Hornemann, *Om adskillige Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kiöbenhavn*, s. 4.

<sup>91</sup> *Ibid.*, s. 4.

borgerrepræsentation. Hornemann anså det derfor som afgørende for folkesundheden, at Den Hygiejniske Komité fik politisk indflydelse: "(...) *Lægernes Andeel i den fælleds Bestyrelse er hos os endnu saa godt som ingen. Vi see derfor, at mange Foranstaltninger, hvorved Lægernes Mening nødvendigviis burde høres, iværksættes uden Hensyn til om den offentlige Sundhed derved lider eller ie (...) Sundhedskollegiet og Stadsphysicus, ere ikke executive, og deres Raad, naar det forlanges, bliver ikke nedda saa sjeldent ladet upaaagtet.*"<sup>92</sup> Det kommer her til udtryk, hvorledes Hornemann her direkte kritiserer den politiske administrations mangelfulde lydørhed for lægernes råd og kritik og han agiterer for, at den hygiejniske lægestands viden burde inddrages i den bypolitiske beslutningsproces.

Om lægernes stilling argumenterer han: " (...) *fremfor alt bestandig være betænkt paa at gjøre Autoriteterne opmærksomme paa de Sygdomspotenser, der forekomme rundt omkring i Byen, og, ved jevnliggen at paaminde om disses Fjernelse, bidrage til at forbedre Sundhedstilstanden i Kjöbenhavn.*"<sup>93</sup> Hornemann beskriver nødvendigheden af, at Sundhedskollegiet tages med på råd i anliggender, der omhandler byens sanitære forhold. Det kommer til udtryk, at Sundhedskollegiet ikke har tiltro til den eksisterende håndtering af byens borgernes skidt og efterladenskaber og de manglende foranstaltninger, der var nødvendige for at forbedre sundhedstilstanden i byen. Endskønt Hornemann var fortaler for miasmeteorien medgav han, at teorien savnede konkrete, videnskabelige beviser: " (...) *uagtet vi kun i de færreste Tilfælde kunne angive et directe Causalforhold mellem Ureenlighed, og hvad dermed staaer i Forbindelse (...) og de forskjellige sporadiske, endemiske og epidemiske Sygdomme paa den anden Side; uagtet vi endelig maae bekjende, at vore Kundskaber om Miasmaer, Sump- og Moradsluft (...) og overhovedet om skadelige Uddunstninger som Sygdomsaarsager, i mange Tilfælde ere höist usikre om meest beroende paa löse Hypotheser (...).*"<sup>94</sup> Herved kommer den lægevidenskabelige smitteforståelses mangler til udtryk, og det antydes, hvordan den medicinske videnskab manglede metoder og teknologiske, analytiske redskaber til at udpege smitekildernes årsager. Han forklarer derimod, at Den Hygiejniske Komités anbefalinger, på baggrund af miasmeteorien, beror på praktiske erfaringer:

---

<sup>92</sup> Ibid., s. 4.

<sup>93</sup> Ibid., s. 6.

<sup>94</sup> Ibid., s. 9.

“(…) *saa vide vi dog som en uomtvistelig Erfaring, at Mennesker, der indaande og leve i reen og fri Luft, og mellem reenlige Omgivelser, ere sundere og mere velbefindende end de, der leve i ureen og indesluttet Luft; vi vide, at reenheten og Friskheden af den Luft vi indaande, for en stor Deel afhænger af Reenligheden og Tørheden af vore omgivelser og vi vide endelig, at mange Sygdomme (...) finde deres bedste foci og Ledere i Smuds, Fugtighed, forraadnede organiske Stoffer, i ureen Luft og ureent Vand.*”<sup>95</sup> Det kommer til udtryk, at Hornemann i sin rapport for den Hygiejniske komité anlagde kimen til det program af reformer, som Sundhedskollegiet og hygiejnikerne agiterede og arbejdede for i efterspillet på koleraepidemiens afslutning.

Hornemanns kritik er i udpræget grad rettet mod de latrinforhold, der gjorde sig gældende blandt hovedstadens fattigste klasser og hans miasmatiske smitteforståelse kommer til udtryk herigennem: “ (...) *næsten ethvert nok saa lille Gaardsrum i Kjöbenhavn har en muret Grav eller Kasse til Optagelse af alle flydende og faste Exkrementer og anden Uhumskhed (...) der afgiver rigeligt Stof baade til at gjöre Luften, Grunden og gjennem Grundvandet ogsaa Vandet i Brönde og Vandrender ureent, er udentvivl en af de vigtigste Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kjöbenhavn.*”<sup>96</sup> I og med, at det var netop luftens og vandets betydning for dannelsen af de giftige dunster som miasmatikerne anskuede som en hovedkilde til sygdomme kommer herved til udtryk.

Foucault har i sin teori om lægevidenskabens udvikling udtrykt, hvordan lægerne anlagde et blik for at afdække sygdommenes arnesteder. Dette kommer i Hornemanns kritik til udtryk ved, at den hygiejniske lægestand fik som et mål at afdække epidemiernes smitekilder, hvorved der kan argumenteres for, at de indgik i en byplanlægningsmæssig magtkamp. Den miasmatiske lægestand fokuserede på, hvordan miljøet og omgivelserne kunne formes således, at smitekilderne blev formindsket. Lægernes fokus kan anses som del af en omorganisering af sygdomsbegrebet. Denne omorganisering havde til hensigt at etablere, hvorledes epidemiske sygdomme kunne forebygges ved hensigtsmæssige hygiejniske strukturer i byerne frem for at anskue dem som et uforståeligt onde nedkaldt af Gud over den syndige befolkning. Den hygiejniske bevægelse blandt lægerne lagde af denne grund markant vægt på at influere den politiske beslutningsproces i det

---

<sup>95</sup> Ibid., s. 9.

<sup>96</sup> Hornemann, *Om adskillelige Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kiöbenhavn*, s. 18.



københavnske byråd og indenrigsministeren når det kom til forslag om byudvikling, der kunne forbedre byluften og afledningen af spildevand:

*“Ethvert Forslag, der gaaer ud paa at forbedre vore Forhold, bör derfor modtages med Taknemmelighed og “paaagtes med Omhyggelighed” (...) Vi ere dernæst berettigede til, hos os, som i andre større Byer, at tilskrive denne Luft og disse specielle Forhold deres Andeel i alle de ugunstige baade Nativitets og Mortalitetsforhold.”<sup>97</sup>*

Der var tale om agitationen for et omfattende folkesundhedsmæssigt projekt som, hvis det blev implementeret, ville komme befolkningen til gavn i kraft af forbedrede levevilkår. Lige så kommer det til udtryk ved en italesættelse af den gavnlige effekt, som Hornemann vurderer, at latrinforbedringer og etableringen af en omfangsrig kloak ville have på fødselsraten, beskrevet som *Nativiteten*. Dette kan anskues ud fra Schmidt og Kristensens arbejde med socialhygiejnens skabelse. Schmidt og Kristensen argumenterer for, at medicinens udvikling gennem 1800-tallet var præget af sociale og politiske faktorer, der gjorde, at lægevidenskaben fik et fokus på befolkningsomsorg og forbedring af, hvad Schmidt og Kristensen begrebsliggør som *menneskematerialet*.<sup>98</sup> Der kan argumenteres for, at denne befolkningsomsorg kommer til udtryk i Hornemanns argumentation for den måde, hvorpå strukturelle forbedringer kunne sikre en forbedring af luftens klima i byen og dens indflydelse på fødselsraten og befolkningsdødeligheden.

For Hornemann var luften og fugtigheden afgørende, hvad angik dannelsen af epidemiske sygdomme. Rendestenen udgør et primært kritikområde, hvad angik årsager til de elendige sundhedsforhold i København. De hygiejniske læger havde et tydeligt fokus på de faktorer, der indvirkede derpå: *“(…) Aarsagerne ere som sagt mange, der alle virke i Forening; man bör altsaa se at fjerne eller at modarbeide saa mange af disse som muligt. Dette indsaee man også meget vel da Choleraen truede os for nogle Aar siden.”<sup>99</sup>* Den præventive orientering kommer her til udtryk. Dette kan blandt andet ses gennem Hornemanns fokus på sygdommenes årsager og nærmere bestemt koleraens årsager i det pågældende tilfælde. Anskuet ud fra Foucaults teoretisering af 1800-tallets lægevidenskabelige udvikling, kan der argumenteres for, at der her ses konturerne til udviklingen af medicinen som overvågningsinstans til gavn for statsadministrationen.

---

<sup>97</sup> Ibid., s. 24-25.

<sup>98</sup> Schmidt og Kristensen, *Lys, Luft og Renlighed*, s. 32.

<sup>99</sup> Ibid., s. 29.

Magt blev knyttet til viden, hvor staten indtog en større rolle i borgernes liv ved, at der blev inddraget statistiske metoder til at afdække sygdommenes årsager, der gav mulighed for at strukturere befolkningens levevilkår og forbedre befolkningsmaterialet.<sup>100</sup> Denne nytænkning, hvor de miasmatiske læger anlagde fokus på sammenhængen mellem luften, fugtige omgivelser og forrådnelsesprocesser, der skabte smitekilder anskues ligeledes af Schmidt og Kristensen. De argumenterer for, at miasmeteoriens rumslige ætiologi blev social i kraft af lægernes fokus på dårlig luft og stillestående kloakvand som sygdomsforårsagende forhold, der var forårsaget af leveforholdene i byerne.<sup>101</sup> Herved ses det, at der blev etableret et fokus blandt lægerne for bystrukturelle forhold, der var årsag til miasmeproblemerne. Dette kommer blandt andet til udtryk i Hornemanns skrift på følgende vis:

*“Det Förste jeg i denne Henseende maa nævne, er et udvidet og forbedret Kloaksystem (...) Det er nemlig klart, at det ikke er nok at lade Vand strömme ud i Rendestenene; dette Vand maa, med Alt hvad det förer med sig, ogsaa have raskt Aflöb, og stærkt Fald, da det eller let kan blive til Skade (Fugtighed) istedetfor til Gavn.”<sup>102</sup>*

Det ses, hvordan den miasmatiske lægestand søgte at influere planlægningen, der indebar en parcelering i de urbane strukturer. Heri stod rummets cirkulationsformer stod centrale. Adskillelsen mellem kloak og vandforsyning var essentiel, men det kommer til udtryk, at der ligeledes eksisterede en forståelse af, at stillestående kloakvand udgjorde en af de årsager, der gav skabte de miasmer. Heri spillede byplanlægningen og institutionerne en afgørende rolle. Det kommer til udtryk i Hornemanns skrift, at lægerne dog ikke kun anskuede selve folkesundhedsmæssige forbedringer og hensigter, men ligeledes for hvem i samfundet, at de strukturelle forbedringer særligt kunne være til gavn:

*“Jeg troer saaledes at have viist, hvad Nytte den offentlige Reenlighed, og gjennem den offentlige sundhed, kan have af en forbedret Vandforsyning. Jeg har derimod hverken omtalt alle de Fordele, som den huslige og personlige Reenlighed kan höste deraf, eller den gavnlige Indflydelse paa Befolkningens, især de lavere Klassers, Tilstand i det Hele, som denne Reenlighedsreform vil kunne afgive.”<sup>103</sup>*

---

<sup>100</sup> Foucault, *Klinikkens Fødsel*, s. 16.

<sup>101</sup> Schmidt og Kristensen, *Lys, Luft og Renlighed*, s. 42.

<sup>102</sup> Hornemann, *Om adskillelige Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kiöbenhavn*, s. 32.

<sup>103</sup> *Ibid.*, s. 36.

Der kan ud fra dette argumenteres for, at der i den lægevidenskabelige, hygiejniske kritik af de eksisterende forhold ligeledes eksisterede et socialt hensyn, der her kommer til udtryk. Den miasmatiske lægestand udtrykte, at sygdomme skabt af miasmer hovedsageligt ramte svækkede borger. Blandt disse borgere var der hovedsageligt tale om de økonomisk dårligt stillede, der foruden at leve hovedstadens kvarterer, hvor de latrinmæssige og hygiejniske forhold var katastrofale, ligeledes var stillet dårligt i forhold til ernæring. Såvel forbedrede bolig- og latrinforhold, hygiejne og ernæring blev afgørende i den miasmatiske lægestands agitationer for bypolitiske ændringer, men ligeledes en række fokuspunkter, hvor smitteteorien adskilte sig markant fra contagionismen.

### 6.1.2 Den smitteteoretiske strid: Diskussionen i *Ugeskrift for læger*

Kampen mellem den contagiøse teori og miasmeteori udviklede sig gradvist gennem 1800-tallet, hvor et stigende antal progressive læger tilsluttede sig miasmeteori. I midten af 1800-tallet eksisterede der stadig uvished blandt de toneangivende danske læger i de rådgivende organer. I lægernes beretninger i *Ugeskrift for læger*, før koleraepidemien havde indtruffet i København, kommer der en opfattelse til udtryk af, at koleraen var en contagiøs sygdom. I året 1850 beskrev ugeskriftet blandt andet, hvilken overbevisning, der gjorde sig gældende blandt autoriteterne i Sundhedskollegiet. I artiklen beskrives erfaringerne med håndteringen af et epidemisk udbrud i Bandholm, hvor der lægges vægt på karantænen som effektivt redskab:

*“At den asiatiske Choleræ Forplantning fra Individ til Individ virkelig kan indskrænkes indenfor et Lazareths Grændser ved qvarantænemæssige Forholdsregler og Afspærring og derved holdes ude fra en By eller et Land, der ikke er undergivet den epidemiske Indflydelse, derpaa har man i denne Sygdoms Historie Saa stærke Sandsynligheds Beviser som vistnok saadanne kunne have.”*<sup>104</sup>

Ifølge artiklen lagde autoriteterne og lægerne i Bandholm vægt på, at sygdommen smittede gennem fysisk kontakt. Således forelå der endnu i 1850 en forståelse blandt Sundhedskollegiets læger af, at contagionismen fungerede, set ud fra praktiske erfaringer. Sådanne erfaringer gjorde, at der stadig blandt højtstående læger eksisterede

---

<sup>104</sup> Sundhedskollegiet, “Cholera”, *Ugeskrift for Læger 2den Række XIII. Nr. 11.* (14. september 1850): 153.

en overbevisning om, at afspærring kunne standse udbredelsen af epidemiske sygdomme grundet deres smitte gennem berøring.

Bandholm oplevede i 1850 det første epidemiske udbrud da 28 mennesker blev smittet med kolera. Fra Sundhedskollegiet i København blev den unge læge Peter Ludvig Panum (1820-1885) udsendt til Bandholm, da de lokale sundhedsmyndigheder ikke havde kapacitet til at håndtere udbruddet. Panum havde som nyuddannet kandidat været udsendt til Færøerne, hvor han havde håndteret og standset en mæslingeepidemi gennem karantæne og hermetisk aflukning af inficerede bygder og huse. Det blev på baggrund af hans erfaringer fra Færøerne, at han ligeledes anlagde en stringent contagiøs strategi i Bandholm. Der etableredes et interimistisk hospital i et byens bedre huse, hvori der ligeledes blev etableret en særlig sektion for smittede børn. Lokale, sunde voksne blev ansat som sygepassere, der fik stærkt påbud mod at færdes i og omkring de usmittede huse. Smittede borgere blev anbragt i karantæne på det interimistiske hospital og deres egne huse blev spærret af og aflåst. Lokale karle blev hyret som ligbærere og til at rense ud i de inficerede huse. Panum satte sig selv i karantæne, således han isoleret tog sig af de smittede patienter, alt imens den lokale læge tog sig af de usmittede. Strategien betød, at efter blot fem dage var sygdomstilfældene isoleret til kun at omfatte de indlagte på hospitalet. Karantænen kunne således ophæves efter dette korte forløb og de tidligere smittede borgers hjem kunne herefter udluftes, rengøres og desinficeres. Af Bandholms samlede 600 indbyggere var smittetallet 28 personer og af disse var i alt 15 døde.<sup>105</sup>

Panums håndtering af udbruddet i Bandholm udgør et særegent tilfælde, hvad angår håndteringen af en epidemi, set ud fra såvel et miasmatiske som contagionistisk perspektiv. Efter at være vendt tilbage til København søgte Panum at afdække koleraens smitemæssige tendens i en rapport ud fra de etablerede teorier, men nåede ikke frem til nogen klar konklusion herpå. Foranstaltningerne beroede på contagionistiske idéer og hans praktiske erfaring fra Færøerne, men der kan argumenteres for at Panums strategi indeholdte flere miasmatiske idéer, heriblandt luftens betydning. Panum argumenterede for, at koleraens smitteveje indebar såvel contagiøse som miasmatiske træk. Erfaringerne han gjorde sig gennem sit virke på Færøerne og i Bandholm medførte, at han fik en opfattelse af den verserende strid mellem contagionisme og miasmatik som: "(...) *at Striden imellem Contagionister og Anticontagionister sædvanlig var ført paa en temmelig*

---

<sup>105</sup> Jacobsen og Larsen, *Ve og Velfærd*, s. 76.

*ulogisk Maade.*"<sup>106</sup> Der kan argumenteres for, at Panums pragmatiske tilgang søgte at frembringe konkrete resultater, frem for at lade bestemte teorier diktere det lægemæssige arbejde. Panums efterfølgende publicering af erfaringerne fra Bandholm fik dog en kølig modtagelse. Hans karantæneforanstaltninger blev anskuet som hensynsløse i de toneangivende lægeselskaber i hovedstaden, hvor de højtstående læger bekendte sig til den miasmatiske overbevisning. Panums pragmatiske tilgang vakte således ingen begejstring i et videnskabsmiljø, der var præget af markant dikotomi og verserende strid mellem de to smitteteoretiske teorier.<sup>107</sup>

Inden for de europæiske lægevidenskabelige kredse eksisterede en stærk opposition blandt lægerne, hvad angik karantæne som indgreb mod epidemiernes udbredelse. De engelske læger udtrykte en mistro til karantænesystemets reelle effektivitet og blandt de danske læger eksisterede en tilsvarende opfattelse af, at karantænen kunne forværre sygdommen og endvidere burde bekæmpelsen foregå andetsteds: "(...) *de ulemper, som Qvarantænen medfører, som Sammenhobning af Syge eller Mistænkte i et snævert Rum, i et smudsigt Skib og usunde Boliger (...) Betingelser der befordre Sygdommens Udbredning. Det væsentligste Forebyggelsesmiddel, den vil have sat imod epidemiske sygdommes Udbredning, er kraftige hygieiniske Foranstaltninger.*"<sup>108</sup> Som der bliver fremhævet i afslutningen af artiklen, eksisterede der en forståelse blandt sundhedskollegiets læger af, at de hygieiniske foranstaltninger var den rette vej i bekæmpelsen af sygdomme, da selve smudset og skidtet var epidemiernes arnesteder. Disse arnesteder for udbredelse og smittekilder udgjorde et centralt tema i de danske lægevidenskabelige kredse.

Gennem *Ugeskrift for læger* kommer den danske lægestands videnskabelige ståstedes udvikling til udtryk samt holdning til forordninger og lovgivning. I årene forud for epidemien i 1853 var adskillige europæiske havne kolerainficerede, hvorfor karantæneforanstaltningerne og beredskabet blev taget til efterretning. Som reaktion på den presserende risiko, udsendte Det Kongelige Sundhedskollegium i 1849 et dekret vedrørende offentlige foranstaltninger i forhold til den epidemiske kolera, der omhandlede risikoen for et overbelastet sundhedspersonale: "*I een Henseende er det*

---

<sup>106</sup> Bonderup, *Cholera-Morbro'er og Danmark*, s. 65.

<sup>107</sup> *Ibid.*, s. 65.

<sup>108</sup> Sundhedskollegiet, "Cholera", s. 176.

*meget at befrygte, at man vil komme i Forlegenhed, nemlig hvad det for Sygepleien især paa Cholerahospitalerne fornödne underordnede Lægepersonale angaaer (...) Dette Savn vil dog tildels kunne afhjælpes, naar endel unge Mænd af den dannede Klasse, som maatte föle Kald og lyst (...) kunde gaae Lægerne tilhaande.*"<sup>109</sup> Der kan argumenteres for, at Sundhedskollegiet således allerede var bekendte med den risiko for sammenbrud på hospitalerne, som et epidemisk udbrud kunne foranledige. Sundhedskollegiets bud på en afhjælpning af presset på lægerne var at tillade unge studerende at deltage som en del af beredskabet. De studerende skulle deltage i en række forelæsninger vedrørende håndtering og bekæmpelse af koleraen, der blev forestået af Sundhedskollegiets læger. Dette vidner om en risikovurdering, hvor Sundhedskollegiet forberedte sig på, at en koleraepidemi kunne ramme Danmark.

Koleraen udgjorde i årene op til epidemien et hovedfokus for Sundhedskollegiets skrivelser i *Ugeskrift for læger*. I 1851 forekom truslen meget latent fra Sundhedskollegiets perspektiv, hvilket kan have ledt til den rundskrivelse, der blev udsendt til kollegiets læger. Heri fordrede de lægerne til: "*(...) at komme til Kundskab om de sanitære Forholdsregler, som ville være at tage for at modstaae Choleraen (...) Vi Sigte herved især til de skadelige Uddunstninger, som er en Følge af stillestaaende Vand, hvori Dyr- eller Plantedele forraadne, til Grave og Gröfter, som ikke have det behörige Afløb, til stillestaaende Canaler (...) i hvis Omkreds man ofte finder de værste Arnesteder for stadige eller hyppigt tilbagevendende Sygdomme.*"<sup>110</sup>

I forlængelse af dette fokus på bekæmpelse af koleraens smitekilder nævner Sundhedskollegiets rundskrivelse, at lægerne skal fokusere på bebyggelser som skolestuer, fattighuse og arresthuse. Der kan argumenteres for, at Sundhedskollegiet i rundskrivelsen italesætter adskillige af de fokusområder som Hornemann og de miasmatiske læger havde gjort opmærksomme på udgjorde smitekilder. Den contagionistiske smitteforståelse kommer ikke til udtryk og der kan argumenteres for, at den miasmatiske havde indtaget en position som dominerende, smitteteoretisk paradigme, der ikke indregner Panums erfaringer fra Bandholm. Ved at tage højde for de miasmatiske smitekilder argumenterer Sundhedskollegiet endvidere for, at koleratruslen udgjorde en mulighed for, at lægerne kunne påvirke den politiske

---

<sup>109</sup> *Ugeskrift for læger* c.1 ser.2 v.11. 1849., s. 16.

<sup>110</sup> *Ugeskrift for læger* ser. 2 bd. 14. 1851., s. 223.

dagsorden: *"Maatte den hidtil sjeldne Leilighed, som nu bydes Lægerne til at faae et godt Raad indført, kun blive benyttet i sin fulde Udstrækning."*<sup>111</sup> Der kan argumenteres for, at bevidstheden om risikoen for et epidemisk udbrud grundet de benævnte smittekilder gjorde, at lægerne kunne indtage en ny rolle som reformatorer af de epidemiske foranstaltninger.

Sundhedskollegiets bragte gennem *Ugeskrift for læger* ikke kun officielle fordringer og rundskrivelser, men ligeledes forskningsresultater og aktuelle opdagelser inden for epidemiske sygdomme og hygiejne. Dette kommer til udtryk da Sundhedskollegiets formand Dr. Emil Fenger, bragte iagttagelserne om erfaringerne med behandlingen af koleraen efter epidemiens afslutning. Der kan argumenteres for, at publikationer som disse var med til at udvikle blikket på sygdomme og udvikle lægevidenskaben. Fengers artikel vidner om, at der eksisterede en rådvildhed i grundet manglen på kurative behandlingsmuligheder: *"Jeg har ligesaa lidt som nogen anden Læge fundet, at noget bekjendt Middel var probat mod Cholera; jeg har ikke engang fundet noget Lægemiddel, hvorved man under alle de gunstigste Betingelser kunde sikre sig et heldigt Udfald af blot middelmaadigt stærke Tilfælde."*<sup>112</sup>

Dette vidner om stadiet af medicinens udvikling, før bakteriologien var blevet etableret som videnskab. Ligeledes kan der argumenteres for, at den kemiske videnskab endnu ikke var blevet udviklet i en sådan grad, at der var blevet fundet en fuldgyldig erstatning for den humoralpatologiske behandlingstilgang. Herom beretter Fenger: *"Jeg har hverken seet Nytte af Iglar eller kolde Omslag eller mineralske syrer, selv spanske Fluor have forekommet mig kun at yde en meget tvivlsom nytte med Hensyn til Helbredelsen."*<sup>113</sup> Det ses, at disse behandlingsmetoder stod som hidtidige humoralpatologiske behandlinger, der havde til hensigt at regulere ubalancer i patientens væsker og kropstemperaturer. Det kommer til udtryk, at disse kendte behandlingstiltag var utilstrækkelige i behandlingen af de epidemiske sygdomme og nye tilgange var nødvendige. Anskuet ud fra Kuhns teoretisering kan der argumenteres for, at disse erfaringer endegyldigt var med til at forkaste den humoralpatologiske

---

<sup>111</sup> Ibid., s. 224.

<sup>112</sup> *Ugeskrift for læger* anden række: bd. 19. 1853., s. 98.

<sup>113</sup> Ibid., s. 110.

behandlingstilgang som paradigme. Dermed var det nødvendigt at etablere nye behandlingsveje.

Fenger beretter, at han gennem sine erfaringer med behandlingen af sygdommen havde opdaget tre stadier, hvor den moderne lægevidenskab har beskrevet, at koleraen har fire stadier. Af disse forskellige stadier beretter Fenger, at han anså første stadie som det bedst mulige tidspunkt, at behandle patienterne på med de midler, der var lægerne givet og ud fra, hvad der gav resultater. Fenger nævner her: *"Jeg har tydeligt bemærket, at man vel bör vogte sig for at vente for længe med at give Patienten Næringsmidler, og at disse fra Begyndelsen helst bör være af flydende beskaffenhed; jeg har derfor tidlig givet Patienterne Mælk (...) og jeg er meget hurtigt gaaet over til at give dem Kjödsuppe."*<sup>114</sup> Der kan argumenteres for, at denne behandlingsvej vidnede om den miasmatiske forståelse, hvor bekæmpelsen af sygdomme indebar nærende kost til de udsatte og smittede. Fenger udtrykte, at dette behandlingsindgreb udgjorde et effektivt middel, hvorved lægestanden havde opnået en ny forståelse for, hvad behandling af epidemiske sygdomme indebar. Det drejede sig ikke udelukkende længere om at helbrede, men ligeledes forebygge ud fra en forståelse af, at de fattigste, afkræftede borgere udgjorde den mest udsatte gruppe, hvad angik smittefare.

Lægestandens fokus på de fattigste borgers livsvilkår og udsat gruppe for smitte, kommer ligeledes til udtryk gennem de miasmatiske lægers fokus på boligforhold i kølvandet på epidemien. Dette ses i *Ugeskrift for læger* i 1855, hvor Dr. Sophus Engelsted, der havde fungeret som overlæge på Almindelig Hospital i Amaliegade under epidemien, bragte en beskrivelse af et fattigkvarter i København på baggrund af et isoleret tilfælde i Klærkegaden 430. Engelsted beskriver bygningernes og områdets slette beskaffenhed: *"Gjennem den slette Brolægning udströmme Dunster, der blande sig med Stanken fra Rendestenen, der löber (...) ud i Gadens Rendesten, fra Latrinerne og fra flere paa forskjellige Steder anbragte Vadskeindretninger, hvori Beboerne udhelde Spildevandet og hvori dette ofte bliver staaende og dekomponeres."*<sup>115</sup> Den miasmatiske forståelse af smittekilder i de fattigste borgers levestandard kommer her til udtryk, og Engelsted kritiserer i forlængelse heraf den store overbefolkning i fattigkvartererne:

---

<sup>114</sup> Ibid., s. 110.

<sup>115</sup> *Ugeskrift for læger* c.1 ser.2 v.23. 1855., s. 357.



*"Uagtet disse Beboelsesleiligheder saaledes maatte synes at være meget lidet tiltrækkende, er det dog næsten aldrig Tilfældet at en eneste Leilighed her staaer ledig (...) Nogen vil kunne negte, at Kvarterer som det beskrevne, dersom de skulle beboes, bör være meget svagt befolkede, vil man dog finde at Beboernes Antal intetsteds i byen er saa stort, som netop i disse usle og i enhver Henseende uhensigtsmæssige Boliger."*<sup>116</sup>

Denne kritik af fattigkvarternes tilstand og overbefolkning udgjorde et led i lægernes agitation for forbedrede forhold, der ledte til den københavnske boliglovgivnings reformering, der fandt sted i perioden 1854 til 1856. Denne tendens, hvor lægerne agiterede for forbedrede boligforhold for de fattigste borgere kan der argumenteres for udtrykker medicinens ophøjelse til politisk og social videnskab, hvor lægerne indtog en reformatorisk rolle. Dette udtrykkes ligeledes i Engelsteds konstatering af uddunstningerne og fugten i disse bebyggelser, der vidner om orienteringen mod luften og fugten som de afgørende forhold for udbredelsen af epidemisk sygdom. Miasmatikerne blev bevidste om den sociale ætiologi, der grundede i disse leveforhold, heriblandt det stillestående spildevand. Lægernes italesættelse af forholdene kan anses som en del af den politiske orientering, der fandt sted i koleraens eftertid.

Lægernes agitationer for at få politisk indflydelse kom til udtryk i markante vendinger i senere publikationer. Dette ses blandt andet i en uspecificeret distriktslæges indlæg i 1856 om statens fordringer og forpligtelser overfor lægevæsenet: *"Det er med en bitter Følelse, at jeg griber pennen for at paatale min og mine Embedsbröders Ret (...) Regjering og Publikum for ganske nylig, ved tvende alvorsfulde Begivenheder (Krigen og Choleraen), var kommet i en betydelig Æresgjæld til Lægestanden."*<sup>117</sup> Der udtrykkes tydeligt en tendens af, at lægestanden oplevede, at deres indsats og viden ikke var blevet tilkendegivet de politiske privilegier som de anså det for retfærdigt og rettidigt. Som formand for Den Hygiejniske Komité var dette ligeledes en kritik som Dr. Emil Hornemann gav udtryk for.

Dr. Hornemann gav udtryk for en lignende kritik og utilfredshed, da han oplevede, at hans hygiejniske viden og rådgivning ikke blev lyttet til fra den siddende Etatsråd i forbindelse med planlægningen og opførelsen af Københavns Kommunehospital, der blev

---

<sup>116</sup> Ibid., s. 358.

<sup>117</sup> *Ugeskrift for læger* ser.2 bd.24-25. 1856, s. 49.

sat i gang i 1859 og færdiggjordes i 1863. I sine forslag havde han gjort særligt opmærksom på vigtigheden af: "(...) *en god Luft omkring og i alle Dele af et Hospital, en fri Luftcirkulation til og omkring alle Dele af Bygningerne, og fuldstændig Adskillelse i flere forskellige Afdelinger.*"<sup>118</sup> Det ses her, hvorledes der i Hornemanns agitation for at indtænke en hygiejnisk forståelse af hospitalets planlægning, er et tydeligt fokus på luftens vitale tilstand. Dette hang sammen med de miasmatiske lægers blik for omgivelsernes betydning for sygdommenes opkomst, hvor lugtesansen blev afgørende for opsporingen af de forrådnelsesprocesser, der forårsagede smitte. Hornemann advarede ligeledes mod at ignorere denne miasmatiske smitteforståelse: "(...) *men at opføre noget, som hindrer den frie Luftcirkulation, som vanskeliggjør eller umuliggjør en fuldkommen Afsondring, Deling og Isolation, som tvinger mange Syge ind under samme Tag o.s.v., det er ikke ligegyldigt, det er i alle Tilfælde forkasteligt.*"<sup>119</sup> Der udtrykkes en advarsel mod at se bort fra de lægevidenskabelige råd og der ses en fordring for en parcellering af hospitalet som rum. I Hornemanns optik var det afgørende, at de moderne hospitalsopbygninger i Danmark inkorporerede den tænkning, hvor sygdommen kunne isoleres og en effektiv, fri udluftning af afdelingerne var mulig.

Fra Hornemanns side var kritikken især rettet mod beslutningstagernes manglende kompetencer inden for området, især hvad angik den siddende Etatsråd: "(...) *Etstsr. D. Savner de mangeaarige Erfaringer om dets Nytte, da kan jeg, blandt Andet, henvise ham til Hospitalet Beaujon og andre Hospitaler i Paris, hvor man i en lang Række af Aar har forsøgt det mere eller mindre fuldstændigt gennemført, og derefter valgt samme Plan for de nyeste Hospitaler.*"<sup>120</sup> Dette vidner ikke blot om, at lægerne betragtede sig sat delvist uden for døren, hvad angik de politiske beslutninger inden for vedtagelsen af nye sundhedslove og institutioner. Kritikken af de politiske kræfter vidner om, at der fra de politiske beslutningstageres side af ikke ønskedes at tilkendegive lægestanden politisk magt i anliggender som bystrukturelle projekter. Dette kan anses som udtryk for den aversion som de nationalliberale kræfter udviste i forhold til, at inkludere grupper som den lægefaglige, i kraft af, at deres kundskaber ikke blevet anset for at være ligestillede med politikernes og juristernes administrative egenskaber.

---

<sup>118</sup> *Ugeskrift for læger* ser.2 bd.30. 1859, s. 283.

<sup>119</sup> *Ibid.*, s. 284.

<sup>120</sup> *Ibid.*, s. 284.

### 6.1.3 Den lægevidenskabelige forståelse og udvikling

Anskues samspillet mellem Det Kongelige Sundhedskollegium og Justitsministeriet kan der argumenteres for, at lægernes indflydelse på politiske beslutninger i forhold til hovedstadens udbygning og politiske indflydelse tog afsæt i de hidtidige karantæneforanstaltningers ophævelse. Da koleraen for første gang angreb i østersøområdet i 1830'erne, var de ledende læger contagionister. Ud fra denne smitteforståelse blev der i Danmark vedholdt en række karantænebestemmelser og forordninger i forhold til udenrigshandelen og udbrud i Europa. Skibe, der kom fra inficerede byer og lande havde ikke tilladelse til at lægge til, hvis ikke de havde ligget på reden eller havde lagt til ved karantænestationen, der var placeret på Kyholm i Kattegat i 40 dage. For at forhindre, at smitten skulle vandre over landegrænserne, blev der opstillet en militærkordon bevæbnet med skarp ammunition. Soldaterne var opstillet så tæt, at de kunne se hinanden, hvorved ingen udefrakommende skulle slippe uset gennem formationen og havde tilmed tilladelse til at åbne ild på alt udefra.<sup>121</sup>

Disse karantæneforanstaltninger blev ophævet ved lov d. 10 marts 1852. Udgangspunktet var en forespørgsel fra finansministeriet til Det Kongelige Sundhedskollegium i 1849. Denne forespørgsel gik på, hvorvidt sundhedskollegiet som rådgivende institution kunne stille sig bag en ændring eller komplet afskaffelse af karantænen af skibe fra lande, der var ramt af kolera eller gul feber. I de danske liberale kredse herskede der strømninger, der ønskede at fjerne de hindringer, der måtte ligge i vejen for frie handel. Indledningsvis responderede kollegiet med et afslag i kraft af, at Østersøområdet var inficeret af koleraen og de ledende læger ikke var i stand til at afvise koleraens contagiøse smitteveje, ud fra den eksisterende viden som kollegiet besad om koleraen. Året efter blev kollegiet forelagt den selv samme forespørgsel, men til trods for de liberale strømninger blandt lægerne afviste kollegiet endnu en gang at støtte op om afskaffelsen af karantæneforanstaltningerne. I 1851 var holdningen dog skiftet og Det Kongelige Sundhedskollegium var af den overbevisning, at der herskede tilstrækkeligt med sikkerhed for, at afspærringerne ikke hindrede smitte. Det blev dog foreslået, at de økonomiske gevinster ved karantænevæsenets ophævelse skulle allokeres til hygiejniske forbedringer. Der kan argumenteres for, at dette kan anskues som en tydeligt brud med

---

<sup>121</sup> Bonderup, *Det Medicinske Politi*, s. 169.

det contagiøse smitteparadigme til det miasmatiske, der endvidere satte sit aftryk på den nationale lovgivning.<sup>122</sup>

Statsrådet gav efterfølgende i oktober 1851 Finansministeriet tilladelse til en ophævelse af karantænevæsenet, hvad angik handelen ad søvejen. Finansministeriet argumenterede for ophævelsen ud fra tre hovedargumenter. Først og fremmest argumenterede ministeriet for, at karantænevæsenet var bekosteligt at opretholde og endvidere, at Sundhedskollegiets læger ikke opfattede det som en nødvendig foranstaltning mod smitte. Endelig havde ministeriet orienteret sig mod udlandet og konstateret en lignende udvikling i England. Dermed konstaterede Finansministeriet, at det var mere fornuftigt at sætte danske kommercielle interesser over hidtidige sundhedsmæssige foranstaltninger. Sundhedskollegiets formand Dr. Fenger gik under første behandling af lovforslaget i Folketinget på talerstolen og var i kraft af sin sundhedsvidenskabelige autoritet i stand til at argumentere for lovændringen fuldstændig uimodsagt. Fengers agitation for ophævelsen af karantæneforordningerne var også ganske slagkraftige og gavnlige for finansministeriets finansielle interesser. På talerstolen fremhævede han ikke blot, at det var sundhedskollegiets klare holdning, at de gamle karantæneforanstaltninger var aldeles unyttige, men ligeledes, at karantæneophold var aldeles sundhedsfarlige ved de overfyldte karantænestationer.<sup>123</sup>

Der var dog ikke tale om, at Sundhedskollegiet ikke tog tidligere erfaringer med karantæneforanstaltninger til indtægt. Det undersøgte og inddrog Dr. Panums erfaringer og metoder som han havde anvendt under epidemien i Bandholm. Sundhedskollegiet fortolkede dog Panums spærringsforholdsregler på en sådan måde, at de gode resultater: *"(...) ingenlunde vare karantænemæssige og at det gode Resultat deraf skyldtes Forbedringen af de højst ugunstige Betingelser, navnlig ved Udflytning af de befængte Huse."*<sup>124</sup> Der kan her argumenteres for, at Sundhedskollegiet og Dr. Fenger selektivt udvalgte at anskue de indgreb, der stemte overens med den miasmatiske smittebekæmpelse. Dette ses i kollegiets fokus på selve forbedringen af de hygiejniske forhold, der foregik gennem rengøring, udluftning og desinfektion af de inficerede huse. Det fremgik, at Sundhedskollegiet i denne revaluering af Panums håndtering af

---

<sup>122</sup> Ibid., s. 175.

<sup>123</sup> Pedersen, *Koleraepidemierne med særligt hensyn til Danmark*, s. 97.

<sup>124</sup> Ibid., s. 99.

epidemien i Bandholm, ser bort fra etableringen af det interimistiske hospital i et af byens bedre huse, der tilmed havde en adskilt børneafdeling i et separat rum. Ligeledes kunne der være peget på adskillelsen mellem behandlere og portører af kolerasmittede i forhold til andre patienter og Panums egen isolation af sig selv som behandler af kolerasmittede. Disse tiltag synes i langt højere grad at være typiske karantænemæssige tiltag, hvorfor kollegiet kan have set bort fra disse tiltag.

Dr. Fengers og sundhedskollegiets opbakning til afskaffelsen af loven var dog langt fra fri for omkostninger. Fenger forlangte, at sundhedsmyndighederne skulle styrkes og foreslog nedsættelsen af et udvalg, der havde til opgave at bearbejde Sundhedskollegiets officielle skrivelser. Dette blev vedtaget og Dr. Fenger blev tilmed tildelt posten som formand.<sup>125</sup> Selve aftalen mellem Det Kongelige Sundhedskollegium og de liberale politikere kan anskues som et kompromis, der gavnede begge parter. Finansministeriet og liberale kommercielle interesser blev tilgodeset ved, at den dyre karantæne blev ophævet. Sundhedskollegiet og de miasmatiske læger blev tilgodeset ved en tilførelse af de frigjorte midler til hygiejniske forbedringer.

### 6.2.1 Sundhedskollegiets forhandlinger

Det Kongelige Sundhedskollegium havde gennem årrækken fra 1857 til 1860, sideløbende med de strukturelle forandring, gennemført en række af politiske forhandlinger og høringer vedrørende sundhedskollegiets professionelle holdning til forskellige lovforslag. Forhandlingerne kan anskues som et udtryk for, i hvor høj grad, at Sundhedskollegiet var i stand til påvirke lovgivningen og den politiske dagsorden. I Det Kongelige Sundhedskollegiums forhandlinger fra året 1857 fremgår det, at Justitsministeriet udbad sig Kollegiets holdning vedrørende et udkast til loven om "Sundhedspolitiet i kongeriget Danmark". Det udtrykkes i forhandlingerne: *"I samme Aand indrømmer Kommissionen, at en af vort hidtilværende Sundhedspolitiet væsentligste Mangler er, at det udelukkende har været udøvet gennem Embedsmænd, hos hvem man i Almindelighed ikke kan vente at finde den tilstrækkelige Sagkundskab eller aabne sands for den offentlige Sundhedspleje."*<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Bonderup, *Det Medicinske Politi*, s. 176.

<sup>126</sup> Supplementbind til "Bibliothek for Læger" – *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1857*, s. 177.

Det udtrykkes i forlængelse heraf, at lægerne indrømmes at være de egentlige sagkyndige og kommissionen var villige til at berettige lægerne indgriben som udøvende magt, hvor de regnede bestemte forhold for farlige for den offentlige sundhed. Fra Justitsministeriet skrives der: "(...) *at der maa gives Lægerne, som fortrinsviis Sagkyndig, en passende Stilling og Indflydelse i denne Autoritet, og at denne som følge heraf maa organiseres som en Kommission, i hvilken vedkommende Embedslæge har Sæde (...).*"<sup>127</sup> Endvidere fremgår det, at Justitsministeriet ønskede Sundhedskollegiets indvendinger vedrørende de enkelte paragrafer i lovgivningen om sundhedspolitiet. Denne magtindrømmelse fra Justitsministeriet til Det Kongelige Sundhedskollegium kan ud fra Foucaults teori anskues som et udtryk for en udvikling, hvor lægevidenskaben knyttes tættere sammen med de politiske magtstrukturer. Der kan argumenteres for, at Sundhedskollegiet med denne indrømmelse fik karakter af magtinstrument, hvor magt knyttes til viden og institutionelle strukturer. Sundhedskollegiets læger indtog således en position som lovdefinerende magt, hvor deres viden kunne være til gavn for statsadministrationens viden og kontrol med borgerne.

Forholdet til de politiske institutioner kommer ligeledes til udtryk, da Justitsministeriet i 1858 udbad sig kollegiets holdning vedrørende inficerede udenlandske havne: "*Udbad Justitsministeriet sig kollegiets Erklaring om, hvorvidt Samme maatte være enigt med Ministeriet i, at det for Fremtiden ikke kan ansees nødvendigt, til alle tider Tider at ansee alle græske, tyrkiske og barbariske havne som mistænkte med hensyn til den orientalske pest, men derimod kun (...) at erklære den eller de vedkommende provinser for mistænkte, hvor pestagtig Sygdom virkelig har indfundet sig.*"<sup>128</sup>

Det Kongelige Sundhedskollegium erklærede sig enigt heri. Kollegiet argumenterede for forslaget med hensyn til, at skibe fra disse områder altid måtte håndteres med en overdreven forsigtighed, hvis denne opfattelse blev opretholdt, hvilket ville være omkostningsfuldt. Der kan argumenteres for, at Justitsministeriet varetog administrative og økonomiske interesser ved denne forespørgsel, og endnu en gang opnåede den nødvendige rygdækning med hensyn til den smitemæssige risiko gennem Sundhedskollegiet, på lignende vis som ved behandlingen af karantænelovgivningen i

---

<sup>127</sup> Ibid., s. 177.

<sup>128</sup> Supplementbind til "Bibliothek for Læger" – *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1858*, s. 272-273.

1852. Lægevidenskabens tilknytning til de politiske og økonomiske magtstrukturer kommer her til udtryk og det kan ud fra eksemplet udledes, at Sundhedskollegiets magt udfoldes i en relation mellem Justitsministeriets administrative og nationalliberale, økonomiske interesser med Sundhedskollegiets institutionelle, videnskabelige magt. En del af magtudøvelsen finder sted gennem lægernes indflydelse på, hvordan Justitsministeriet formulere lovgivningen, der disciplinere og regulere borgernes adfærd. Denne disciplinering var nært forbunden med lægevidenskabens udvikling var nært forbundet med lægevidenskabens udvikling som magt- og overvågningsinstans.

Det Kongelige Sundhedskollegiums rolle som folkesundhedsmæssig kontrolinstitution udtrykkes i kollegiets årsberetning fra 1860, hvori det fremgår, at kollegiets læger varetog en indgående kontrol med kolerasyntomer og tilfælde i Danmark. Opmærksomheden på kolerasyntomerne indgik som del af en statistisk oversigt over tegn på optakt til en ny epidemi. Heri forlyder det blandt andet om hovedstaden: *"Der forekom ingen flere Choleratilfælde blandt Byens beboere, men senere blev en Sømand fra et forbiseilende Skib indlagt med Cholera (...) I Begyndelsen af September blev Cholera bragt fra Aarhus over til Nordby paa Samsø."*<sup>129</sup> Den statistiske tilgang kan ses som del af en biopolitisk dagsorden, hvor befolkningens dødelighed og sundhed systematiseres. Kontrollen med kolerasyntomerne kan ligeledes ses som et udtryk for frygten for et nyt epidemisk udbrud af samme størrelsesorden som i 1853. Til trods for, at sygdommen blev bragt rundt om i landet, og særligt ad søvejen, udtrykker årsberetningen, at det lykkedes at inddæmme sygdomstilfældene. Sundhedskollegiets årsberetning italesætter dog sygdommens gang i landet som en epidemi, der blev håndteret ved behandling i både lazaretter og hjemmene, hvorfra dataene kunne indhentes.<sup>130</sup>

Kollegiets årsberetninger vidner om en lægevidenskab, der udviklede sig som et magtinstrument og hvis institutioners indsamling af viden blev anvendt til at kontrollere og overvåge borgernes sundhed. Lægernes afdækning af sygdommenes udbredelse og ophav gjorde, at de som gruppe besad en viden, der gav dem magten til at definere og italesætte folkesundhedsmæssige problemer og udfordringer. Denne italesættelse kunne

---

<sup>129</sup> Supplementbind til "Bibliothek for Læger" – *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1860*, s. 350.

<sup>130</sup> *Ibid.*, s. 355.

artikuleres og omdannes til konkret lovgivning gennem den nære relation til de politiske institutioner som Justitsministeriet. Udviklingen kan ses som et udtryk for, at der var tale om en forandring i de samfundsmæssige vidensstrukturer, hvor magt blev knyttet til viden. Deraf kan der argumenteres for, at lægestanden gennem Sundhedskollegiet fik magt som samfundsreformatorisk gruppe gennem den viden de var med til at skabe som overvågningsinstans med fokus på borgernes ve og vel.

### 6.2.2 Den politisk-administrative udvikling

Det kongelige Sundhedskollegium havde som institution og rådgivende organ sine rødder i enevældens statsadministration. Det var opstået som en del af sundhedsforordningen af 1803 og havde rødder sine rødder i Collegium Medicum Regium, der var oprettet af Christian 6 i 1740. Sundhedskollegiets blev oprindeligt udgjort af medlemmer som kongen udvalgte på livstid, men kollegiet indstillede reelt selv sine ønskede medlemmer og var således selvsupplerende. Medlemmerne blev udgjort af læger, der var professorer ved Københavns Universitet eller besad stillinger som overlæger ved de københavnske hospitaler. Frem til koleraepidemien 1853 havde Sundhedskollegiet skildret de katastrofale sanitære forhold gennem årsberetninger og lægefaglige indlæg, hvorigennem der agiteredes for vedtagelsen af nye love og reformer til folkesundhedens fremme i hele landet. Denne agitation for strukturelle forandringer medførte en ændring af lægernes stilling i samfundet i forhold til sygdomsforebyggelse og lovgivning. Det lægefaglige arbejde for nye sanitære strukturer og leveforhold for borgerne medførte dog en række konflikter og spændinger med centraladministrationens jurister og det liberale københavnske borgerskab. Sundhedskollegiet og dets konfliktfyldte agitation over for centraladministrationen og borgerrepræsentationen kan anskues som en central arena, inden for hvilken en afgørende del af den folkesundhedsmæssige diskussion udspillede sig efter 1853.<sup>131</sup>

Sundhedskollegiets fundering i den enevældige administration udgjorde en torn i øjet på de liberale kredse i København. Med enevældens afvikling havde der fulgt en omlægning af centraladministrationen, hvor kollegiesystemet var blevet erstattet af ministerier, hvor den indeværende minister udgjorde den øverst ansvarlige.

---

<sup>131</sup> Kurt Jacobsen og Klaus Larsen, *Ve og Velfærd - Læger, Sundhed og Samfund gennem 200 år* (København: FADL's Forlag, 2017), s. 92.



Kollegiesystemet blev anset for at være ansvarsforflygtigende af de liberale, der ønskede at etablere et ministerium, hvor en siddende minister kunne stilles til ansvar for eventuelle fejltrin. Sundhedskollegiets organisering betød, at der var flere ansvarlige, hvorfor der ikke kunne peges entydigt på en enkelt øverstbefalende læge som ansvarlig for al kollegiets virke. Konsekvensen heraf blev, at Sundhedskollegiet med dens selvsupplerende struktur overlevede omstruktureringen. Der kan argumenteres for, at dette skyldtes, at centraladministrationens liberale jurister ikke var i stand til at etablere et holdbart alternativ grundet, at kollegiet var funderet i lægevidenskaben, der var juristerne ganske fremmed. Derfor var det nemmere at tillade Kollegiets fortsatte eksistens i dets hidtidige form, men institutionen var omdrejningspunkt for omfattende kritik. Provinslægerne anså kollegiet for at udgøre et lægeautokrati, der intet kendskab havde til lægearbejdet uden for hovedstadens volde og embedsvæsenet kritiserede Kollegiets omstændig sagsbehandling. Den omstændige sagsbehandling kan dog tilskrives mængden af sager og medlemmernes arbejdsform samt mangelfulde ressourcer og bemyndigelser.<sup>132</sup>

Der havde i 1837 været forelagt reformforslag fra Provinsiallægeforeningens side af om at omdanne Kollegiet til en udelukkende videnskabelig og rådgivende institution, hvor de administrative opgaver vedrørende indberetninger skulle overdrages et departement i Kancelliet og dermed juristerne. Sundhedskollegiet havde med lægen Carl Emil Fenger (1814-1884) i spidsen dog modsat sig denne reform og da kollegiet i 1854 fremlage en skitseret medicinalreform, omhandlede ændringerne udelukkende lokale lægeforhold og ikke den overordnede forvaltning. Sundhedskollegiets underordnede stilling i forhold til Justitsministeriet kan der argumenteres for var en markant årsag til adskillige disputser og stridigheder mellem Sundhedskollegiet og juristerne samt det liberale borgerskab. Konflikterne vedrørte særligt Sundhedskollegiets agitation for en begrænsning af grundejernes frie ejendomsret til at udleje sundhedsskadelige boliger til de underbemidlede borgere, hvilket det liberale borgerskab anså for en krænkelse af borgernes frihed.<sup>133</sup>

En skelsættende konflikt afstedkom dog af Sundhedskollegiets agitation for etableringen af et sundhedspoliti i hvert amt, bestående af amtmanden, embedslægen og

---

<sup>132</sup> Jacobsen og Larsen, *Ve og Velfærd*, s.93.

<sup>133</sup> *Ibid.*, s. 94.

et tredje, uvildigt medlem. Denne instans skulle udgøre et tilsynsorgan, der skulle føre overopsyn med alt vedrørende sundhed fra forplejning i fattigvæsenet til infrastrukturelle forhold som vandforsyning og latrinforholdene. Sundhedspolitiet ville få vidtrækkende beføjelser, hvilket betød at by- og herredsfogederne skulle indordne sig lægernes anvisninger og påbud. Der kan argumenteres for, at der i denne konflikt lå indlejret en magtkamp, hvor lægerne søgte reel beslutningspolitisk indflydelse. Dette blev for meget for Justitsministeriet og juristerne, der betragtede Sundhedskollegiets forslag som en tilraning af magt og indflydelse.<sup>134</sup>

Sundhedskollegiet var ikke indstillet på at løse stridighederne gennem kompromisser eller diplomati. Fra deres perspektiv havde folkesundheden udviklet sig i en så afgørende og kompleks grad til, at det ikke kunne overlades i hænderne på jurister. Juristernes administrative egenskaber regnede lægerne udelukkende for et resultat af lang tids erfaring, hvorfor de mente lægerne utvivlsomt kunne opnå lignende egenskaber. Situationen var fastlåst indtil ministeriet i 1856 nedsatte en ny kommission til udarbejdelsen af et nyt lovforslag. Kommissionen kom til at indeholde et flertal af jurister, foruden tre provinslæger som justitsministeriet udvalgte grundet lægernes agitation for en indskrænkning af de Sundhedskollegiets beføjelser. Kommissionen havde hurtigt forfattet et lovforslag, der reducerede Sundhedskollegiets til et rådgivende organ inden for lægefaglige beslutninger, mens dets selvsupplerende konstellation skulle ophøre. Lægestanden fik dog indrømmelser, da forslaget fordrede at lægerne skulle sidde med i de nyoprettede sundhedskommissioner i politikredsene, hvor der skulle føres tilsyn med drikkevand, renovation, latrinforhold og fødevarer.<sup>135</sup>

Kommissionens forslag fik dog en hård medfart under behandlingen i Rigsdagen af de liberale politikere. De nationalliberale anså det for deres hovedopgave at beskytte borgernes frihed mod statslige overgreb og mente, at den frie ejendomsret og markeds kræfterne ville sikre den mest hensigtsmæssige indretning af samfundet. Efter behandlingen var lægernes stemmeret i kommissionerne blevet fjernet. Efter de folkevalgte overbevisning skulle lægerne ikke udgøre en definerende myndighed i sundhedsanliggender. Trods lægernes indsats under koleraepidemien og den københavnske befolknings værdsættelse af deraf nærede de folkevalgte en dyb mistillid

---

<sup>134</sup> Ibid., s. 95.

<sup>135</sup> Ibid., s. 95.

overfor de lægelige autoriteter, som de anskuede for diktatoriske. Dette forbedredes ikke yderligere efter, at justitsministeriet i 1857 under Carl Simony (1806-1872) udstedte en lov, der ville give Den overordentlige Sundhedskommission, der havde fungeret under epidemien, beføjelser til at træffe en hvilken som helst foranstaltning, i tilfælde af en ny epidemi. Overtrædelser af eller trods mod kommissionens provisoriske epidemiforanstaltninger ville udløse bøde eller sågar fængselsstraf.<sup>136</sup>

For de liberale var denne udvikling utilstedelig og rettede en markant kritik af såvel lovtiltaget som lægernes ændrede rolle og position som mulig bestemmende myndighed. Den fremtrædende Orla Lehmann (1810-1870) medgav i Landstinget, at koleraen og den fremtidige risiko for lignende epidemier nødvendiggjorde, at myndighederne fik vidtrækkende beføjelser, men at Den Overordentlige Sundhedskommission ville udvikle et regulært "diktatur af læger". De liberale anskuede overordnet sundhedskommissionernes beføjelser som en risikofaktor mod borgernes frihedsrettigheder, hvis lægerne blev tildelt for megen magt. Det frygtedes, at lægerne ville misbruge deres magt til at diktere og rette folkets levevis og indskrænke dets frihed, frem for at kurere sygdomme. Hovedargumentet fra lægernes side var dog, at når der var tale om at en bestemt levevis eller indretning skadede uskyldige, måtte der være mulighed for at gribe ind og indføre restriktioner. Dette mødte dog en ringe forståelse i de liberale kredse.<sup>137</sup>

Det Kongelige Sundhedskollegies agitation for øget lægemæssig indflydelse på den byplanmæssige beslutningsproces, vakte voldsom uro blandt de liberale politikere, der agiterede voldsomt imod denne udvikling. Hornemann oplevede den politiske modstand som markant og argumenterede for, at hvis de hygiejniske læger skulle opnå mærkbar indflydelse, måtte de søge meningsfæller uden for lægestanden: "*Lægerne, selv om de forene sig, blive ikke tilstrækkelig respekterede her i Landet og deres Mening ikke nok paagtet hvad Sundhedsplejen angaar.*"<sup>138</sup> Der kan argumenteres for, at Hornemann her får givet udtryk for, at lægerne ikke kunne kæmpe den hygiejniske kamp alene, hvis de liberale og juristerne fortsatte med at modarbejde lægernes forsøg på indflydelse. Den manglende tilstrækkelige respekt som Hornemann italesætter, kunne være udtryk for

---

<sup>136</sup> Ibid., s. 96.

<sup>137</sup> Ibid., s. 97.

<sup>138</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 180.

den hygiejniske strategis manglende naturvidenskabelige argumenter. Dette kunne skyldes, at selve bakterien som smittekilde endnu ikke var blevet opdaget, og ifølge debatten vedblev de videnskabelige argumenter en problematik.

Resultatet af de gennemløbende stridigheder, forhandlinger og behandlinger af lovforslag, blev i sidste ende en lov som hverken lægerne eller juristerne kunne være tilfredse med efter den endelige behandling. Der etableredes ingen central sundhedsinspektion ved lov, således som lægerne agiterede for. Denne problematik fulgte med ud i den kommunale administration. Lægerne skulle ganske vidst være medlem af de eventuelle etablerede sundhedskommissioner, der måtte blive etablerede, men de skulle ikke desto mindre ikke have nogen form for stemmeret, således som de liberale politikere og jurister mente. Lægerne opnåede dog lokal medbestemmelse i kraft af de kommunaltstyrende liberale politikeres pragmatik, og efter ganske få år havde nærvæd samtlige danske kommuner fået etablerede sundhedskommissioner, hvori der ofte var læger som ledende skikkelser og formænd. Der kan argumenteres for, at resultatet af denne lovgivningsmæssige stridighed, endte ud efter behandlingerne af forslagene i en lov fra parlamentet af, der hverken gavned juristerne eller lægerne. Ved lovens implementering og lægernes senere virke ude i kommunerne endte de som gruppe dog med en øget indflydelse og kan dermed siges at have forøget sin magtmæssige position. De endegyldige realpolitiske resultater kan der således argumenteres for, var i lægernes favor.<sup>139</sup>

Lægernes magtpolitiske situation blev ikke gavnet af den interne diskussion og kritik, der herskede i de toneangivende rækker. Diskussion fortsatte sågar videre efter første etape af de bystrukturelle udbygninger, der kulminerede i hovedstaden med etableringen af den murede kloakering. Selv efter, at de bakteriologiske årsager til de epidemiske sygdomme var blevet afdækket, foregik der omfattende diskussioner i de lægevidenskabelige selskaber om den hygiejniske videnskabs metodik. Et eksempel herpå var Doktor Med. Tscherning, der udtrykte en kritik af den hygiejniske lægestands agitationer, da han mente den: "(...) ikke have fremlagt videnskabeligt Bevis for, at det, de have stillet op som Fordringer, er naturvidenskabelige Kendsgjerninger."<sup>140</sup> Doktor Med. Tscherning betragtede ikke sig selv som hygiejniker og opfattede ikke et hygiejnisk

---

<sup>139</sup> Jacobsen og Larsen, *Ve og Velfærd*, s. 96.

<sup>140</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 228.

system som bedre end et andet. Hans kritik af den hygiejniske lægestand giver dog ligeledes et indblik i, hvordan der med den bakteriologiske opdagelse kan siges at være forekommet et paradigmeskifte inden for den lægevidenskabelige smitteforståelse. Dr. Med. Tscherning fremlage den følgende kritik:

*“Men sagen er den, at det kun er, fordi vi spise inficerede Fækalier, at vi blive smittede af de 3 nævnte Sygdomme (Kolera, Tyfus og Dysenteri), fordi vi ikke altid vaske vore Hænder, og selv om vi gøre det, kunne vi ikke altid gøre Regning paa, at enhver Opvarter eller Æblehandler vasker sine Hænder, efter at han har tørret sin Ende (...) Kan virkelig Forandringen fra et hvilket som helst Tøndesystem til Vandklosetssystem hindre os i at komme til at spise vores syge Medmenneskers Fækalier ... ?”<sup>141</sup>*

Tscherning giver her udtryk for en smitteteoretisk forandring i det lægevidenskabelige blik, der her bryder med det miasmatiske smitteparadigme. Dr. Med. Tscherning fremførte sit synspunkt i Medicinsk Selskab d. 20 marts 1894, hvilket var et årti efter, at koleraens bakteriologiske årsag var opdaget. Anskues Dr. Tschernings argumentation ud fra Kuhns videnskabshistoriske perspektiv kan der argumenteres for, at de bakteriologiske opdagelser ikke var i modstrid med den miasmatiske opfattelse af hygiejnens vigtighed. Derimod kan der siges at være tale om, at opdagelserne belyste en hidtidig ukendt kilde til smitte, der ganske vist havde været til stede under det hidtidige paradigme, men for hvilken lægerne ikke besad fyldestgørende metodiske værktøjer og instrumenter til at afdække eller havde blik for bakteriernes eksistens. Dette synspunkt som Dr. Tscherning præsenterer, kunne anskues som udtryk for et paradigmeskifte i kraft af, at den miasmatiske smitteforståelse ikke kunne byde et fyldestgørende svar i sin hidtidige form, på den problematik som Dr. Tscherning præsenterer. Dermed kan der argumenteres for, at Kuhn princip for nye teorier opfyldes ved, at de erkendte uregelmæssigheder står i modstrid mod at kunne forklares ud fra hidtidige forståelser.<sup>142</sup>

Tschernings kritik indgår som del af den anden etape af de store bystrukturelle forandringer, hvor den københavnske renovation og de latrinforhold i byen var under diskussion, hvilke forløb gennem 1880'erne og 1890'erne. Omstruktureringen og udbygningen af hovedstadens infrastruktur gik her ind i en ny fase. Dette stillede nye betingelser og krav til den hygiejniske lægebevægelses agitationer, hvilket skabte behov

---

<sup>141</sup> Ibid., s. 228.

<sup>142</sup> Kuhn, *Videnskabens Revolutioner*, s. 140.

for nytænkning blandt miasmatikerne grundet, at det hidtidige smitteteoretiske paradigme var blevet eroderet og blikket for smitte var blevet flyttet over på andre smittefaktorer end drikke- og spildevandshåndtering. Selve den indledende etape af de strukturelle forandringer i årene 1857 til 1860, havde dog gennem 1850'erne givet anledning til en markant diskussion i aviserne. Såvel agitationer for som kritik af forandringer og forbedringer udmøntede sig i markante vendinger i de avisernes artikler.

### 6.2.3 Den politisk-administrative strid: Diskussionen i aviserne

Den politisk-administrative udvikling, der fulgte i årene efter koleraepidemien og inddrog lægerne, skabte spændinger i forhold til de liberale, hvilket afspejledes i den offentlige debat. De liberale betvivlede sågar det rationelle i at inddrage læger i sundhedskommissionerne og der argumenteredes for, at lægernes argumentering for de hygiejniske forbedringer midt i det smittevidenskabelige paradigmeskifte, var et udtryk for deres manglende videnskabelighed. I takt med, at der i årtierne efter epidemien blev opdaget en række af de bakterielle årsager til de udbredte sygdomme, der plagede befolkningen, blev lægerne dog i stand til at føre bevis for de hygiejniske strukturelle forandringer som lægerne agiterede for. De liberales kritik af lægevæsenet kan forstås som et udtryk for deres modstand mod lavsvæsenet og kritik af at tillade for megen magt til bestemte faggrupper. Aviserne fra perioden efter epidemien giver et tydeligt indblik i konflikt, der herskede mellem politikere og sundhedskollegiets læger.<sup>143</sup> Dette kom sig blandt andet til udtryk i de nationalliberale artikler og indlæg i aviserne Fædrelandet Dagbladet, der videreformidlede diskussionerne og agitatorernes holdninger. Ligeledes giver aviserne udtryk for en kritik af den hidtidige håndtering af hovedstadens sundhedsforhold, hvor den hygiejniske lægebevægelse indtog en toneangivende rolle, både hvad angik kritikken af byens forhold som af statsadministrationen.

I årene efter koleraepidemiens afslutning og frem til første etape af de strukturelle forbedringer fandt der omfattende disputs sted i de Københavnske aviser, hvor de liberale kritiserede lægernes udvikling mod at blive en faktor i den lovgivningsmæssige proces. Lindegaards periodisering markerer perioden fra 1857-1860 som en afgørende og indledende periode, hvor selve den murede, underjordiske kloakering etableredes. Beslutningen heromkring og lægernes rolle i selve bestemmelsen af kloakering var

---

<sup>143</sup> Jacobsen og Larsen, *Ve og Velfærd.*, s. 97.

omdrejningspunkt for omfattende diskussion, der kom til udtryk. Avisen *Fædrelandet* bragte d. 21 juni 1854 en omfattende afdækning af forhandlingerne vedrørende planerne for gas- vand og kloakeringsplanerne for hovedstaden. Den Hygiejniske Komité var hovedagitator for disse planer, der skulle komme folkesundheden til gode. Det berettes i *Fædrelandet*, hvordan planerne for en omfattende kloakering i København blev modtaget med fire stemmer for og imod i Communalbestyrelsen og siden 16 stemmer for og 10 imod i Borgerrepræsentationen. Af denne grund berettes det, at indenrigsministeren afgjorde: "*at han afsærdeles Hensyn til den store Meningsforskjel (...) ikke vilde approbere den i denne Hensigt udarbeidede Plan.*"<sup>144</sup> Indenrigsministeren ønskede således ikke at etablere hele kloakeringsplanen i dens oprindelige form. Deraf følger, at ministeren forespurgte kommunalbestyrelsen, hvorvidt det var ønskværdigt at etablere de gas- og vandforsyningsmæssige forbedringer uden kloakkerne, hvilket umiddelbart kunne forekomme som en forringelse af planernes udgangspunkt.

Der herskede en forståelse i de hygiejniske kredse omkring, at de bystrukturelle forbedringer krævede gradvise udbygninger. Fra de miasmatiske lægers side var der blevet gjort markante agitationer for, at hovedstadens drikkevandforsyning var af en elendig beskaffenhed og udgjorde en smittekilde, hvilket der i en skrivelse kommer til udtryk: "*(...) at dets skadelige Indflydelse paa den almindelige Sundhed havde Choleraen i Sommer i høj Grad stadfæstet.*"<sup>145</sup> Selv om det ses, at drikkevandet blev tillagt stor værdi for folkesundheden var kloakeringen dog en primær sag, for den hygiejniske bevægelse. Derfor kritiserede bevægelsen indgående udskydelsen af etableringen af kloakken ud fra et økonomisk perspektiv: "*Samtidigt ansloge de Størrelsen af den Sum, der rent ud vilde tabes derved, (...) - naar Erfaringen havde godtgjort Uundværligheden af et saadant - udførtes, til omtrent ½ Million Rigsdaler.*"<sup>146</sup> Det beskrives efterfølgende, at Borgerrepræsentationen vedtog denne indstilling. Der kan argumenteres på baggrund af dette for, at der hos den hygiejniske bevægelse ses en pragmatisk tilgang til dens byplanlægningspolitiske indflydelse. Hvis ikke de smitte- og folkesundhedsmæssige argumenter gav opbakning til hygiejnikernes planer, kunne de skabe opbakning ved at henvise til de økonomiske konsekvenser af at udsætte udbygningen af det murede

---

<sup>144</sup> *Fædrelandet*, onsdag den 21. Juni. 1854. Nr. 141, s. 561.

<sup>145</sup> *Ibid.*, s. 561.

<sup>146</sup> *Ibid.*, s. 561.

kloaksystem. Kritikerne lægger vægt på, at årsagen til, at kloakeringen ikke iværksættes med øjeblikkelig virkning skyldes den manglende offentlige krav herom:

*“Kjøbenhavnernes Smagsorgan er endelig blevet orienteret med Hensyn til Drikkevandet, men deres Lugtesands's medfødte og tilvante Sløvhed har hidtil ikke sat dem i Stand til at opfatte Nyttens og Nødvendigheden af Renovations- og Renlighedsvæsenets gjennemgribende Reform. (...) Der mangler altsaa en bydende Opinion for Kloakværkets øieblikkelige Gjennemførelse.”<sup>147</sup>*

Der kan ud fra dette læses, hvorledes opbakningen hos det københavnske borgerskab, og denne klasses politiske indflydelse gennem Borgerrepræsentationen, var anset som en nødvendighed for at etablere et pres for, at hygiejnikernes foreslåede kloaksystem blev etableret. Forestillingen om at etablere en fornyet vandforsyning uden samtidig at etablere kloakering, forekom den hygiejniske lægestand og comite absurd. Dette italesatte de gennem en sammenligning af hovedstaden med den menneskelige organisme: *“(...) Vandrørerne danner det tilførende Pulsaare-System og Kloakrørerne det bortførende Blodaare-System.”<sup>148</sup>* Denne opdeling kan anskues som en del af en adskillelse og parcellering, der medvirkede til at kontrollere det urbane rums cirkulationsformer. Dette kan ses som et udtryk for det sanitære projekt som den miasmatiske tankegang fordrede. Den miasmatiske måde at italesætte byens ind- og udløb af drikke- og spildevand ud fra en betragtning af byen som en levende organisme kan endvidere betragtes fra Foucaults diskursive perspektiv som en planlæggende strategi. Ved at anvende metaforen omkring pulsåre- og blodåresystemet blev det sanitære ordensprojekt gjort konkret i et byplanlægningsmæssigt øjemed. Der kan argumenteres for, at lægestanden gennem denne artikulering omkring kloakeringen af hovedstaden ønskede at være en definerende faktor, hvad angik den biopolitik som kloakeringsplanerne kan anskues som. Disse planer kan betragtes som biopolitik i kraft af, at de udgjorde politiske forholdsregler omkring befolkningens overordnede folkesundhed og disciplinerende rammer for, hvorledes befolkningen kom af med sit spildevand.<sup>149</sup>

---

<sup>147</sup> Ibid., s. 562.

<sup>148</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 94.

<sup>149</sup> Kristensen og Hermann, “Michel Foucaults studier af magt”, s. 805.



Der blev i spildevandsdebatten rettet en direkte kritik mod den københavnske overpræsident, Michael Lange (1788-1856), der foruden sin høje stilling i bystyret bestred en stilling som leder af komiteen for indførelsen af vand, gas og kloak i København fra 1847 af, og siden også for kommissionen for de hygiejniske forbedringer efter 1851: *“Med al Agtelse for vor Communalbestyrelse i andre Henseender, tør vi ikke tilkjende den nogen særdeles høi Pris i denne vigtige retning (...) Conferensraad Lange, har udøvet saa ringe Indflydelse i den Række af Aar, han har beklædet sit ophøiede, lige ansvarsfulde og indflydelsesrige Sæde (...) Enten har han manglet Evner til at gjøre sin naturlige Indflydelse gjældende, eller han har manglet Indsigt og Kundskaber til at forstaae sin Opgave.”*<sup>150</sup>

Der kan argumenteres for, at der i denne kritik af Langes virke, ligeledes foreligger en kritik af den eksisterende statsadministrations sammensætning. Lange kan anses som repræsentant for den klasse af jurister, der fra Sundhedskollegiets side af blev betragtet som mangelfuld i forhold til kompetencer og forståelse for, hvad der krævedes af indsigt i smitteforståelse og folkesundhed. Gennem denne kritik af den øverste ledelse i hovedstaden formår Sundhedskollegiet at positionere sig i en magtkamp om beslutningspolitisk indflydelse. Herved kunne kollegiet få italesat sig selv som besiddende en erfaring og et blik for, hvilke sundhedspolitiske tiltag, der var påkrævet. Af Fædrelandet fra de følgende år, fremgår det blandt andet i 1855, at konflikten mellem Sundhedskollegiet og Indenrigsministeriet, særligt blev møntet på den handlekraft og institutionernes virke under koleraepidemien to år forinden. I en artikel fra samme år, bragte avisen en redegørelse over byens tilstand, foruden at udtrykke avisens holdning til tilstanden. Heri udtrykkes en markant kritik af Det kongelige Sundhedskollegium, for at have vaklet i sin støtte til kommissionsarbejdet og ikke have udgjort en central aktør i de afgørende indgreb i efterspillet:

*“Hvad har det kgl. Sundhedscollegium udrettet for disse Formaal? Godt Vand synes vi endelig at være paa veie til at opnaae, men Luften bliver, som Følge af den tiltagende Folkemængde (...) mindre og mindre ren. (...) Sundhedscollegiet er uden Tvivl godt bekjendt med dette Forhold, og dets Anskuelse af Sagen er neppe tvivlsom; hvad har Collegiet gjort*

---

<sup>150</sup> Ibid., s. 562.

*for at forebygge den yderligere, utaalelige Forværrelse af Byens Luft, som maa flyde af dette Forhold. Har Collegiet i rette Tid ladet sin vægtige Stemme høre?”<sup>151</sup>*

Der kommer en spydig tone og en ringeagtende indstilling til Sundhedskollegiets virke til udtryk gennem dette udsagn. Selve Fædrelandets traditionelle rolle som et organ for den nationalliberale dagsorden og det politiske program kan udledes af denne kritik. Dette udtrykkes yderligere i forhold til den indsats som Sundhedskollegiet og Den Overordentlige Sundhedskommission havde gennemført:

*“Det vil ikke være rigtigt at slaae sig til Ro med Tillid til den overordentlige Sundhedscommission. Collegiet er vistnok underrettet om, at denne forrige Aar havde indbragt en Række Forslag i denne og lignende Retninger for Justitsministeriet, at disse længe forbleve ubesvarede, og endelig totalt afsloges som upraktistke og ugjennemførlige med det dengang i sin Orden værende Svar: Kan ikke bevilges”.*<sup>152</sup>

Det kommer her til udtryk, at der forelå divergerende interesser i forhold til folkesundhed og økonomiske hensyn, der konfliktede med hinanden. Der redegøres for, hvordan de hygiejnisk orienterede læger søgte at påvirke og skubbe den politiske beslutningsproces i en bestemt retning. Det viste sig dog, at Justitsministeriet som institution stod i vejen for, at disse lægevidenskabelige mål og hensigter kunne realiseres. Der forelå intet ønske fra Justitsministeriets side om at lade Det Kongelige Sundhedskollegium indtage en øget magtmæssig rolle som institution. Derimod kan der argumenteres for, at dette kan anskues som et eksempel på, at Justitsministeriet søgte at vedholde Det Kongelige Sundhedskollegium i en rådgivende rolle. Sundhedskollegiets rolle som rådgivende institution havde de nationalliberale været i stand til at drage nytte af, hvad angik afviklingen af karantæneforanstaltningerne, hvorved det ministrene havde fået lægevidenskabelig rygdækning for deres lovændring, der var motiveret af handelsmæssige interesser. Dette havde de nationalliberale opnået, hvorved kollegiet i den henseende havde udspillet sin rolle og Justitsministeriet nu ønskede, at kollegiet indtog en mindre magtfuld rolle, hvad angik politiske beslutninger:

*“For vor Part vilde vi ansee det ønskeligere om enhver vigtigere Sag, der er behandlet af Collegiet, overgaves til Offentligheden, forsaavidt Collegiets Del angaaer, saa snart den er afsluttet (...) Naturligvis følger det af sig selv, at en Reorganisation af Collegiet vilde være*

---

<sup>151</sup> *Fædrelandet*, onsdag den 22. August. 1855. Nr. 194, s. 813.

<sup>152</sup> *Ibid.*, s. 814.

*saare ønskelig, navnlig i Retningen af, at det kom til at bestaae af noget færre medlemmer.*<sup>153</sup> Det udtrykkes her, hvorledes Justitsministeriet ønskede placere Sundhedskollegiet i en markant mere tilbagetrukket rolle som institution. Der kan argumenteres for, at ministeriet endvidere ønskede at stække kollegiets indflydelse og omfang da den opbakning, som de nationalliberale havde haft behov for til at sikre deres egne interesser nu var nået. De nationalliberale ministerier ønskede ikke at tilkende lægestanden en øget politisk indflydelse, hvilket bundede i deres ideologiske aversion imod at give ikke-folkevalgte grupperinger politisk magt. Denne aversion kom videre til udtryk i de nationalliberales kritik af sundhedskollegiets indsats, hvad angik vedtagelsesprocessen omkring den nye boliglovgivning:

*"(...) Borgerrepræsentationen har paastaet, at skyldte for denne utilgivelige langsomhed ligger hos Sundhedskollegiet og ikke (...) hos Kommunalbestyrelsen. (...) Loven udkom som bemærket den 12te januar 1858 og allerede den 27de Januar tilskrev Justitsministeriet Sundhedskollegiet, at saafrem kollegiet ikke selv maatte ville overtage Udarbejdelsen af Sundhedsvedtægterne, vilde Arbejdet være at overdrage en enkelt Mand, der da tillige kunde være Ministeriets Konsulent under de videre Forhandlinger og senere tjene som Ministeriets Udsending."*<sup>154</sup>

Sundhedskollegiet svarede på dette ved at oplyse, at kollegiet ikke havde fundet nogen mand med de nødvendige egenskaber eller dygtighed til at varetage hvervet. Endvidere gjorde det opmærksom på, at selv hvis en sådan mand var fundet i kollegiets rækker, ventede kollegiet ikke, at et sådant medlem i en politisk forsamling kunne opnå den nødvendige indflydelse og autoritet. Der kan argumenteres for, at såvel Justitsministeriets oplysning om, hvorledes ministeriet ville overtage de fremtidige forhandlinger, som Sundhedskollegiets tilkendegivelse af ikke at befinde sig i en magtdefinerende position, vidner om, at Kollegiets position som lovdefinerende magt, var stærkt stækket.

Der kan sluttet, at Det Kongelige Sundhedskollegium og dets tilstødende, lægemæssige institutioner og foreninger agiterede for lovændringer og strukturelle tiltag, der var anset som væsentlige af andre end lægerne selv. I kampen om, hvem der skulle have magten i forhold til diktere retningslinjerne for den folkesundhedsmæssige

---

<sup>153</sup> Ibid., s. 815.

<sup>154</sup> *Dagbladet*, lørdagen den 18. August. 1860. Nr. 193, s. 2.

og hygiejniske lovgivning stod lægerne og politikerne. Lægerne søgte at indtage en rolle som reformatorer, hvilket debatten i dagbladene bevidner. Heri ses det endvidere, at det vakte stor furor blandt de nationalliberale politikere og borgere, der anså lægernes indtræden på den politiske arena som en overskridelse af deres beføjelser. Der kan dog argumenteres for, at deres indflydelse og forslag blev taget alvorligt og sagligt behandlet, grundet lægernes viden. Dog blev de som aktørgruppe modarbejdet af de nationalliberale, da de ikke ønskede at tillade lægerne en lovgivende, politisk magt.

### 6.3. Sammenfatning af analysen

Udviklingen inden for smitteforståelse hos den danske lægestand og udviklingen af ny lovgivning og etableringen af nye folkesundhedsfremmende forbedringer af byernes struktur var nært forbundne. Ifølge projektets opstillede teorier var denne udvikling nært forbunden med etableringen af den moderne socialhygiejne, hvor staten stillede forandrede krav til lægernes virke. Kravene indebar overvågning af smitekilder og registrering af smitte, samt etableringen af nye hygiejniske strukturer. Det nye blik på smitekilder skyldtes forekomsten af et smitteteoretisk paradigmeskifte, hvor den contagiose smitteforståelse blev udfordret af den miasmatiske. Ved anvendelsen af Foucaults og Kuhns teoretiske rammer i analysen af koleraepidemiens før- og eftertid, er det kommet til udtryk, at kampen om, hvem der skulle definere den folkesundhedsmæssige lovgivning udspillede sig på en række af forskellige arenaer. I denne strid kom en række af dikotomier mellem interesser til udtryk, hvor aktørerne dog var i stand til at finde sammen i alliancer når det fremmede deres sag.

Ved at inddrage Foucaults teoretisering af lægevidenskabens udvikling som magtredskab og Kuhns videnskabsteoretiske blik for paradigmer har det været muligt i projektets analyse at tydeliggøre, at lægevidenskabens og lovgivningens udvikling ikke udvikler sig i hver sit vakuum. Derimod har teorierne været med til at synliggøre, hvorledes det lægevidenskabelige blik har påvirket lovgivningen samt været en anledning til, at den danske lægestand søgte at skabe sig politisk indflydelse. Denne indflydelse skulle gøre sig gældende i den konflikt, der var dikterende for, hvorvidt det skulle være læger eller politikere og jurister, der dikterede sundhedslovgivningen og endvidere administrere den etablerede sundhedslovgivning og forordningerne. I denne konflikt kan der argumenteres for, at lægestanden opnåede relativ succes. Dette gav sig til udtryk ved, at

den miasmatiske lægestand lykkedes med at italesætte den hygiejniske dagsorden inden for de politiske arenaer efter 1844. Herved påvirkedes anskuelsen af byplanlægning og sygdomspræventive indsatser i forhold til folkesundhed sig gradvist. Lægerne lykkedes med at indtage formandskaber i kommissioner, hvorved de kunne italesætte og formulere konkrete lovforslag og oplæg til anlægningen af kloakering og forbedrede leveforhold i byerne. Dette udmøntede sig i, at der i København efter epidemien blev etableret en forbedret vandforsyning i 1859, forbedret kloakering i 1857 til 1860 og boliglovgivning, der implementeredes mellem 1854 og 1856. Som et politisk rådgivende organ for Justitsministeriet var Det Kongelige Sundhedskollegium endvidere af afgørende betydning for, at de forældede, dyre karantæneforanstaltninger blev afskaffet. Derved kunne lægestandens miasmatiske forståelse finde fælles grund med de nationalliberales økonomiske hensyn og interesser og de frigjorte midler kunne anvendes på hygiejniske forbedringer.

Kollegiets forhandlinger med Justitsministeriet vidner om, at lægevidenskaben blev inddraget som et magtinstrument. Lægernes magt som samfundsreformatorkommissioner blev forefandt sig således gennem den viden de besad. Lægernes agitation for mere medbestemmelse blev dog mødt med markant modstand fra de nationalliberale og juristerne, der frygtede et "diktatur af læger", hvis lægerne som gruppe fik lovgivende indflydelse. Denne holdning viste sig tydeligt i aviserne ved kampen omkring sundhedsloven, der endte ud i en lovgivning, hverken læger eller jurister var fuldt ud tilfredse med. Lægerne opnåede ifølge loven ikke officiel stemmeret i sundhedskommissionerne, men opnåede dog medbestemmelse ved lovens implementering. Dette skyldtes at politikerne i de kommunale råd var mere pragmatisk orienterede, hvorfor lægerne i mange tilfælde kom til at sidde i afgørende, ledende poster. Dermed kan der argumenteres for, at lægerne opnåede realpolitiske resultater og afgørende magt.

## 7. Diskussion af de danske lægers betydning

I analysen er der hovedsageligt blevet set på de faktorer, der var medvirkende til lægernes muligheder for at påvirke lovgivningen, hvorledes denne proces blev muliggjort og hvordan denne udvikling kan analyseres ved hjælp af Foucaults og Kuhns teorier. I den følgende diskussion vil der blive fokuseret på, hvorledes analysen af den danske lægestands indflydelse og udviklingen i lægevidenskab kan anskues i forhold til den eksisterende historiske forskning. Afrundingsvist vil der blive foretaget en samlet vurdering af lægestandens indflydelse.

Udviklingen inden for såvel lovgivning som den lægevidenskabelige smitteforståelse fandt sted inden for en række af politiske og lægefaglige arenaer. Inden for disse arenaer kan der fremhæves en række af dikotomier, der var dikterende for udviklingen efter at epidemien havde nået sit endeligt. Som hovedaktørgrupper må der fremhæves den danske lægestand, der lå indordnet Det Kongelige Sundhedskollegiums reglement og heroverfor, de nationalliberale politikere, der handlede inden for Borgerrepræsentationen, Justitsministeriet og Indenrigsministeriet. I konflikterne og samspillet mellem disse hovedaktører kan der fremhæves en indre dikotomi i lægernes rækker, der beroede på konflikten mellem den miasmatiske og contagiose smitteforståelse. Ligeledes kom der en fundamental dikotomi til udtryk mellem politikernes og lægernes perspektiver. Dette ses gennem de forskelligartede fokus, der blev anlagt på enten henholdsvis folkesundhed eller økonomi som det primære hensyn. I konflikten mellem disse forskellige hensyn kom der en strid til udtryk mellem ministerierne og Det Kongelige Sundhedskollegium. Der kan argumenteres for, at der i denne konflikt kom endnu en dikotomi til udtryk, hvor Sundhedskollegiet som institution fra enevælden af, stod i modstrid med folkestyrets ministerier, der var et udtryk for cementeringen af demokratiet som styreform.

Gennem 1850'erne blev der således involveret en række af divergerende interesser og forståelser inden for politik og lægevidenskab før og efter epidemien. Til trods for, at der kom alle disse dikotomier til udtryk, var aktørerne i stand til at danne alliancer når dette var gavnligt, men ligeledes ophæve disse efterfølgende. Dette kom blandt andet til udtryk da de liberale politikere søgte sammen med den miasmatiske lægestand vedrørende ophævelsen af de hidtidige karantæneforanstaltninger. Det var her muligt, at de nationalliberales økonomiske hensyn til borgernes handelsmæssige

interesser var kompatible med den miasmatiske lægestands smitteforståelse, der anså karantæneforanstaltningerne for ineffektive og uhensigtsmæssige. Alliancen mellem disse to aktørgrupper nåede dog sit endeligt i takt med, at lægestanden søgte at opnå en magtpolitisk indflydelse på selve den lovgivningsmæssige proces angående sundhedslovgivningen. Dette område anså de nationalliberale for at være politikernes og juristernes enemærke, hvor lægestanden og Sundhedskollegiet, med sin oprindelse i enevælden, ingen gyldighed havde. Det kan således diskuteres, hvorledes såvel dikotomi som et samarbejde mellem lægestanden og de liberale politikere lod sig gøre i denne periode, og hvorledes udviklingen i Danmark kan anskues i forhold til eksemplerne fra den eksisterende forskning.

Erwin H. Ackerknecht og Francois Delaporte argumenterer begge ud fra deres forskning for, at den politiske liberalisme var af afgørende betydning for, at den miasmatiske smitteforståelse gik sin sejrsgang blandt de europæiske læger, heriblandt de engelske og franske. Ackerknecht argumenterede for, at contagionismen blev associeret med bureaukratiske begrænsninger, der blev kritiseret af de liberale kræfter, som ønskede at reducere statsmagtens kontrol og forbedre handelsfolkens muligheder. Miasmatikerne var således en nær allieret for de liberale politikere, der betragtede dem som reformister, der kunne bidrage til udviklingen af borgernes frihed og samfundets udvikling. I Ackerknechts optik var dette politiske aspekt lige så vigtigt som det sundhedsvidenskabelige, da det skaffede de miasmatiske læger toneangivende poster. Fra disse poster blev det muligt at bekæmpe det sygdomsfremmende skidt i byerne, forbedre latrinforholdene og udarbejde lovgivningsforslag.<sup>155</sup> Det nære bånd til den politiske liberalisme og igangsættelsen af synlige forbedringer af leveforholdene var for Ackerknecht de afgørende faktorer.

Delaporte anlagde et tydeligt strukturalistisk blik i sin analyse af lægevidenskabens udvikling, hvor koleraen skabte sociale og videnskabelige forandringer i Frankrig. Koleraen skabte en frygt i samfundets over- og underklasse, der ledte til social uro og nødvendiggjorde forbedringer af de fattigste klassers leveforhold i byerne for at modvirke epidemiske udbrud. Delaporte argumenterede for, at de strukturelle forandringer var udtryk for en konflikt mellem en liberal og progressiv strømning overfor et konservativt og regressivt system. Han kritiserede Ackerknecht for

---

<sup>155</sup> Ackerknecht, " Anticontagionism Between 1821 and 1867", s. 589.

at tillægge teoriernes smitteteoretiske forståelser for begrænset en rolle i forhold til de politiske faktorer. Delaporte argumenterede for, at den miasmatiske forståelse som funktion var det afgørende og årsagen til den liberale tilknytning.<sup>156</sup> Denne tilknytning var del af en lægevidenskabelig nytænkning, hvor levetilstandene var afgørende og den offentlige hygiejne blev forstået som afgørende for sygdomsbekæmpelsen.

Ud fra analysen af det danske eksempel kan der diskuteres en række af ligheder såvel som forskelle fra Ackerknechts og Delportes udlægninger af de engelske og franske epidemier. Der kan argumenteres for, at udviklingen blandt de danske læger havde ligheder med de engelske og franske lægers i kraft af samarbejdet med de liberale politikere i ønsket om, at afvikle det hidtidige contagionistiske karantænesystem. Her kan der bemærkes fællestræk med det engelske eksempel, hvor liberale og miasmatiske kræfter afviklede karantæneforanstaltningerne for at gavne handelen af søvejen og deraf ophævede de contagionistiske foranstaltninger. Ligeledes ses der fællestræk mellem danske og franske lægers agitationer for hygiejniske forbedringer i byerne efter epidemierne, således som Delaporte anfører i sin analyse. Dog kan det diskuteres, hvorvidt den danske lægestand adskilte sig signifikant fra de engelske og franske i kraft af de danske lægers agitation og arbejde for politisk medindflydelse på lovgivningsarbejdet. Inden for dette område kan der argumenteres for, at de danske læger søgte at videreføre den politiske indflydelse på sundhedslovgivningen som de havde haft mulighed for at udvise gennem deres medansvar for afviklingen af karantæneforanstaltningerne.

Den politiske indflydelse fra lægestanden er der i den hidtidige forskning ligeledes blevet givet udtryk for blev gjort gældende i forhold til hovedstadens vandforsyning, kloakering og latrinforhold. Hanne Lindegaards forskning har fokuseret på, hvorledes den miasmatiske lægestand gennem 1840'erne og 1850'erne var en afgørende aktør i en italesættelsesfase af nødvendigheden af strukturelle forbedringer og endvidere havde mulighed for at gøre deres viden og kundskaber gældende som en del af løsningen. Lindegaards forskning inddrager lægestanden som en aktørgruppe, der bidrog til defineringen af en bestemt diskursiv retning. Denne diskurs involverede en forståelse af, at folkesundheden var påvirkelig og derfor udgjorde et hovedansvar for statens

---

<sup>156</sup> Delaporte, *Disease and Civilization*, s. 173.



politikere.<sup>157</sup> Hun argumenterer for, at lægerne udtrykte en opfattelse af, at love, institutioner og strukturer var redskaberne til at forbedre folkesundheden, hvorved den medicinske videnskab antog en forvaltningsmæssig karakter. Lægernes agitationer indgik som en del af en socialhygiejnisk udvikling, hvor myndigheder, videnskabsfolk og teknikere ønskede at skabe renlighed i byerne og blandt befolkningen.

Lars-Henrik Schmidts og Jens Erik Kristensens har gennem deres forskning argumenteret for, at lægernes rolle inden for den socialhygiejniske udvikling beroede på forandrede krav fra statsforvaltningens side til lægerne. Ifølge disse forskere blev lægerne inddraget som aktører i forbedringen af folkesundheden, hvor lægernes fokus blev anlagt på luften og dermed miasmer og bekæmpelsen deraf. Schmidt og Kristensen har i deres forskning lagt vægt på, at der var tale om en disciplinering inden for krops- og adfærdsteknologi, hvor statsmagten underlagde sig borgernes udfoldelsesmuligheder med henblik på at optimere menneskematerialet ved implementeringen af biopolitikker. De argumenterer i forlængelse deraf for, at lægernes smitteteoretiske forståelse for sygdommenes ætiologi fik en social dimension, hvor de dårlige latrinforhold eller dårlige kloakering var anledningen til befolkningens sygdomme.<sup>158</sup> Lægerne reagerede med en smitteforståelse, der fordrede en parcellering af byens rum og ind- og udstrømning af vand, der endskønt den var fejlagtig viste sig at have en gavnlig effekt.

Dette projekt har gennem analysen belyst flere af de samme udviklingstræk som Lindegaard, Schmidt og Kristensen har fremhævet i deres forskning. Lægerne opnåede gennem Sundhedskollegiet, Den Hygiejniske Komité og de lægevidenskabelige kommissioner en afgørende, diskursiv indflydelse i forhold til at bringe byernes dårlige sanitære forhold og strukturer i fokus, som en del af den politiske dagsorden. Ligeledes er det kommet til udtryk, hvordan den miasmatiske smitteforståelse har været definerende for lægernes agitationer for de strukturelle forbedringer. Den diskursive indflydelse fandt sted gennem publiceringen af miasmatiske og hygiejniske skrifter og artikler, der problematiserede byernes forhold, hvilket eksempelvis kommer til udtryk gennem Hornemanns skrifter og andre lægers indlæg i *Ugeskrift for læger*.

Det kan diskuteres i hvor udpræget grad, at de inddragede forskere har belyst de gradvise forandringer i lægernes smitteteoretiske forståelse og viden og deres senere

---

<sup>157</sup> Lindegaard, *Ud af røret?*, s. 71.

<sup>158</sup> Schmidt og Kristensen, *Lys, luft og renlighed*, s. 58.

politiske agitationer for medindflydelse på sundhedslovgivningen. Lindegaard, Schmidt og Kristensen har anskuet den miasmatiske lægestand som aktører, der var inddraget i en politisk problematik vedrørende planlægningen af byernes hygiejniske strukturer, men ikke selve lægernes videre ønske om politisk indflydelse og smitteteoretiske udvikling. Deraf har anvendelsen af paradigmebegrebet ikke været markant inddraget og forskerne har ikke haft et indgående fokus på den politiske magt og udvikling som lægerne gennemgik, både indflydelsesmæssigt og lægevidenskabeligt. Gennem analysen er disse politiske og lægevidenskabelige aspekter blevet søgt belyst.

Ved analyse af lægernes smitteteoretiske forståelse og udvikling er det kommet til udtryk, at effekten af lægernes indgreb over for de epidemiske sygdomme ikke kunne forklares videnskabeligt til bunds før den bakterielle årsag til koleraen i 1883 blev afdækket. Det blev først da, at Panums resultater i Bandholm kunne forklares på baggrund af den bakteriologiske videnskab. Med bakteriologiens etablering som videnskab gennemgik den lægevidenskabelige smitteforståelse et paradigmeskifte, hvor den contagionistiske og miasmatiske smitteforståelse blev forladt til fordel for den bakterielle forklaring af årsag og smitte. Til trods for, at lægernes indsats mod de epidemiske udbrud af kolera beroede på fejlslagne smitteforståelser hidtil, var deres forholdsregler og indgreb afgørende i bekæmpelsen af sygdommen. Det kan diskuteres, hvorvidt denne indsats var afgørende for de strukturelle forbedringer. Lægestandens håndtering og senere agitationer var dog samlet set essentielle for, at de nationalliberale politikere blev gjort bevidste om nødvendigheden af de strukturelle forbedringer i hovedstaden. Til trods for de nationalliberales aversion og modstand mod lægestandens politiske indflydelse, var lægernes indsats afgørende for den senere udformning af sundhedspolitiske love og byplanmæssige forbedringer. Lægerne opnåede derved synlige resultater i forhold til hygiejniske forbedringer i byerne og ligeledes realpolitisk indflydelse gennem sundhedskommissionerne.

## 8. Konklusion

Koleraepidemien i København i 1853 kan i dag anskues som en brydende begivenhed i forhold til byplanlægning og folkesundhed i Danmark. Epidemien i hovedstaden var en ny og uundgåelig udfordring for lægestanden i 1800-tallet. Fundamentet for de traditionelle forståelser blev forandret og siden suppleret med nye idéer og viden. Epidemiens forløb og ofre udstillede de uhygiejniske og kummerlige leveforhold, som prægede livet for en stor del af indbyggerne og tydeliggjorde behovet for forbedringer. Artikler, publikationer og tidsskrifter fra lægernes side var kritiske over for forholdene, men også politikerne, idet der ofte blev lagt vægt på, at de sygdomsfremmende forhold var kendte i forvejen. Udviklingen efter epidemien indebar en række af dikotomier inden for den politiske og sundhedsvidenskabelige dimension: Sundhed og økonomi, miasmatik og contagionisme, enevælde og folkestyre, var alle aspekter, der prægede diskussionerne, konflikterne og samarbejdet mellem politikere og læger. Disse dikotomier understreger, at udviklingen inden for folkesundhed og byplanlægning var omgærdet af en række af divergerende interesser. Dertil kommer, at interesserne var forudsætningen for magtkampe og alliancer, der prægede udviklingen. Byernes elendige hygiejniske forhold, de nationalliberales aversion mod lægernes politiske indflydelse og udviklingen af lægernes smitteteoretiske forståelse udgjorde alle aspekter af udviklingen efter epidemien.

Jævnfør Michel Foucaults teori om *Klinikkens fødsel* tydeliggøres det, at lægernes italesættelse af de dårlige hygiejniske forhold var en del af et nyt blik på sygdommens ætiologi, samt en udvikling, hvor lægevidenskaben blev et magt- og overvågningsinstrument for statsapparatet. Lægernes virke udviklede sig under indflydelse fra politisk liberalisme samt sociale og økonomiske faktorer. De pågældende elementer blev en del af udviklingen ved et paradigmeskifte inden for smitteforståelse, der kan anskues ud fra Thomas Kuhns paradigmatteori, hvis indhold er blevet kædet sammen socialhygiejnens skabelse. Socialhygiejnens udvikling gennem 1800-tallet er blandt andet af Lars-Henrik Schmidt, Jens Erik Kristensen og Hanne Lindegaard blevet anskuet som etableringen af kulturkonstitutive renlighedsstrukturer, hvor medicinvidenskaben udviklede sig som socialvidenskab. De miasmatiske læger opnåede en øget indflydelse ved italesættelsen af sammenhængen mellem den dårlige sanitet og dødeligheden. Erwin H. Ackerknecht og Francois Delaporte har argumenteret for, at den

europæiske miasmatiske lægestands begunstiggelse beroede på de politisk, liberale kræfter, der havde fælles interesser med de miasmatiske læger. Om end den miasmatiske smitteforståelse fik opbakning, var de miasmatiske lægers virke i Danmark præget af en række konfliktlinjer, interesser og alliancer, der gjorde at udviklingen lægernes rolle efter 1853 var særegen.

På baggrund af de opstillede teorier og den kildemæssige analyse argumenteres det, at den danske lægestands rolle efter epidemiens afslutning i 1853 blev forandret. Med det smitteteoretiske skifte fra contagionisme til den miasmatiske smitteteori, forandredes lægernes ætiologiske forståelse og blik. Lægernes indsats under koleraepidemien var af vital karakter og gav dem stor anerkendelse, hvorfor lægerne, efter bekæmpelsen af koleraen anskuede en mulighed for politisk indflydelse. Efter 1853 udspillede der sig et forløb, hvor bolig- og sundhedslovgivning, etableringen af kloakering og kommissioner var omdrejningspunkt for konflikt og forhandling, mellem læger og nationalliberale politikere og jurister. Konflikten udspillede sig inden for forskellige arenaer og beroede på, hvorvidt lægerne skulle tildeles en dikterende rolle og inddrages som lovgivende magt. På baggrund af deres miasmatiske smitteforståelse og ledende positioner i kommissioner indtog lægerne en rolle som ledende agitatorer for hygiejniske forbedringer i byerne og opnåede derved indflydelse. Med bakteriologiens etablering som videnskab, forandredes det smitteteoretiske paradigme afgørende efter 1883 og den hygiejniske udvikling gik ind i en ny fase.

Om end lægernes indflydelse beroede på en viden, som statsapparatet behøvede som magtinstrument, blev lægernes ønske om magt mødt med modstand og aversion fra de nationalliberale politikere af. Politikernes modstand ses i aviser og vidner om en aversion mod enevældens institutioner, hvilket Det Kongelige Sundhedskollegium stod som. Til trods for lægernes betydning for udviklingen og etableringen af kloakering, forbedrede latrinforhold og boliglovgivning, var der modstand fra nationalliberal side af. Kampen for politiske vilkår vidner om en brydningsperiode, hvor det danske demokrati efter 1849, behøvede dele af enevældens embedsværk, heriblandt Sundhedskollegiet, da folkestyrets politikere ikke var i stand til at etablere en folkesundhedsansvarlig institution, der kunne træde i stedet for denne. Dette benyttede lægestanden sig af, hvorved de gennem deres viden om smitteårsager blev afgørende for, at anskuelsen af byplanlægning og folkesundhed forandrede sig signifikant efter koleraepidemien i 1853.

## 9. Litteraturliste

### Bøger og artikler

Ackerknech, Erwin H., "Anticontagionism Between 1821 and 1867", *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 22, no 5 (1948): 562-593.

Bonderup, Gerda. "Medicinalberetninger og deres kontekst ca. 1800-1870 - En introduktion" i *Af yderste vigtighed for det hele Borgersamfunds Tryghed* - *Medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning*, redigeret af Gerda Bonderup, Jørgen Mikkelsen og Lisbeth Skjernov, 11-39. Haderslev: Selskabet til Udgivelse af Kilder til Dansk Historie, 2005.

Bonderup, Gerda. *Det Medicinske Politi - Sundhedspolitikken i Danmark 1750-1860*. Århus N: Aarhus Universitetsforlag, 2006.

Bonderup, Gerda. *Cholera-morbro'er og Danmark - Billeder til det 19. århundredes samfunds- og kulturforståelse*. Århus C: Aarhus Universitetsforlag, 1994.

Delaporte, François. *Disease and Civilization - The Cholera in Paris, 1832*. Cambridge: The MIT Press, 1986.

Foucault, Michel. *Klinikkens Fødsel*, København: Hans Reitzels Forlag A/S, 2000.

Jacobsen, Kurt og Klaus Larsen, *Ve og Velfærd - Læger, Sundhed og Samfund gennem 200 år*. København: FADL's Forlag, 2017.

Kjeldstadli, Knut. *Fortiden er ikke hvad den har været - En indføring i historiefaget*, Oversat af Claus Bryld. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag, 2005.

Kristensen, Jens Erik og Stefan Hermann, "Michel Foucaults studier af magt og politiske rationaliteter". I *Klassisk og Moderne Politisk Teori*, redigeret af Lars Bo Kaspersen og Jørn Loftager, 797-823. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.

Kuhn, Thomas S. *Videnskabens revolutioner*. oversat af Knud Haakonssen. København: Fremad A/S, 1995.

Larsen, Klaus. *Smitstof - Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark*. København: Munksgaard, 2014.

Lindegaard, Hanne. *Ud af røret? Planer, processer og paradokser omkring det Københavnske kloaksystem 1840-2001* utrykt ph.d.-afhandling, Institut for Produktion og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet, 2001.

Lützen, Karin. *Byen tæmmes - Kernefamilie, sociale reformer og velgørenhed i 1800-tallets København*. København: Hans Reitzels Forlag, 2013.

Nyland, Nick . "De praktiserende læger i 1800-tallet" i "*af yderste Vigtighed for det hele Borgersamfunds Tryghed*" - *Medicinalberetninger og deres anvendelsesmuligheder i historisk forskning*, Redigeret af Gerda Bonderup, Jørgen Mikkelsen og Lisbeth Skjernov. 235-297. Haderslev: Selskabet til Udgivelse af Kilder til Dansk Historie, 2005.

Pedersen, Julius, *Koleraepidemien med særligt hensyn til Danmark*. København: Gyldendalske Boghandels Forlag, 1892.

Schmidt, Lars-Henrik og Jens Erik Kristensen, *Lys, Luft og Renlighed - Den moderne socialhygiejnes fødsel*. København K: Akademisk Forlag, 1986.

## Websider

“Den Overordentlige Sundhedskommission.” konsulteret 2. maj 2020.

[https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=3059&laes\\_mere=ja](https://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=3059&laes_mere=ja)

“The Munich Digitization Center,” konsulteret 30. marts 2020,

<https://www.digitale-sammlungen.de/index.html?c=mdz&l=en>.

“HathiTrust,” konsulteret 30. marts 2020,

<https://www.hathitrust.org/about>.

## Ugeskrifter og kilder

Bibliotek for Læger, 2009. 201. årgang. Red. Christian Graugaard et al. Udgivet af Lægeforeningen, København, 2009.

C.E.C. Gads Samling af Danske Love, *Lov af 30 Marts 1892 Om Foranstaltninger Imod Udbredelse af Smitsomme Sygdomme med Regulativ af 9 marts 1891 Angaaende Desinfektion Samt Regulativ af 23 juni 1892 for Behandling af Lig*, (København: J. H. Schultz, 1897).

*Dagbladet*, lørdagen den 18. August. 1860. Nr. 193, s. 2. Downloaded 2. April 2020.

[http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms\\_avis\\_page%3Auid%3Ab1dfabcd-f555-4d83-9d40-6baface842b3/query/Sundhedskollegiet%20ministeriet/page/doms\\_avis\\_page%3Auid%3A643777ef-00cb-40ca-acd9-b544a123732d](http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms_avis_page%3Auid%3Ab1dfabcd-f555-4d83-9d40-6baface842b3/query/Sundhedskollegiet%20ministeriet/page/doms_avis_page%3Auid%3A643777ef-00cb-40ca-acd9-b544a123732d)

*Fædrelandet*, onsdag den 21. Juni. 1854. Nr. 141, s. 561-562. Downloaded 2. april 2020.

[http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms\\_avis\\_page%3Auid%3A12de47c4-684f-4892-8a58-276d54ce4eee/query/hygiejne%20Sundhed/page/doms\\_avis\\_page%3Auid%3A12de47c4-684f-4892-8a58-276d54ce4eee](http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms_avis_page%3Auid%3A12de47c4-684f-4892-8a58-276d54ce4eee/query/hygiejne%20Sundhed/page/doms_avis_page%3Auid%3A12de47c4-684f-4892-8a58-276d54ce4eee)

*Fædrelandet*, onsdag den 22. August. 1855. Nr. 194, s. 813-814. Downloaded 2. april 2020.

[http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms\\_avis\\_page%3Auuid%3Ab844d9af-14b7-4731-a50a-ffc6eb088ea5/query/Sundhedskommissionen%20Fædrelandet/page/doms\\_avis\\_page%3Auuid%3Afe376cd5-3ad4-4b43-beb6-b0bed29188ac](http://www2.statsbiblioteket.dk/mediestream/avis/record/doms_avis_page%3Auuid%3Ab844d9af-14b7-4731-a50a-ffc6eb088ea5/query/Sundhedskommissionen%20Fædrelandet/page/doms_avis_page%3Auuid%3Afe376cd5-3ad4-4b43-beb6-b0bed29188ac)

Hornemann, Emil. *Om adskillige Mangler ved den offentlige Reenlighed i Kiöbenhavn, i sanitær Henseende; og om en forbedret vandforsyning som et Middel derimod - En Beretning til det kgl. medicinske Selskab, i den hygieiniske Comites Navn*. Kjöbenhavn: Bianco Lunos Bogtrykkeri, 1847.

Supplementbind til "Bibliothek for Læger" - *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1857*. Redigeret af Dr. Ch. Bricka (Kjöbenhavn: Scharling, 1858).

<https://books.google.dk/books?id=EogXAQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=da#v=onepage&q=176&f=false>

Supplementbind til "Bibliothek for Læger" - *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1858*. Redigeret af Dr. Ch. Bricka (Kjöbenhavn: Scharling, 1859).

[https://books.google.dk/books?id=5IIXAQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=da&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.dk/books?id=5IIXAQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=da&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Supplementbind til "Bibliothek for Læger" - *Det Kongelige Sundhedskollegiums Aarsberetning for 1860*. Redigeret af Dr. Ch. Bricka (Kjöbenhavn: Scharling, 1861).

<https://books.google.dk/books?id=84AXAQAAMAAJ&printsec=frontcover&dq=Det+kongelige+Sundhedskollegiums+forhandlinger+i+aaret&hl=da&sa=X&ved=0ahUKEwjelLOU273nAhWII4sKHQuQBZ0Q6AEIKDAA#v=onepage&q=348&f=false>

Sundhedskollegiet, "Cholera", *Ugeskrift for Læger 2den Række XIII. Nr. 11*. (14. september 1850): 153-177.

*Ugeskrift for læger* c.1 ser.2 v.11. 1849.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.77593689&view=1up&seq=25>



*Ugeskrift for læger* ser. 2 bd. 14 1851.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=umn.31951d00322939l&view=1up&seq=230>

*Ugeskrift for læger* anden række: bd. 19. 1853.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.32044102983962&view=1up&seq=107>

*Ugeskrift for læger* c.1 ser.2 v.23. 1855.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=chi.77593812&view=1up&seq=377>

*Ugeskrift for læger* ser.2 bd.24-25. 1856.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=umn.31951d00322946o&view=1up&seq=57>

*Ugeskrift for læger* ser.2 bd.30. 1859.

<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=umn.31951d00322950x&view=1up&seq=304>