

Läkare och läkande

Läkekonsstens professionalisering
i Sverige under medeltid och renässans



Johanna Bergqvist

LÄKARE OCH LÄKANDE



Denna text är licensierad under CC BY-NC, Erkännande-Ickekommersiell (se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed sv>). Enligt licensen får verket spridas och bearbetas i icke-kommersiella sammanhang utan att tillstånd behövs, men verkets upphovsperson måste anges.

Figur nr 84: Foto: Lennart Karlsson, Historiska museet/SHM (CC BY)

eISBN: 978-91-89213-99-9

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.114>

Distribution: HT Skriftserier, Lunds universitet

Vid citering: Bergqvist, Johanna (2013). *Läkare och läkande: läkekonstens professionalisering i Sverige under medeltid och renässans*. Lund: Lunds universitet. doi:10.37852/oblu.114

Boken är digitaliserad 2023

Errata

s. 48, not 1: "Göteborgs museum" ska vara "Göteborgs stadsmuseum"

s. 215, fig. 62: Rutan för Sigrid Hafthorsdatter borde vara grönmarkerad, vilket framgår i texten överst på sidan 216. Färgen har fallit bort i den digitaliserade versionen. De mörkgrå partierna är de som är gröna i den ursprungliga tryckta versionen.

s. 233, fig. 66: Hospitalets läge var längre åt nordöst än vad som framgår av figuren. Placeringen på kartan är en följd av underlagskartans ursprungliga beskärning i högerkanten.

s. 299, fig. 80: Bilden är spegelvänd i relation till originalfotografiet.

För generösa ekonomiska bidrag till genomförande och publicering vill jag varmt tacka:

Berit Wallenbergs stiftelse
Gunvor och Josef Anérs stiftelse
Ebbe Kocks stiftelse
Svea Orden
Dr Uno Otterstedts stiftelse
Stiftelsen Carl Swartz minnesfond
Knut och Alice Wallenbergs stiftelse
Kungl. Gustav Adolfs Akademien för svensk folkkultur

OMSLAG Mannen föreställer inte en stackare som råkat ut för en massa våld och olyckor, utan är en schematisk bild över olika allvarliga former av skador som en kirurgiskt verksam läkare skulle klara av att hantera. I detta sammanhang får han symbolisera den erfarenhetsgrundade och hantverksbetonade läkekonst som diskuteras i föreliggande volym. Ur Hans von Gersdorffs *Feldtbuch der Wundartzney*, tryckt av Hainrich Stayner i Augsburg 1542. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet. Foto: Johanna Bergqvist.

BILD MELLAN KAPITLEN Målning i Täby kyrka, Uppland, av Albertus Pictor. Detalj.
Foto: Johanna Bergqvist den 25 augusti 2012

FÖRFATTARFOTO BAKSIDAN Björn Minör

GRAFISK FORMGIVNING Frederic Täckström, Stilbildarna i Mölle, sbmolle.com

SPRÅKGRANSKNING AV ENGELSKA TEXTER Alan Crozier

KORREKTUR Cecilia Hansson

TRYCK Elanders Fälth & Hässler, Värnamo 2013

DISTRIBUTION 

COPYRIGHT Johanna Bergqvist 2013

ISSN 1653-1183

ISBN 978-91-89578-52-4

LUND STUDIES IN HISTORICAL ARCHAEOLOGY 16

Johanna Bergqvist

Läkare och läkande

Läkekonsstens professionalisering
i Sverige under medeltid och renässans

2013

Abstract

This doctoral thesis examines the arts of healing in the area of present-day Sweden during the Middle Ages and the Renaissance (ca. 1100–1600 AD). It focuses on secular arts of healing for the body, rather than magical and religious healing or the cure of the soul. It is done by studying material culture in the form of archaeological finds from Southern Sweden and contemporary written sources from the Nordic region. The questions asked can be grouped in three main themes: *Perceptions of disease, affliction and injury*, *Practitioners of the arts of healing* and *Arts of healing*. I examine the underlying understandings or perceptions of disease as well as attitudes towards disease as such and towards the afflicted individuals. Old Norse names and designations in the first half of the Middle Ages seem to reflect what I call a *cause- and consequence-oriented* understanding of disease. Latin and to some extent Old Norse names and designations from the second half of the Middle Ages can rather be characterized as reflecting a *symptom- and sign-oriented* understanding. I interpret this as a change, with a new understanding of disease spreading during this time. The medieval and Renaissance arts of healing in the Swedish region were to a large extent a craft: a knowledge of the hand and the senses. Within this craft an incipient professionalization is discernible already in the first half of the Middle Ages, but it seems to have been interrupted by the Black Death and partly inhibited by a series of recurring epidemics in the fifteenth century. At the same time a new wave of professionalization started, which eventually led towards a segmentation of the occupation of *læknir* into barber surgeons, apothecaries and doctors and the formalization of the new occupations in the course of the sixteenth century, with the formation of new occupational ethos. This is reflected in the more specialized material culture of instruments and vessels. The picture emerging of the treatments provided is that of a heterogeneous phenomenon, varying between milieus and over time. There were *several different arts of healing* or *medical cultures*. The easiest to discern are the secular as opposed to the monastic arts of healing, but to draw sharp lines between the two might give an impression of two homogeneous phenomena, which they were not. The secular art of healing seems to have been empirical to a high degree and remarkably unaffected by the monastic art of healing, whose medical material culture hardly spread *extra claustrum*. Phlebotomy, for example, seems to have had different motivations in the two sociocultural contexts. It seems as if the Black Death and the epidemics that followed had devastating consequences in the form of lost knowledge within the occupation of the *læknir* and for the ongoing process of professionalization. This necessitated a reorientation and a compensation for lost skills with new ideas. This was sought in the medical literature and the tradition or medical culture it reflected, which up until then had not played any great role.

Innehåll

Personligt förord och tack 11

Figurförteckning 14

Förkortningar 22

1. Ramverk och forskningsbakgrund 25

1.1 Ämnespresentation och avgränsningar 27

1.2 Frågeställningar och avhandlingens struktur 31

1.3. Forskningsbakgrund 34

1.3.1. *Medicinhistorisk forskning* 34

1.3.2. *Medicinarknologisk forskning* 39

1.3.3. *Tidigare forskning om medeltida läkekonst i Norden* 44

2. Materialitet, skriftliga källor och täta kontexter 47

2.1. Den materiella kulturen. Identifiering och representation 50

2.1.1. *Kärl: salvekrus, små glasflaskor, apotekskärl och destillationsutrustning* 55

2.1.2. *Skedformade instrument: örslevar, kyretter, sonder och applikatorer* 62

2.1.3. *Pincetter* 67

2.1.4. *Tänger* 70

2.1.5. *Åderlättningsjärn* 72

2.1.6. *Brännjärn* 76

2.1.7. *Kirurgiska hakar* 77

2.1.8. *Skalpeller, fällknivar och lansetter* 79

2.1.9. *Frånvarande material* 84

2.2. De skriftliga materialen och vad dessa representerar 85

2.2.1. *Den medicinska litteraturen* 86

2.2.2. *Den sociokulturella medicinhistoriens källor. Metod och källkritisk diskussion* 89

Sagor och krönikor 89

Saxo Grammaticus och Olaus Magnus 92

Medeltida lagar 93

Vadstenadiariet 96

Övrigt skriftligt material 97

3. Medicinska kulturer och kulturmöten 99

3.1. Läkekonst i Norden under yngre järnålder 103

- 3.2. Den skolastiska, universitetsbaserade läkekonsten och dess rötter 105
 - 3.2.1. Rötter i Grekland och Rom samt den arabiskspråkiga kultursfären 105
 - 3.2.2. Den salernitanska skolan 108
 - 3.2.3. De europeiska universiteten 109
 - 3.2.4. Kroppsförståelse och anatomiska uppfattningar i Norden under medeltiden 111
- 3.3. Kyrkan och läkekonsten 112

- 4. Förståelser av sjukdomar och skador 117
 - 4.1. Sjukdomsförståelse i sociokulturell kontext 117
 - 4.1.1. Sjukrollens betydelse 120
 - 4.2. Sjukdomsförståelse speglad i benämningar av sjukdomar och skador 123
 - 4.2.1. Generella sjukdomsbenämningar 123
 - 4.2.2. Mer specifika sjukdomsbenämningar 125
 - 4.2.3. Symptom och tecken 127
 - Smärta 128
 - Feber 130
 - Svullnader och bölder 131
 - Stumhet och förlamning 132
 - Krampanfall 133
 - 4.2.4. Sår och skador 134
 - 4.2.5. Vettlöshet, sinnessjuka och tungsinne 139
 - 4.2.6. Orsak, konsekvens, symptom och tecken 141
 - 4.3. Förståelse för sjukdomsorsaker och smittspridning 143
 - 4.3.1. Hospitalen och hospitalssjukan 145
 - 4.4. Att vara sjuk 149
 - 4.4.1. Tid för läkande 150
 - 4.4.2. Uthärdande 152
 - 4.4.3. Genus och sjukroller 154
 - Sjukroller i cisterciensklostren, speglade i den materiella kulturen 155
 - Sjukroller i vadstena kloster, speglade i klosterdiariet 158
 - Genus och sjukroller i monastiska miljöer 163
 - 4.5. Förändringar och variationer i sjukdomsförståelser och sjukroller 165

- 5. Läkare och läkerskor 171
 - 5.1. Kunskaper, kunskapskommunikation och formandet av ett yrke 171
 - 5.1.1. Kunnandets olika former 172
 - 5.1.2. Kunskapskommunikation och kunskapers mobilitet 180

- 5.1.3. *Läkaryrket som arv och som kall* 185
 - 5.1.4. *Ett yrke och dess professionaliseringsprocess* 187
 - 5.2. *Kunskapsbärarna* 192
 - 5.2.1. *Läkare och läkerskor, präster, jordemödrar och andra* 193
 - 5.2.2. *Läkekunniga i de olika samhällsskikten* 194
 - 5.2.3. *Läkekunst som specialitet* 196
 - 5.2.4. *Kvinnliga läkare* 200
 - 5.2.5. *Läkekunniga präster* 206
 - 5.2.6. *Internt och externt kunnande i klostren* 207
 - 5.2.7. *Läkande händer, personlig förmåga och ärftlig kunskap* 209
 - Läkaren Hrafn Sveinbjarnarson och hans släkt 214
 - 5.3. *Tillgänglighet i samhället* 216
 - 5.3.1. *Fåtal eller flertal läkare* 217
 - 5.3.2. *Läkarnas sociala ställning* 226
 - 5.3.3. *Miljöer där läkare verkade* 229
 - Icke-institutionella miljöer 229
 - Hospital och helgeandshus 237
 - Kloster 238
 - 5.4. *Läkekunstens professionaliseringsprocess* 245
 - 5.4.1. *Lön* 246
 - 5.4.2. *Kunskapskrav och utbildning* 248
 - 5.4.3. *Yrkesorganisation* 252
 - 5.4.4. *Skicklighet, specialisering och yrkesethos* 255
 - 5.5. *En diskontinuerlig professionaliseringsprocess* 261
- ## 6. Läkekonster 265
- 6.1. *Läkande handlingar* 265
 - 6.1.1. *Sinnenas betydelse* 266
 - 6.1.2. *Förståelse och handling* 269
 - 6.2. *Behandlingsformer* 271
 - 6.2.1. *Hygien och domesticering av kroppen* 272
 - 6.2.2. *Förlossningskonst* 274
 - 6.2.3. *Behandling med läkemedel* 276
 - Läkemedel från växtriket 277
 - Mineraler och animalier 283
 - Alkoholer 286
 - Läkemedlens former 287
 - Medicinska bad 288
 - Medikamentskärnen 289
 - Förändring av tradition 291

- 6.2.4. Åderlåtning och koppning 292
- 6.2.5. Mindre kirurgi 299
- 6.2.6. Större kirurgi 301
 - Behandling av större sår och skador 304
 - Skärande kirurgi 312
 - Miljöer för kirurgiska behandlingar 313
- 6.2.7. Värmebehandling och bränning 314
- 6.3. Medicinska kulturer och dess handlingar 318

7. Läkare, läkande och förändring 323

- 7.1. Medicinska kulturer, förståelse och handling 325
- 7.2. Senmedeltidens befolkningsnedgång och kunskapsbrottet 333
- 7.3. Professionalisering, homogenisering och formandet av yrkesethos 338
- Slutreflektion 341

Summary 345

Appendix. Katalog över urval av föremål och arkivuppgifter 359

STADSMATERIALEN 359

Lund 360

Källmaterialet från Lund 361

Kommentar till Lundamaterialet 386

Gamla Lödöse 388

Källmaterialet från Gamla Lödöse 388

Kommentar till Gamla Lödösematerialet 394

Nya Lödöse 394

Källmaterialet från Nya Lödöse 395

Kommentar till Nya Lödösematerialet 398

Skara 398

Källmaterialet från Skara 398

Kommentar Skaramaterialet 399

Visby 399

Källmaterialet från Visby 400

Kommentar till Visbymaterialet 402

Linköping 402

Källmaterialet från Linköping 403

Kommentar till Linköpingsmaterialet 405

Vadstena stad 405

Källmaterialet från Vadstena stad 407

Kommentar till Vadstenamaterialet 408

Sigtuna 408

Källmaterialet från Sigtuna 408

Kommentar till Sigtunamaterialet 416

Uppsala 416

Källmaterialet från Uppsala 417

Kommentar till Uppsalamaterialet 419

KLOSTERMATERIALEN 419

Alvastra kloster 420

Artefaktmaterialet från Alvastra 422

Kommentar till Alvastramaterialet 427

Rum för vård i Alvastra kloster 428

Varnhems kloster 433

Artefaktmaterialet från Varnhem 435

Kommentar till Varnhemsmaterialet 440

Rum för vård i Varnhems kloster 440

Vreta kloster 441

Artefaktmaterialet från Vreta 444

Kommentar till Vretamaterialet 445

Rum för vård i Vreta kloster 445

Gudhems kloster 446

Artefaktmaterialet från Gudhem 448

Kommentar till Gudhemsmaterialet 449

Rum för vård i Gudhems kloster 450

Vadstena kloster 450

Artefaktmaterialet från Vadstena kloster 452

Kommentar till Vadstena klostermaterialet 454

Rum för vård i Vadstena kloster 455

Övriga kloster och konvent 457

Referenslista 459



Personligt förord och tack

Det är sällan slumpen som avgör vad en forskare väljer att fördjupa sig inom. Ett avhandlingsämne har sin egen historia hos doktoranden, vilken på olika sätt påverkar ämnets inriktning. Personligen tycker jag att det är intressant att få veta varför andra väljer de forskningsämnena de gör. Alltså vill jag ge läsaren en kort bakgrund till varför jag började intressera mig för det ämne som sedan kommit att fylla denna avhandling.

Uppvuxen i en läkarfamilj har jag belyssnat otaliga samtal om behandlandet av diverse åkommor, om svårigheter och lösningar, om hur patienter och även läkare påverkas vid lyckade behandlingar respektive när inte allt går vägen. Om kroppens oändliga mysterier, som trots all forskning aldrig kommer att kunna tömmas ut. Jag fick tidigt en stark medvetenhet om hälsans skörhet, sjukdomars komplexitet och hur djupt människors livsvillkor påverkas om man berövas hälsan. Vid något tillfälle under åren som student inom det som då hette Medeltidsarkeologi fick jag från pappa frågan om hurdan läkekonsten var i Sverige på medeltiden. Jag svarade väl lite svävande att jag inte trodde att man egentligen visste så mycket om det. När det senare blev dags att välja ett ämne för magisteruppsatsen blev det *Läkekonstens professionalisering under medeltid och stormaktstid*. Under arbetets gång blev det tydligt för mig att den tidigare forskningen var tämligen begränsad. Mycket av den då befintliga litteraturen tycktes mig då dessutom pendla mellan ett avfärdande av den nordiska läkekonsten som obefintlig eller enbart magisk å ena sidan, och ett romantiserande eller förhävande av den å andra sidan. Studier med gedigen empirisk grund lyste med sin frånvaro. När jag ett decennium senare ville söka forskarutbildningen hade medeltida medicinhistoria fått ett uppsving inte minst i Storbritannien och USA, men i Sverige och Norden hade inte mycket skett och inom arkeologin var det fortfarande tyst.

Vad jag velat åstadkomma med denna avhandling är emellertid inte endast att fylla en forskningslök, utan även att genom studiet av sjukdomsförståelse och läkekonst närma mig den medeltida och renässanstida människan och hennes tillvaro. Sjukdom och ohälsa framstår för mig som en slags existentiell nod, där stora spörsmål om människans litenhet och sårbarhet, men också hennes livsvilja och vilja att förbättra, blir tydliga; där hennes förhållande till nästan och högre makter, till själva livet och döden, ställs på sin spets. Läkekonsten är, med det synsättet, ett sätt för människan att försöka bemöta och betvinga det oacceptabla som livet ställer henne inför i form av fysiskt och mentalt lidande. Hur man hanterar umbäranden i form av sjukdomar och skador säger därför mycket om såväl världsåskådning som människosyn. Med

tanke på detta är det anmärkningsvärt hur lite uppmärksamhet som tidigare ägnats ämnet medeltida läkekonst inom svensk forskning.

Min vilja har även varit att lyfta fram och synliggöra de källmaterial som har möjlighet att spegla hur förhållandena var *på dessa breddgrader* och att analysera dem utifrån deras egna förutsättningar. Att vara införstådd även med forskning om läkekonsterna i andra delar av Europa under samma tid och dessförinnan är en självklarhet för att kunna föra en jämförande diskussion, men jag har aktrat mig för att okritiskt applicera de kunskaper vi har om andra geografiska områden eller tidsperioder på den tid och det rum jag ställer i fokus i min avhandling, nämligen medeltiden och renässansen i Sverige. Resultatet har blivit, tycker jag själv, en mångfacetterad bild som rymmer flera olika berättelser och diskussioner.

Redan när jag började formulera mina första forskningstankar tänkte jag att det var vissa personer som jag ville komma ihåg att tacka om projektet någon gång skulle bli verklighet. Sedan har listan naturligtvis vuxit under vägen. Oerhört viktig för den där allra första bekräftelsen och det initiala stödet var Anders Kaliff, då på UV Öst i Linköping – varmt tack, Anders! Anders introducerade mig för Marie Clark Nelson vid Linköpings universitet, som också var initialt viktig med sin entusiasm. Hon inbjöd mig att presentera mina idéer och min första fallstudie vid ett medicinhistoriskt seminarium vid ISAK i Linköping. Tack Marie för att jag fick göra det!

Roger Qvarsell var en av seminariedeltagarna. I slutet sa han något som han själv säkert glömt för länge sedan: ”Jag får väl läsa avhandlingen sedan ...” Jag glömde emellertid inte, utan kom att använda orden som en mental hävstång när det blev tillfälle att söka doktorandtjänst. Roger, ingen av oss anade då i vilken utsträckning du skulle få läsa avhandlingen under dess tillblivelse de kommande åren! Jag är oerhört glad och tacksam för att du ville vara min externa handledare. Ditt stöd, ditt kunnande, din kritiska blick och dina kloka synpunkter har varit ovärderliga; tack! Mats Roslund, det var från dig jag fick det officiella beskedet att ni antagit mig i Lund. Jag kände en rent surrealistisk lyckokänsla över att jag skulle få göra detta och jag har verkligen njutit av de här åren i fulla drag. Jag kommer alltid att vara djupt tacksam över att jag fick möjligheten att genomföra ett avhandlingsprojekt och jag skulle gärna göra det igen ... Din tro på mig och din varsamma handledning har givit mig utrymme att utvecklas mycket självständigt i arbete och idéer, samtidigt som du, när så behövts, har givit mig varliga knuffar framåt och uppåt. Tack! Att få ha haft två handledare med så olika ämnesinriktningar och kompetensområden som mina bådas har varit en stor förmån och det har berikat min arbetsprocess och den slutprodukt som denna avhandling är.

I Lunds kanske allra vackraste del – Botaniska trädgården – i Agardhianum (a.k.a. ”Aggis”), med den vackra dörren och de slingrande vinrankorna, har de flesta av institutionens doktorander sina rum. I den miljön har det varit lätt att finna arbetsro.

Hela doktorandkollegiet genom åren, på Aggis såväl som utanför, ska ha ett varmt tack för stöd, go' stämning och många skratt! Särskilt vill jag tacka Lovisa Brännstedt för att jag fått belasta henne med latinska översättningar och böjningar av latinska termer och Anders Håkansson för hjälp vid magasinsbesök på Kulturmiljö Halland.

På institutionen på Sandgatan sitter det övriga kollegiet, som jag vill tacka för en stimulerande arbetsmiljö. Tack särskilt Elisabeth Iregren för litteraturtips gällande osteologi och paleopatologi. Tack Marie Hoen för hjälp med referensrelaterade spörsmål! Kollegorna inom det egna ämnet, liksom externa deltagare i de forskarseminarier jag haft, ska tackas för sina konstruktiva synpunkter under avhandlingsarbetets gång. Av dessa ska Jes Wienberg, som läste och kommenterade hela mitt manus i samband med mitt slutseminarium våren 2012, tackas särskilt! Alldeles extra vill jag inom kollegiet tacka Mats Mogren, vilken gjorde ett väldigt bra arbete som slutseminarieopponent. Din ”nya blick” på min text och ditt kreativa, analytiska och konstruktiva kritiska läsande av den digra luntan var en fantastisk hjälp när det gällde för mig att se styrkor och svagheter och finna inspirationen att göra de där sista justeringarna i arbetets slutfas. Varmt tack också för all ”boosting” undervägs!

Under mina många resor kors och tvärs över landet för att föremålsinventera och samla källmaterial har jag mött en lång rad personer som hjälpt mig vid olika institutioner. Tack Ni Alla – ingen nämnd och ingen glömd – för att Ni tog Er tid att visa mig till rätta i arkiv och arkeologiska samlingar. Många har baxnat när jag bett att få gå igenom *allt* material från historisk tid, men ni fann praktiska lösningar för att låta mig göra det på det sätt som min studie krävde. Jag vill också varmt tacka Ove Hagelin som med stor kunnighet och välvilja under några dagar mellan jul och nyår 2009 hjälpte mig att plocka fram de äldre volymer i Hagströmerbibliotekets samlingar som innehöll kirurgiska och medicinska illustrationer som kunde vara av intresse för min studie. Att sitta på bibliotekets vackra veranda och arbeta med dessa gamla böcker var underbart och mycket givande. Jag vill även tacka Frederic Täckström för din lyhördhet och för gott samarbete i samband med att du omvandlat mitt manus och mina bilder till en fin bok. Även Carolina Larsson på Humanistlaboratoriet vid Lunds universitet, Alan Crozier, John Nelander och Cecilia Hansson ska tackas för råd och dåd i samband med färdigställandet av boken.

Sist, men allra mest, vill jag tacka min familj och mina vänner: mamma, pappa, Satchmo, Petra, Amanda, Jonatan, mormor, Cecilia, Åsa, Christina, Björn, Anna, Eva och Alla Ni Andra, som funnits och finns runt omkring mig. Vad vore livet utan er?! Framför allt vill jag tacka mina föräldrar, Agneta och David. Som intellektuella och professionella förebilder har ni betytt oerhört mycket. Som bästa tänkbara språkgranskare, kritiska läsare och diskussionspartners har ni varit en fantastisk tillgång. Men allra viktigast har ni varit som älskande, stöttande föräldrar!

I ett snöigt Lund, december 2012

Johanna

Figurförteckning

Samtliga fotografier i avhandlingen är, om inte annat anges, tagna av författaren.

Kapitel 2

Fig. 1a + b: Identifieringsproblematik: skalpell eller fiskekrok?

Fig. 2: Salvekrus från hög- och senmedeltid.

Fig. 3: Salvekrus från 1400–1500-talet.

Fig. 4: Cypriotiska salvekrus påträffade i Egypten samt opievallmofrökapslar.

Fig. 5: Salvekrus från Ribe, Danmark.

Fig. 6: Cylinderformade salvekrus i stengods från sent 1600-tal från apoteket Morianen i Stockholm.

Fig. 7: Dropp- eller degelformade salvekrus i stengods från sent 1600-tal från Stockholm.

Fig. 8: Albarello i Raqqagods från Lund.

Fig. 9: Apotekskärl i stengods från 1600-talet från Lund.

Fig. 10: Liten glasflaska från Lund.

Fig. 11: Fragment av glaströr från Alvastra kloster.

Fig. 12: Destillationsutrustning i glas från sent 1600-tal från apoteket Morianen i Stockholm.

Fig. 13: Instrument i kopparlegering från Varnhems kloster.

Fig. 14: Örslevar eller applikatorer i ben från Alvastra kloster, Sigtuna och Avaskär.

Fig. 15: Elegant örslev eller applikator i kopparlegering från Läckö slott.

Fig. 16: Kyretter från Varnhems och Alvastra kloster.

Fig. 17: Kyrett kombinerad med spatel i järn från Helsingborg.

Fig. 18: Kyrett kombinerad med sticka eller lansett i kopparlegering samt trolig kyrett med sticka eller lansett i ben, båda från Alvastra kloster.

Fig. 19: Örslev eller kyrett i kopparlegering från Malmö respektive från Borgs kyrka i Östergötland.

Fig. 20: Skedsond i kopparlegering från Alvastra kloster.

Fig. 21: Likartade sonder i kopparlegering från Varnhems kloster och Vadstena kloster.

Fig. 22: Enkla spatlar i ben från Alvastra kloster.

Fig. 23: Pincetter i kopparlegering med olika skänkelformer från Vreta kloster.

Fig. 24: Låsbara pincetter i kopparlegering från Eketorps borg och Sigtuna.

Fig. 25: Närbild av skänkelspets på tandad, låsbar pincett från Gamla Lödöse.

Fig. 26: Pincett i järn från Lund.

Fig. 27: Konkav tång för kuleextraktion från Lund.

Fig. 28: Extraktorer ur Konrad Gesners *De Chirurgia ...* från 1555.

Fig. 29: Symmetrisk extraktor från Läckö slott.

Fig. 30: Asymmetrisk extraktor från Lund.

Fig. 31: Låsbar tång från Lund.

Fig. 32: Låsbar hanktång ur Johannes Scultetus *Armamentarium chirurgicum ...* från 1672.

Fig. 33: Åderlåtningsjärn från Vreta kloster respektive S:t Olofs konvent i Skänninge.

Fig. 34: Åderlåtningsjärn från Lindholmens borg i Skåne och från Borg säteri i Östergötland.

- Fig. 35: Åderlättningsjärn från Söderköping och Helsingborg.
 Fig. 36: Åderlättningsjärn från Helgeandsholmen i Stockholm.
 Fig. 37: Porträtt av Andreas Vesalius med utfällt åderlättningsjärn.
 Fig. 38: Troligt litet brännjärn från Alvastra kloster.
 Fig. 39: Troligt spatelbrännjärn från Vadstena kloster.
 Fig. 40: Eftermedeltida större brännjärn från Nya Lödöse.
 Fig. 41: Exempel på brännjärnsformer ur Wilhelm Fabry von Hildens *Wundt-Artzney ...* från 1652.
 Fig. 42: Enkel, liten, skarp kirurgisk hake från Vreta kloster.
 Fig. 43: Åderlättningsjärn med trolig kirurgisk hake från Alvastra kloster.
 Fig. 44: Detalj ur Giovanni Alessandro Brambillas *Instrumentarium chirurgicum Viennense* från 1781.
 Fig. 45: Medeltida skalpeller med konvex egg från Adelsö och Sigtuna.
 Fig. 46: Skalpeller med trolig datering till 1500-talet från Nya Lödöse och från Lund.
 Fig. 47: Kombinerad rakeggad skalpell och spatel/sond samt möjlig liten skalpell från Lund.
 Fig. 48: Medeltida rakeggade skalpeller med snedskuren spets från Eketorps borg.
 Fig. 49: Rakeggade skalpeller med snedskuren spets från Alvastra kloster.
 Fig. 50: Möjlig skalpell eller barberarkniv från Lund.
 Fig. 51: Sond i kombination med lansett från Gudhems kloster.
 Fig. 52: Knippe med instrument från Varnhems kloster.
 Fig. 53: Medeltida fällkniv med rundad egg i hornhylsa från Alvastra kloster och (troligen) efter medeltida fällkniv från Stockholm.
 Fig. 54: Kirurgisk fällkniv ur Konrad Gesners *De Chirurgia ...* från 1555.
 Fig. 55: En *physicus* och en barberarkirurg ur Olaus Magnus *Historia om De Nordiska Folken*.

Kapitel 4

- Fig. 56: Lepra som Guds straff. Målning av Albertus Pictor i Täby kyrka, Uppland.
 Fig. 57: Spridningskarta över de medeltida hospitalen i Sverige.
 Fig. 58: Det goda döendet. Målning av Albertus Pictor i Täby kyrka, Uppland.
 Fig. 59: Tabell över föremål från klostren Alvastra och Varnhem respektive Vreta och Gudhem.

Kapitel 5

- Fig. 60: Maria Magdalena med smörjkrus. Takmålning i Brunnby kyrka, Skåne.
 Fig. 61: De seende händerna i Johann Valentin Harttramffts *De non differenda secundinum adgerentium extraction ...* om förlossningskonst från 1735.
 Fig. 62: Läkaren Hrafn Sveinbjarnarsons släkträd.
 Fig. 63: Johann Copp, Gustav Vasas livläkare. Träsnitt från 1522.
 Fig. 64: Tabell över Lunds bardskärer, apotekare och läkare åren 1540–1670.
 Fig. 65: Spridningskarta över daterbara fynd från Lund från 1000–1200-talet.
 Fig. 66: Spridningskarta över daterbara fynd från Lund från 1300–1400-talet.
 Fig. 67: Spridningskarta över daterbara fynd från Lund från 1500–1600-talet.
 Fig. 68: Spridningskarta över bardskärers kända tomtinnehav i Lund under 1500-talet.
 Fig. 69: Spridningskarta över bardskärers, apotekares, läkares och medicine professorers kända tomtinnehav i Lund under 1600-talet.

Fig. 70: Det sydöstra klosterområdet i Alvastra, sett från östra längan.

Fig. 71: Tabell över antal läkare, läkarlön respektive läkare som vittne i svenska stads- och landskapslagar.

Fig. 72: Särman ur Hans von Gersdorfs bok *Feldtbuch der Wundartzney* ... från 1542.

Fig. 73: Apotekskärl i stengods från sent 1600-tal från apoteket Morianen i Stockholm.

Fig. 74: Konkav tång, kornnäbbstång och tandad tång i Konrad Gesners *De Chirurgia* ... från 1555.

Fig. 75: Blommande bolmört.

Kapitel 6

Fig. 76: Liten glasflaska innehållandes Spanska flugor från apoteket Morianen i Stockholm.

Fig. 77: Plåsterrulle från örlogsskeppet Kronan.

Fig. 78: Förändring av salvekrusens form mellan 1400-talet och 1600-talet.

Fig. 79: Badstuguinteriör ur Olaus Magnus *Historia om De Nordiska Folken*.

Fig. 80: Sentida folklig åderlättningspraktik i Mangskog, Värmland.

Fig. 81: S:ta Apollonia med en tång med utdragen tand, i Brunnby kyrka, Skåne.

Fig. 82: Tabell över föremål från Lund, fördelade på olika materialgrupper.

Fig. 83: Bränning med brännjärn. Ur Hans von Gersdorfs *Feldtbuch der Wundartzney* ... från 1542.

Kapitel 7

Fig. 84: Krucifix från cirka 1400 i S:t Nicolai kyrka i Sölvesborg, Blekinge.

Fig. 85: Människan på livshjulet. Målning av Albertus Pictor, Sollentuna kyrka, Uppland.

Appendix: Katalog

Lund

Fig. K1: Karta över Lunds kvarter.

Fig. K2: Salvekrus och apotekskärl från kv. Allhelgona och Helgonabacken i Lund.

Fig. K3: Glasflaskor från kv. Allhelgona och Helgonabacken i Lund.

Fig. K4: Apotekskärl från kv. Apotekaren 3 i Lund.

Fig. K5: Skalpell från kv. Apotekaren 4 i Lund.

Fig. K6: Liten sil från kv. Apotekaren 4 i Lund.

Fig. K7: Skalpell, fällkniv och pincett från kv. Apotekaren 4 i Lund.

Fig. K8: Salvekrus och apotekskärl från kv. Apotekaren 4 i Lund.

Fig. K9: Pincett från kv. Apotekaren 4 i Lund.

Fig. K10: Skalpell, fällkniv och salvekrus från kv. Apotekaren 5 i Lund.

Fig. K11: Enkel, liten, skarp kirurgisk hake från Lilla Fiskaregatan i Lund.

Fig. K12: Fällkniv och spatlar från kv. Döbeln i Lund.

Fig. K13: Salvekrus och apotekskärl från kv. Färgaren i Lund.

Fig. K14: Fällkniv, apotekskärl och glaskolv från kv. Glädjen i Lund.

Fig. K15: Apotekskärl från kv. Glädjen i Lund.

Fig. K16: Skalpeller, kyrett och glasflaska från kv. Gråbröder i Lund.

Fig. K17: Skalpeller och pincett från kv. Gyllenkrok i Lund.

Fig. K18: Föremål från Lund som tidigare klassificerats som åderlättningsjärn.

- Fig. K19: Fällkniv från kv. Gyllenkrok i Lund.
 Fig. K20: Rekonstruktion av Lunds Helgeandshospital på platsen för det äldre Helgeandshuset.
 Fig. K21: Åderlättningsjärn och apotekskärl från kv. Repslagaren i Lund.
 Fig. K22: Plan över de utgrävda byggnadsstrukturerna av S:t Jörgens hospital i Lund.
 Fig. K23: Åderlättningsjärn och möjlig skalpell från S:t Jörgens Hospital i Lund.
 Fig. K24: Ampulla i bly från S:t Jörgens Hospital i Lund.
 Fig. K25: Pincett från S:t Jörgens hospital i Lund.
 Fig. K26: Spatelsond (?) och pincett från kv. S:t Botulf i Lund.
 Fig. K27: Skalpell, salvekrus och glasflaska från kv. S:t Clemens i Lund.
 Fig. K28: Matningskopp (?) från kv. S:t Clemens i Lund.
 Fig. K29: Pincetter från kv. S:t Clemens och Kattesund i Lund.
 Fig. K30: Skalpell (?), fällkniv och pincett från kv. S:t Laurentius i Lund.
 Fig. K31: Skalpell och pincett från kv. S:t Mården i Lund.
 Fig. K32: Möjlig sond från kv. Svartbröder i Lund.
 Fig. K33: Salvekrus, apotekskärl och glasflaskor från kv. Svartbröder i Lund.
 Fig. K34: Pincett från kv. Svartbröder i Lund.
 Fig. K35: Rispare/böldkniv från Bredgatan i Lund.
 Fig. K36: Skalpell från Lund.
 Fig. K37: Skalpell från Lund.
 Fig. K38: Handtag till kirurgisk tång från Lund.
 Fig. K39: Tång från Lund.

Gamla Lödöse

- Fig. K40: Plan över Gamla Lödöse.
 Fig. K41: Skalpell med frontal kavitet för fingerstöd från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K42: Skalpeller med frontal kavitet i Johannes Scultetus *Armamentarium chirurgicum ...* från 1672.
 Fig. K43: Åderlättningsjärn från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K44: Salvekrus från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K45: Pincetter från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K46: Skalpell och trolig skedsond från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K47: Salvekrus från norra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K48: Skalpell och möjlig knappsond från södra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K49: Salvekrus från innerstaden i Gamla Lödöse.
 Fig. K50: Salvekrus från innerstaden i Gamla Lödöse.
 Fig. K51: Litet träkärl från innerstaden i Gamla Lödöse.
 Fig. K52: Pincetter från innerstaden i Gamla Lödöse.
 Fig. K53: Salvekrus och pincett från södra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K54: Runristad trästicka från södra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K55: Salvekrus och pincett från östra delen av Gamla Lödöse.
 Fig. K56: Salvekrus och pincett från västra delen av Gamla Lödöse.

Nya Lödöse

Fig. K57: Tabell över bardskärer omtalade i *Nya Lödöse tänkeböcker*.

Fig. K58: Möjlig skalpell från Nya Lödöse.

Fig. K59: Örslevar från Nya Lödöse.

Fig. K60: Salvekrus från Nya Lödöse.

Fig. K61: Salvekrus från Nya Lödöse.

Fig. K62: Salvekrus från Nya Lödöse.

Fig. K63: Apotekskärl från Nya Lödöse.

Fig. K64: Flaskliknande kärl av keramik från Nya Lödöse.

Fig. K65: Liten glasflaska från Nya Lödöse.

Skara

Fig. K66: Pincett, åderlättningsjärn, fällkniv och skalpell från kv. Iris i Skara.

Fig. K67: Pincetter från Skara.

Visby

Fig. K68: S:t Görans hospitalsruin utanför Visby.

Fig. K69: Kyrett, skalpell och salvekrus från kv. Säcken i Visby.

Fig. K70: Kyrett och salvekrus från kv. S:ta Katarina i Visby.

Fig. K71: Pincetter och spatel/applikator/kyrett från kv. S:ta Maria i Visby.

Fig. K72: Salvekrus och liten glasflaska från kv. S:ta Maria i Visby.

Linköping

Fig. K73: Badstugan i kv. Ambrosia i Linköping.

Fig. K74: Salvekrus från kv. Absalon i Linköping.

Fig. K75: Den privata gårdsbastun i kv. Ambrosia i Linköping. Plan och sektion av grunden.

Fig. K76: Åderlättningsjärn och pincett från kv. Ambrosia i Linköping.

Fig. K77: Kyrett från Stora Torget i Linköping.

Vadstena

Fig. K78: Spatel från kv. Biskopen i Vadstena.

Fig. K79: Skalpell (?) från kv. Hotellet i Vadstena.

Fig. K80: Salvekrus och pincett från kv. Hotellet i Vadstena.

Sigtuna

Fig. K81: Pincetter från kv. Granhäcken i Sigtuna.

Fig. K82: Åderlättningsjärn från kv. Humlegården 3 i Sigtuna.

Fig. K83: Pincetter från kv. Humlegården 3 i Sigtuna.

Fig. K84: Pincetter från kv. Humlegården 10 & 11 i Sigtuna.

Fig. K85: Pincett från kv. Humlegården i Sigtuna.

Fig. K86: Fällkniv och sondliknande föremål från kv. Kammakaren i Sigtuna.

Fig. K87: Pincetter från kv. Kyrkolunden i Sigtuna.

Fig. K88: Toalett-föremålsuppsättningar och enskild miniatyrsked från kv. Professorn 1 i Sigtuna.

- Fig. K89: Pincetter från kv. Professorn 1 i Sigtuna.
 Fig. K90: Trolig skalpell från kv. Trekanten i Sigtuna.
 Fig. K91: Pincetter från kv. Trekanten i Sigtuna.
 Fig. K92: Korsformad pincett från kv. Trekanten i Sigtuna.
 Fig. K93: Skalpeller från 1000-talets första hälft från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K94: Skalpell från cirka 1075–1100 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K95: Skalpell från cirka (1075–) 1100–1125 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K96: Salvekrus från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K97: Pincetter från 1100-talet från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K98: Pincetter från cirka 1025–1050 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K99: Pincetter från cirka 1050–1075 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K100: Pincetter från cirka 1075–1100 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K101: Pincetter från cirka 1100–1125 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K102: Pincetter från cirka 1125–1175 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K103: Pincetter från cirka 1175–1200 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K104: Pincetter från cirka 1200–1225 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna.
 Fig. K105: Kyrett från kv. Trädgårdsmästaren 7 i Sigtuna.
 Fig. K106: Pincetter från kv. Urmakaren 1 i Sigtuna.
 Fig. K107: Åderlättningsjärn från kv. Ödåker i Sigtuna.
 Fig. K108: Troligt skaft till miniatyrsked från kv. Ödåker i Sigtuna.

Uppsala

- Fig. K109: Tabell över skriftligen omnämnda praktiker i Uppsala stad.
 Fig. K110: Salvekrus och pincetter från kv. Disa i Uppsala.
 Fig. K111: Åderlättningsjärn från kv. Kransen 3 i Uppsala.
 Fig. K112: Salvekrus från kv. Rådstugan i Uppsala.
 Fig. K113: Tång, salvekrus och pincett från kv. Rådhuset i Uppsala.

Alvastra kloster

- Fig. K114: Alvastra klosterplan.
 Fig. K115: Rakeggad skalpell med konvex rygg från Alvastra kloster.
 Fig. K116: Skalpeller med konvex egg från Alvastra kloster.
 Fig. K117: Möjlig liten bronsskalpell från Alvastra kloster.
 Fig. K118: Fällkniv med konvex egg från Alvastra kloster.
 Fig. K119: Åderlättningsjärn från Alvastra kloster.
 Fig. K120: Stylus av bly från Alvastra kloster.
 Fig. K121: Skedsonder från Alvastra kloster.
 Fig. K122: Miniaturskedar i kopparlegering från Alvastra kloster.
 Fig. K123: Miniaturskedar i ben från Alvastra kloster.
 Fig. K124: Stickor i ben från Alvastra kloster.
 Fig. K125: Salvekrus i stengods från Alvastra kloster.
 Fig. K126: Salvekrus i rödgods från Alvastra kloster.
 Fig. K127: Små glasflaskor från Alvastra kloster.

Fig. K128: Pincetter från Alvastra kloster.

Fig. K129: Glasögonbågar i ben och/eller horn från Alvastra kloster.

Fig. K130: Karta över kirurgiska föremåls spridning i klosterrummet.

Fig. K131: Karta över medicinska föremåls spridning i klosterrummet.

Fig. K132: Karta över för hygienrelaterade föremåls spridning i klosterrummet.

Fig. K133: Karta över medeltida pincettens spridning i klosterrummet.

Varnhems kloster

Fig. K134: Plan över Varnhems kloster.

Fig. K135: Skalpell från Varnhems kloster.

Fig. K136: Åderlättningsjärn från Varnhems kloster.

Fig. K137: Knippe med instrument från Varnhems kloster.

Fig. K138: Knippe med instrument från Egypten, romersk tid.

Fig. K139: Litet skedinstrument från Varnhems kloster.

Fig. K140: Småskedar från Varnhems kloster.

Fig. K141: Salvekrus i stengods från Varnhems kloster.

Fig. K142: Pincetter från Varnhems kloster.

Fig. K143: Det så kallade Varnhemsbenet med sin kopparplåt.

Fig. K144: Närbild av kopparplåten med dess hål samt benpålagringen vid plåtens skarv.

Fig. K145: Spridningskarta över fyndplatser för kopparplåtar av liknande slag som Varnhemsplåten.

Vreta kloster

Fig. K146: Plan över Vreta kloster.

Fig. K147: Det så kallade klosterhuset vid Vreta kloster.

Fig. K148: Åderlättningsjärn från Vreta kloster.

Fig. K149: Salvekrus och apotekskärl från Vreta kloster.

Fig. K150: Några av pincetterna från Vreta kloster.

Gudhems kloster

Fig. K151: Plan över Gudhems kloster.

Fig. K152: Skalpell från Gudhems kloster.

Fig. K153: Åderlättningsjärn från Gudhems kloster.

Fig. K154: Salvekrus från Gudhems kloster.

Fig. K155: Pincetter med rakslutande skänkelspetsar från Gudhems kloster.

Fig. K156: Pincetter med rundade skänkelspetsar från Gudhems kloster.

Vadstena kloster

Fig. K157: Plan över Vadstena kloster.

Fig. K158: Fällkniv från Vadstena kloster.

Fig. K159: Sonder och kyretter från Vadstena kloster.

Fig. K160: Miniatyrskedar från Vadstena kloster.

Fig. K161: Salvekrus från Vadstena kloster.

Fig. K162: Små glasflaskor från Vadstena kloster.

Fig. K163: Pincetter från Vadstena kloster.

Fig. K164: Glasögon från Vadstena kloster.

Övriga kloster

Fig. K165: Åderlättningsjärn i hylsa från Skokloster.

Förkortningar

ATA	Antikvarisk-Topografiska Arkivet
Bj	Bjärsköarätten
DL	Dalalagen
DV	Diarium Vadstenense, Vadstenadiariet
E	Edsöresbalken
F	Fredsalken
Fl	Flock
GL	Gutalagen
GLM	Gotlands Museum
GSM	Göteborgs Stadsmuseum
HL	Hälsingelagen
Kg	Konungabalken
KLNM	Kulturhistoriskt Lexikon för Nordisk Medeltid
KLM	Kalmar läns museum
KM	Kulturen/Kulturhistoriska museet i Lund
LM	Lödöse Museum
LUHM	Lunds Universitets Historiska Museum
M	Manhelgdsbalken
MEL	Magnus Erikssons landslag
MES _t	Magnus Erikssons stadslag
MK	Malmö Kulturmiljö
RAÄ UV	Riksantikvarieämbetets Undersökningsverksamhet
S	Balken om saramål
SDHK	Svenskt Diplomatariums Huvudkartotek över medeltidsbrev
SdmL	Södermannalagen
SHM	Statens historiska museer
SkKy	Skånska kyrkorätten
SkL	Skånelagen
SkSt	Skånska stadsrätten
Sl	Slagsmålsbalken
SSM	Stockholms stadsmuseum
UL	Upplandslagen
V	Balken om vådamål
VgL I	Äldre Västgöralagen
VgL II	Yngre Västgöralagen
VmL	Västmannalagen
VSt	Visby stadslag

ÖgL	Östgötalagen
ÖLM	Östergötlands länsmuseum
ÖLMC	Östergötlands länsmuseum, huvudkatalognummer för arkeologiska fynd



1. Ramverk och forskningsbakgrund

Hur ohälsa, sjukdom och lidande uppfattas och bemöts inom ett samhälle eller en kultur speglar många av de allra djupast löpande kulturella och existentiella föreställningarna. Ohälsa och sjukdom kan upplevas som ett hot både mot oss som individer och mot ett samhälles fortbestånd. Detta gör att många av de stora livsfrågorna ställs på sin spets när vi konfronteras med lidande. Den genomgripande inverkan som olika åkommor har på våra liv gör det till ett nästan lika djupt existentiellt problem som ondskan. De flesta livsåskådningar och religioner har därför ett förhållningssätt till sjukdom och hälsa. Genom att försöka förhålla sig till denna ovälkomna men ofrånkomliga del av livet inom ramen för ett större teologiskt eller annat livsåskådningssystem, har människor i alla tider försökt förklara och acceptera det lidande som sjukdom och skador medför. Ofta har vi även strävat efter att ge mening åt dessa sidor av människans liv.

Inom en kultur som exempelvis den medeltida kristna, var förhållningssättet till sjukdom och ohälsa en betydande och självklar del av det religiösa tankegodset. I förordet till denna avhandling talar jag om sjukdom och läkekonst som en existentiell nod och flera forskare inom humanistisk hälsoforskning har berört detta. Lisbeth Sachs, socialantropolog med medicinsk inriktning, har exempelvis föreslagit att ”studiet av människors kommunikation kring en svårt sjuk människa skulle kunna berätta om hur människor ser sin verklighet och ger mening åt lidande”.¹ Idé- och lärdoms-historikern Karin Johannisson sträcker sig så långt som till att undra om inte sjukdom och smärta är själva grundvalen för religioner och andra stora livsåskådningssystem, genom att de ökar människors behov av förklaring och av tröst.² Jag kan visserligen tänka mig många andra grunder för en religiös livsåskådning, såsom den eviga frågan om vadan och varthän, förundran inför skapelsens mysterier eller religiösa upplevelser som tolkas som gudomlig närvaro eller intervention, men kan samtidigt förstå den poäng Johannisson vill göra, nämligen att vi är så sårbara och utsatta när kroppen inte fungerar som den ska.

De för människan nödvändiga men mycket varierande förhållningssätten till sjukdom och ohälsa innebär att *kropp och kultur möts i sjukdom*.³ Hur vi förhåller oss är kulturellt och socialt format. Olika kulturers läkekonster är resultaten av

1. Sachs 1995, s. 81.

2. Jfr Johannisson 1997, s. 86.

3. Ibid., s. 12.

dessa möten mellan kropp och kultur. Läkekonster får därigenom också omfattande kontaktytor till resten av sina moderkulturer, sina sociokulturella kontexter. Jag använder termen *sociokulturell* för att framhålla min uppfattning att det oftast inte går att separera kulturellt och socialt sammanhang, utan att dessa är intimt sammanhängande. Kulturer lever i sociala sammanhang. De utformas av sociala samspel mellan de aktörer som är bärare av kulturen. Aktörerna kan vara människor eller ting. Samtidigt är kulturerna arenor på vilka dessa aktörskap och sociala samspel äger rum. Kulturer är alltså de sammanhang och uttryckssätt som i hög grad formar och bestämmer de sociala mönstren.

Att försöka förstå ett samhälles läkekonst är därför ett komplext företag med många förgreningar. En tes i denna avhandling är att det vid medeltidens ingång fanns en äldre sjukdomsförståelse i Norden, vilken framför allt utgick ifrån sjukdomars iakttagbara orsaker. Läkekonsten var i hög grad empiriskt grundad. Under medeltidens senare del ersattes den successivt med en mer abstrakt förståelse, där sjukdomar i högre grad förstods utifrån sina symptom och tecken. Under samma tid blev den humoralpatologiska och skolastiska läkekonsten långsamt en del av den svenska och nordiska; möjligen delvis som en folklig medicinsk kultur. Dessförinnan var behandling genom exempelvis åderlätning, vilket är en metod med humoralpatologisk motivering, ovanligt utanför klostermiljöer.

Jag menar att klostrens roll i den svenska och nordiska medeltida läkekonsten bör tonas ned ordentligt i förhållande till den stora betydelse den tillmätts inom äldre forskning.⁴ Den läkekonst som utövades där spreds i själva verket knappast alls till det omgivande samhället. Orsakerna kan ha varit många (klostrens relativa isolering kan ha varit en), men ett viktigt skäl kan, menar jag, ha varit att man *extra claustrum* inte delade den teoretiska sjukdomsförståelse och kroppsförståelse som rådde inom klosterkulturen, och att det därför inte fanns tillräckligt starka incitament att ta till sig klosterläkekonsten och dess materiella kultur.

En annan tes är att en professionalisering av läkaryrket hade tagit sin början under medeltidens tidigare del, men att denna kom av sig, troligen på grund av digerdödens och efterföljande epidemiers kraftiga befolkningsreducering, vilken också drabbade de läkekunniga. De läkekunnigas samlade kunskaper, vilka ditintills nästan enbart varit personburna och muntligen och praktiskt traderade, gick därmed i hög grad förlorade. Det är möjligt att anammandet av humoralpatologisk och skolastisk läkekonst under senare medeltiden var ett försök att fylla det efter

4. Jfr t.ex. Lindroth 1997, s. 148: "Pionjärer var cisterciensmunkarna. I Sverige som annorstädes har de, alltsedan de kom hit vid 1100-talets mitt, ägnat sig åt att vårda och bota sjuka, mest bröder och lekbröder inom det egna klostret men säkert också herremän och bönder i kringliggande bygder eller arma vägfärande."; Herjulfsson 1997, s. 7 "De första egentliga läkarna i det medeltida Norden var de som hade anknytning till klostren".

befolkningsreduceringarna uppkomna kunskapstomrummet. Inte förrän mot slutet av medeltiden förefaller professionaliseringsprocessen ha kommit igång på nytt. Det ledde så småningom fram till att kirurgiska instrument och annan utrustning blev alltmer specialiserade och att yrket (eller yrkena) formaliserades under 1500- och 1600-talet.

1.1 Ämnespresentation och avgränsningar

Genom att studera ett samhälles läkekonst berörs så vitt skilda ämnen som kroppsuppfattning, genus, människosyn, religion och verklighetsuppfattning, kunskapskommunikation, social organisation, juridik, teoretiskt, religiöst-magiskt eller profant motiverade handlingar i försök att bota och mota det onda. Läkekonsten blir därigenom en slags nod, i vilken dessa aspekter möts. Läkande och läkekonst kan innefatta så mycket av själslig och fysisk omvårdnad. För att göra ämnet hanterbart inom ramen för en avhandling har det emellertid varit nödvändigt att begränsa det. Intresset riktas därför främst mot hanterandet av den sjuka kroppen; inte själen eller psyket, även om gränsdragningen däremellan är vansklig att göra. Ett kort avsnitt ägnas dock mentala åkommor. Vidare fokuseras på de mer profana aspekterna av läkekonsten, och inte på de magiska eller religiösa. I begreppen magi och religion i relation till behandling inkluderar jag både för- eller ickekristna och kristna sådana, det vill säga både galdrar och mässor, besvärjelser och böner, runmagi, tron på amuletter och på helgonreliker, i försöken att erhålla gudens, gudarnas eller andra väsens hjälp mot det onda. Denna åtskillnad är på sätt och vis en anakronism för den studerade perioden, och behöver därför kommenteras.

De religiösa och magiska inslagen var många gånger en självklar del av såväl medicinska som kirurgiska behandlingar. Många forskare har framhållit att bruket av magi och religiösa metoder är helt rationellt inom ramen för en magisk eller religiös verklighetsuppfattning. Jag delar denna mening. Inom en religiös verklighetsuppfattning är det högst rationellt att söka vända sig till guden/gudarna och inom en animistisk dito att vända sig till andar. Att skilja mellan magisk-religiös och profan läkekonst är alltså inte detsamma som att förklara den senare som mer rationell än den förra. Den distinktionen är ett senare fenomen. Jag utesluter därför inte heller helt kopplingar till religion och magiskt tänkande i min studie, men dessa framkommer framför allt i diskussioner. Spår efter magiska och religiösa hjälpmedel har många gånger en mer allmänt ontavvärjande eller hjälpbesvärjande karaktär och kan vara svåra att mer tydligt knyta till just läkekonsten. Av samma anledning inkluderar jag inte heller astronomi och alkemi; områden som var viktiga inslag inte minst i lärd europeisk läkekonst. Beläggen för dessa läror från nordiskt område är mycket få. Det finns visserligen enstaka hänvisningar till månen i sagamaterialet och en möjlig alkemistverkstad från 1400-talets senare del har undersökts arkeologiskt i Vadstena, men det är så pass lite

att det får stå tillbaka här.⁵ Liksom religion och magi är beläggen för dessa fenomen i källmaterialen dessutom sällan möjliga att knyta till läkekonsten specifikt.

Ytterligare en oskarp gräns som behöver kommenteras är den mellan hygien, kosmetik/kroppsdomesticering och läkekonst, där de förra ligger preventiv behandling nära. Jag berör därför hygien och kosmetik/kroppsdomesticering (framför allt epilering) dels i undersökandet av läkekonstens handlingar, men även i undersökandet av kroppsuppfattning och sjukroller. Ett resonemang behöver även föras kring vad vissa föremålsformer representerar i form av handling knutet till hygien respektive läkekonst. De profana läkekonsterna utgjordes av såväl empiriskt som teoretiskt grundad läkekonst, med rötter i fornnordisk förståelse och, under medeltidens senare del alltmer, med inslag av skolastiskt traderad förståelse. Jag undersöker dessa läkekonsters olika sjukdomsförståelser, de läkande handlingar som motiverades av dessa förståelser samt vilka det var som praktiserade dessa handlingar.

Även avhandlingens rumsliga och kronologiska avgränsningar behöver kommenteras. Medeltiden och renässansen är båda av eftervärlden tidsmässigt definierade perioder och därigenom i viss mening artificiella. Ändå har jag valt dem som kronologisk ram för denna studie. Inom denna ram finns dock en viss förskjutning. I praktiken börjar studien i 1100-talet och sträcker sig ibland in i det tidiga 1600-talet. Detta har materialmässiga orsaker, men syftar även till att underlätta studiet av vissa i sammanhanget intressanta processer. I mina källmaterial finns mycket lite att hämta om 1000-talet. Under renässansen (eg. det sena 1400-talet och framför allt 1500-talet) förefaller en rad förändringsprocesser ha tagit fart inom läkekonsten. De innebar inledningen till något nytt, vilket blir riktigt tydligt urskiljbart först under 1600-talet.

Det är också först för tiden från och med 1100-talet och framåt som det går att arbeta med den historisk-arkeologiska dualiteten med ting och text. Då skedde dessutom mycket som med tiden kom att påverka läkekonsten i Sverige. Kloster grundades i större utsträckning och dessas invånare och utländska besökare förde med sig en delvis ny materiell kultur, nya idéer och en ny form av kunskapsförvaltning och -överföring genom bokkulturen. Men ännu viktigare för läkekonsterna var förmodligen urbaniseringsprocessen och befolkningsökningen fram till mitten av 1300-talet, eftersom det kom att innebära större folktäthet på vissa platser.⁶ Där människor möts överförs idéer och formas och kommuniceras kunskaper, och detta var essentiellt för läkekonsten. Dessutom innebar urbaniseringens geografiska hopförande av människor

5. Edda 1962: *Hávamál*, strof 137: mot raseri skall man åkalla månen ”*heiptom scal mána queiðia*”; Ternström 2002.

6. Under senare delen av järnåldern skedde en befolkningsökning. Därefter, under medeltidens första del, har man kunnat belägga en odlingsexpansion (Lagerås 1996, s. 15; Myrdal 2000, s. 25ff.), vilken skulle kunna tolkas som resultatet av en fortsatt befolkningsökning.

en för läkekonstens utövare väsentlig förbättring av deras underlag för erfarenheter, vilket främjade kunskapsuppbyggnaden.

I 500-talet kan diskuteras både som en förlängning av medeltiden och som en upptakt till vad som kom efter. Under 1500-talet tog mycket av det som ledde fram till ett formaliserande av läkekonsterna i Sverige och Norden allt tydligare form. Medeltida hospital och helgeandshus omvandlades till egentliga vårdanstalter för sjuka människor. De första skrånarna och ämbetena bildades i en strävan att på olika sätt reglera och kontrollera, men denna process gick långsamt. När det gäller läkekonsten förefaller det som om århundradet i hög grad var en fortsättning på 1400-talets långsamma men successiva återhämtning efter digerdöden i mitten av 1300-talet och de många mindre epidemier som drabbade under 1400-talets gång.

I huvudsak slutar denna undersökning i det sena 1500-talet, men ibland inkluderar jag även det tidiga 1600-talet i min studie, för att belysa och perspektivisera vissa aspekter. Århundradet studeras emellertid inte för sin egen skull. Under 1600-talet fick läkekonsterna en fastare organisation. De första medicinska professorstjänsterna inrättades vid svenska universitet och i Stockholm stad fästes och reglerades under århundradets senare del de olika yrkesgruppernas privilegier och skyldigheter centralt genom *Collegium Medicorum* (senare *Collegium Medicum*), *Apotekarsocieteten* och *Societas Chirurgica*.⁷ Berättelsen om läkekonstens historia blir från och med då en annan, varför renässansens övergång mot stormaktstid utgör en lämplig kronologisk slutpunkt för denna studie.

Mitt under den studerade perioden drabbades hela Europa och stora delar av Mellanöstern och södra medelhavskusten av en stor katastrof, digerdöden. Man har tidigare diskuterat vilken form av pest det egentligen rörde sig om – böldpest eller lungpest – men helt ny forskning har föreslagit att digerdöden orsakades av en variant av *Yersinia pestis* som inte längre finns.⁸ Epidemins genomgripande konsekvenser på olika plan i samhället har studerats av en rad forskare.⁹ I den här studien kommer dock inte pesten i sig att behandlas mer ingående. Däremot kommer den att diskuteras som peripeti, med utgångspunkt i dess konsekvenser för såväl läkekonstens utveckling eller förändring som för professionaliseringsprocessen, i avhandlingens avslutande kapitel.¹⁰

Studiens långa tidsperspektiv, vilket täcker ett halvt årtusende av förändringar och kontinuiteter, löper som en röd tråd genom hela avhandlingen. Det långa tidspers-

7. Den första professuren i medicin inrättades i Uppsala 1613 för att följas av en i Åbo 1641 och i Lund 1668.

8. Schuenemann et al. 2011.

9. T.ex. Gottfried 1983; för Sveriges vidkommande t.ex. Harrison 2000; Myrdal 2003; Lagerås 2006.

10. Jfr Harrison & Eriksson 2010, s. 10f. Per Lagerås, Lars Ersgård & Caroline Arcini driver dessutom ett pågående projekt kring dessa frågor, se bl.a. Lagerås *in press*.

spektivet gör att förändringsprocesser blir urskiljbara i de olika källmaterialen. Det valda tidsutsnittet är spännande inte minst genom de förändringsprocesser som då ägde rum inom läkekonsterna, men som ofta glöms bort till förmån för 1600-talets och senare perioders mer organiserade och formaliserade medicinska verksamhet.

När det gäller den materiella kulturen fokuserar studien geografiskt på Sverige, vilket i praktiken innebär nuvarande Götaland och Svealand. Väl medveten om att riket Sverige, som det ser ut idag, inte var en realitet under den studerade perioden, har jag ändå valt att använda begreppet för enkelhets skull.¹¹ Vilken geografisk gräns jag än hade valt att dra hade för någon del av den studerade perioden varit anakronistisk. Att jag valt att inte inkludera Norrland har med den begränsade tillgången på arkeologiskt artefaktmaterial att göra.¹² Den kan till stor del tillskrivas den relativt sparsamma omfattningen av arkeologiska undersökningar som företagits i den landsdelen, men delvis även på regionens låga befolkningstäthet under medeltiden och renässansen. Befolkningen bodde huvudsakligen i landets södra del och tätast var den utmed kusterna, framför allt i söder och väster, samt på slättbygderna i Skåne, Västergötland, Östergötland och Uppland.¹³ Exkluderandet av de numera finska landsdelarna har framför allt gjorts av praktisk-logistiska skäl. När det gäller de gammaldanska landskapen samt Bohuslän hade jag kunnat avstå från att inkludera dessa, men då den materiella kulturen i form av arkeologiska samlingar därifrån är både tillgänglig och intressant, har jag valt att inkludera dessa områden.

När det gäller de skriftliga källorna har jag tillåtit mig en större geografisk bredd. Jag har inkluderat såväl Saxo Grammaticus *Danmarkshistorien* som den norska och isländska sagalitteraturen. Med tanke på att jag i avhandlingen uttryckligen förespråkar rumslig och tidsmässig närhet i de använda källorna kan detta naturligtvis både ifrågasättas och kritiseras. Var den nordiska kulturen verkligen så homogen att dessa källmaterial kan användas för att diskutera förhållandena inom den geografiska sfär som utgör dagens Sverige? De flesta forskare brukar utgå ifrån att en hög grad av samstämmighet förelåg, även om skillnader naturligtvis också fanns, och jag menar därför att källorna utgör ett relevant underlag för en kvalitativ diskussion. Jag gör emellanåt även jämförelser med England och norra kontinentala Europa. Däremot har jag varit medvetet mycket restriktiv med att dra paralleller till sydeuropeiska förhållanden.

En geografisk avgränsning för avhandlingsämnet har varit praktiskt nödvändig, men det rumsliga perspektivet diskuteras inte i första hand utifrån geografi, utan utifrån olika miljöer. Institutionaliserade miljöer, som kloster, hospital och helgeandshus,

11. Likaså använder jag mig av begreppen *Europa* och *Sydeuropa*, trots att även dessa är anakronistiska.

12. Omfattningen av sådant från den studerade perioden är försumbart litet och de material jag faktiskt gått igenom har inte givit något resultat att arbeta vidare med.

13. Harrison & Eriksson 2010, s. 496.

kommer till exempel att jämföras med icke institutionaliserade miljöer, som borgar, vanliga stadstomter, och badstugor, samt religiösa miljöer med profana.

1.2 Frågeställningar och avhandlingens struktur

Efter dessa inledande avsnitt där jag presenterar avhandlingens ämne och avgränsningar kommer jag nu att fortsätta med frågeställningar och struktur. Sedan ger jag en översikt över hur relaterade frågor beforskats tidigare inom olika discipliner (kap. 1). Därefter görs en omfattande materialpresentation (kap. 2), vilken inkluderar källkritiska diskussioner av de använda materialen. Identifieringen och dokumentationen av den materiella kulturen är i sig ett viktigt resultat av studien. Att det presenteras på detta sätt, helt inledningsvis, speglar min önskan att inte stanna vid detta i och för sig viktiga synliggörande av den materiella kulturen, utan gå vidare och undersöka vad den står för i termer av rumslig representation, kroppsförståelse, kunskap och praktik samt professionalisering och yrkeshabitus. I kapitel 3 behandlar jag summariskt de olika traditioner eller medicinska kulturer som kronologiskt eller korologiskt är mer perifera till denna studies huvudsakliga fokus, men som kan sägas vara dettas förhistoria respektive utifrån kommande tankegodis och idéer som påverkade i olika grad under den studerade periodens gång. Dessa tre inledande kapitel kan sägas utgöra en inledning eller en fond för de resterande kapitlen.

Den forskningsmetod som använts är i grunden explorativ och de mer detaljerade frågeställningarna har i hög grad givits av materialstudierna och mejslats fram genom en hermeneutisk process. Studiens analys är strukturerad kring tre teman som jag valt att rubricera *Förståelser av sjukdomar och skador*, *Läkare och läkerskor* samt *Läkekonster* och som behandlas ingående i avhandlingens tre empiriska kapitel. Läkekonsten skulle kunna sägas bestå av dessa tre delar, vilka samverkar och påverkar varandra, men som samtidigt utgör sinsemellan skilda fenomen som måste studeras på olika sätt. Det rör sig dels om sociokulturellt formad underliggande förståelse, dels om individer och kollektiv som bär denna förståelse och kunskapen om dess handlingar och dels om själva handlingarna som bestäms av individernas förståelse och kunskap, men också av den sociokulturella kontexten. Denna komplexitet gör att varje tema kräver sin egen teoretiska diskussion som grund för en mer utvecklad problematisering.

Eftersom ingången till varje tema alltså är specifik och delvis skild från de andra, har jag valt att dela upp dessa teoretiska problematiseringar och resonera kring dem var för sig i anslutning till respektive empirisk undersökning. Kapitlen 4 (*Förståelser av sjukdomar och skador*), 5 (*Läkare och läkerskor*) och 6 (*Läkekonster*) inleds därför med ett för varje tema specifikt perspektiviserande resonemang, mot vilket de därpå följande empiriska undersökningarna kan förstås. Resultaten i varje kapitel sammanfattas i en kortare diskussion i slutet av varje kapitel. Slutligen förs mer övergripande diskussioner av de sammantagna resultaten, i vilken de tre temana möts, i det avslutande kapitlet (kap. 7).

Inom det första temat, *Förståelser av sjukdomar och skador*, undersöker jag de underliggande förståelser av åkommor och dessas orsaker som utgjorde själva grunden för läkekonstens handlingar. Det som undersöks är det som förefaller ha varit den mer allmänna förståelsen i samhället (även om denna var heterogen och kunde variera med sociokulturell miljö), snarare än en specifik grupp läkares förståelse. Med *förståelse* menar jag mer allmänt (inom en grupp eller sociokulturell kontext) vedertagna uppfattningar, sammanvävda av abstrakta resonemang, erfarenheter och tolkningarna av dessa erfarenheter. En förståelse i denna bemärkelse behöver inte vara artikulerad (medvetandegjord), utan kan mycket väl vara en oartikulerad (mer oreflekterad) del av kulturen. Att jag lyfter fram detta motiveras av att gruppen av läkare under den studerade perioden ännu inte verkar ha hyst en förståelse så specialiserad, att den skilde sig markant från andra samhällsmedborgares. Frågan om vad som definierades som sjukdom och vad man tänkte sig att olika åkommor berodde på, studeras utifrån vilka sjukdomar som omnämns i nordiska skriftliga ickemedicinska källor samt *hur* dessa åkommor (be-)nämns. På samma sätt undersöker jag uppfattningar om sår och skador och om möjligheterna att behandla dessa.

Vad man uppfattade som sjukdom hade konsekvenser för vad man bedömde som ett tillstånd som behövde botas. Sjukdomsförståelserna påverkade även hur sjuka och skadade individer bemöttes i samhället, vilken behandling de fick och hur de själva och omgivningen förstod sin situation. Det är inte självklart att bot alltid är det mest önskvärda, trots att kunskap kanske finns om vad som kan göras. Ibland kan en åkomma av sociokulturella skäl ha konnotationer som uppfattas som mer attraktiva än att bli frisk. Det är därför intressant att även undersöka vem man försökte bota respektive vem och vad man kanske valde att inte bota. En analys av olika uttryck för det man i 1900-talets sociologi har kallat *sjukrollen* är en möjlighet att belysa denna komplexitet, vilket undersöks inom ramen för det första temat.

Inom det andra temat, *Läkare och läkerskor*, undersöker jag vilka som var läkare, det vill säga vilka som praktiserade de läkande handlingarna; vilka som hade kunskaper om att läka och som åtnjöt folks förtroende att låta behandla dem. Den förutfattade meningen att det inte fanns några läkare under den här tiden i (nuvarande) Sverige härrör,¹⁴ förutom från bristande forskning i ämnet, sannolikt till försvarlig del från uttalanden av exempelvis Olaus Magnus och Peder Månsson om bristfälliga förhållanden under deras samtid (1500-talet).¹⁵ Dessa uttalanden måste emellertid förstås i sina historiska och sociokulturella sammanhang, där faktorer som dessa mäns härkomst och erfarenheter och deras av sin samtid färgade lärdomsideal, värderingar, förväntningar och krav på läkekonstens utövare, måste beaktas. Bilden måste också

14. Vilket är en slentrianmässigt upprepad uppfattning, t.ex. Lindroth 1997, s. 153, 331f., 339.

15. Olaus Magnus 13 boken, kap. 18; Peder Månssons "Förspråk till Läkebok" utg. av Klemming 1881–1882.

nyanseras. I jämförelse med europeiska förhållanden var de universitetsutbildade praktikerna mer sällsynta i Norden, men det är inte hela bilden. Andra praktiker fanns. Frågan om vilka som utövade läkekonst under medeltiden och renässansen i Sverige och Norden måste studeras utifrån sin samtidskontext och de specifika historiska förutsättningarna.

Frågorna inom detta tema rör därför dels bakgrunden till vem eller vilka som utövade olika former av läkekonst, vilka olika varianter av praktiker som förekom och hur de verkade i samhället. För att förstå vilka som var verksamma och vilken form av läkekonst de praktiserade är det viktigt att även undersöka hur de lärde sig sin läkekonst och under vilka omständigheter kunskaperna fördes vidare. Medeltidens och renässansens läkekunniga var en heterogen grupp, men man kan ändå fundera över huruvida det även fanns någon form av professionalitet. För 1600-talets vidkommande torde få ifrågasätta en viss professionalitet inom många yrken, även läkekonsterna.¹⁶ Genom ett historiekontextuellt perspektiv blir det emellertid möjligt att synliggöra och förstå att detta stadium föregicks av en lång historisk process. Frågan är då hur denna process såg ut, vilket diskuteras ingående.

Den praktiska och teoretiska förståelsen av sjukdomar och skador, värderingar, utvecklandet av kunskaper samt traditioner avspeglas i läkekonsternas praktiska handlingar, det vill säga i hur man försökte bota och läka. Detta behandlas inom det tredje och sista temat, *Läkekonster*. Läkandet omfattar här de olika metoder som jag kunnat belägga gentemot de åkommor som man uppfattade behövde behandlas, lindras och botas. Jag undersöker vilka behandlingsformer det finns belägg för i den materiella kulturen och de skriftliga källorna och hur dessa förhåller sig i tid och rum. Jag försöker förstå de mönster jag ser mot en bakgrund av att kunskapstraditioner alltid formas inom en sociokulturell kontext.

De tre temana har alltså olika karaktärer, men samtidigt griper de in i och formar varandra. De kan sägas vara tre sidor av samma sak: *Läkekonsten*. Trots en viss avgränsning av ämnet genom uteslutandet av den magibaserade läkekonsten kommer det emellertid att visa sig omöjligt att tala om läkekonsten i singularis. Istället måste vi tala om *Läkekonster*, ett heterogent och föränderligt fenomen. Detta diskuteras i avhandlingens sista kapitel, där jag utifrån resultaten och den fortlöpande analysen i de tre tematiska kapitlen resonerar kring olika medicinska kulturer och dessas eventuella påverkan på varandra. En annan intressant problematik rör digerdödens och de efterföljande pestepidemiernas konsekvenser för läkekonsten; för kunskaperna och för professionaliseringen. Även detta diskuteras i slutkapitlet.

Avhandlingens andra del utgörs av en katalog över valda delar av det studerade arkeologiska och skriftliga materialet från städer och kloster.

16. Jag talar här om läkekonster i pluralis eftersom flera olika medicinska kulturer kan urskiljas, vilket jag diskuterar mer ingående i kap. 3 och 6.

1.3. Forskningsbakgrund

Jag har redan i introduktionen antytt bristen på kunskap kring den medeltida och renässanstida läkekonsten i Sverige och Norden och att föreliggande studie på så vis fyller sin plats i en forskningslaku. Trots det finns det som alltid ett forskningsmässigt sammanhang i vilket den bör förstås. *Medicinsk arkeologi* är ännu inte ett forskningsområde med någon mer omfattande egen historia. Inte förrän på senare år har dess identitet som ett eget arkeologiskt forskningsområde börjat ta form internationellt sett. När det gäller svenska och nordiska förhållanden är forskningssituationen fortfarande mycket mager, men kanske finns det anledning att hoppas på en förändring även här.

Helt annorlunda förhåller det sig med ämnet medicinshistoria, vilket ända sedan mitten av 1800-talet har hävdats som ett eget forskningsområde. Det har under senare decennier närmast sig ett mer socialhistoriskt och kulturhistoriskt perspektiv och har på så vis fått stor relevans även för arkeologin. Jag kommer därför i det följande att först göra en tillbakablick på medicinshistorisk forskning, framför allt den om medeltiden, och därefter fortsätta med en översikt över den medicinsk-arkeologiska forskningen, för att slutligen placera in avhandlingen i sitt nordiska forskningshistoriska sammanhang.

1.3.1. Medicinshistorisk forskning

Att studera äldre, främst latinspråkiga, medicinska skrifter utgjorde själva essensen av den medicinska skolastiken, liksom under renässansens återvändande till de "ursprungliga", antika källorna. Man hänvisade till de gamla auktoriteterna och de verk som tillskrevs dessa auktoriteter för att skapa legitimitet och auktoritet för den egna medicinska och kirurgiska litteraturen. Traditionen att bilda sig i den äldre litteraturen går alltså långt tillbaka, men det medeltida och renässanstida intresset för äldre medicinska skrifter handlade mer om att utveckla den samtida läkekonsten, än om att förstå dess ursprung och historiska sammanhang.

Under läkekonstens snabba förändring under 1600- och 1700-talet, i riktning mot det som skulle komma att utvecklas till den moderna medicinen under 1800-talet, uppstod emellertid ett intresse för det egna ämnets historia. Det handlade visserligen fortfarande till stor del om att legitimera den egna vetenskapen genom att referera till auktoriteter i det förgångna, men samtidigt fick den historiska bakgrunden till den egna tidens framsteg en viktig funktion och därigenom ett egenvärde. Under 1700- och 1800-talet ingick undervisning i den egna disciplinens historia som en självklar del i en blivande läkares utbildning och bildning. Det var i hög grad denna funktion som legitimerade ämnet och som gav det dess identitet, nära knutet till medicinska utbildningar och inte sällan bedrivet av läkare. Medicinshistoria var därigenom trots allt fortfarande mer en del av den medicinska utbildningen än ett ämne i sig.¹⁷

17. Huisman & Harley Warner 2004, s. 5.

Medicinhistoria som eget historieämne och egen forskningsdisciplin formades i Tyskland under 1800-talet. Hand i hand med historicismens utvecklande av historiestudier till en vetenskap, började även medicinhistoria att alltmer få karaktären av historisk disciplin.¹⁸ Man började studera de gamla texterna utifrån ett historiskt sammanhang och i allt högre grad försöka rekonstruera ett historiskt förflutet. De som vid den tiden intresserade sig för medicinhistoria var dock fortfarande oftare läkare än historiker, och först under det tidiga 1900-talet började en svängning att ske mot att ämnet studerades av historiker.¹⁹ Samtidigt började medicinhistoria att försvinna som ett självklart inslag den medicinska utbildningen.²⁰ I Sverige upphörde ämnet att vara obligatoriskt i läkarutbildningen 1907, men fortsatte att förekomma med ojämna intervall under 1900-talet. Ännu idag ges frivilliga kurser i anslutning till läkarutbildningen vid vissa lärosäten. Förändringen innebar till en början en identitets- och legitimitetskris för ämnet medicinhistoria, men samtidigt utvecklades det till ett bärkraftigt ämne utanför denna kontext och fann ett nytt sammanhang i universitetsämnet historia (kulturhistoria).²¹

Mycket på grund av sin roll inom läkarutbildningen, men också i enlighet med den tidens allmänna historieskrivning, hade medicinhistoria dittills huvudsakligen kretsat kring framgångshistorier illustrerade av individuella (manliga) läkares bedrifter och upptäckter. Sådan medicinhistoria har emellanåt varit seglivad.²² Under 1960 och 1970-talen började emellertid idealen inom den allmänna historieskrivningen att ändras och under 1900-talets sista decennier utvecklades ett allt större intresse för historiens sociokulturella sammanhang.²³ Medicinhistoria följde samma trend och *Social History of Medicine* (på svenska *social-* respektive *kulturhistorisk medicinhistoria*) utvecklades. Nya frågor började ställas. Forskare inom den nya sociala och kulturhistoriska medicinhistorien var inte på samma sätt fokuserade på historier om framgångsrika läkare. Istället ville man belysa frågor som handlade om vårdens roll i samhället, om patientperspektiv och maktförhållanden, och om läkekonstens sociokulturella kontexter i form av genus, kön och klass.²⁴ Historikern och filosofen Michel Foucault, vilken i flera av sina viktigaste verk under 1960-talet diskuterade problematik kring institu-

18. Ett svenskt uttryck för detta kan möjligen teologie doktorn och professor Samuel Ödmanns inträdestal till Kungliga Vitterhets-, historie- och antikvitetsakademien sägas vara, där han bland "Några kvarlevor af naturens fornda kännedom, hemtade utur nordiska Sagorna" (1830) uppmärksammar belägg för läkekonst. Jag vill särskilt tacka Pål Nicklasson som uppmärksammade mig på denna publikation.

19. Huisman & Harley Warner 2004, s. 5ff.; Schmiedebach 2004, s. 89.

20. Schmiedebach 2004, s. 74.

21. Lindskog 1997, s. 9.

22. T.ex. Grmek 1998 (1993).

23. T.ex. Scarborough 1969, s. 11.

24. Clarke 1971, s. 201; Reverby & Rosner 2004.

tionalisering av vården, kring maktförhållanden och relationerna mellan patient och läkare och patient och samhälle, fick ett enormt inflytande.²⁵ Genom de frågor han ställde skulle man kunna säga att den äldre medicinhistorien förlorade sin oskuld.

I Sverige har idéhistorikern Karin Johannisson senare, men under inspiration av Foucault, framhållit att medicinhistorien måste belysas i ett större samhällsperspektiv än vad traditionell medicinhistoria har gjort och även innefatta de medicinska institutionerna, läkarens roller och status, sjukhusens funktioner och hälsovårdspolitik. Ett behov av att belysa medicinens historia ”underifrån” genom att rikta uppmärksamheten mot den sjuka individen själv och hennes ställning i olika samhällen, vad sjukdom innebar för individen och hur den påverkade hennes liv, har framhållits.²⁶ Den sociala respektive kulturhistoriska medicinhistorien har tagit intryck av varandra, vilket resulterat i undersökningar av relationen mellan läkekonsternas yrkesgrupper, dessas olika idéer och praktiker och de konsekvenser dessa idéer och praktiker haft i samhället och för deras patienter. Denna medicinhistoria skulle kunna kallas sociokulturell.

Själv har jag främst tagit intryck av medicinhistorisk forskning som bedrivits inom den anglosaxiska världen, vilken, till skillnad från den medicinhistoriska forskningen i Sverige som framför allt har intresserat sig för 1800- och 1900-talen, även har intresserat sig för medeltida och tidigmoderna förhållanden.²⁷ Den har även varit betydligt mer socialhistoriskt inriktad än till exempel den forskning som bedrivits i Tyskland och andra nordeuropeiska länder. Den anglosaxiska forskningen fick ett starkt uppsving från mitten av 1980-talet och ett par decennier framåt, inte minst genom betydande finansiellt stöd för medicinhistoriska studier från *The Wellcome Trust* i Storbritannien. Redan under första delen av 1980-talet slog betydelsen av den historiska, kulturella och sociala kontexten för läkekonstens utformande igenom i studierna av äldre tiders läkekonst. Man ville komma bort från en historieskrivning om berömda män och stora berättelser och betona hur såväl läkare som läkekonst var produkter av den historiska kontexten och det omgivande samhället. Denna perspektivering innebar samtidigt en möjlighet att ”återupprätta de medeltida läkarnas rykte”, genom att man sökte förstå dem och deras verksamhet utifrån deras egna sociokulturella förutsättningar, snarare än i jämförelse med exempelvis en glorifierad antik läkekonst.²⁸

1983 hölls i Cambridge en konferens om renässansens läkekonst, där man medvetet bröt med den äldre heroiska historieskrivningen om läkekonsten och läkare. Flera av de forskare som senare kom att bli tongivande inom äldre tiders medicinhistoria

25. *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961–71; på svenska 1983; *Vansinnets historia under den klassiska epoken*), *Naissance de la clinique* (1963; på engelska 1990). Även Petersen & Bunton 1997.

26. Johannisson 2002, s. 15.

27. Qvarsell 2007, s. 30.

28. T.ex. Gottfried 1986, s. 5ff.

deltog i konferensen.²⁹ Arrangörerna hade den uttalade ambitionen ”to develop an alternative picture of a less heroic but perhaps more real medicine as it was taught and practiced within the *context of other features of sixteenth century life* [min kursivering]”.³⁰ Denna betoning av läkekonsten som en del av samhället, som ett fenomen som inte kan förstås enbart utifrån sig själv, utan endast i sin sociokulturella kontext, är något som har fortsatt att vara tongivande inom anglosaxisk forskning sedan dess.³¹ Man kan också säga att förhållandet ibland har varit metodologiskt omvänt, på så vis att studiet av läkare och läkekonst har använts som medel för att belysa den sociokulturella kontexten och omgivande samhällsstrukturer.³²

Det nya ”av-heroiserade” sättet att studera läkekonsten och dess utövare stimulerade även till försök att synliggöra heterogeniteten bland dem som utövade olika former av läkekonst; det vill säga de olika grupper av praktiker vars verksamhet fick mer omedelbar och kanske i realiteten större betydelse för de samhällen i vilka de verkade. I sina studier sökte medicinhistoriker sig bortom universitetsmedicinen, till grupperna av kirurger, barberare, örtkunniga och kloka.

1990 utkom Nancy G. Siraisi fortfarande flitigt refererade *Medieval & Early Renaissance Medicine*, i vilken hon vidgade perspektivet till att även omfatta andra grupper av läkekonstens praktiker, vilka förmodligen utgjorde det större flertalet. Hon försökte fånga hela den komplexitet som rymdes inom den medeltida och renässanstida läkekonsten, från frågor kring heterogeniteten bland praktiker och spänningen mellan dessa olika grupper, till de existentiella frågor och grundläggande kulturella drag som formade läkekonsten och därför delvis uttrycktes genom den. Siraisi lyfte fram ”medical practitioners – understood as including all those who made the provision of medical or surgical care, or both, their principal occupation – and on the intellectual and technical content of the medicine they studied and practiced”.³³ Detta delvis nya sätt att uppmärksamma medeltida läkare, som en heterogen grupp, vilken under historiskt och sociokulturellt specifika förutsättningar verkade i och interagerade med det omgivande samhället, fick under de två följande decennierna en rad efterföljare.³⁴ Även närstudier och partikularitet har senare betonats, inte bara för att berätta den lilla historien,³⁵ utan även med syfte att synliggöra heterogenitet och därmed problematisera alltför enkla och

29. T.ex. Nancy G. Siraisi, Roger K. French, Andrew Wear, Jerome J. Bylebyl.

30. Wear et al. 1985, s. IX.

31. T.ex. Siraisi 1997; French 1998; Rawcliffe 1999 (1995); 2009b (1999); 2009a (2006); Pormann & Savage-Smith 2007. Denna trend förefaller dock inte vara lika tydlig inom kontinentaleuropeisk forskning.

32. Gottfried 1986; Eijk et al. 1995, s. X; O’Boyle 1998.

33. Siraisi 1990, s. X.

34. T.ex. Shatzmiller 1994; Rawcliffe 1999 (1995); 2009b (1999); 2009a (2006); French 1998; i viss mån 2003; Pormann & Savage-Smith 2007.

35. T.ex. Rawcliffe 2009b (1999).

generella historieskrivningar,³⁶ samt för att mer välgrundat kunna ifrågasätta den ofta upprepade framgångssagans överensstämmelse med en faktisk verklighet.³⁷

Under senare tid har större intresse riktats även mot de läkekunniga själva, där de framhållits som individer med eget aktörskap och förmåga att medvetet påverka sin samtid.³⁸ I *Medicine Before Science* från 2003 argumenterar Roger French för att själva grunden för de medeltida och tidigmoderna (universitetsutbildade) läkarnas framgång låg i dessas medvetna agenda i samspelen med det omgivande samhället. Genom att de själva aktivt skapade och odlade vissa förväntningar på den egna förmågan och det möjliga utfallet av deras behandlingar hos de potentiella patienterna, var dessa förväntningar möjliga att bemöta. Detta förklarar, enligt French, delvis den medeltida och renässanstida läkekonstens framgång. Jag vill visserligen ifrågasätta hans tes om att förväntningar behöver ha skapats aktivt av läkekonstens utövare och istället föreslå att sådana formas naturligt utifrån läkekonstens praktik och faktiska förmåga (eller oförmåga) i ett mer jämbördigt samspel med patienter och samhälle. Patienters förväntningar och omdöme styrs förmodligen minst lika mycket av upplevda resultat som av uppifrån kommande programförklaringar. Frenchs perspektiv är emellertid intressant genom att han diskuterar hur läkarna själva kan ha format sin situation.

Nyligen har läkarens relation till den tänkta patienten belysts på ett intressant sätt även av Michael Solomon.³⁹ Genom att läsa läkehandböcker ur ett patientperspektiv har han visat att läkare ofta skrev läkehandböcker med den tilltänkta patienten i åtanke och då använde sig av ett personligt tilltal. Därigenom, menar Solomon, försökte författarna etablera en tydlig närvaro i texten som kompensation för deras personliga frånvaro vid sjuksängen.⁴⁰ Genom att visa hur läkare medvetet strävade efter att skapa tillit och optimism hos patienten, väl medvetna om vikten av detta för att lyckas med en behandling, kan man säga att Solomon inte bara synliggör patienten i ett metaperspektiv, utan även synliggör den medeltida och tidigmoderna läkarens uttalade patientperspektiv.

Som jag nämnde inledningsvis möts såväl existentiella som kulturella, teknologiska och sociala frågor i studiet av kroppen och i läkekonsten.⁴¹ Vår kropp, genom vilken vi lever och verkar, utgör en viktig kontaktyta mellan oss själva och den omgivande verkligheten. Studiet av en annan tids förståelse av den mänskliga kroppen och av förkroppsligade upplevelser och handlingar (*embodiment*) blir därigenom ett medium genom vilket vi

36. T.ex. Murray Jones 1998.

37. T.ex. Pormann & Savage-Smith 2007.

38. T.ex. Grell et al. 2010.

39. Solomon 2010.

40. Ibid., s. 14.

41. Jfr förordet.

kan nå en fördjupad förståelse för den tidens kultur. Denna *somatiska vändning* förefaller ligga i tiden, inte minst inom den historiska disciplinen.⁴² Bara under det senaste decenniet har ett flertal publikationer om medeltiden utgivits på detta tema.⁴³

Innan jag riktar uppmärksamheten mot den arkeologiska disciplinens intresse för läkekonsternas historia kan det vara intressant att nämna att det inom ämnet medicinshistoria under de senaste två decennierna har funnits en trend mot en vidgning av det empiriska underlaget, bland annat under inflytande från den nya kulturhistorien. Det har medfört ett ökat intresse även för den materiella kulturen. Denna metodologiska och även teoretiska vidgning kan delvis förstås som ett resultat och en konsekvens av den tidigare postmoderna upplösningen av disciplinära gränser.⁴⁴ Den är samtidigt ett uttryck för det senaste decenniets materiella eller realistiska vändning, där inte bara människans, utan även den materiella kulturens agens, undersöks; något som dessförinnan tonats ned under den kulturella vändningen. Den materiella kulturen är av intresse som uttryck för mentala föreställningar, men förhållandet är även det omvända. Den materiella kulturen påverkar vad och hur vi upplever och hur våra sociokulturella handlingar formas. Den är alltså intimt sammanhängande med dessa. För medicinhistoriska studier kan det inbegripa studiet av såväl ”instrument och annan teknisk utrustning [som] sjukhusbyggnader, yrkessymboler och klädedräkter”, vilka studeras ”som kulturella artefakter med såväl symbolisk som praktisk betydelse”.⁴⁵ Den vita läkarrocken är inte bara ett uttryck för professionalitet och praktiskt hygien-tänkande, utan påverkar såväl sin bärare som dennas patienter genom det den kan stå för i form av exempelvis professionell rollidentifikation, auktoritet och integritet respektive tillit, respekt eller underlägsenhet.

1.3.2. Medicinarkeologisk forskning

Intresset för den medeltida läkekonsten har inom den arkeologiska disciplinen varit mindre omfattande, men huvudsakligen följt samma trender som den medicinhistoriska forskningen. Under 1900-talets första hälft fokuserade man framför allt på läkekonstens framgångar. När det gällde forskning om medeltiden handlade det i Norden inte sällan om att försöka visa att läkekonsten här hade hållit samma höga nivå som den ansågs ha hållit i södra Europa. Man sökte därför paralleller till den senare. En pionjär i Norden var den danske läkaren Vilhelm Møller-Christensen. Han

42. Jfr Olsen 2010, s. 7f.

43. T.ex. Le Goff & Truong 2003; Bildhauer 2006; Bynum 2007. Caroline Walker Bynum har även ägnat den medeltida kroppen uppmärksamhet i en rad tidigare publikationer (1987, 1991, 1995); Kalof 2010.

44. Jfr Andrén 1997, s. 147; Ekström 2009, s. 10, 13, 19.

45. Qvarsell 2007, s. 24, 35.

skrev sin avhandling om pincettens historia, från forntid till nutid, där han använde sig av såväl historiskt som arkeologiskt material.⁴⁶ Typiskt för denna tid var att han skrev sin avhandling i medicin och inte i historia eller arkeologi. Møller-Christensen anlätades sedan vid större utgrävningar av klosteranläggningar i Danmark.⁴⁷ Han var även involverad i kommunikationen kring fynd vid klosterundersökningar i Sverige, för att identifiera kirurgiska och medicinska instrument och på så vis föra fram belägg för klosterväsendets stora betydelse för läkekonsten i Norden.⁴⁸

Detta hade den positiva effekten att ämnet som sådant fördes upp på agendan och att delar av den medicinska materiella kulturen synliggjordes för första gången. Det medförde emellertid också att en del felaktiga identifieringar sedan ogranskat och okritiserat levde kvar och blev prejudikat under lång tid framöver. Det gällde exempelvis bestämningen av en stor materialgrupp av blystyli i artefaktmaterialen från Varnhem och Alvastra som särskilda sonder, vilka man menade hade använts för behandling av syfilis.⁴⁹ Då detta var den största gruppen av det man identifierade som medicinsk-kirurgiska föremål, påverkade det intrycket av verksamhetens karaktär och omfattning, vilken alltså framstod som större – eller i alla fall annorlunda – än den faktiskt varit. I Sverige var arkeologen Wilhelm Holmqvist mycket inspirerad av Møller-Christensens arbeten. Han publicerade analyser av enstaka fynd av åderlåtningjärn och andra föremål, vilka han tolkade mot bakgrund av Møller-Christensens forskning och mot kunskaper om antik grekisk-romersk och skolastisk läkekonst.⁵⁰ Föremålsanalyserna publicerades i artikelform och de var, trots sin begränsade omfattning i empiri, pionjära och därmed betydelsefulla för området medicinarkeologi för svenskt vidkommande.⁵¹

Under senare år har den nordiska läkekonsten åter rönt uppmärksamhet inom arkeologin, inte minst på grund av den danska läkaren och arkeologen Annette Frölichs arbeten med fynd från främst danska offermossar och andra järnåldersfyndplatser.⁵² Genom sin bakgrund som läkare kan man säga att Frölich följer i Møller-Christensens fotspår. Hon använder sig, liksom Møller-Christensen, av omfattande kronologiska och geografiska analogier (från antiken till tidigmodern tid, från Medelhavsområdet

46. Møller-Christensen 1938.

47. Møller-Christensen 1941, s. 28f.; Møller-Christensen 1958, s. 98, fig. 24, s. 107; Møller-Christensen & Rousell 1957.

48. Jfr Møller-Christensen 1944, s. 133, fig. 23; t.ex. brev från Møller-Christensen till Axel Forssén dat. Roskilde 21/10 1939; samt från Forssén till Møller-Christensen dnr 4575 dat. 30/11 1939, arkivmaterial på ATA, i kapsel om Varnhem.

49. Jfr katalogen för klostren Alvastra: Skedsonder (Ligula) samt för Varnhem, inledning.

50. T.ex. troliga fiskekrokar från Aranäs som identifierades som skalpeller och kataraktknivar (Holmqvist 1961, fig. 2; ang. fig. 1; se nedan).

51. Holmqvist 1941; 1942; 1961.

52. T.ex. Frölich 2004; 2006; 2009; 2010.

till Norden) i sin tolkning av vilken läkekonst den materiella kulturen i nordiska järnålderskontexter representerar. Så till vida kan hon sägas ha ett äldre kulturhistoriskt tillnärmande till studiet av äldre tiders läkekonst. Arbetssättet med analogier av detta slag är ofta användbart i identifieringsprocessen, eftersom många instrumenttyper haft likartad utformning under avsevärd tid. Frölichs arbeten är även värdefulla genom att de bidragit till att åter sätta ämnet och materialet på den nordiskarkeologiska agendan. Trots att jag är väl medveten om svårigheten att bestämma kirurgiska instrument i de arkeologiska materialen, menar emellertid jag att hon många gånger är väl generös i sina identifikationer av den materiella kulturen.⁵³

Användandet av analogier kan också vara problematiskt om det inte praktiseras med stor försiktighet. Att en viss sorts materiell kultur – till exempel den som formgavs i det antika romarriket – kan ha använts inom flera olika former av läkekonster och sjukdoms- och kroppsfrståelser har diskuterats av arkeologen Patricia Anne Baker. Det är, menar hon, viktigt att inte sätta likhetstecken mellan föremål, förståelse och praktik, eftersom de förra kan vara konstanta medan de senare alltid är historiskt och sociokulturellt specifika.⁵⁴ I en artikel om tolkningen av medicinsk utrustning med romerska förebilder manar hon till försiktighet i användande av analogier och är skarp i sin kritik av vissa forskares okritiska överförande av antik romersk förståelse på andra geografiska områden.

[W]hen the literature is used it is done so in the context of ideas of Romanisation. The basis of the theory is that any indigenous population with whom the Romans came into contact would have aspired to have a Roman life-style, because modern scholars have portrayed it as superior to that practiced by indigenous local population [...] Even if people borrowed or used Roman-style medical instruments, the practice of their use must have varied. [...] As people have different understandings of illness and its treatment they will not always adopt the practices of another simply because the medicine of one society appears "superior".⁵⁵

Baker varnar alltså för så kallad romanisering; en problematik jag återkommer till.⁵⁶

1990-talet var inte bara ett blomstrande decennium för medicinhistoriska studier, utan kom att bli en uppgång även för arkeologiska studier inom vad som internationellt kom att kallas *medicinsk arkeologi* (*The Archaeology of Medicine* eller *Medical Archaeology*).⁵⁷ Utvecklingen drevs även här framför allt vid engelska universitet. 1998 hölls en

53. Min skepsis rör till exempel bestämningen av föremålen i fig. 5–7 och 10 som skalpeller samt fig. 18–23 som kirurgiska nålar i publikationen från 2010.

54. Baker 2002, s. 17; även Scarborough 1969, s. 11, 84f.

55. Baker 2002, s. 22f.

56. Kap. 3.

57. Arnott 2002; Baker & Carr 2002.

egen session i ämnet vid kongressen *Theoretical Archaeology Group* (TAG) i Birmingham. Sessionen var tvärvetenskaplig och syftade bland annat till att etablera kontaktytor och samarbeten mellan arkeologer och historiker på området. Sessionen publicerades i en konferensvolym redigerad av arkeologen Robert Arnott.⁵⁸ Sessionen vid TAG följdes under de följande åren av ett flertal möten och konferenser arkeologer och historiker emellan, både inom ramen för TAG-kongresser och i andra konstellationer.

Samma år som konferensvolymen från den första sessionen kom, utgavs, som ett resultat av dessa möten, ännu en volym i ämnet medicinsk arkeologi.⁵⁹ Även den var tydligt tvärvetenskapligt inriktad, men inspirerad av en dialog mellan arkeologer och antropologer snarare än mellan arkeologer och historiker. Dess ingång var därmed även mer konstruktionistisk och flera författare diskuterade sjukdom som kulturell konstruktion.⁶⁰ Detta bidrog med en värdefull perspektivering på arkeologers ibland okritiska dragande av paralleller mellan materiell kultur och skriftliga källor, som antyds ovan. En och samma föremålsform kan betyda olika saker i olika kulturella kontexter. Anammandet av en materiell kultur innebär inte med nödvändighet anammandet av ett tankegods.⁶¹ De båda nämnda publikationerna höll kronologiskt och geografiskt breda perspektiv, spännandes över människans olika tidsåldrar och olika kulturer världen över. På så vis fångades hela ämnets potentiella bredd in i möjligaste mån. Samtidigt ville man mer specifikt rikta intresset mot den utövande parten och den som skulle behandlas, det vill säga läkaren och patienten, och då gärna i ett socialt eller sociokulturellt perspektiv. Den medicinska arkeologin var alltså, genom att den formades under det sena 1990-talet och inom då rådande arkeologiskt-historiskt paradigm, redan i sin vagga vad man skulle kunna kalla *sociokulturell*.

De nämnda mötena var de första tydliga uttrycken för en vilja att profilera medicinsk arkeologi som ett eget forskningsområde. Inom paleopatologi hade man redan tidigare genom humanosteologiskt material studerat sjukdomar och skador i äldre tider. Det som studerats var alltså läkekonstens objekt, men inte dess praktiker eller handlingar. *Archaeology of disease* var titeln på en paleopatologisk volym i mitten av 1990-talet, i vilken osteologiska studier av sjukdomsyttringar, men inte deras sociokulturella sammanhang, diskuterades.⁶² I början av 2000-talet utkom en bok av osteoarkeologen Piers D. Mitchell, vilken kombinerade arkeologiska data med osteologiska och historiska. Den behandlade läkekonst under de medeltida korstågen och är en av de mer omfattande studier om medeltida läkekonst som (åtminstone delvis) baserar sig på *arkeologiskt* material.

58. 2002.

59. Baker & Carr 2002.

60. T.ex. Crumy 2002; Hsu 2002; Roberts 2002a.

61. T.ex. Baker 2002, s. 16ff.

62. Roberts & Manchester 1997; i Sverige t.ex. Arcini 1999.

I början av 2000-talet följdes det nyväckta intresset på området medicinarkeologi upp även vid Birminghams universitet, i samarbete med universiteten i Nottingham och Oxford. Under flera år hölls återkommande workshops under temat *Disease and Disability in Early Medieval Europe*. I seminarieserien betonades tydligt läkekonstens sociokulturella dimensioner. Ingången var fortsatt tvärvetenskaplig, men med övervikt mot historia. Medicinsk arkeologi var en del av detta curriculum, men endast en av flera ingångar.⁶³

Ett drygt decennium efter de första försöken att profilera *Archaeology of Medicine/Medical Archaeology* som ett eget forskningsfält hölls ännu en session vid en TAG-konferens (2010). Sessionsrubriken löd "Medicine, healing, performance: beyond the bounds of 'science'?" Den syftade enligt påannonseringen till att "locate the concept of healing within the wider context of human activity and belief" samt "re-examine the social, economic and political contexts of medical practice".⁶⁴ Intresset riktades alltså fortfarande mot den vidare kontexten och det sociokulturella sammanhanget. Bland annat ställdes frågor kring hur såväl läkekonstens utövare som de människor som drabbats av olika åkommor uppfattades av det omgivande samhället. Samtidigt ställdes i sessionsabstraktet den för forskningsområdet helt grundläggande frågan huruvida det är möjligt att studera läkekonstens handlingar utifrån det arkeologiska materialet. Denna fråga torde ha besvarats redan vid TAG-sessionen 1998, men upplevdes uppenbarligen som tillräckligt intrikat för att behöva ventileras igen. Konferensbidragen utgick alla från den materiella kulturen, men spände, liksom de tidigare konferenserna, kronologiskt och geografiskt mycket brett, från järnålder till nutid, från Nordeuropa till Afrika. Även tematiskt var sessionen vitt hållen, från föremålsidentifiering i järnålderskontexter till synen på döda och ruttnande kroppar i det tidigmoderna England.⁶⁵

Medan detta yviga grepp otvivelaktigt bidrog till en värdefull perspektivering av ämnet, kan det samtidigt försvåra en intern dialog. Genom att ett samhälls läkekonst alltid är så grundläggande sociokulturellt formad och invävd i sin samtidskontext, och därmed också säger mycket om sin specifika historiska och sociokulturella kontext, behöver medicinsk arkeologi också bedrivas som en integrerad och självklar del av övriga studier av ett samhälle, en tid eller en kultur. Det är naturligt att ett forskningsområde – särskilt inledningsvis, då antalet aktörer var få – vill profilera sig inom det vidare forskningsfältet. Det driver på den teoretiska och metodologiska utvecklingen. I detta sammanhang är det emellertid viktigt att även poängtera ämnets intima koppling till förståelsen av det gångna samhället i stort. Medicinsk arkeologi bör, menar jag, inte bli en isolerad arkeologi med större koppling till låt säga medicinhistoria än till övriga studier av det samhälle och den kultur den berör. Studiet av svensk medel-

63. Crawford & Lee 2010a & 2010b.

64. Konferenssessionens hemsida <http://www.nomadit.co.uk/tag/tag2010/panels.php?PanelID=842,2012-01-31>.

65. *In press*.

tida och renässanstida läkekonst är för mig en väl så viktig del av medeltids- och renässansstudier, som av medicinsk arkeologi/historia.

Trots det nyvaknade intresset för gångna tiders läkekonster inom arkeologi har jag i detta arbete funnit störst inspiration inom historiska studier. Detta beror till stor del på att den arkeologiska forskningen på området när det gäller medeltiden och reformationstiden fortfarande är mycket begränsad. Jag har inte heller funnit medicinskarkeologiska motsvarigheter till det sätt att använda källmaterialen, särskilt den materiella kulturen, för att föra den breda diskussion, som jag praktiserar. Jag har särskilt tagit intryck från den sociokulturella medicinshistoria som bedrivits i England och USA och som intresserat sig för medeltiden och reformationstiden. Den postmoderna glidningen mellan etablerade disciplinära territorier har redan nämnts och detta präglar även föreliggande studie.

1.3.3. Tidigare forskning om medeltida läkekonst i Norden

Mycket av den tidigare historiska och arkeologiska forskning som bedrivits kring svensk och nordisk läkekonst refereras i olika sammanhang i avhandlingen. Här vill jag emellertid på ett mer samlat sätt återge de uppfattningar den genererat. Studenters val av uppsatsämnen under 1990-talet kan tolkas som att det under senare delen av detta decennium internationellt sett ökade intresset för ämnet internationellt, avspeglades även i Sverige. Studierna ledde dock inte till vidare forskning, om man undantar föreliggande avhandling, vars frö kan sägas vara min uppsats från 1997.⁶⁶ Antalet översiktspublikationer där ett pliktskyldigt kapitel om "liv och död" eller liknande i staden eller i landet är många. Dessa presenterar dock som regel inte någon självständig forskning i ämnet och kommer därför inte att nämnas här. Forskningen är inte omfattande. Huvudsakligen rör det sig om enstaka kortare artiklar eller populära sammanställningar. Därför kommer jag i det följande att sammanföra forskning från olika discipliner och olika nordiska länder.

De tidigare medicinshistoriska och medicinarkeologiska studierna kan sägas ha följt två olika huvudsakliga ambitioner eller intresselinjer. Dels fanns under det tidiga 1900-talet en ambition hos vissa forskare, till exempel medicinshistorikern Ingjald Reichborn-Kjennerud, att söka ge en heltäckande bild av det han uppfattade som den fornnordiska läkekonsten. Genom att genomsöka sagamaterialet efter information och söka paralleller till detta i framför allt folklöre, gav han en encyklopedisk bild över vilka åkommor som figurerar och hur människor hade försökt bota dessa genom magi och profana metoder.⁶⁷ I sina arbeten försökte Reichborn-Kjennerud även finna de äldsta rötterna och parallellerna till den folkmedicin som var hans huvudsakliga intresse.

66. Vid Lunds universitet (opubl.) t.ex. Mogren 1984; Falk 1996; Bergqvist 1997; Fridh 1999/2000; Hedlin 2001.

67. Reichborn-Kjenneruds encyklopediska verk i fem band utgivna 1928–1947.

Dels fanns äldre forskning som försökte finna paralleller mellan nordisk och antik grekisk och romersk och skolastisk läkekonst. Läkemetoder och sjukdomsförståelse identifierades och studerades genom att man sökte paralleller i historiskt och arkeologiskt material från (Syd-)Europa och medicinska verk. Man såg och framhöll exempelvis likheter mellan den fornnordiska guden Odin och den grekiska läkeguden Asklepios.⁶⁸ Odinsgestalten förefaller ha haft starka kopplingar till ormen, vilket senare forskning har bekräftat. Ormen, i sin tur, förknippades tidigt med läkekonsten inom flera av kulturerna runt Medelhavet, bland annat den grekiska.⁶⁹ Man sökte också aktivt spår i sagamaterialet och den materiella kulturen efter metoder och resonemang som man kände igen från antika och tidigmedeltida skriftliga källor, framför allt sådana som förts vidare inom skolastisk tradition.⁷⁰

Medan man med ett modernt forskningsperspektiv kan se det problematiska med en sådan forskningsmetod, var det under stora delar av 1900-talet *comme il faut*. Flera arbeten är emellertid gedigna materialgenomgångar som är användbara än idag, även om tolkningsgraden ofta varit låg eller i värsta fall romaniserande (det vill säga utgår från ett förgivettagande att den romerska kulturen självklart togs emot och adopterades).⁷¹ Den empirinära forskningen fortsatte i blygsam omfattning under 1970- och -80-talet. Historikern Guðrún Helgadóttirs undersökningar av norrön litteratur i mitten av 1980-talet lyfte för första gången tydligare fram kvinnorna inom läkekonsten.⁷²

Den tidigare forskningens fokus på att framhäva likheter eller skillnader mellan såväl antik som skolastisk respektive nordisk medicin har bidragit till att man inte varit särskilt lyhörd för den nordiska läkekonstens egenarter och egna förutsättningar. Denna har så att säga inte studerats utifrån sig själv, utan oftast utifrån en förförståelse att den antika och skolastiska läkekonsten var ”bättre” och därför naturligt eftersträvansvärd. Med en sådan metod blir risken för romanisering överhängande, vilket kommer att diskuteras mer nedan.⁷³ Modern forskningens ökade medvetenhet om den enorma komplexiteten i kulturmöten och i upptagandet av kulturella drag från en kultur i en annan, gör att varken verbala spår i skrifter eller materiella spår idag okritiskt kan tillskrivas meningar som är formulerade i sammanhang med helt andra sociokulturella förutsättningar. Istället måste det förstås i sin sociokulturella kontext.

68. Reichborn-Kjennerud 1924, s. 119. Denna tendens förekommer i viss mån än idag (t.ex. Rosengren 2006, s. 11).

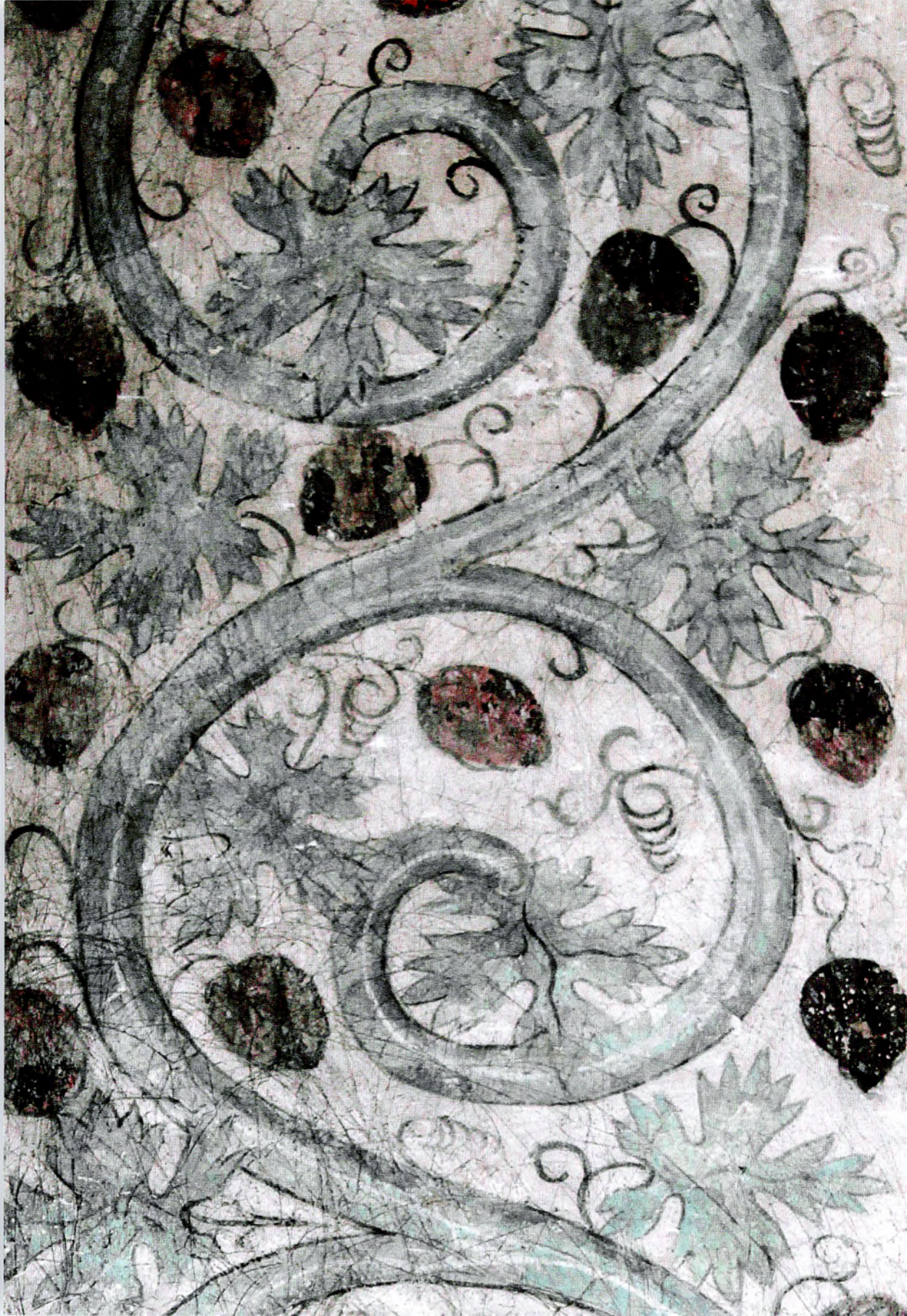
69. Bergqvist 1999, s. 115ff.

70. Holmqvist 1941, s. 2469; 1961, s. 35; Møller-Christensen 1944, s. 116; Reichborn-Kjennerud 1924; Steffensen 1980; Kousgård Sørensen 1982, s. 76ff.

71. Reichborn-Kjennerud 1928–1947; Kockum 1949; Schmid 1951.

72. T.ex. Steffensen 1975; 1980; Helgadóttir 1984; 1985.

73. Kap. 3.



2. Materialitet, skriftliga källor och täta kontexter

Metoden för att besvara de frågor och problemställningar som presenteras ovan bygger på en omfattande empiri och en flerhövdad teoretisk perspektivering. Jag har framför allt arbetat med materiell kultur i form av föremål och med skriftliga källor som inte direkt handlar om läkekonst, utan snarare om samhället i vilket läkekonsten ingick. Osteologiskt material har endast kunnat användas i begränsad omfattning, då jag har behövt förlita mig på publicerade resultat och då studier som uppmärksammar *läkekonst* (dvs. spår efter behandlingar) snarare än paleopatologi är mycket få. Användbart bildmaterial från den studerade tiden och det geografiska området är tyvärr så gott som obefintligt. Återstår då den materiella kulturen och den skriftliga.

Då mycket av källmaterialet – särskilt gäller det den materiella kulturen – inte är studerat tidigare, handlar det i väsentlig grad om grundforskning. Arbetssättet har varit tidskrävande, men metodoalet nödvändigt.¹ Den breda ingången och den omfattande materialanalysen har syftat till att inte ogrundat förstärka redan befintliga uppfattningar kring var och hur läkekonst bedrevs. Jag har velat undvika ett arbetssätt där ett antal miljöer, varifrån man med förutfattad mening skulle förvänta sig att få bäst utslag, låt säga klostermiljöer, initialt väljs ut och studeras närmare. Resultatet skulle

1. Vid följande institutioner studerades i inventeringsstadiet samtligt fyndmaterial från historisk tid (medeltiden och framåt): Gotlands museum (inklusive utställningar), Jönköpings länsmuseum, Kalmar Länsmuseum (inklusive utställningar), Riksantikvarieämbetet UV Öst (material som ännu inte fyndfördelats), Riksantikvarieämbetet UV Mitt (material som ännu inte fyndfördelats), Sörmlands länsmuseum (inklusive utställningar), Stockholms stadsmuseum, Statens historiska museum (samtliga magasin, inklusive Tumba), Lödöse Museum (inklusive utställningar), Göteborgs museum, Västergötlands länsmuseum (inklusive utställningar), Västmanlands länsmuseum (magasinet i Hallstahammar), Sigruna Museum (inklusive utställningar), Östergötlands länsmuseum. Vid Malmö museer har samtliga metallföremål och utställda föremål studerats. Vid Lunds Universitets Historiska Museum har i princip historiskarkeologiska material med LUHM-nummer upp till 30563 studerats; men fyndmagasinets organisation (med avseende på förpackning, märkning, m.m.) omöjliggjorde en totalinventering. Vid Kulturmiljö Hallands föremålsmagasin i Halmstad har endast materialet i klimatskåpet, vilket hyser det mesta av magasinets metallfynd, inventerats. Angående Kulturen i Lund: se specificering i katalogen för denna stad. Sammanlagt cirka två-tusen föremål med datering till 1100-talet t.o.m. 1600-talet, som av mig bedömts som säkert, troligen eller möjligen knutna till läkekonst, är registrerade i grunddokumentationen. Utöver dessa registrerades vissa föremål med mer tveksam koppling eller identifiering, vilka senare reducerats ur analysen. Även föremål som endast bedömdes som *möjliga* är reducerade ur kommande analyser av mer kvantitativ karaktär, men redovisas i enstaka fall, då de tillsammans med annat material ändå bedöms vara av intresse.

då – oavsett hur rikt eller sparsamt materialet skulle visa sig vara – förstärka bilden av att det företrädesvis var i just de miljöerna som läkekonsten var ”bäst”, utan att bilden av andra eventuella och kanske mindre kända miljöer skulle ha blivit klarare. Att så förutsättningslöst som möjligt gå igenom material från såväl kloster, borgar och herresäten som stadsgårdar och landsbygdsmiljöer, har inneburit en i min mening bättre möjlighet till en nyanserad och rättvisande bild. Resultatet kan *rent hypotetiskt* ändå landa i tolkningen att det huvudsakligen var, låt säga, vid klostren man bedrev för oss identifierbar läkekonst, men har då grundats på gedigen empiri istället för på självbegränsande förförståelse.

Jag har redan nämnt vikten av en kontextuell metod; att studera material med så nära kronologisk och geografisk koppling som möjligt till det studerade fenomenet. I detta fall innebär det att material från svensk och nordisk medeltid och renässans har stått i fokus och studerats med utgångspunkten att läkekonsten där och då var något eget, som inte kan förutsättas överensstämma med vedertagna uppfattningar från forskning kring exempelvis antik, skolastisk eller senare perioders medicin.

Studier inom historisk arkeologi har ett privilegierat utgångsläge genom att ha såväl materiella som textuella och även ikonografiska lämningar till sitt förfogande som underlag för tolkning och förståelse. Framför allt rör det sig om materiell kultur och text. Att arbeta med flera eller alla tillgängliga typer av material är en självklarhet för många arkeologer – de är alla fragmentariska spår av det förflutna. Spänningen och olikheterna dem emellan kan visserligen uppfattas som en konflikt, men även som en styrka och potential, vilket bland annat diskuterats ingående av arkeologen Anders André.² I den här undersökningen betraktas de olika formerna av material som likvärdiga i sin förmåga att bidra med värdefull information, men de är inte kongruenta eller symmetriska. Med det menar jag att de, eftersom de är resultaten av olika former och nivåer av intention, kan vara bärare av olika former av kunskap och att de skiljer sig åt vad gäller vilken form av data vi kan utläsa ur dem. De olika formerna av information är alla viktiga och kompletterar varandra. Ett sätt att närma sig materiella respektive textuella spår av det förflutna som likvärdiga material och samtidigt vara lyhörd för och utnyttja deras olika potentialer är att undersöka hur de korrelerar med varandra inom det studerade området eller fenomenet.³ I ett sådant förhållningssätt finns utrymme för att uppfatta såväl samstämmigheter som diskrepanser materialen emellan, vilka sedan tillsammans kan utgöra underlag för tolkning.

Genom de olika perspektiv som de skilda materialen kan bidra med ges många gånger möjlighet till tätare och mer nyanserade berättelser om det förgångna än vad som skulle varit möjligt med ett mer ensidigt källmaterial. I föreliggande undersökning är detta en viktig tillgång, eftersom de källmaterial som står till förfogande, både de

2. André 1997.

3. Ibid., s. 162ff., 170.

materiella och de skriftliga, bara bär på små fragment av information. Endast bråkdelar av den materiella kulturen är bevarad och en ännu mindre del är identifierbar som för ämnet relevant materiell kultur. De skriftliga källor som kan ge upplysningar handlar inte primärt om ämnet i sig, utan berör det endast i förbigående, så att säga sekundärt. De olika materialen kan emellertid var för sig bidra med informationsfragment, av ”datapunkter”, som tillsammans bidrar till att förtäta bilden, så att tendenser och strukturer framträder och blir urskiljbara.⁴ Samtidigt är det viktigt att i varje enskilt fall, i varje enskild studie, identifiera och problematisera hur de olika källmaterialen förhåller sig till varandra när det gäller just det specifika fenomenet, och vad de där kan bidra med. Vilka potentialer och begränsningar respektive materialkategori har kan inte diskuteras på ett generellt plan, utan måste definieras i förhållande till just det studerade fenomenet i fråga.

När det gäller studiet av den medeltida och renässanstida läkekonsten i Sverige förhåller sig materiella respektive skriftliga källor ibland korresponderande och ibland kontrasterande till varandra, bland annat beroende på vilken kulturmiljö som studeras.⁵ Den medeltida läkekonstens materialitet formades exempelvis dels av funktionalitet, praktik och underliggande kroppsförståelse, men även av sociokulturella faktorer som materiell tradition och yrkesetos. Den varierade därför mellan olika sociokulturella miljöer. Det medeltida svenska samhället var ett låglitterat samhälle. De flesta människors umgänge med texter och skrifter var obefintligt eller mycket begränsat. Skrifter var generellt sett inte heller en viktig del av läkekonstens materialitet eller ett viktigt medel för läkarnas kunskapskommunikation under större delen av den studerade tidsperioden. Medicinska skrifter var sällsynta och de som existerade i landet fanns sällan i händerna på dem som praktiserade läkekonst. Undantag från detta utgjordes till viss del av klostermiljöerna, som hade en annan kultur vad gäller bokburen lärdom och skriftlig kultur, delvis kopplad även till läkekonsten och dess utövare inom klostren. Sjukdomar, skador, läkare och läkande nämns emellertid i övrigt i skriftliga källor som inte primärt handlar om detta, utan om andra aspekter eller fenomen i samhället. Det kan vara lagar eller olika former av berättelser (sagor), som kan berätta om läkekonstens sociokulturella historia.

Man skulle kunna säga att tillförlitlighetsstegarna för den materiella respektive den skriftliga kulturen ser olika ut och att de nästan är varandras motsatser i fråga om de aspekter av läkekonsten som undersöks här.⁶ Den materiella kulturen kan sägas ha högst tillförlitlighet exempelvis när det gäller studiet av faktisk praktik, av de läkekunnigas rumslighet och av professionaliseringsprocessen, medan den har

4. Jfr Geertz 1973, s. 6: *thick description*; Morris 2000, s. 7.

5. Jfr Andrén 1997, s. 162ff., 176.

6. Ibid., s. 131.

lägre tillförlitlighet när det gäller sjukdoms- och kroppsförståelse. Där har istället de skriftliga källorna högre utsagovärde. Det innebär inte att den materiella kulturen är stum, men att materialen på så vis kompletterar och förklarar varandra inom studien. Kontrasten mellan materiell kultur och skriftliga källor hade sannolikt varit större om de senare utgjorts av en annan typ av källor, exempelvis medicinska skrifter. Dessa är emellertid, av skäl som redan berörts och som kommer att presenteras närmare nedan och som har med deras utsagovärde att göra, lågt prioriterade som underlag i denna undersökning. Samspelet källmaterialen emellan är komplext och dialogen mångfacetterad. Spänningsfältet mellan läkekonstens materialitet och skriftliga källor ändrar karaktär efter vilken sociokulturell miljö och vilket tidsutsnitt som studeras, och skiftningarna i detta spänningsfält utgör i själva verket en viktig del av resultatet i denna studie, i diskussionen kring kunskapskommunikation och sociokulturella arv inom läkekonsterna i det medeltida och renässanstida Sverige. Jag kommer därför att få anledning att återkomma till det mer extensivt i kapitel 5 och 6.

I det följande kommer jag att presentera och diskutera den materiella kultur och de skriftliga källor som ligger till grund för denna undersökning, samt hur jag rent praktiskt har gått till väga i arbetet med dem.

2.1. Den materiella kulturen. Identifiering och representation

Resultatet av artefaktidentifieringen redovisas detaljerat i katalogdelen sist i boken, men här kommer de olika materialkategorierna och deras respektive potentialer och problematik att behandlas. Ett syfte med föreliggande undersökning är att synliggöra den materiella kulturen och dess variationer, och identifieringen av och diskussionen kring denna är i sig ett viktigt resultat av den här undersökningen. Särskilt angeläget är detta då studier av den medeltida och renässanstida läkekonsten tidigare huvudsakligen gjorts utifrån ett rent (idé-)historiskt perspektiv. Den materiella kulturen har i hög grad varit okänd och anonym. Också människors idéer och dessas realiserande i praktik är centrala intressen i denna undersökning och kommer att diskuteras ingående längre fram, men här vill jag lyfta fram den materiella kultur som sammanhänger med dessa. Att det presenteras här – inledningsvis och som underlag för den vidare framställningen – beror på att jag i detta sammanhang inte ser studiet av själva föremålen som det slutgiltiga målet, utan vill fortsätta och undersöka vad de säger om de människor som använt dem.⁷ Detta är inte ett degraderande av den materiella kulturens potential eller värde, utan en (hög) värdering av den som ett medel, jämte textfragment och annat, att nå förståelse för mänskliga livsvillkor i en gången tid.

7. Jfr Olsen 2010, t.ex. s. 21ff. för en annorlunda hållning till den materiella kulturen.

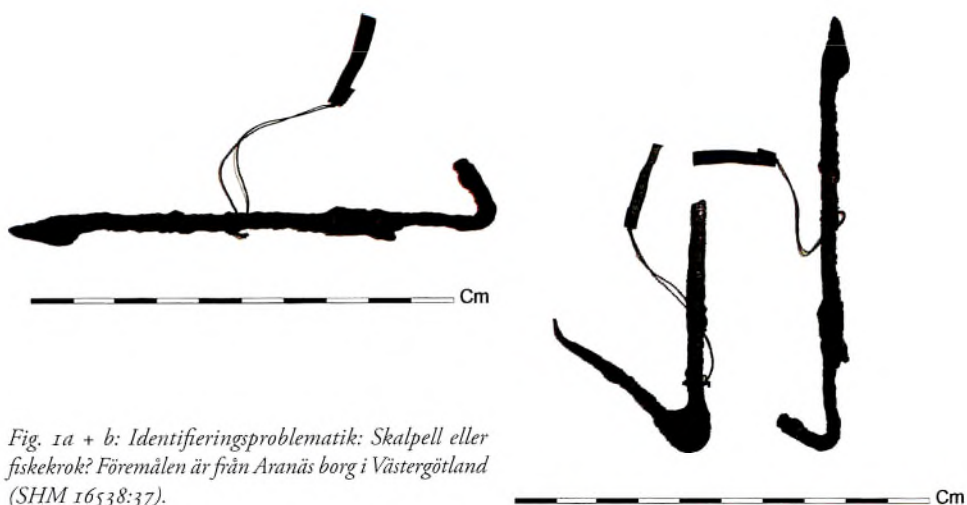


Fig. 1a + b: Identifieringsproblematik: Skalpell eller fiskekrok? Föremålen är från Aranäs borg i Västergötland (SHM 16538:37).

En källkritiskt viktig fråga att diskutera är vilka typer av föremål det är jag kan *identifiera* med sådan säkerhet att de kan tjäna ett välgrundat resonemang. En annan problematik gäller föremålens *representativitet* och vad en viss artefaktkategoris närvaro respektive frånvaro signalerar. Det finns därför anledning att dröja lite vid denna identifieringsproblematik respektive representationsproblematik.

Identifieringsproblematiken kan exemplifieras av artefaktkategorin knivar. Knivar av olika slag har använts för ett oräkneligt antal ändamål. Ibland har knivar haft för ändamålet specialiserade former och andra gånger varit mer standardiserade. Knivar av hushållstyp, knivar för slakt och styckning av kött eller knivar för läderhantverk kan exempelvis mycket väl ha använts för kirurgiska ändamål, och gjorde det sannolikt i viss utsträckning. Knivarna i den intakta kistan med kirurgisk utrustning från det engelska skeppet Mary Rose, som sjönk 1545, hade ingen specifik form och hade i en annan kontext sannolikt tolkats som vanliga hushållsknivar.⁸ Formlikheten kan även beläggas genom samtida bildmaterial. Det är därför svårt att utifrån förekomst av sådana i det arkeologiska materialet säga något om kirurgisk praktik, eftersom de även kan representera andra aktiviteter. För kirurgiska ändamål specialutformade knivar, exempelvis de mindre skalpellerna och fällknivarna, är däremot ofta identifierbara och lättare att tolka. Mellan dessa ytterligheter finns en gråzon av möjliga och troliga skalpeller, som dock inte kan typbestämmas med säkerhet. Ett exempel som figurerat i litteraturen är ett föremål från Helgö, vilket ibland tolkats som en skalpell men som lika gärna kan vara en fiskekrok (fig. 1a + b). Föremålet som är fotograferat både horisontellt och vertikalt är mycket likt ett föremål från Helgö som Wilhelm Holmqvist har identifierat som skalpell, liksom med de arabiska skalpeller han drar

8. Egan 2007, s. 67.

paralleller till.⁹ Det har dock också stora likheter med medeltida fiskekrokar, vilka förekommer i olika storlekar. Den kraftigt böjda och spetsiga änden på föremålet till vänster i figur 1a torde vara mycket opraktisk på ett kirurgiskt instrument, då skaf-tet behöver kunna greppas stabilt. På föremålet till höger i figur 1a samt figur 1b är denna ände avbruten. I vilken grad de individuella föremålen som jag undersökt kan inkluderas i en analys får därför bli ett resonemang för varje enskilt fall.

Liknande identifieringsproblematik gäller tänger, sågar, stämjärn och nålar. Denna typ av verktyg var viktiga instrument inom kirurgin, men de enskilda artefakterna kan sällan urskiljas i det arkeologiska materialet, eftersom de inte är specialutformade. Tänger har använts för att dra ut tänder, sågar och stämjärn för att amputera större eller mindre lemmar och vanliga sy- och knappnålar användes för att bränna och för att öppna upp mindre och tillsluta större sår. Det är dock inte möjligt att utifrån förekomsten av sådana artefakter argumentera för förekomst av kirurgisk verksamhet. Samma form av problematik gäller naturligtvis kärl för förvarande av medikamenter. Medeltida bildmaterial visar att dessa ofta kunde vara vanliga keramik-kärl eller kärl av organiskt material, såsom spån- eller näveraskar. Även dessa förblir anonyma i den materiella kulturen. De enda kärl vi kan identifiera är specialutformade salvekrus och apotekskärl samt små flaskor i glas. Dessa artefaktkategorier måste förstås som specialiserad materiell kultur, men frånvaron av dem kan inte likställas med frånvaro av medikamentshantering och kunskaper om sådana. Återigen sätter alltså identifieringsproblematiken gränser för vad vi kan komma åt och vi måste förutsätta ett mörkertal av artefakter som vi inte har möjlighet att spåra inom den materiella kulturen.

På grund av dessa metodologiska svårigheter är det intressant att perspektivisera betydelsen av materiell kultur. Masskonsumtion av ting, av föremål, var ett nästan okänt fenomen under den studerade perioden. En kniv var därför inte bara en kniv, utan *kniven* i förhållande till den eller de som brukade den. Ett kärl var *kärlet* i högre grad än vad vi är vana att tänka oss i förhållande till vår materiella kultur. Den materiella kulturens betydelse i praktiserandet av läkekonst kan därför förutsättas ha varit annorlunda under medeltiden och renässansen än i dagens läkekonst. Den kan också i viss mån förmodas ha förändrats under loppet av denna period. Den särskilda kniven som användes vid kirurgiska ingrepp må ofta, särskilt under den studerade periodens första del, ha varit utformad som vilken vass och tunnbladad kniv som helst. Därmed inte sagt att den uppfattades som bara en kniv, vilken som helst. Det är troligare att en läkare för detta ändamål om möjligt inte använde den vanliga hushållskniven, utan istället använde en specifik kniv, som alltså för henne eller honom funktionellt var en *skalpell* (även om inte detta ord användes). När den materiella kulturen under medeltidens och renässansens gång sedan professionaliserades, så att specialiserade kirurgiska knivar i högre grad började användas, skedde därför en intressant förskjut-

9. Holmqvist 1961, fig. 1 och 3.

ning i praktikerns relation till sin materiella kultur. Kanske kan man påstå att tingens egen agens stärktes och förstörades genom att de blev specialiserade och specialutformade och alltså inte ”bara” fått sin innebörd genom sin brukshistoria, utan så att säga besatt den i sig själva.

Som exempel på en *representationsproblematik* vill jag lyfta fram föremålstypen åderlättningsjärn. Åderlättningsjärnet är ett specialiserat instrument. Det har sett i det närmaste likadant ut de senaste två tusen åren eller längre och är relativt lättidentifierat. Frågan är då vad vi kan utläsa av närvaron av åderlättningsjärn i den materiella kulturen. Järnen användes för åderlätning men även, tack vare sin mycket lilla och vassa egg, för finare kirurgiska ingrepp. Fyndet av ett åderlättningsjärn antyder alltså att åderlätning och eventuellt även finkirurgiska ingrepp har utförts i den miljö i vilket det påträffas. De vittnar alltså om en praktik – men vad säger de om kroppsförståelse? Åderlätning gjordes av särskilda skäl, vilka ursprungligen bottnade i en humoralpatologisk förståelse av kroppen. För att utföra en åderlätning krävdes emellertid inte att den som åderlät var särskilt djupt insatt i den avancerade humoralpatologin. Åderlättningsbehandlingen som metod kunde ha frigjort sig från sin teoretiska kontext så att själva praktiken förts vidare som självständig företeelse.¹⁰ Föremålet i sig är emellertid ändå ett tydligt belägg för att åderlätning praktiserats.

Mer komplicerad är frågan om hur frånvaron av åderlättningsjärn under en tidsperiod eller i en typ av kulturmiljö ska förstås. Det är knappast så enkelt att det kan tas som ett säkert belägg för att man inte utfört åderlätning, eftersom det strängt taget inte krävs ett åderlättningsjärn för att åderlåta, även om det genom sin specifika utformning väsentligt underlättade ett lyckat ingrepp. I själva verket kan man använda en vanlig knivsudd eller vilket litet vasst föremål som helst. Vi vet att man under historisk tid har använt lansetter och till och med fiskben för ändamålet. Vad man emellertid kan konstatera är att det särskilt utformade åderlättningsjärnet utgör en (del av en) viss materiell kultur. Där de förekommer har man av någon anledning haft tankar om att åderlätning skulle utföras med specialiserade instrument. Jag skulle vilja säga att de signalerar en särskild *medicinsk kultur*. Att undersöka i vilka sammanhang och under vilka tider åderlättningsjärn förekommit ger därmed en möjlighet att förstå vilka medicinska kulturer som funnits i vilka kulturmiljöer. Artefaktgruppen blir alltså en indikator på en viss medicinsk kultur och genom att identifiera föremålet i olika miljöer och kontexter kan man få en uppfattning om spridningen och anammandet av en praktik och dess förståelsekontext.

En annan form av representationsproblematik kan illustreras av fällknivar, vilka ovan inkluderas i gruppen av identifierbara kirurgiska knivar. En fällkniv är en kniv där eggen fälls in i en hylsa, vilken i utfällt tillstånd även utgör skaftet. Senare tiders rakknivar var ofta fällknivar. Fällknivar har funnits i Sverige från bronsåldern och

10. Jfr Baker 2002, samt kap. 2.1.5. och 6.2.4. samt 6.3.

framåt. Vitsen med att fälla in eggen i skaftet är att skydda densamma och det är väsentligt för knivar som måste hållas absolut skarpa för att fungera. Det är viktigt för rakknivar, men ännu viktigare för kirurgiska knivar. Under medeltiden var fällkniven barberarens och kirurgens viktigaste attribut; dennes viktigaste instrument. Knivtypen kan visserligen ha använts för rakning, men medeltida och senare bildmaterial visar tydligt att fällkniven framför allt var det viktigaste instrumentet vid kirurgiska ingrepp och dissektioner. Frågan är då vad en fällkniv representerar när vi påträffar den i ett arkeologiskt sammanhang – rakning eller kirurgi? För att bedöma detta är knivbladets utformning av intresse. En fällkniv för rakning bör ha en rak egg. Dessutom bör den ha en rundad eller tvärt avskuren spets, eftersom det minskar risken för skärsår i samband med rakningen. En kirurgisk kniv kan ha en annan utformning, ofta med rundad egg och spetsig spets (även om knivar med rakeggade, tvärskurna blad också figurerar på exempelvis anatomiska illustrationer från renässansen och framåt), vilket jag diskuterar mer utförligt nedan. Varje fällknivs individuella utformning avgör alltså vad den kan ha använts till och hur den kan förstås i den arkeologiska kontexten.

Dessa olika former av problematik gäller i högre eller lägre grad flera av de i avhandlingen uppmärksammade föremålskategorierna. En kritiskt värderande analys med hänsyn till fyndkontext, där även kombinationer av föremål – i den mån den arkeologiska dokumentationen tillåter ett sådant arbetssätt – är ett sätt att komma framåt i tolkningen. Det är viktigt att vara medveten om problematiken för att undvika övertolkningar eller förenklade resonemang åt ena eller andra hållet. Jag har över lag valt att hålla en restriktiv linje med avseende på vilka artefakter jag baserar mina resonemang på. Mer tveksamma artefakter används endast undantagsvis i diskussionen, varvid mina eventuella förbehåll kommer att framgå.

Av resonemanget ovan framgår att det är viktigt att så tydligt som möjligt definiera och beskriva de olika föremålskategorier som återkommer i studiet av den materiella kulturen samt den specifika tolkningsproblematik som de kan vara behäftade med. Många gånger går det att konstatera möjliga användningsområden för en viss artefakt och utesluta andra, medan tolkningen andra gånger måste hållas mer öppen. Det är emellertid viktigt att vara medveten om att många föremålstyper användes för flera ändamål. Multifunktionella instrument var dessutom typiska inom läkekonsten under den studerade perioden. Denna multifunktionalitet gör många gånger en mer preciserad eller snäv funktionsbestämning svår och kanske även i viss mening omotiverad. En specialiseringsnivå av läkekonstens materialitet, där varje litet ingrepp har sitt speciella instrument, låg vid denna tid mycket långt fram i tiden.

Några föremålsgrupper har redan berörts kortfattat, men i det följande kommer en mer täckande presentation att göras. Jag kommer att förklara mina egna tolkningar och bedömningar av respektive föremålstyp och motivera dessa. De olika materialkategorierna är grupperade som 1.) Käril: salvekru, små glasflaskor, apotekskärl och

destillationsutrustning, 2.) Skedformade instrument: örslevar, kyretter, sonder och applikatorer, 3.) Pincetter, 4.) Tänger, 5.) Åderlåtningjärn, 6.) Brännjärn, 7.) Kirurgiska hakar samt 8.) Skalpeller, fällknivar och lansetter.

2.1.1. Kärll: salvekrus, små glasflaskor, apotekskärl och destillationsutrustning

Medikamenter kunde som sagt förvaras i vilken typ av kärll som helst. Det är troligt att trä- och spånaskar, liksom skinn- eller textiltungar, var vanligt, men sådana är sällan bevarade i arkeologiska material. örter kunde förvaras hängande i knippen. Mortlar och malstenar, liksom vispar, skedar, slevar och spatlar användes vid beredning av medikamenter, men sådan utrustning ingick även i den vanliga hushållsutrustningen och är därför svår att använda för att belysa medikamentshanteringen.

Salvekrus (ibland benämnda salvekoppar) är små, lätt igenkännliga keramikskärl, vilka användes för mindre kvantiteter av medikamenter. Salvekrusens mynningar har vid behov kunnat täckas med membran av till exempel tyg eller skinn, vilket hållits på plats av en snodd runt kärlets hals. Förutom medicinska oljor, salvor eller pulveriserade substanser, kan de ha använts för kryddor (vilka ofta användes i just medicinskt syfte) eller färgpigment. Ikonografiskt material antyder emellertid att färgpigment som regel förvarades i lägre, icke bukiga små koppar eller skålar. Salvekrusen och apotekskärllen är oftast tillverkade av stengods, vilket antyder att de kom som importerad form och företeelse. Det förekommer även enstaka salvekrus i svartgods och rödgods, vilka skulle kunna tyda på en inhemsk produktion i mindre omfattning. Dessa är emellertid försvinnande få i förhållande till stengodskrusen.

Den rumsliga spridningen av arkeologiskt påträffade små kärll antyder att de användes såväl av de läkekunniga som av dem som konsumerade läkemedlen. Kärllen förekommer ibland tillsammans med kirurgisk och annan utrustning, som antyder att det är en läkekunnig som ägt dem, men de förekommer ännu oftare som spridda artefakter i vanligt hushållsmaterial.

Små specialiserade salvekrus började användas i och med att stengodskärl över

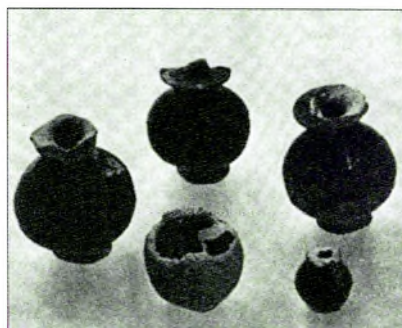


Fig. 2: Salvekrus från Ribe, Danmark, med lerkulor i och därför identifierade som skallror. Observerna den tydliga likheten med opieförkapselns form. Ur Bencard & Roesdahl 1972, fyndpost nr 326–229.



Fig. 3: Salvekrus från hög- och senmedeltid, från Uppsala (SHM 34525:1773, 1200-tal), Slagestad på Öland (KLM 9782, troligen tidigt 1300-tal), Gamla Lödöse (LM ND 1693), Söderköping (ÖLM A13590), Gamla Lödöse (LM 108); Skanör (MM 17300:35, sannolikt 1400-tal) samt från Nya Lödöse (GSM fnr 1110, hus nr, sent 1400-tal/1500-tal). För dateringar jfr Wahlöö 1976a, fig. 537, fig. 552; Billberg 1987, vol. 5, fig. 279.

lag blev vanligare, det vill säga i grova drag från och med 1300-talet och fram i 1500-talet.¹¹ Salvekrus i yngre rödgods är mycket sällsynta, men förekommer. Dessa kan ha samma form som stengodssalvekrusen, med en eller två bandhänklar, men kan också vara enklare och flaskliknande till sin utformning, utan bandhänkel.¹² Liknande kärl i äldre eller yngre svartgods har inte identifierats i det analyserade materialet (små koppar av andra slag förekommer dock), men finns från Ribe i Danmark (fig. 2). Flera av dem har kula (blandkula) inuti och har därför tolkats som skallror.¹³ Salvekrusen ändrade successivt form fram till 1600-talet. De hög- och senmedeltida krusen hade oftast en liten smal fot, en rundad buk, smalare hals och en liten hank (fig. 3). Endast få kärl är daterade, men utifrån det underlag som finns publicerat förefaller kärnen med utställd mynning vara äldre än de med

11. Augustsson 1985, s. 74, fig. 34, s. 95ff.

12. Jfr Wahlöö 1976a, fig. 233 och 234 för salvekrus med två hänklar i B-gods från kv. S:t Peter 10 respektive S:t Thomas 35 i Lund, och fig. 552 för B-godssalvekrus utan hänklar från kv. Rådhuset 6–9 i Uppsala.

13. Bencard & Roesdahl 1972, fyndpost nr 326–329; jfr Wahlöö 1976a, fig. 552.



Fig. 4: Salvekrus med toppig buk i stengods från 1400–1500-talet, från kv. S:ta Maria, 7 Ystad (LUHM 30182:11), Skara (SiM 85616:49) samt Gamla stan i Kalmar (KLM 12009). För dateringar jfr Wahlöö 1976a, fig. 538; Löfgren 1990.

rak mynning (mycket grovt från tidigt 1300-tal respektive 1400-tal).¹⁴ Formen påminner om större stengodskrus vid samma tid, men buken är betydligt rundare i förhållande till kärlet som helhet. Krusen från medeltidens senare del och möjligen 1500-talet kunde också ha hög fot, toppig buk och utställd mynning (fig. 4). Dessa liknar mer små dryckespokaler.

Salvekrusens form hade en mycket lång historia inom läkekonsten när de dök upp på svenskt område. Liknande små kärl eller flaskor användes för mediciner i östra och södra Medelhavsområdet redan under det andra årtusendet före vår tideräkningens början. Läkaren och patologen Guido Manjo har uppmärksammat kärlets likhet både i storlek och form med opiumplantans frökapsel. Vissa kärl har dessutom ornamentik som efterliknar de rispningar man gjorde i opiumfrökapslarna för att utvinna den värdefulla oljan, något som starkt talar för Manjos hypotes (fig. 5).¹⁵ Opium var under fornegyptisk tid och antiken, liksom under medeltiden och senare, en mycket viktig medicinalplanta; kanske den viktigaste. Den symboliska associationen mellan medicinalkärlens form och funktion var alltså kraftfull och seglivad.

Även senare har de små salvekrusen ibland tolkats som leksakskärl för barn.¹⁶ En anledning är sannolikt viljan att synliggöra barn i det arkeologiska materialet. Ett argument (förutom storleken) som framförts är att vissa salvekrus innehåller en liten lerkula, runt vilken kärlet har formats. Kulor av detta slag är endast bevarade i kärl som är hela och som har trängre mynning än kulans diameter.¹⁷ Jag finner dock inga belägg för

14. Ett kärl med låg hals och utställd mynning från kv. Västerport i Malmö har daterats till tidigt 1300-tal (Billberg et al. 1987, s. 148f., fig. 279). Ett kärl med högre hals och rak mynning från Gamla Lödöse har daterats till 1400-tal (Wahlöö 1976a, fig. 533, jfr även fig. 497 med datering till mellan 1225–1425).

15. Manjo 1975, s. 109f., 145, fig. 3.21.

16. T.ex. Kulturens i Lund utställning *Metropolis* (besökt 2011-02-24).

17. T.ex. SHM 34525:1773.

en sådan tolkning. Kärlets likhet med antika medicinalkärl och med opiumkapseln har redan nämnts. Kärl av typen salvekrus förekommer dessutom i upprepade fall på avbildningar av såväl sängliggande sjuka personer, där kärlet står på borden invid sjuksängen, som bilder av tidigmoderna medicinska praktiker, vilka har kärlet hängande bland annan medicinsk utrustning vid bältet. De är även väl representerade i framför allt klostermaterial, där små barn som lekte med specialgjorda leksaker bör ha varit få. Mig veterligen förekommer inga avbildningar där barn leker med salvekrus. Den lilla lerkulan som finns inne i vissa kärl har istället haft en blandande och omrörande funktion. Precis som i modern tids nagellacksflaskor tjänade kulan till att vid skakning av kärlet främja blandandet av substanserna i flytande komposita medikamenter.

Under 1600-talet ändrades salvekrusens form i grunden. De nya var antingen mer cylindriska, med liten fot och profilerad mynning, eller, från och med 1600-talets senare del, dropp- eller degelformade (fig. 6 och 7).¹⁸ Dessutom försvann hanken. Den lilla storleken behölls emellertid, varför funktionen kan förmodas ha varit likartad. De cylindriska salvekrusen efterliknade till sin form de större apotekskärl som började dyka upp under samma tid. De droppformade salvekrusen, vilka även förekom i yngre rödgods, kan möjligen ha hämtat sin form från degelformen. Under denna period blev nämligen alkemin ett allt viktigare inslag i framställningen av medikamenter, bland annat under inflytande från den schweiziske läkaren Para-



Fig. 5: Cypriotiska salvekrus från ca 1600 – 1500 f.u.t. påträffade i Egypten samt opievallmofrökapslar. Den nedre kapseln är rispad för utvinning av den värdefulla oljan och kruset intill har ornamentik som efterliknar dessa rispor. Ur Manjo 1975, s. 110, fig. 3.21.

18. Valdaterade degel-/droppformade salvekrus finns t.ex. i materialet från regalskeppet Kronan, vilket förliste år 1676.



Fig. 6: Cylinderformade salvekrus i stengods från sent 1600-tal från apoteket Morianen på Helgeandsholmen i Stockholm (SSM Helgeandsholmen, fnr 00873 och SSM 0717:191).



Fig. 7: Degelformade salvekrus i stengods från sent 1600-tal, påträffade vid Centralplan, Vasagatan samt vid hörnet av Hornsgatan och Brännkyrkagatan i Stockholm (SSM 16810 och SSM Dnr 34235).

celsus idéer. Paracelsus levde och verkade under 1500-talet och redan 1589 utkom i Sverige ett medicinskt verk som refererade till hans idéer.¹⁹ Även regelrätta deglar påträffas i apoteksmiljöer från 1600-talet.²⁰

Cylindriska apotekskärl fanns under renässansen och framåt i alla storlekar, från vad som skulle kunna betecknas som överdimensionerade salvekrus till stora krukor. Deras form förefaller vara inspirerad av de eleganta albarellokärl som var populära på kontinenten under medeltiden. Ett albarellokärl med typologisk datering till 1300-talet har påträffats i kvarteret S:t Clemens i Lund, men utgör ett undantag för svenskt vidkommande (fig. 8).²¹ De större apotekskärlen i keramik är annars en eftermedeltida företeelse i Sverige. Kärlens form är relativt enhetlig, med tämligen cylindrisk buk, liten fot och vid mynning med utställd kant (fig. 9). De är som regel enkla till sin karaktär och oglaserade eller brunglaserade och kan dateras till 1500–1600-talet. De kom under det sena 1600-talet och 1700-talet att alltmer ersättas av rikt dekorerade kärl i olika former. Inspirationen från albarelloformen kan, menar jag, ses som en del av den professionalisering av läkeyrkena som under denna tid drevs allt längre och bland annat tog sig uttryck i anammandet av en

19. *Om Pestilenzien* av den tyskkättade apotekaren Simon Bercheltes. Paracelsus besökte Sverige vid ett tillfälle, troligen som fältläkare i den danska hären under Kristian II 1520 (Lindroth 1943, s. 31f., 42ff.).

20. T.ex. i materialet från sent 1600-tal från apoteket Svanen i Lund, KM 18.789.

21. Se katalogen för kv. S:t Clemens, Lund; datering i Wahlöö 1976a, fig. 231.



Fig. 8: Albarello i Raqqagods (en slags fajans) från Syrien från kv. S:t Clemens i Lund (KM 45904:14). Höjd 15 cm.



Fig. 9: Apotekskärl i stengods från 1600-talet från Svanegatan (KM 8464) och Skeppsbron i Stockholm (SHM 18477:b och SSM Helgeandsholmen, fir 03184 och SSM 1785:13).



————— Cm

Fig. 10: Liten glasflaska från S:t Peters kloster i Lund (LUHM 28114:67).



————— Cm

Fig. 11: Fragment av glasrör från Alvastra kloster (SHM Alvastra 18802:168) samt från Roma kloster (GLM Dnr 421-3188-1996 fir 79; möjligen yngre än klostertid).



————— Cm

Fig. 12: Destillationsutrustning i glas från apoteket Morianen på Helgeandsholmen i Stockholm, från sent 1600-tal (SSM Morianen fir 00455, fir 457 och fir 00492).

specialiserad materiell kultur och så småningom resulterade i uppkomsten av formella apotek som saluförde läkemedel.

De små glasflaskorna har, liksom salvekrusen, ursprungligen lånat sin form från opiumfrökapseln (fig. 10). Den svenska medeltidens medicinalglasflaskor såg i stort sett likadana ut som de fornegyptiska och antika grekiska. De saknade fot, hade en liten, rundad buk, en hög smal hals samt en mer eller mindre utsvängd mynning eller krage. Även andra former förekommer i det arkeologiska materialet, men dessa

är ovanliga och av osäker kontext. Glasflaskorna lämpade sig bäst för relativt tunnflytande substanser, som oljor, medicinalvatten eller möjligen tunnare siraper. Tjockare substanser skulle inte gått att få ur den smala halsen. De kunde emellertid även användas för torra substanser. En glasflaska full av hela spanska flugor har till exempel påträffats i materialet från apoteket Morianen i Stockholm.²² Flaskorna kan även ha använts för parfym, vilket kunde ha såväl kosmetisk som medicinal funktion. Glas är ett svårdaterat material och dateras i den här studien framför allt kontextuellt, där så varit möjligt. De flaskor som har en trolig medeltida datering är få. Inte förrän under medeltidens slutskede förefaller de ha blivit något vanligare.

Innan jag lämnar kategorin kärll och övergår till att presentera olika instrument vill jag helt kort nämna destillationsutrustning. Destillering var en känd process i Sverige åtminstone från och med 1300-talets mitt. De tidigaste materiella spåren som troligen kan knytas till destillering utgörs av glaströr (fig. 11). Senare tillkommer trattar av glas. Materialet från den studerade perioden är inte omfattande (endast enstaka fragment av glaströr med osäker datering), och förefaller öka i omfattning först under 1600-talet, då även trattar av olika slag förekommer (fig. 12).

2.1.2. Skedformade instrument: örslevar, kyretter, sonder och applikatorer

De små skedformade föremål som ibland slentrianmässigt benämns örslevar är i själva verket en komplex föremålsgrupp, bestående av föremål med flera olika funktioner: kyretter, sonder av olika slag samt spatlar eller applikatorer och örslevar. Ibland går de att typbestämma mer precist, men många exemplar har förmodligen varit multifunktionella. För att tolka de individuella föremålen noteras material, utformning och storlek. På så vis kan en funktionsanalys göras; möjliga användningsområden identifieras och andra uteslutas för varje enskilt föremål (fig. 13).

Samtliga kategorier av små skedföremål förekommer huvudsakligen under medeltiden, sällan senare, och då framför allt i klostermiljöer. Föremålen är tillverkade i ben/horn eller metall, ofta kopparlegering, ibland järn eller silver. Kopparlegering är ett material som senare har påvisats ha antibakteriella egenskaper, men en betydligt viktigare orsak till att materialet användes i äldre tider var förmodligen att metallen är förhållandevis lätt att forma och därför lämplig för så små och delikata föremål som dessa miniatyrskedar. Föremålens längd varierar från några centimeter och upp mot en decimeter eller mer, men få av de längre föremålen är intakta. Skedbladen varierar i storlek mellan 0,3 till 0,7 centimeters bredd. Skedbladen kan vara helt runda, ovala eller mandelformade samt mer eller mindre kupade eller flacka, och med skarpa eller trubbiga kanter.

22. SSM Morianen, fnr 00154.



Fig. 13: Instrument i kopparlegering med smalt, ovalt, tämligen kupat skedblad och spiralvridet skaft som slutar i skarp, lansettartad spets. Är det en kyrett, sond, applikator eller örslev – eller allt på samma gång? Från Varnhems kloster (SHM 18393:548).



Fig. 14: Örslevar eller applikatorer i ben (SHM 18401:65) respektive kopparlegering (SHM 21530:47) från Alvastra kloster samt närmast identiska i kopparlegering med tvinnat skaft från kv. Professorn 4 i Sigtuna (SM fñr 1518) respektive från Avaskär i Kristianopel sn (SHM fñr 132, denna lokal). De senare har även sin direkta motsvarighet i ett fynd från London, se Egan & Pritchard 1991, s. 378.

Spiralvridna eller på andra sätt profilerade skaft var vanliga på medicinska instrument av olika slag och avsåg att förhindra att instrumentet gled i handen. Det förekommer även på små skedinstrument. Det är funktionellt på en kyrett men inte lika lämpligt på en sond. Flera av de instrument jag tolkar som kyretter har spiralvridet skaft och denna egenskap menar jag stärker tolkningen av instrumentet som kirurgiskt-medicinskt, snarare än personhygieniskt. Vissa små skedinstrument med spiralvridet skaft i form av virad tråd är dock så klenta till sin utformning att de knappast kan ha använts som kyretter och dessa har här tolkats som örslevar eller applikatorer (fig. 14). Det går alltså inte att använda spiralskaftet som ensamt kriterium för bestämning av kirurgiskt instrument.

Det är inte ovanligt att skaftet slutar i en smalnande spets eller sticka. Enskilda stickor ingår ibland också i så kallade toalettuppsättningar. Där har de ofta tolkats som tand- eller nagelpetare, eftersom hela uppsättningarna har tolkats som personliga små manikyrsset. De kan visserligen ha fyllt den funktionen, men deras användningsområde är sannolikt mer komplext. Det faktum att kyretter och sonder ofta är kombinerade med just en sådan spetsigare del talar starkt för att de även användes som sonder eller lansetter. Även många mindre skedföremål avslutas med en spets, alltför grov och trubbig för att fungera för naglar och tänder, vilket också pekar mot att såväl skedbladet som spetsen fungerat som sonder.²³

23. Jfr även Møller-Christensen 1944, s. 129, fig. 20.

Fig. 15: Elegant örslev eller applikator i kopparlegering, med handtag i form av arm med hand som greppar om skedbladet, från Läckö slott (SHM 21682:VII:1199).



Örslevar användes, som namnet säger, bland annat för att rensa öronen, och kan alltså jämföras med våra dagars tops. Örsleven användes för den personliga hygien, men även av medicinska skäl och kunde därför ingå såväl i den personliga utrustningen som i den medicinska. Samma föremål användes emellertid troligen även som applikatorer och för andra ändamål för vilken en liten sked behövdes. Örslevar (applikatorer) kunde vara tillverkade i ben/horn eller i metall och då oftast kopparlegering, men även exemplar i silver förekommer. De är så smala att de kunnat föras in i örat lagom långt. Det skedformade bladet är ofta något profilerat, men behöver inte vara skarpt för att få avsedd funktion. Skaftet kan vara runt eller ovalt, vilket oftast är fallet på örslevar i ben, eller platt eller tvinnat, vilket förekommer på dem i metall. Många skaft slutar med en spets eller ett litet platt kantigt blad som en vinge eller miniatyrmejsel. De kan även sluta i en ögla för att kunna sättas ihop med andra små föremål i toalettuppsättningar; ett knippe som ofta inkluderar sticka och pincett. Enstaka exemplar har mer fantasifulla skaft (fig. 15).

Kyretter (av franskans *curer*; rensa) var ett skrapinstrument som användes för att rengöra sår och slemhinnor. De tillverkades som regel i kopparlegering, men det finns även enstaka exempel på kyretter i silver respektive järn (fig. 16 och 17).²⁴ Även vissa skedinstrument i ben skulle möjligen kunna ha använts som kyretter (fig. 18, föremålet t.h.).²⁵ Skedbladet på en kyrett kan vara runt, ovalt eller mandelformat och kan vara antingen kupat eller platt. Det är alltid tämligen skarpt. Kyretter av idag har ofta långa skaft, men medeltida svenska kyretter var kortare; vanligast är en knapp decimeter, skedbladet inkluderat. Små skedar av örslevsstorlek med ordentligt kupade och skarpa blad och spiralvridna eller platta skaft kan mycket väl ha använts som kyretter (fig. 19). Skaftprofileringen förhindrade att föremålet gled i handen. Vissa kyretter har vulster som profilerar skedbladet mot skaftet. Kyretterna är ofta konstruerade i kombination med ett annat instrument. Det kan vara till exempel ett spatelblad eller en lansett. De var specialiserade, multifunktionella instrument, vilka användes av läkekunniga personer.

Sonder användes för att undersöka kaviteter som fistlar eller sår, men även för att få upp salva eller olja ur små flaskor eller salvekrus och applicera denna. De kunde även

24. SHM 18393:514; LUHM 30039:33.

25. T.ex. SHM 16811:83.



Fig. 16: Kyrett av silver med mejselliknande skaftslut från Varnbems kloster (SHM 18393:514) respektive kyrett i kopparlegering, med skaftslut där annat instrument ursprungligen har suttit, från Alvastra kloster (SHM 20748:5).



Fig. 17: Kyrett kombinerad med spatel i järn från kv. Norden 24 i Helsingborg (LUHM 30039:33).



Fig. 18: Kyrett kombinerad med sticka eller lansett i kopparlegering (SHM 17033:336) samt trolig kyrett med sticka eller lansett i ben (SHM 16811:83). Skedbladet är skarpt och i största laget för att fungera som örslev. Båda föremålen är från Alvastra kloster.



Fig. 19: Örslev eller kyrett i kopparlegering från Östra Skrävulinge/Husie 172:44, Malmö (Malmö museum MK 50:300703) samt från Borgs kyrka i Östergötland (SHM fir 143, denna lokal).



Fig. 20: Skedsond i kopparlegering från Alvastra kloster (SHM 21530:45). Ytterligare ett instrument har ursprungligen suttit i den andra skafiänden.



Fig. 21: Mycket likartade sonder i kopparlegering med små, knoppformade skedblad och avsmalnande stickor från Varnhems kloster (SHM 18393:547) respektive Vadstena kloster (SHM 28813:E:21).

fungera som finare brännjärn. De tillverkades, liksom kyretterna, nästan uteslutande i kopparlegering. I svenskt material finns både *skedsonder* (*Ligula*) med längre skedblad (fig. 20) och sonder med små, nästan *knoppformade* skedblad (påminnande om *knappsonder*) (fig. 21). Sonder kan även, som nämns ovan, ha formen av avsmalnande stickor med mjuka spetsar och ofta är sonderna med skedblad kombinerade med smala stickformade sonder. Till skillnad från kyretterna har inte sonder spiralvridna skaft och ofta inte heller vulster på skaftet, eftersom det skulle motverka ett smidigt och skonsamt införande av instrumentet i kroppen. Vissa kyretter kan dock ha använts för att sondera.

Större spatlar eller applikatorer kunde användas för att applicera salvor eller medicamenter. Även samtliga hittills beskrivna skedföremål kunde användas för detta syfte, men det finns även grövre skedföremål vilka skiljer sig i utförande från de ovan beskrivna. Det säger sig självt att spatlar kan haft många användningsområden och därför inte är möjliga att med säkerhet knyta till medicinsk praktik. De kommer därför inte att behandlas mer ingående. Ibland förekommer de emellertid i kombination med andra instrument, vilket ger dem en tydligare medicinsk anknytning. I figur 17 visas en kyrett av järn med spatel från Helsingborg och under avsnittet om pincetter nedan visas en pincett med spatelskaft. Det finns även enklare spatlar av trä eller tillverkade genom minimal bearbetning av vadben från svin (*fibula*) (fig. 22). Benet är av naturen lätt skovelformat och detta har man utnyttjat.

Ovanstående genomgång är ett försök att beskriva de tydligaste dragen hos olika grupper av skedinstrument. Som framgått är gränsen dem emellan inte alltid tydlig och de individuella föremålen kan därför vara svåra att bestämma. Detta var emel-



Fig. 22: Enkla spatlar i ben från Alvastra kloster (SHM 19675:200 och SHM 21855:1131).

lertid även en konsekvens dels av föremålens multifunktionalitet och dels av att den materiella kulturen inte var professionaliserad och standardiserad. Otydligheten i sig är alltså ett viktigt karaktärsdrag.

2.1.3. Pincetter

Pincetten, och tången, som behandlas i nästa avsnitt, var bland de viktigaste instrumenten inom läkekonsten och ingick förmodligen i många läkares basutrustning.²⁶ I arkeologisk litteratur är det vanligast att små pincetter klassificeras som hygienartiklar, kosmetiska redskap eller sårbehandlingsinstrument, men ibland identifieras de även som hantverksattiraljer.²⁷ Den mest omfattande specialstudie av pincetter som gjorts är läkaren Vilhelm Möller-Christensens avhandling från 1938, där han framför allt studerar olika typer av medicinsk-kirurgiska pincetter från mesopotamisk kultur fram till 1930-talets moderna varianter. Han diskuterar i jämförande syfte även pincetter med andra användningsområden. De pincetter som uppmärksammas i föreliggande undersökning är endast de som jag bedömer med säkerhet eller sannolikhet kan knytas till kroppsvård och/eller läkekonst.

För bestämning av möjlig funktion för en pincett tas framför allt hänsyn till skänklarnas form, formen på dessas spetsar (dvs. själva greppet) samt den eventuella förekomsten av låsring eller möjligheten att en sådan kan ha funnits. Då låsringarna ofta är tunna och sköra torde de vara det första som går sönder på en pincett och därför sällan är bevarade. De har sannolikt funnits på betydligt fler pincetter än vad som idag finns bevarat i arkeologiska samlingar. Pincetter som använts inom läkekonst-

26. T.ex. Jackson 1995, s. 194.

27. T.ex. Müller-Wille 1973, s. 33–34, fig. 8:5–6; Schia & Molaug 1990, s. 261ff., fig. 30.



Fig. 23: Pincetter i kopparlegering med olika skänkelformer från Vreta kloster. Från vänster till höger samt uppifrån och ned: SHM 18011:126:2; SHM 18011:398A (båda med svagt böjda skänklar); SHM 18011:301 (vinklade skänklar); SHM 18011:127:4 (mjukt böjda skänklar); SHM 18011:17 (vinklade skänklar); SHM 18011:G (mjukt böjda skänklar).

ten och för kroppsvård är så gott som uteslutande tillverkade i kopparlegering; ett material som är mer fjädrande än till exempel järn. De flesta pincetter var mindre än en decimeter långa, men även längre förekom. Vanliga pincetter kunde användas för flera olika ändamål inom såväl läkekonst som kroppsvård. Vissa funktioner kan i en del fall uteslutas på grund av skänklarnas utformning, medan flera andra möjliga funktioner kvarstår (fig. 23).

Pincetter med rundade eller spetsiga skänkelspetsar kunde till exempel inte användas för epilering av hårstrån. De är däremot utmärkta för att avlägsna benflisor eller andra (främmande) kroppar ur sår och vävnader. Pincetter med kraftigt svängda skänklar kunde inte användas för att avlägsna djupare liggande främmande kroppar eller benflisor i sår, men ger ett bra grepp om ytliga strukturer. Pincetter med tandade eller räfflade skänkelspetsar kunde användas för fixering av hud och vävnader under operation och för avlägsnandet av föremål ur sår, men fungerade inte för epilering (det vill säga utdragande av hårstrån). Även pincetter med raka, tätslutande skänkelspetsar kan fungera för fixering av hud och vävnader vid operation (särskilt om låsring finns), men dessa fungerade även för epilering. Det är emellertid inte alla pincetter med raka skänkelspetsar som lämpar sig för epilering. För detta ändamål bör skänklarna vara inböjda för ett rätt grepp och de får inte vara för grova eller för veka. Epilering kunde göras både av medicinska och kosmetiska skäl.

Pincetter kunde vara försedda med låsring och fick då låsbar funktion (fig. 24). Det finns endast enstaka bevarade exemplar av sådana i svenskt medeltida material (en från Gamla Lödöse, två från Sigtuna och en från Eketorps borg). Låsbara pincetter användes vid kirurgiska ingrepp för att klämma ihop och fixera kärl eller

vävnader. Även pergamentspincetter, med fyrkantiga gripplattor istället för skänkelspetsar, hade låsringar, men dessa är genom skänklarnas utformning tydligt urskiljbara och kan sorteras bort i detta sammanhang. Genom att placera pincetten och därefter föra låsringen mot skänkelspetsarna kunde man låsa pincettens läge. En pincett från Gamla Lödöse är unik för svenskt vidkommande genom att den förefaller ha tandade eller räfflade skänkelspetsar (fig. 25). Den är dock fragmentarisk och endast ena skänkelspetsen är bevarad. Räfflingen syftade till att möjliggöra ett ännu stabilare grepp, så att inte vävanden gled ur pincetten.

Från Lund finns det en mycket speciell pincett som har långa skänklar som innebär att den kunnat användas för att extrahera benflis eller föremål som legat lite djupare in i vävnaderna (fig. 26). Den kan dessutom mycket väl ha varit försedd med en låsring så att greppet kunde stabiliseras. Ingen låsring är dock bevarad. I skaftänden har det troligen suttit ett annat instrument, kanske en spatel. Den bevarade plattan förefaller dock ha varit en fästesyta snarare än ett spatelblad i sig, även om det senare inte går att utesluta. Instrumentet är kontextuellt daterat till efterreformatorisk tid.

Epileringspincetter verkar ha varit vanligast under medeltidens tidigare del. Det



Fig. 24: Läsbara pincetter i kopparlegering. Uppifrån och ned: från Eketorps borg (SHM Ruta Å22, fir 95); kv. Kyrkolunden 8 (SM, fir 586, denna lokal) samt kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (SM, fir 3685, denna lokal).



Fig. 25: Närbild av skänkelspets (den ena avbruten) på tandad, läsbar pincett i kopparlegering från Gamla Lödöse (LM AD 2248b). Hela pincetten finns avbildad i Katalogen för Gamla Lödöse, Innerstaden.



Fig. 26: Pincett i järn med långa skänklar och platt, spatelformat skaft, från kv. Katedralskolan i Lund (KM 74.116:38).

antys av att de är särskilt rikliga i miljöer som det tidiga Sigtuna och det tidiga Lund.²⁸ Vidare förefaller de ha varit en i hög grad kvinnlig artefakt. Epileringspincetter är nämligen vanliga i nunnekloster men ovanliga eller frånvarande i manliga kloster. Pincetter med rundade skänkelspetsar visar ett annat mönster. I Alvastra kloster återfinns sådana pincetter med samma spridning i klosterområdet som medikamentskäril och instrument för sårvård, vilket kan tolkas som ett belägg för att de kan ha haft en funktion inom sårvården.²⁹

2.1.4. Tänger

Tänger tillhör de instrument som ofta inte är identifierbara i det arkeologiska materialet, eftersom kirurgiska tänger var mycket snarlika tänger för andra hantverk, som smidestänger, med långa skänklar och rejäla nypen. Detta är känt från ikonografiskt material.³⁰ Sannolikt har man även använt sig av icke specialiserade tänger. Tänger



Fig. 27: Konkav tång för kuleextraktion med (bränn?-)knopp på den bevarade handtagsdelen, från Lund (KM 5408; fotograferad i utställning). Trolig datering till 1500-talet.

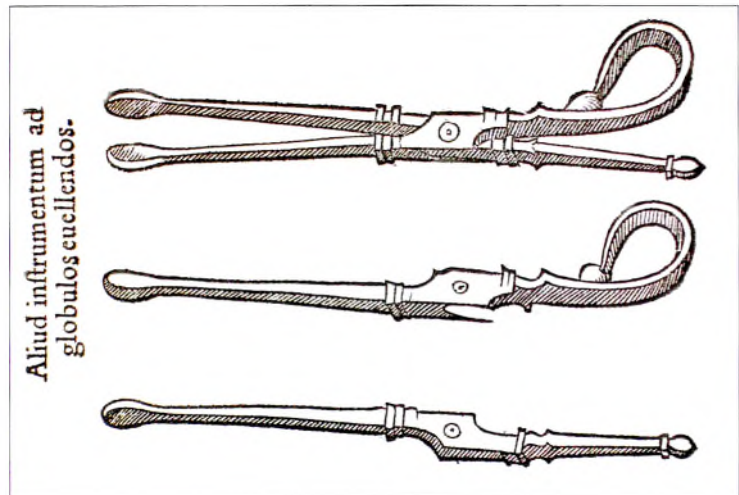


Fig. 28: Extraktorer ur Konrad Gesners De Chirurgia ... från 1555. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

28. Katalogen för Lund och Sigtuna.

29. Katalogen för Alvastra kloster, fig. K130 och K131 och K133.

30. T.ex. Hunt 1994, s. 10, 20, 28, 60.



Fig. 29: Symmetrisk extraktor med ofullständigt bevarade skänkelspetsar, sannolikt för kul- och stenextraktion, med trolig datering till 1500-talet. Från Läckö slott (SHM 21682:IV:62). För datering jfr med Greenspan 2006, s. 281, fig. 226.



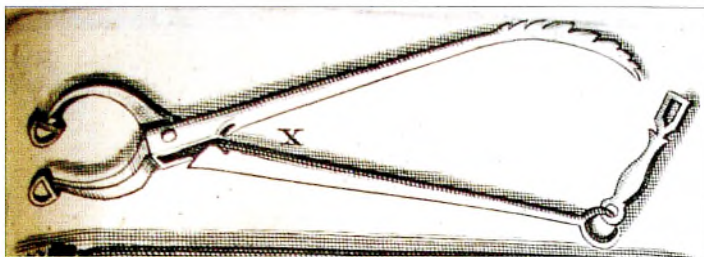
Fig. 30: Asymmetrisk extraktor, troligen för urinsten, från Lund (KM 14.660b eller h [märkningen är inte helt läslig]). Eftermedeltida, troligen från 1600-1700-talet.



Fig. 31: Läsbar tång, möjligen kirurgisk. Endast ena skänkelspetsen är bevarad (KM OM).

användes till exempel för tandutdragning och för extraktion av pilor och andra större främmande kroppar. Från renässansen eller möjligen senare delen av medeltiden började mer specialiserade kirurgiska tänger förekomma i Norden, exempelvis för litotomi (kirurgisk uttagning av urin-/sten) och kuluttagning, och dessa kan vi lättare identi-

Fig. 32: Låsbar banktång ur Johannes Scultetus Armentarium chirurgicum... från 1672. Lägg märke till den stegvisa låsningsmekanismen på handtaget. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.



fiera (fig. 27–30). De har långa och relativt smala skänklar som antingen är formade som avlånga skedblad eller har kortare skedblad i slutet av skänklarna. Handtagen är ofta asymmetriska; inte sällan med en knopp på ena skänkeln och en hank på den andra. Knoppen kan möjligen ha haft en kompletterande funktion som brännjärn, men har även signalerat instrumentets funktion (för avlägsnandet av kulor eller urin- eller möjligen gallstenar). Urinstensoperationer förekom troligen redan tidigare under medeltiden, men det är oklart hur vanligt det var och några speciella instrument för ändamålet är inte identifierade från denna tid.³¹

Jag nämnde ovan låsbara pincetter. Även tänger kunde vara låsbara, exempelvis med konstruktioner på handtagen liknande dem moderna sekatorer har (fig. 31 och 32). Tänger som användes för sättandet av hank (för framprovocerandet av varbildning) hade sådana låsanordningar, men det bör ha förekommit även på andra tänger.

2.1.5. Åderlättningsjärn

Åderlättningsinstrument kunde vara utformade på lite olika sätt, men är sällan särskilt svåra att identifiera om eggen är bevarad. Trots detta är de ofta oidentifierade eller felaktigt identifierade som exempelvis nycklar. Som redan nämnts hade åderlättningsjärnens form en lång kontinuitet bakåt i tiden. Efter medeltiden blev åderlåtning en alltmer använd metod och nya instrumentformer utvecklades. Det som normalt sett kallas snäppare är ett eftermedeltida fenomen (från 1700-talet) och ska alltså inte terminologiskt blandas ihop med åderlättningsjärn, även om funktionen och syftet var desamma.³² Snäppare är en form av åderlättningsjärn, där järnet är inbyggt i en liten dosa med en fjäder som spänns och vars kraft snäpper ned järnet. Även skarifikatorn är en 1700-talsuppfinnning.³³ Den har flera små eggare som är monterade i en dosa som dras över huden så att de rispar upp dess yta, ofta mer ytligt än vid en egentlig åderlåtning. Under modern tid användes små skarpa

31. *Hrafns saga hin sérstaka* 1988, kap. 4: operation av "steinsótt".

32. Davis & Appel 1979, s. 12f.

33. *Ibid.*, s. 22.

Fig. 33: Åderlättningsjärn från Vreta kloster (SHM 18011:245) och S:t Olofs konvent i Skänninge (RAÅ UV Öst Intrasis-ID 200302, figur 283).



Fig. 34: Åderlättningsjärn från Lindholmens borg i Skåne (oklar märkning; LUHM 30563 alternativt 21174:2164) samt Borg säteri i Östergötland (SHM 33910:1341).

lansetter, ofta monterade i små utfällbara uppsättningar med järn i flera storlekar för åderlätning av olika kärl.

Som redan diskuterats ovan är det möjligt att även andra vassa föremål, som lansetter, använts, men det medförde större risker och bör kanske av den anledningen inte ha varit särskilt vanligt. Ett åderlättningsjärn har en liten U-formad egg, till sin storlek lagom anpassad för att inte tränga för djupt eller orsaka ett för långt snitt. Eggen slås ned i ådern (jämför med uttrycket ”att slå åder”) på ett liknande sätt som om den skulle snäppats ned med fjäderkraft. Det är alltså en ganska kraftfull men precis rörelse. Åderlätning skedde som regel i en ven (därav benämningen *venesectio* på latin). I en artär är blödningen mer svårkontrollerad. Åderlätning i artär förekom möjligen, men var mer ovanligt.³⁴

34. Det förekom åtminstone under antiken, se Papavramidou et al. 2011.



Fig. 35: Åderlättningsjärn från kv. von Platen i Söderköping (SHM Fid 621652) samt kv. Minerva 20 och 21 i Helsingborg (LUHM 30489:535).

De mindre åderlättningsjärnens egg är runt 0,3–0,4 cm breda vid basen och ungefär lika långa (fig. 33, det övre, och 35). Denna eggstorlek förefaller ha varit vanlig runt medelhavet redan under egyptisk och antik tid och fram till senare tiders mer tekniska instrument (snäppare och skarifikatorer). Även något större eggar förekom. Vilken eggstorlek som användes berodde framför allt på storleken på det kärl som skulle låtas, men vissa större järn kan även ha använts veterinärt (fig. 33, det nedre, och 34).³⁵ Skaftet kan variera kraftigt i storlek, från några centimeters längd till en decimeter eller mer. Som regel slutar det med en karaktäristiskt upprullad ände. Det kan även sluta i en vass hake, vilken kunnat användas som kirurgisk hake eller möjligen för åderlåtning (t.ex. av hemorrojder) (fig. 34, det övre, och 43). Ofta, men inte alltid, fortsätter skaftet i en liten pigg framför eggen. Denna pigg hade en viktig funktion genom att den förhindrade eggen att tränga för djupt. Precis som på fällknivar skyddades åderlättningsjärnets mycket vassa lilla egg ofta genom att kunna fällas in i en hylsa. Denna hylsa kunde vara i ben/horn, järn eller brons. I de fall då någon hylsa inte är bevarad får man tänka sig att en sådan ändå har funnits, kanske i något organiskt, icke bevarat material (fig. 36). Trä, men även läder, torde ha varit idealiskt, och finns väl belagt i nyare tid.³⁶

Det är känt från bildmaterial från mitten av 1500-talet att åderlättningsjärn kunde användas även för annat än åderlåtning. Genom sin lilla vassa egg kunde det fungera som skalpell för mindre ingrepp. I Andreas Vesalius anatomiska verk *De humani corporis fabrica* från 1543 har han låtit avbilda sig själv i aktion, dissekerandes en arm (fig. 37). Bredvid sig på dissektionsbordet har han en skalpell och ett hopfällbart åderlättningsjärn. Instrumentet figurerar i flera dissektionsscener i samma verk, vilket tyder på att det lilla järnet sågs som en skalpell.

35. Exempel på sådana finns i Skara museums etnologiska samling.

36. Exempel på sådana finns i Skara museums etnologiska samling.



Fig. 36: Åderlämningsjärn infällt i skafthylsa av ben, med nitar i kopparlegering, från Helgeandsholmen i Stockholm (SSM UP0717-78, fur 22132).

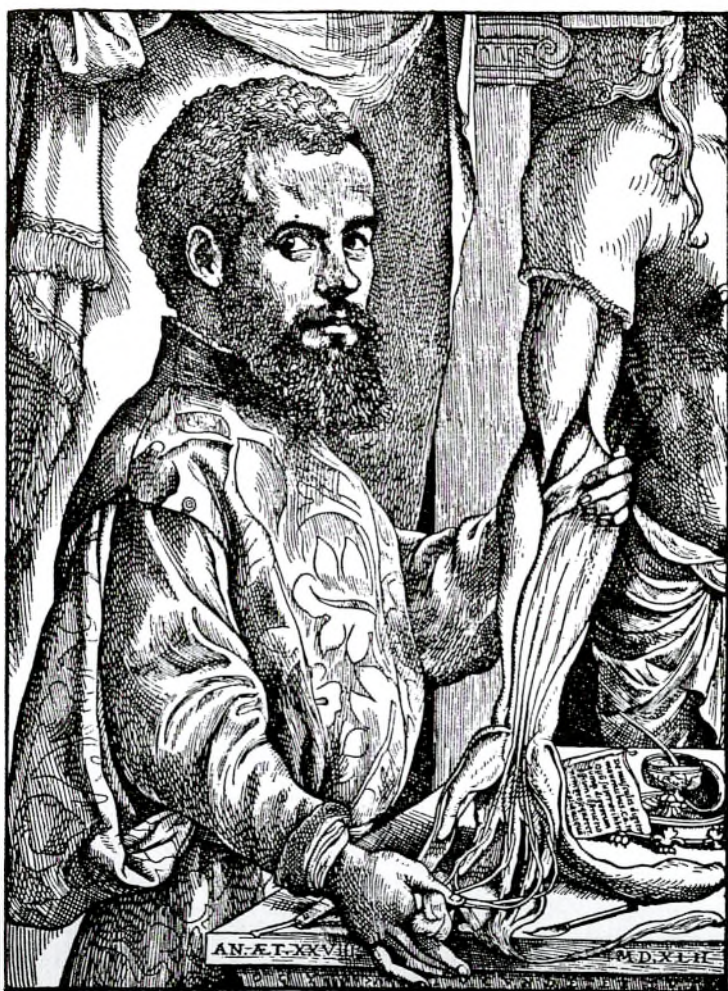


Fig. 37: Porträtt av Andreas Vesalius med utfällt åderlämningsjärn bakom sin högra hand, i *De humani corporis fabrica ...* från 1543. Ur Roberts & Tomlinson 1992, s. 128, fig. 5.1a.

2.1.6. Brännjärn

För att bränna medicinskt eller kirurgiskt behövdes strängt taget inte specialiserade brännjärn. Även andra metallkroppar som kunde upphettas, exempelvis sonder eller tänger som redan nämnts, kunde användas. Brännjärn kunde emellertid även vara specialutformade. De kunde då ha många olika utformningar beroende på vad som skulle brännas. De små kunde exempelvis användas för bränning av mindre kärl (t.ex. vid återkommande näsblod) och sår, hemorrojder och bölder vid ögonen. Dessa kunde ha triangulära spatelformade eller små knoppformade brännkroppar (fig. 38).³⁷ Större brännjärn kunde användas för att stoppa blödningar från större sår eller skador. Från och med 1500-talet ökade antalet olika former och specialiseringen av sådana järn i Europa. Brännkropparna kunde exempelvis vara runda, lökformiga, platta, spetsiga, triangulära eller konformade, beroende på vad som man avsåg att bränna (fig. 39, 40 och 41). I svenskt arkeologiskt material är det dock mycket sällsynt med brännjärn.

Brännjärnet värmdes genom att änden med brännkroppen lades i elden. Det var



Fig. 38: Troligt litet brännjärn daterat till medeltiden, med spatel- respektive knoppformade brännkroppar, från Alvastra kloster (SHM 17033:1973).



Fig. 39: Troligt spatelbrännjärn (SHM 28813:A:326) från Vadstena kloster, från den tid efter klostrets upphörande då anläggningen fungerade som "krigmanshus".

37. Instrumenttypen påminner om en spjutspets, men saknar vassa eggar och har längre och smalare rånge. Det finns avbildat i den muselmanska 1000-talsläkaren Albucasis verk (1971, fig. 63, 82A, 173), vilket kopierades flitigt under medeltiden.



Fig. 40: Eftermedeltida brännjärn med rundad brännkropp från Nya Lödöse (GSM 1916 fvr 3127).

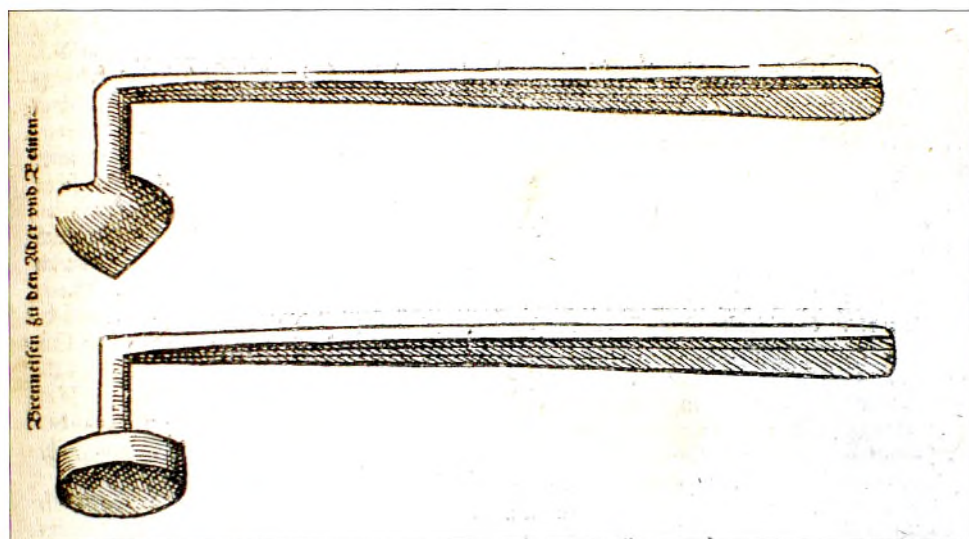


Fig. 41: Exempel på brännjärnsformer ur Wilhelm Fabry von Hildens Wundt-Artzney ... från 1652. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

därför en fördel om handtaget inte var av järn, eftersom det skulle försvåra för kirurgen att hantera instrumentet i uppvärmt skick. Man kan även tänka sig att kirurgen använde handskar vid hanterandet av brännjärn. Ett brännjärn från Nya Lödöse har haft trähandtag. Förkolnade trärester visar att handtaget vid något tillfälle fattat eld, förmodligen under uppvärmandet av brännkroppen i elden.

2.1.7. Kirurgiska hakar

Kirurgiska hakar ingick under antiken i en kirurgiskt verksam läkares standardutrustning, vilket finns belagt både från skriftliga källor och från ett flertal instrumentsamlingar.³⁸ Instrumentet fortsatte att vara viktigt för kirurger, åtminstone i vissa delar av

38. Jackson 1995.

Europa, under medeltiden och senare.³⁹ Hakarna förekom i olika storlekar och kunde vara skarpa eller trubbiga. De skarpa kunde vara enkla eller dubbla. De enkla kan sägas påminna om virknålar eller sländstavar och de dubbla om en tranchergaffel med böjda tänder. Skaftet kunde sluta med en knopp eller vara rakt och spetsigt och fungera som sond, brännjärn eller applikator. De skarpa hakarna kunde användas penetrerande vid olika kirurgiska ingrepp, men även för att dra ut benflisor eller främmande föremål (fig. 42). Vissa åderlättningsjärn har skaft som slutar i skarpa hakar (fig. 43). Troligen har dessa haft en kirurgisk funktion. I svenskt sammanhang har emellertid endast ett par exemplar påträffats. De är relativt lättigenkännliga instrument, men har hittills inte varit identifierade i det arkeologiska materialet. De trubbiga hakarna var skonammare mot vävnaderna och användes bland annat som sårhakar för att hålla isär vävnadskanter vid operation. Även skarpa hakar kunde användas som små sårhakar. Inga trubbiga hakar är dock påträffade i det studerade materialet.

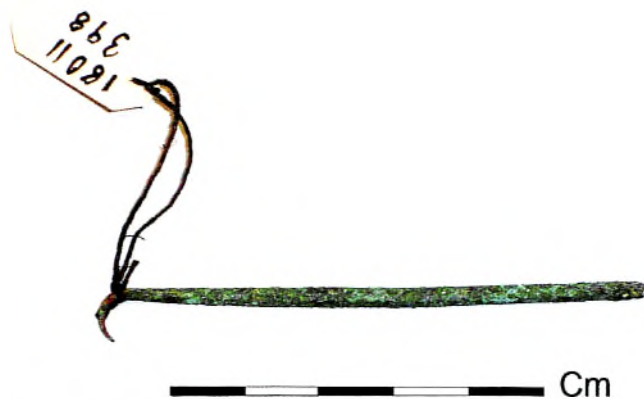


Fig. 42: Enkel, liten, skarp kirurgisk hake från Vreta kloster (SHM 18011:398a:1).



Fig. 43: Åderlättningsjärn med trolig kirurgisk hake från Alvastra kloster (SHM 20395:1312).

39. Siraisi 1990, s. 163.

2.1.8. Skalpeller, fällknivar och lansetter

Identifieringsproblematiken när det gäller kirurgiska knivar, det vill säga skalpeller, har redan berörts. De knivar som ändå med relativt stor säkerhet kan identifieras är ofta små skalpeller, fällknivar och små lansetter. De flesta har blad av järn, vilket har fördelen att det kan göras mycket skarpt. Mindre lansetter förekommer i kopparlegering. Skaften har som regel varit i organiskt material, som trä eller ben/horn. De identifierbara skalpellerna har stora formlikheter med antika skalpeller och skalpeller funna i järnålderskontexter i Sverige.⁴⁰ Konvexa skalpeller användes även under tidigmodern tid och förekommer fortfarande (fig. 44). Vanligast under medeltiden är skalpeller med konvex egg, med rak eller konvex rygg och spetsig spets (fig. 45 och 46). En konvex egg är lämplig för att lägga ett snitt.

En skalpellegg kunde även vara rak (fig. 47, 48 och 49). De hade ofta snedskuren spets, men på de minsta knivarna var det vanligare med närmast triangulära blad. De på så vis spetsade bladen var lämpliga om man behövde punktera eller vidga ett snitt. Skalpellbladens längd kunde variera från en eller ett par centimeter upp till flera centimeters längd.

Under tidigmodern tid användes handtag i trä eller ben med inskurna räfflor eller rutor eller oktagonala form för att kniven skulle ligga stadigt i handen och inte glida, även om den var slemmig eller blodig (fig. 50). Det är osäkert om sådana skaft användes även under medeltiden.

Lansetter är som regel av kopparlegering och mycket små; bara ett par millimeter breda och en till två centimeter långa (fig. 51). Kopparlegering kan inte fås lika skarp som järn, men den spetsiga formen gjorde dem ändå väl ägnade att till exempel punktera bölder eller liknande. De förekommer framför allt i kombination med kuretter eller skedsonder, så att instrumenten utgör var sin ände av ett ibland spiralvridet skaft.

Det förekommer även enstaka böjda egginstrument som har stora likheter med

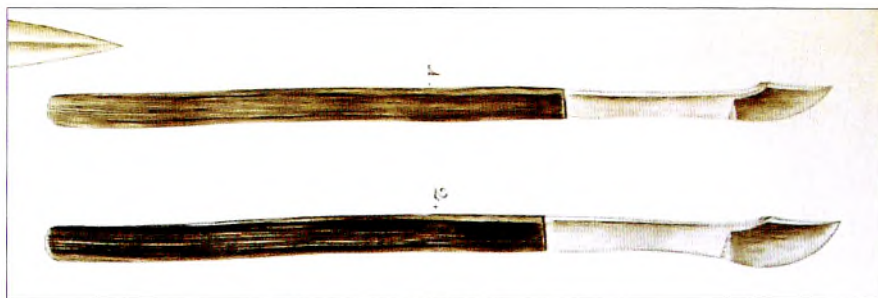


Fig. 44: Detalj ur Giovanni Alessandro Brambillas *Instrumentarium chirurgicum Viennense* från 1781. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

40. Frölich 2006; 2010; Rosengren 2006; Graner, Knabe och Thorsberg 2008, s. 53f.

Fig. 45: Medeltida skalpeller med konvex egg från Hovgården på Adelsö (SHM fnr 5120, denna lokal), kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 27705), Hovgården på Adelsö (SHM fnr 7456, denna lokal) samt kv. Granbäcken i Sigtuna (fnr 195).

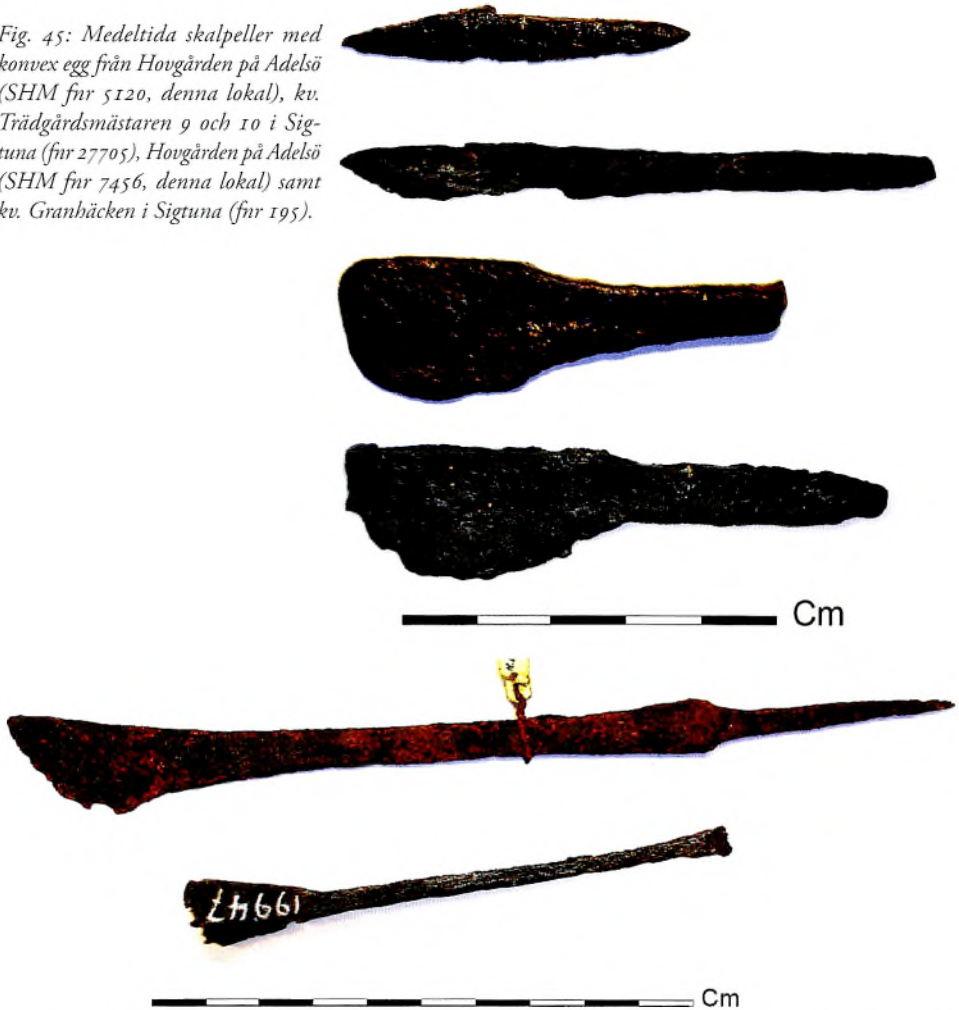


Fig. 46: Skalpeller från Nya Lödöse (GSM 218:5:555, sent 1400-tal – tidigt 1600-tal) och en likartad men odatertad, fragmentarisk skalpell från Akademiska föreningen 27 i Lund (KM 19947).

de skalpeller som senare (t.ex. under 1800-talet) har använts för att öppna bölder och liknande.⁴¹ Dessa har mycket smala och närmast lansettliknande blad, som dock skiljer sig genom att de är starkt böjda (fig. 52). Eggen är då på den konkava sidan.

Eggen på fällknivar kan vara rak eller konvex och spetsen rakt eller snett avskuren eller avsmalnande (fig. 53). Det förekommer även enstaka exemplar med rundad rygg. Fällknivar tolkas ofta slentrianmässigt som rakknivar, men rakning är bara ett användningsområde. Själva vitsen med fällkniven är att eggen fälls in och skyddas mot skador och slitage och därför hålls skarp. En nackdel är dock att knivbladet inte är

41. Enligt permanent utställning på Hunterian museum, London: "Abscess knife".



Fig. 47: Kombinerad rakeggad skalpell och spatellspatelsond i järn från kv. Östanå 6 i Skänninge (ÖLM Dnr 484-04, fnr 1168, daterad till medeltidens förra del samt möjlig liten skalpell i kopparlegering från kv. Billegården i Lund (KM 82.909:99). Föremålet är ett av de få i denna studie som daterats vid en modern arkeologisk undersökning. Den förrådsgröp (A24846) i vilken instrumentet är påträffat är ^{14}C -daterad till tidigmedeltid (Feldt i manus). ^{14}C -datering som metod är visserligen problematisk för den aktuella perioden, men ger ändå en fingervisning. De aktuella dateringarna är 1050–1220 AD (1 σ) eller 1040–1260 AD (2 σ).



Fig. 48: Medeltida rakeggade skalpeller med snedskuren spets från Eketorps borg på Öland (SHM 31597:514:166A och 31597:XI6:33).

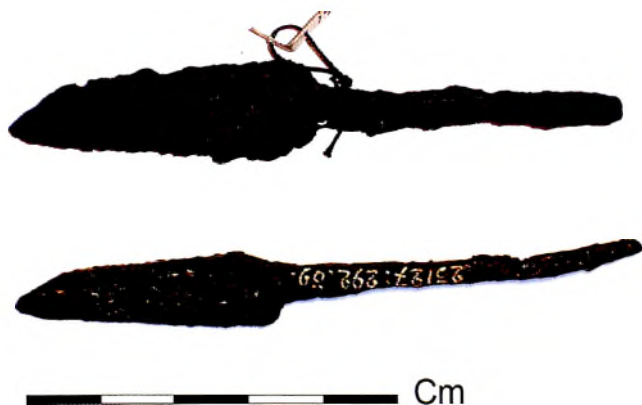


Fig. 49: Rakeggade skalpeller med snedskuren spets från Alvastra kloster, möjligen 1500-tal (SHM 19149:910 och SHM 23127:292).



Fig. 50: Möjlig skalpell eller barberarkniv från Lund med delvis bevarat blad med rak egg samt med ruträfflat handtag i ben för stadigt grepp. (KM 14.160, odaterat, troligen eftermedeltida eller tidigmodernt).



Fig. 51: Sond i kombination med lansett (OBS! lansettbladet t.h. i bilden) på spiralvridet skaft, i kopparlegering, från Gudhems kloster (SHM 23950:1930:265).

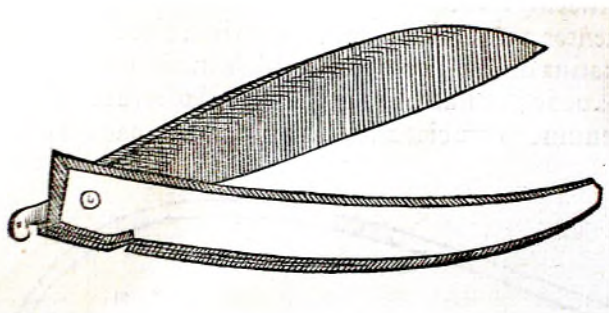


Fig. 52: Knippe med instrument, bland annat rispare/böldkniv (instrumentet längst ned i knippet), i kopparlegering, från Varnhems kloster (SHM 18393:552).



Fig. 53: Medeltida fällkniv med konvex egg i hornhylsa från Alvastra kloster (SHM 21530:812a-b) samt (troligen) eftermedeltida fällkniv med rak egg i kombination med tång, möjligen för tandutdragnig, från kv. Hästen 17 i Stockholm (SSM Dnr 34489).

Fig. 54: Även mer rakeggade fällknivar användes kirurgiskt. Kirurgisk fällkniv ur Konrad Gesners *De Chirurgia ... från 1555*. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.



lika fixerat i förhållande till skaftet (hylsan) som på en vanlig kniv, vilket är viktigt på en skalpell. Icke desto mindre var fällkniven ett vanligt och viktigt instrument inom den medeltida och renässanstida kirurgin (fig. 54). Den förekommer inte sällan på illustrationer föreställande kirurgiska ingrepp och humandissektioner. I den redan nämnda *De humani corporis fabrica* av anatomen Andreas Vesalius avbildas fällknivar på titelillustrationen. Dessa har triangulära blad med rak egg och rak rygg. Ett exem-

plar på denna bild är dessutom konstruerat i kombination med ett åderlåtningjärn, där båda egginstrumenten fälls in i samma hylsa (fig. 37, kap. 2.1.5). Fällknivar med rak egg användes även för rakning, vilket kunde göras av såväl medicinsk-kirurgiska skäl inför en behandling, som av estetiska.⁴² Knivar med rundad egg fungerade sämre för rakning, men bra som skalpeller.

2.1.9. Frånvarande material

Det arkeologiska artefaktmaterial som ligger till grund för denna studie är på många sätt fragmentariskt. Såväl lakuner när det gäller arkeologiskt undersökta miljöer och områden, som realiteten med icke bevarade eller fragmentariskt bevarade föremål, gör att det är mycket svårt att arbeta med kvantitativ metodik. Därför blir den kvalitativa metodiken desto viktigare. Som ett led i denna blir det principiellt viktigt att även notera och analysera betydelsen av frånvarande materialgrupper och att diskutera möjliga orsaker till denna frånvaro. Den kan bero på att föremålen inte bevarats eller påträffats, men också på att de aldrig funnits. Har de aldrig använts här är möjliga förklaringar att andra (kanske för oss oidentifierbara) föremål (kärl, instrument) användes istället eller att det inte fanns något upplevt behov för föremålen i fråga. Det senare är särskilt intressant eftersom det kan tolkas som att en viss behandling eller förståelse inte praktiserades. Det i sin tur ger nytt perspektiv på de artefakter som faktiskt påträffas och de sjukdomsförståelser och läkekonster de avspeglar.

Som exempel på en frånvarande fyndgrupp kan man nämna *jordaner*; en föremålstyp som inte alls kan beläggas i det medeltida och renässanstida materialet från Sverige. I Europa var uroskopi, det vill säga ställande av diagnos genom undersökande av patientens urin, närmast en paradmetod bland *physici* (det vill säga de som var universitetsutbildade inom den tidens naturkunskap, med kunskap även i medicin). För uroskopin användes särskilda urinskådningskärl, vilka populärt fick namn efter floden Jordan. Jordanen var en bukig flaska i klart, ofärgat glas, med rundad botten och något avsmalnande hals. Det klara glaset möjliggjorde för läkaren att studera urinens färg och textur. Den förvarades ofta i en smal korg, eftersom dess runda botten gjorde att den inte kunde ställas ned. Patienten kissade i kärlet och denne, eller något ombud, kunde sedan bära flaskan i korgen till en läkare.

Jordanen blev under medeltiden i Europa ett signum för *physici*, på samma sätt som fällkniven blev det för barberarkirurgen, men verkar alltså inte ha använts i Sverige (fig. 55). Det kan finnas flera förklaringar till detta. En kan ha varit att glas, särskilt klart, ofärgat glas som var nödvändigt i detta sammanhang fortfarande var mycket ovanligt i Sverige under stora delar av perioden, även om det vid tiden för renässan-

42. Hunt 1994, s. 8, 18, 20, 26, 34, 36, 38.



Fig. 55: En physicus med en jordan och örter i en kruka samt en barberarkirurg med fällkniv, medikamentskäril och eldstad. Bakom kirurgen hänger linnebindlar. På väggen mellan honom och physicus står små krus och flaskor för medikamenter på en hylla och på väggen är skrifter (kanske små så kallade *Vade Mecum* för praktikern att bära i bältet) fästa bakom en slä. Lägg märke till physicus' långa kappa med vida ärmar (han var i hög grad i teoretiker) respektive kirurgens för praktiskt läkekonst mer lämpade korta klädedräkt med snäva ärmar. Ur Olaus Magnus Historia om De Nordiska Folken, 16 boken, kap. 50.

sen hade blivit vanligare. En annan och kanske troligare anledning är emellertid att frånvaron av jordaner speglar frånvaron av *physici* i landet; något jag återkommer till.⁴³

Jag har i det ovanstående presenterat de föremålstyper och -grupper som förekommer i det arkeologiska materialet och som alltså utgör ett huvudsakligt källmaterial för den här undersökningen. Vad de säger om den läkekonst som utövats diskuteras i kapitel 6 och 7. Jag ska nu övergå till att presentera det skriftliga material som använts och hur jag förhåller mig till det.

2.2. De skriftliga materialen och vad dessa representerar

Frågor om sjukdom och hälsa och hur vi bemöter och hanterar detta berör så många sidor av människors liv. Det skymtar därför i litteratur, i historieskrivning, i religiösa texter, i lagstiftning och i samhällsorganisation. Det gör att ett samhälles sjukdomsförståelser och läkekonster, dess sociokulturella medicinshistoria, kan studeras genom många olika texter, exempelvis sagor och krönikor, lagar, diariéer och fiskala uppteckningar. Hagiografiskt material skulle kunnat studeras i detta syfte, men har bortprioriterats med anledning av att de religiöst-magiska sätten att bemöta och behandla sjukdom och ohälsa inte står i fokus för studien. I kapitel 1.2.1. refererade jag historikern Carole Rawcliffe, vilken inte bara använder sig av läkeböcker för att studera

43. Kap. 5.2.

medeltida läkekonst, utan även skrifter som inte primärt handlar om läkekonsten, utan om samhället i stort, men där läkekonsten, dess utövare och praktiker studeras som en del av samhället.⁴⁴ Att inkludera denna typ av material blir en naturlig följd av önskan att studera läkekonstens sociokulturella historia. Det är också det primära syftet med den här undersökningen, vilket inte utesluter att jag också försöker studera hur själva yrket, dess praktikers förståelse och handlingar, förändras och/eller utvecklas.

För att tydliggöra och förklara mitt skriftliga materialval har jag valt att dela in skriftligt material i två kategorier i relation till det studerade, nämligen *den medicinska litteraturen* respektive *den sociokulturella medicinhistoriens källor*. Med den medicinska litteraturen avser jag medicinska och kirurgiska handböcker, örtaböcker och liknande. Dessa är skrifter som på ett (oftast) lärt sätt beskriver olika aspekter av läkekonstens praktik och teoretiska förståelse. Man kan också säga att de är en del av läkekonstens egen materiella kultur, men endast i den mån de delades av de praktiserande läkekunniga.

Med *den sociokulturella medicinhistoriens källor* avser jag historiskt material som primärt handlar om något annat än läkekonst eller läkare, men som ändå kan ge oss vissa upplysningar om läkekonsten, dess utövare och dessas kunskaper och roll i samhället. De respektive materialkategoriernas användbarhet skiljer sig åt genom att de kan ge svar på olika typer av frågor. Jag kommer i det följande först att diskutera vad den medicinska litteraturen representerar, hur den kan förstås i relation till det studerade ämnet och varför den endast är av perifer betydelse i denna undersökning. Därefter kommer jag att resonera kring den sociokulturella medicinhistoriens källor och mitt användande av dessa.

2.2.1. Den medicinska litteraturen

Historikern Toni Schmid presenterade i en artikel i *Fornvännen* 1951 en inventering av då kända medeltida, vetenskapliga, medicinska handskrifter från framför allt Vadstena klosterbibliotek.⁴⁵ Ofta rör det sig om fragment och brottstycken ur betydande medicinska verk och endast i få fall går det att fastställa att verken faktiskt fanns i Sverige redan under den studerade perioden. Överbibliotekarien Gustaf Edvard Klemming daterade sammanlagt fjorton böcker med läketexter om hälso- och levnadsregler, åderlättningsråd och -kalendrar, till tiden mellan mitten av 1400-talet och början av 1500-talet. Det är då oftast böcker som även innehåller teologiska och juridiska texter, legender, mässor och uppbyggelseskrifter.⁴⁶ Schmid menar trots detta att de bevarade skrifterna visar på ett visst samtida intresse för medicin och att man i någon mån följt den medicinska veten-

44. Rawcliffe 1995; jfr även Siraisi 1990, s. XI f.

45. Schmid 1951.

46. Ottosson 1977.

skapens utveckling, åtminstone under slutet av medeltiden.⁴⁷ Intressant är ett exemplar av en handbok i medicin, i vilken det även ska finnas marginalanteckningar över en rad andra betydande medicinska verk. Schmid tolkar det som att anteckningarna gjorts av en svensk student ("blivande läkare[-]") år 1290 och att de utgör en lista över den studentens bokinförskaffningsbehov inom området medicin. Dessa omfattar Hippokrates *Aforismer* i översättning av Constantinus Africanus med dennes prolog och Galenus kommentar, Hippokrates *Prognostica* med Galenus kommentar och Hippokrates *De regime acutarum* med kommentar av Galenus, Egidius *De urinis* samt Galenus *Microtegni* med Halis kommentar.⁴⁸ Det verkar emellertid inte troligt att en vanlig student vid denna tid skulle ha råd att skaffa sig ett sådant bibliotek.

Inom ramen för en nyare forskningsattityd har idéhistorikern Roger Qvarsell ifrågasatt vilken påverkan de spridda latinska skrifter som fanns i landet under medeltiden egentligen hade på läkekonsten. Möjligen kan de ha legat till grund för en med tiden vidare muntlig förmedling av praktiska råd. Han påpekar att de skrifter som översattes till svenska visar på ett medicinskt intresse, men att det är svårt att utifrån det fragmentariska materialet rekonstruera någon egentlig medicinsk åskådning.⁴⁹ Idé- och lärdomshistorikern Charlotte Christensen Nugues har nyligen diskuterat skolmedicinen i det medeltida Sverige utifrån de skriftliga fragment av medicinsk litteratur som finns bevarade.⁵⁰ Till skillnad från Schmid och i likhet med Qvarsell menar hon att de medicinska skrifterna "säger kanske inte så mycket om nordiska förhållanden under medeltiden".⁵¹ Christensen Nugues menar vidare att sammansättningen av materialet kan tolkas som att Sverige befann sig i periferin vad gällde skolmedicinen under medeltiden. Den relativa överrepresentationen av tidigmedeltida salernitanska skrifter under senmedeltid antyder, enligt henne, att man inte följde utvecklingen på kontinenten, och att den skolmedicin som var känd här inte representerade samtida trender på kontinenten utan var något ålderdomlig.⁵² Själva "ålderdomligheten" eller konservatismen ska emellertid snarast uppfattas som ett uttryck för skolastikens höga skattning av äldre bokliga auktoriteter. Schmidts respektive Qvarsells och Christensen Nugues olika ståndpunkter kan i hög grad tillskrivas olika forskningsparadigm, där Schmid verkade inom en tradition som ville identifiera och framhäva den skolastiska medicinen i Sverige, medan de senare möjligen haft en något mer nyanserad syn på saken.

Det fanns hur som helst under medeltiden enstaka exemplar av läke- och örta-böcker i Sverige. Under renässansen blev de, inte minst på grund av boktryckar-

47. Schmid 1951, t.ex. s. 329f.

48. Ibid., s. 329.

49. Qvarsell 2004, s. 363ff.

50. Christensen Nugues 2008.

51. Ibid., s. 67.

52. Ibid., s. 72; jfr även Lindroth 1997, s. 158.

konsten, något fler. Frågan är emellertid om och i så fall i vilken grad de kan sägas ha representerat levande kunskap inom läkekonst inom det här studerade området. Böckerna kan naturligtvis delvis betraktas som en del av den materiella kultur som den medeltida och renässanstida läkekonsten manifesterades i. Precis som kyrretter, åderlättningsjärn eller skalpeller är böckerna som objekt materiella spår. Liksom kyrretten reflekterar sårvård och åderlättningsjärnet kan reflektera en humoralpatologisk förståelse av människokroppen, reflekterar en bok om anatomi ett intresse för att förstå och kartlägga människokroppen och en örtabok ett medicinsk-botaniskt intresse och kanske dito praktik. Samtidigt var böcker av de här slagen inte den vanlige läkarpraktikerns egendom. Eftersom samhället som sådant var relativt låglitterat, var denna del av läkekonstens materialitet mycket begränsad och kan därför sägas ha burit endast en marginell del av läkekonstens kunskap. I kapitel 5.1. diskuterar jag ingående den nedskrivna verbala kontra den personbundna, erfarenhetsbaserade kunskapens roll inom läkekonsterna under denna tid och hur det kan förklaras med läkekonstens karaktär av hantverk snarare än teoretisk disciplin i de flesta sociokulturella miljöer.

Böcker var dessutom mycket dyrbara objekt, vilka förmodligen sällan rymdes inom den ordinära praktiserande läkarens budget.⁵³ Barberarkirurger i England och på kontinenten hade ibland små fickhandböcker med praktiska råd och teoretiska och astrologiska resonemang, men ingen sådan är bevarad från Sverige eller, mig veterligen, från övriga Norden. Det finns alltså inga belägg för att sådana använts här. Det böckerna huvudsakligen representerade var i själva verket ekonomisk status och de speglar ägarens möjlighet att investera ekonomiska medel i sådana. Inte sällan ingår delar av medicinska skrifter i volymer med företrädesvis annat innehåll och förmodligen ska man tänka sig att den ursprunglige beställaren inte alltid varit lika intresserad av just det medicinska och dess praktik. Den grad i vilken böckernas ägare faktiskt tillgodojorde sig och praktiskt utövade den medicinska och kirurgiska lärdom böckerna innehöll torde därför ha varit mycket begränsad. Man kan säga att böckerna rörde sig i samhället delvis oberoende av sitt innehåll och inte främst värderades på grund av sina medicinska innebörder, utan hade sin främsta funktion som ekonomiska eller sociala värdeobjekt. Klostren och kyrkans män ägde många gånger betydande boksamlingar, vilka även kunde inkludera medicinska verk.⁵⁴ För läkekonsten i dessa miljöer, det vill säga klostren och i viss mån vid de kyrkliga institutionerna, kan alltså den medicinska litteraturen ändå ha haft visst inflytande, vilket jag kommer att diskutera mer längre fram.

Det är dessutom tveksamt i vilken utsträckning de till idag bevarade medeltida och renässanstida verken faktiskt fanns i Sverige redan då. De allra flesta nu kända kom hit först senare och då ofta som samlarobjekt. Vid Hagströmerbiblioteket på Karolinska institutet finns vissa senmedeltida och framför allt eftermedeltida medicinska

53. Enl. Lindroth (1997, s. 87) kunde en enkel predikosamling betinga samma pris som en oxe.

54. Flaum 1968, s. 15ff.

verk, vilka är intressanta i detta sammanhang genom sina ägolängder. Även om uppgifterna huvudsakligen är av yngre datum (fram till 1800- och 1900-tal) ger de en intressant bild av hur ägarna varit pastorer och domprostar, entomologer och botaniker och först mycket senare historiskt intresserade läkare och medicinstuderande. Det är alltså allmänt bildningsintresserade grupper, snarare än de praktiker som genom sin verksamhet påverkade läkekonsten i samhället, som ägt dessa böcker. Förekomsten av böcker inom ett visst ämne kan alltså inte med självklarhet tas som belägg för att ämneskunskaperna kommit till praktisk användning. En läkebok är inte detsamma som levande kunskap om läkedom. Kunskap kan bara *leva* i mänsklig skepnad.

Den medicinska litteraturens, för medeltidens vidkommande, mycket osäkra brukshistoria och troligen mycket begränsade spridning, är en anledning till dess reducerade betydelse i denna studie. Vid en sammanvägning av olika källor förefaller andra källor, som det isländska och norska sagamaterialet, det svenska lagmaterialet, Saxos och Olaus Magnus krönikor samt *Vadstenadiariet*, bättre spegla den medicinska praktiken.

2.2.2. *Den sociokulturella medicinhistoriens källor. Metod och källkritisk diskussion*

Böcker är både ting och idé. Deras fysiska form av papper och pergament är materiell kultur, medan dess innehåll förmedlat i ord och bilder är immateriellt. *Den sociokulturella medicinhistoriens källor* kan inte sägas vara en del av läkekonstens egen materiella kultur, utan snarare av underhållningens, historikens, juridikens och administratio-nens. Men de reflekterar ändå på olika sätt sin samtids läkekonst och attityder till sjukdom och skador, läkarnas roll och den faktiskt praktiserade läkekonstens karaktär. De speglar läkekonsten indirekt eller som ”tredje person” och som en integrerad del av det samhälle och de sociokulturella miljöer som skrifterna är tillkomna i. Dessa källor kan innehålla upplysningar om var och när olika typer av praktiker var verksamma, vad som krävdes av dem, vilken deras sociala situation var och för vilka människor de fanns tillgängliga. Dessutom kan materialet ge oss en antydning om när och i vilken grad det skolastiska medicinska kulturarv som den medicinska litteraturen i hög grad representerar faktiskt anammades, vad som föregick detta samt vilken karaktär den svenska läkekonsten kom att få genom sina olika kunskapstraditioner. Den sociokulturella medicinhistoriens källor är alltså ett bra komplement till läkekonstens egen materiella kultur i form av till exempel medicinska skrifter och arkeologiskt material.

SAGOR OCH KRÖNIKOR

Det tidig- och högmedeltida isländska och norska samhälle, vari sagamaterialet tillkom, skiljde sig i vissa avseenden från det svenska (vilket i sin tur var heterogent). Lingvisten och översättaren av en del av materialet, Björn Collinder, menar till exempel

att Island-Norge stod i närmre kontakt med de brittiska öarna och därigenom delar av den västeuropeiska kulturen, än de flesta delar av den östra delen av skandinaviska halvön (nuvarande Sverige).⁵⁵ Vidare skedde kristnandet tidigare på Island och i Norge än i stora delar av nuvarande Sverige och den skriftliga kulturen utvecklades och lagarna nedtecknades tidigare. Genom att reflektera sagamaterialet mot andra material (både skriftliga och i form av materiell kultur) från såväl övriga delar av Norden som från Sverige i synnerhet, finns ändå möjlighet att använda sagorna för att föra en för svenskt vidkommande relevant diskussion.

En och samma saga kan innehålla stoff tillkommet under hundratals år och det är oftast inte möjligt att urskilja alla dessa kronologiska skikt. Somliga anses ha rötter i yngre järnålder (yngre folkvandringstid och vendeltid). Huvudsakligen utspelas deras handlingar under vikingatid och tidigmedeltid (900–1100-tal), men de flesta är nedtecknade under 1200- och till viss del 1300-talet. Vad gäller påverkan av attityder och praktik under tillkomst- eller nedteckningstiden, det vill säga högmedeltiden, varierar detta från saga till saga och forskningen går ibland isär i uppfattningarna kring tillkomstprocessen. I vissa fall kan man tänka sig att arkaiserande drag vävts in medan andra sagor är tydligt anpassade till sin samtida publiks värderingar och normer, tycke och smak. I den här undersökningen används sagorna huvudsakligen för att belysa medeltidens första hälft och endast undantagsvis för att diskutera snävare tidsspektra.

Jag kommer för enkelhetens skull att använda mig av beteckningen *sagor* som en samlingsbenämning för den poesi, de krönikor, kungaböcker och historier som författades och nedtecknades på Island och till viss del möjligen i Norge under tidig- och högmedeltid.⁵⁶ Olika utgåvor av sagatexter kan skilja sig åt, inte bara i tolkning, översättning och ordalydelse, utan även i kapitelindelning och rubricering. Detta innebär komplikationer för en läsare av forskningslitteratur kring sagamaterialet, eftersom det ibland kan vara svårt att återfinna det precisa textutsnittet i den saga som refereras, om man inte har möjlighet att använda sig av samma utgåva som författaren. Samma problematik drabbar läsaren av föreliggande volym, vilket förefaller ofrånkomligt. Jag har emellertid försökt att i möjligaste mån avhjälpa det genom detaljerade källhänvisningar.⁵⁷ Jag har primärt arbetat med svenska och engelska upplagor av texterna. Många gånger har det emellertid varit viktigt att även undersöka den isländska ordalydelsen eller terminologin för att kunna jämföra passager i olika texter. Dessa refereras då parallellt. Jag har dock inte haft någon ambition att göra en filologisk härledning av olika begrepp.

55. Collinder 1993, s. 21; Reichborn-Kjennerud 1924.

56. Jfr Bagge 1992, s. 71.

57. I frånvaro av kapitelindelning har jag uppgivit sida och/eller rubrik, väl medveten om att det är utgåvespecifikt.

Inom forskningen om sagamaterialet har en livlig diskussion förts angående källornas karaktär som primärt *litterära* eller *historiska* källor. Förespråkare för den litterära linjen har ifrågasatt sagornas historiska källvärde och istället betonat deras litterära karaktär. De har sålunda studerat dem som text, som litteratur. Under de senaste decennierna har sagorna emellertid i allt större utsträckning kommit att åter tillmätas ett historisk källvärde och motsatsförhållandet mellan litteratur och historisk källa har tonats ned.

Översättaren och litteraturforskaren Jesse L. Bylock för på ett intressant sätt in sagamaterialets medeltida åhörare/läsare i diskussionen om källornas historiska tillförlitlighet. Bylock menar att sagornas författare/nedtecknare/återberättare visserligen kunde ta sig vissa friheter i att omformulera, lägga till och dra ifrån, men att hon eller han också begränsades av vad som av mottagarna (publiken) uppfattades som rimligt och trovärdigt.⁵⁸ Bylock skriver att "[t]he medieval audience expected the narrator of a family saga to observe certain strictures. Most important, the saga had to be credible; that is, the story had to be portrayed as possible, plausible".⁵⁹ Filologen Preben Meulengracht Sørensen har uttryckt en liknande ståndpunkt när det gäller sagornas värde som historiska källor: "Det betyder ikke, at disse personer ikke fremtræder som historiske, men at de gør det som *bærere af en almen kulturel mening* [min kursivering]."⁶⁰ I mitt användande av sagorna som källmaterial tar jag fasta på dessa synpunkter från Bylock och Meulengracht Sørensen.

I en publikation från 2005 diskuterar även historikern Patricia Pires Boulhosa materialets historiska potential på ett sätt jag finner relevant. Liksom flera forskare före henne poängterar hon att uppdelningen mellan fiktion och verklighet (historisk tillförlitlighet) är inadekvat för medeltida texter av sagamaterialets karaktär.⁶¹ Hon poängterar att det intressanta för henne inte bara är att studera *vad* folk tänkte utan även – eller kanske främst – *hur* de tänkte.

As far as the division between history and fiction is concerned, this study does not assume a priori that the sagas were conceived as literature, history, or a hybrid of these two. This investigation of these thirteenth- and fourteenth-century narratives is intended to reveal, in Robert Darnton's formulation, "not merely what people thought but how they thought – how they constructed the world, invested it with meaning, and infused it with emotion".⁶²

58. Framför allt diskuterar Bylock familjesagorna/släktrönikorna (1988, s. 36f.).

59. Bylock 1988, s. 36.

60. Meulengracht Sørensen 1992, s. 27.

61. Pires Boulhosa 2005, s. 34ff.

62. Ibid., s. 38. Pires Boulhosa citerar i sin tur, inom det av mig återgivna citatet, prologen i Robert Darnton's *The great cat massacre and other episodes in French cultural history* från 1985.

Pires Boulhosa menar vidare, för hennes studie, att

[r]egardless of how they were conceived, the sagas can be approached as the historical sources of this investigation in so far as they communicate historical meanings, that is, they convey ideas which can be related to a specific period of history, namely the thirteenth and fourteenth centuries.⁶³

Anammandet av detta sätt att värdera sagorna som historiska källor tillåter mig att använda dem för att diskutera inte bara *vad* de medeltida nordborna tänkte om kroppen och om läkekonsten, utan *hur*; inte bara *vad* man faktiskt gjorde *i en specifik historisk situation* för att bemöta fysiskt lidande, utan *vad* som *rimligen* kunde ha gjorts i en sådan situation och *varför*. Mitt primära intresse är inte heller att klargöra de individuella detaljerna; exakt vilken historisk person som gjorde precis vad, utan istället vad man under denna period uppfattade som rimligt. Det väsentliga i min studie är alltså inte att klargöra huruvida det är absolut historiskt korrekt att det vid slaget vid Stiklestad 1030 verkligen arbetade en kvinnlig fältläkare i ett skjul eller inte.⁶⁴ Det intressanta är istället om berättelsens tänkta åhörare (läsare) uppfattade en sådan situation som möjlig, rimlig och trolig och att det inte fanns något omedelbart motsägelsetfullt i att en kvinna arbetade med att kirurgiskt behandla män med allvarliga krigsskador i fält i samband med en strid.

SAXO GRAMMATICUS OCH OLAUS MAGNUS

Samma metodologiska ingång som jag har till sagamaterialet har jag till Saxo Grammaticus krönika *Gesta Danorum* från slutet av 1100-talet. Han hade en likartad agenda att återberätta och glorifiera det danska rikets, och inte minst Hvideättens, förflutna, som Snorri Sturluson hade för Norges del.⁶⁵ Verkets första hälft beskriver ett mytiskt förflutet, medan andra hälften kretsar kring det för Saxo i tid mer närliggande 1000- och 1100-talet.⁶⁶ Den typ av information jag använder rör inte primärt historiskt bärande personer eller absoluta årtal, utan attityder till läkare och läkekonst, och möjlig bakomliggande sjukdomsförståelse under Saxos samtid och i de miljöer han kom i kontakt med.

Även Olaus Magnus *Historia om de Nordiska Folken* (*Historia de gentibus septentrionalibus*), tryckt för första gången 1555, faller inom denna materialkategori. Olaus Magnus förefaller pendla mellan ett närmast nostalgiskt mystifierande och romanti-

63. Pires Boulhosa 2005, s. 38.

64. *Olav den heliges saga* 1993, strof 234.

65. Friis-Jensen 2000, s. 876: efterord till Saxos *Gesta Danorum*.

66. Johansson & Malm 1997, s. 17.

serande av fädernelandet Sverige och en mer kritisk blick på den nordliga förmenta primitiviteten. Han författade sitt verk under tiden som kyrkopolitisk flykting, vilken han huvudsakligen tillbringade i Italien. Hans relation till hemlandet var alltså inte friktionsfri. Den bild han ger av läkekonsten måste förstås i ljuset av de erfarenheter han hade av förhållandena och kunskapsnivån i sydeuropeiska storstadsmiljöer och de lärda samhällsskikt i vilka han själv ingick. Han citerar eller plagierar flitigt en rad kända medicinska verk och kunskapsluckorna om hemlandet fylls i med hans kännedom om europeiska förhållanden, troligen inte minst från Rom, där han även verkade som förståndare för den heliga Birgittas hus.⁶⁷ Hans uppgifter utgör trots detta ett intressant och viktigt material att jämföra med övriga material, inklusive den materiella kulturen.

MEDELTIDA LAGAR

Även de medeltida svenska lagarna är ett viktigt källmaterial i denna studie. I dessa skymtar läkekonsten i den mån den har en juridisk konsekvens, vilket framför allt är i samband med brottsmål när en person (eller ett djur) tillfogar en annan person fysisk skada. Det sätt på vilket man bör tolka lagarna och vad de säger om verklig praxis har emellertid diskuterats intensivt, varför det är viktigt att försöka redovisa hur jag använder mig av dem och vilken forskning kring deras tillkomst och datering jag baserar mitt förhållningssätt på.

Lagarna representerar en tidsperiod som delvis går omlott med sagornas, men de har en helt annan källkaraktär och dessutom en – för Sveriges vidkommande – senare kronologisk tyngdpunkt. De flesta sagorna dateras till 1100- och 1200-talet, medan de medeltida lagarna från nuvarande svenskt område förefaller vara nedtecknade mellan det tidiga 1200-talet och första delen av 1300-talet. De norska, isländska och danska lagarna är äldre och utgör därför ett värdefullt jämförelsematerial som kan överbrygga detta glapp. Precis som för sagornas del har det diskuterats i vilken grad olika element kan föras tillbaka i tid före lagarnas nedtecknande och konstituerande. Man har även diskuterat hur mycket som utgörs av element från det europeiska rättssystemet, *ius commune*, och hur mycket som utgörs av mer lokal eller regional sedvanerätt, *ius patrium*. De flesta forskare förefaller mena att de är en kombination av dessa båda rättstraditioner. Historikern Christine Ekholst menar exempelvis att *vissa drag* sannolikt är recipierade medan andra, troligen främst lagar rörande det lokala samhällets organisation, mycket väl kan bygga på äldre inhemsk sedvanerätt.⁶⁸

När det gäller de delar som berör sår och skador har rätthistorikern Gösta Hasselberg studerat de begrepp i Visby stadslag som brukas i samband med detta och han menar att de nordiska medeltidslagarnas bestämmelser kring lytesbot och sårabot

67. Granlund 1976; Rehnberg 1976.

68. Ekholst 2009, s. 21f.

inte stämmer överens med germansk rätt i allmänhet.⁶⁹ Han menar till exempel att termen *vul zer* (fullt sår) i Visbyrätten utan tvivel är av nordiskt ursprung och är en översättning av fastlandslagarnas terminologi, om än med något förskjuten betydelse, och att germansk rätt kan ha påverkats av den nordiska i fråga om den centrala roll som bedömningen av *fullt sår* hade i de svenska lagarna.⁷⁰ En intressant tanke är därför att de svenska landskapslagarna har ett relativt starkt drag av inhemsk tradition när det gäller bedömningen av skador och dessas konsekvenser.

Lagarna innehåller alltså troligen element med olika lång historia inom det geografiska område för vilka de gällde, men den form lagarna tagit vid tiden för nedtecknandet var resultatet av en delvis konfliktfylld process, där andliga och världsliga intressen stod emot varandra.⁷¹ Ekholst menar att man kan räkna med att "lagarnas bestämmelser hade betydelse då de nedtecknades och att lagarna ska ses som källor till deras samtid". De element som valdes ut att tas med hade sannolikt en funktion vid tiden för lagens i fråga nedtecknande.⁷² Även jag kommer att använda dem främst för att studera tiden för deras nedtecknande. Vad gäller kronologisk skiktning inom det svenska lagmaterialet har jag valt att följa Ekholsts modell, sådan hon formulerar den i sin avhandling.⁷³ Hon använder sig av en tredelad gruppering i syfte att försöka urskilja förändring över tid i de aspekter hon analyserar.⁷⁴ I ett äldsta skede placerar hon Äldre Västgöotalagen. Nästa grupp utgörs av *Yngre Västgöotalagen*, *Östgöotalagen*, *Upplandslagen*, *Bjärkeöarätten*, *Smålands kyrkobalk* (ej aktuell i denna studie), *Dalalagen*, *Västmannalagen*, *Hälsingelagen* och *Södermannalagen*. Den yngsta gruppen, slutligen, utgörs av *Magnus Erikssons landslag*.⁷⁵ Jag har valt att utvidga dessa grupper och placerar i den äldsta gruppen dessutom *Gutalagen* och *Skånelagen*.⁷⁶ Till den andra gruppen för jag, utöver de Ekholst inkluderar, även den *Skånska stadsrätten* och till den yngsta gruppen utöver *Magnus Erikssons landslag*, även hans *stadslag* samt *Visby stadslag*.⁷⁷ Dateringarna av lagarna i *Grupp 1* sträcker sig i grova drag från slutet av 1100-talet

69. En översättning av det fornnordiska *full sar*, *fullsari*; Hasselberg 1953, s. 285, även s. 313.

70. Hasselberg 1953, s. 285.

71. T.ex. Sjöholm 1988, s. 50f.; Modéer 2004, s. 174ff.; Ekholst 2009, s. 21f.

72. Ekholst 2009, s. 22.

73. Ibid. Elsa Sjöholm menar att ÖgL är betydligt yngre; från strax efter 1300-talets mitt. Jag väljer emellertid att följa Ekholsts indelning.

74. Ekholst 2009, s. 23ff.

75. Sjöholm 1988, s. 244.

76. GL daterad till omkring 1220, men vissa delar kan ha tillkommit före mitten av 1100-talet (Holmbäck & Wessén 1979b, s. LXXIIff.). SkL daterad till mellan 1100-talets slut och omkring 1210 (Holmbäck & Wessén 1979b, s. XXX).

77. SkSt är daterad till senare delen av 1200-talet (Holmbäck & Wessén i volymen om 1979b, s. XLII). VSt är daterad till 1300-talets första hälft (Hasselberg 1953, s. 1).

till och med första hälften av 1200-talet. *Grupp 2* dateras till perioden mellan slutet av 1200-talet till och med mitten av 1300-talet och *Grupp 3* till 1300-talets mitt.⁷⁸ Genom att jämföra olika företeelser i lagmaterialet kommer jag i min studie att på detta sätt kunna föra en diskussion med viss kronologisk upplösning.

En annan diskussion forskare emellan har rört frågan huruvida lagarna kan antas spegla en praktiserad verklighet eller endast bör förstås som idealiserade och normerande framställningar. Historikern Elsa Sjöholm har exempelvis hävdad att "[i] texter som tillkommit i en lagstiftningssituation kan vi utgå från att de omtalade sakförhållandena också i stort sett existerat".⁷⁹ Ekholst menar däremot att även de lagar som kan tolkas som sedvanerätt (till skillnad från lagstiftning från kyrka, kung och aristokrati) visar "hur man ville att samhället skulle vara – inte nödvändigtvis hur det verkligen var" och att "[d]et finns ett stort glapp mellan de normativa källorna och hur den rättsliga praktiken gick till".⁸⁰ Det förefaller som om en rådande uppfattning är att de flesta medeltidslagarna innehåller element av båda slagen.

Frågan är då var i detta spektrum mellan reflektion av den sociala verkligheten och faktiska praktiken och de normerande riktlinjerna just lagarna om sår, skador och läkarvård står. Sjöholm klassificerar *Såramålen* som en mellanklass av brott med avseende på den rättsliga påföljden. De hade, menar hon, en allmän giltighet i ett brett samhällsskikt, trots att de också har starka drag av mosaik rätt.⁸¹ Jag tolkar detta som att Sjöholm menar att de var praxisnära. Denna tolkning får stöd när man läser sagamaterialet. Där är det nämligen inte helt ovanligt med hänсыftningar till samtida, det vill säga tidig- och högmedeltida, inhemsk juridisk praxis, vilken vi kan känna igen i lagarna.⁸² Detta stärker, enligt min mening, tesen att lagarna kring såramål inte bara var "skrivbordsprodukter", utan hade förankring i verklig samtida juridisk praxis.

Flera forskare har studerat de lagar som behandlar sår och skador, ur olika aspekter, men ingen av dem berör det som är av primärt intresse i föreliggande studie, nämligen bland annat vad de ger för bild av förekomsten av läkare under medeltiden, dessas sociala status och de juridiska kraven eller allmänna förväntningarna på deras kunskaper, bland annat som uttryck för professionaliseringsprocessen inom läkekonsterna.⁸³

78. Ekholst drar gränsen 1350, men yngst är i själva verket SdmL från 1327 och HL från mellan 1319 och 1300-talets mitt.

79. Sjöholm 1988, s. 24, 26.

80. T.ex. Ekholst 2009, s. 21f.

81. Sjöholm 1988, s. 199ff.

82. Se t.ex. i *Eyrbyggarnas saga* (utg. 1990) i avsnitten "Snorre bosätter sig på Helgafjäll", i "Om ett såramål och några dråpmål. Eirik röde upptäcker Grönland", i "Om Vigfus i Drapulids anslag mot Snorre gode" och i "Striden på Vigrafjordens is" där böter för sår utdöms på tinget. I *Gisla Saga Styrssonar* 1990, s. 74 blir någon tilldömd *full mansbot* för sår.

83. Hasselberg 1953; Sjöholm 1988; Hassan Jansson 2006; Ekholst 2009.

Jag har i mitt arbete primärt använt mig av rättshistorikern Åke Holmbäcks och språkvetaren Elias Wesséns utgåvor. Senare tids landskapslagsforskare har uttryckt invändningar mot vissa av deras tolkningar.⁸⁴ Då mitt syfte inte är att studera lagarna på detaljerad språklig, filologisk eller rättshistorisk nivå, anser jag emellertid att Holmbäcks och Wesséns väl genomarbetade utgåvor med dessas omfattande notapparater utgör ett bra basunderlag för min studie. Ibland har det varit motiverat att studera den fornsvenska terminologin för olika företeelser. Detta har då gjorts utifrån Holmbäcks och Wesséns notapparat samt juristen och laghistorikern Carl Johan Schlyters (tillsammans med Hans Samuel Collin) utgåvor av lagarna och hans ordböcker till dessa.⁸⁵ Schlyter har i sin ordlista till de medeltida lagarna även härlett och kartlagt de begrepp som förekommer för olika typer av sår och skador, vilket varit användbart.

VADSTENADIARIET

Vadstenadiariet från Vadstena kloster utgörs av löpande anteckningar om viktiga händelser som rörde klostret och dess omvärld mellan åren 1344 och 1545. Diariet berör alltså perioden mellan sagorna, Saxo och lagarna respektive Olaus Magnus historieverk. Diariet är i denna studie intressant inte minst för att sjukdom och dödsfall har noterats för klosterfolket. Uppgifter om sjukdomar och dödsorsaker för klosterinvånarna är i stort sett lika frekventa under hela den tvåhundraåriga tidsperiod, under vilket diariet fördes. Dödsfall noteras i de flesta fall utan närmare upplysningar om dödsorsak eller föregående sjukdom, men i en dryg femtedel av fallen finns upplysningar om sådant. Det rör sig i genomsnitt om någon notering vart eller vartannat år. Sjukdomar och olyckor nämns dock inte endast i samband med dödsfall utan även om de föranledde att någon avgick från sitt ämbete eller på annat sätt inte kunde fullfölja sina eventuella högre åtaganden eller förtroendeuppdrag. Sammanlagt finns det runt 70 olika noteringar som är av intresse att granska med avseende på sjukdomsförståelse och kroppsideal.

Diariet var en minnesbok för hela klostret, men det var endast bröderna inom klausuren som stod för diarieföringen. Översättaren Claes Gejrot menar att diarieföringen av händelser som rörde bröderna därför blev noggrannare än noteringarna om sådant som rörde systrarna och att ”en ganska naturlig obalans mellan de två klosterdelarna” blev följd. Jag menar emellertid att det inte finns något stöd för ett sådant antagande när det gäller kvantitativa skillnader. Den snarare mycket goda balansen när det gäller beskrivningar av sjukdomsförlopp och antalet noteringar av dödsfall i relation till antalet kvinnliga och manliga klostermedlemmar motsäger det. Noteringarna från den manliga klosterdelen är i vissa fall möjligen mer detaljerade

84. T.ex. Ekholst 2009, s. 43.

85. Schlyter 1827–1877.

och mer direkta än angående de kvinnliga klosterinvånarna, men generellt sett är notiserna om kvinnliga dödsfall och sjukdomar väl så noggranna. Däremot föreligger vissa kvalitativa skillnader kring *vad* som noterades och med vilka *värderande* uttryck; något jag återkommer till i kapitel 4.4.3.

ÖVRIGT SKRIFTLIGT MATERIAL

Förutom de här ovan nämnda skriftliga materialen använder jag mig av uppgifter från tänkeböcker och tomtförteckningar i publicerad form. Tillsammans med den materiella kulturen och sagorna, krönikorna, lagarna och diariet används dessa för att anlägga ett fördjupande perspektiv och för att förtäta berättelsen. Kombinationen av skriftliga material kan tyckas spridd och heterogen. Det som emellertid håller dem väl samman och får dem att fungera ihop är det sätt att se på förhållandet mellan materialitet och text, respektive på de olika materialens sociokulturella historiska källvärden, som diskuterats tidigare.



3. Medicinska kulturer och kulturmöten

Medeltiden och renässansen i det studerade geografiska området kännetecknades inte av en homogen kultur, utan av en ganska öppen kultur, där olika traditioner påverkade varandra. Inte heller den medeltida läkekonsten var ett enhetligt fenomen, utan rymde variationer med avseende på såväl förståelse och teoretisk eller abstrakt grund som praktisk handling. Den framstår emellertid inte som en helt strukturlös uppsättning av individuella kunskaper, utan som flera mer eller mindre tydligt urskiljbara traditioner. En individ inhämtar sina kunskaper inom en sociokulturell kontext (t.ex. geografisk i form av en tätbefolkad trakt eller en urban ort, eller ideologisk, i form av en klosterorden), vilken främjar vissa former av kontakter och kommunikationer mer än andra. De individer som inhämtar sina kunskaper inom samma sociokulturella sammanhang kommer därigenom att ha kunskaper som är mer lika i förhållande till varandra än i förhållande till individers kunskaper formade i andra sammanhang. Ju tätare och mer slutet ett sociokulturellt sammanhang är, desto mer lika och desto närmare besläktade kommer individernas kunskaper att vara och desto mer kommer de förmodligen att skilja sig från individers utanför detta. När det gäller läkekonsten kan man kalla dessa olika ramverk av förståelse och praktik för *medicinska kulturer*.

Begreppet *medicinsk kultur* har använts inom antropologisk, medicinhistorisk och idéhistorisk forskning och speglar uppfattningen att ett samhälles alla hälsovårdsaktiviteter bör förstås och studeras som helhet, i dess sociala kontext och som kulturella system.¹ Ett samhälle kan rymma flera olika, mer eller mindre överlappande medicinska kulturer. Medicinhistorikern Motzi Eklöf diskuterar till exempel *Folklig medicin och vardagsmedicin*, *Konventionell medicin* och *Alternativ medicin* vid förra sekelskiftet och hur dessa olika *medicinska kulturer* förhöll sig till varandra.² En medicinsk kultur ska här inte förstås som en homogen företeelse, utan endast som ett *relativt* homogent komplex av idégoods, värderingar, kunskap, praktik och tillhörande materiell kultur. En medicinsk kultur blir urskiljbar för oss där olika iakttagbara uttryck för den löper samman och förtydligar varandra.

Men medeltidens medicinska kulturer var inte uppdelade i helt separerade läkekonster, utan de påverkade varandra i högre eller lägre grad. Även om sociala strukturer visserligen styr och kanaliserar idéflöden, är en gränsdragning mellan kulturer, mentaliteter eller idéflöden alltid i viss mening artificiell, eftersom olika medicinska

1. Eklöf 2008, s. 216.

2. Ibid., s. 216ff.

kulturer företräds av de människor som praktiserar eller erkänner dem. Eftersom människor interagerar och utbyter kunskaper och idéer, flätas även olika tankegods samman. En medicinsk kultur var därför inte heller statisk, utan kunde i olika grad omförhandlas och omformas i relation till andra läkekonster eller medicinska kulturer, beroende på dess receptivitet och det omgivande samhällets förändring i övrigt. Flera olika medicinska kulturer kan mycket väl existera samtidigt inom ett samhälle, parallellt eller i samspel med varandra. De kan då kollidera med varandra, men olika inriktningar eller förklaringsmodeller kan också komplettera varandra och svara mot olika behov. En grupp eller en individ kan ha tilltro till flera olika medicinska kulturer samtidigt, utan att uppleva att dessa är varandra motstridiga. Oavsett vilket, är det troligt – ja, sannolikt – att de med tiden kommer att påverka varandra på olika sätt.

I det här sammanhanget ska begreppet *medicinsk kultur* alltså inte förstås som något i realiteten tydligt avgränsbart och statiskt, utan snarare som något relativt homogent, men samtidigt dynamiskt. I viss mening är begreppet därför en abstraktion, ett analytiskt hjälpmedel, samtidigt som det inkluderar reella grader av olikheter i det som studeras.

Inom mycken forskning kring järnålderns och medeltidens läkekonst finns, som redan berörts, tendenser till romanisering. I en tolkningstradition med ett sådant normativt underliggande förgivettagande, uppfattas den romerska kulturen som överlägsen, så att den icke-romerska kan antas ha eftersträvat att likna den romerska. Ett sådant forskningsperspektiv har inte bara gällt forskning om den romerska kulturens samtid, utan även medeltidsforskningen. Det har inte heller gällt endast för de före detta romerska provinserna, utan även för områden utanför dessa, däribland för Norden. De teoretiska implikationer som det medför har problematiserats och med enfaz kritiserats de senaste decennierna.³ Arkeologen Jane Webster föreslog för ett drygt decennium sedan att det var mer relevant att tala om kreolisering och möjligen synkretisering; begrepp som hon menar erkänner en större komplexitet i kulturmöten.⁴ Kulturmöten präglas av förhandlingar och asymmetriska maktrelationer, där flera agerande parter agens på olika sätt påverkar om och hur element från olika kulturer anammas och blandas, eller inte. En kreoliseringsprocess innebär, till skillnad från romanisering, inte ett överförande av en kultur till en annan som mer eller mindre passivt upptar eller anammar den. Istället blir resultatet av kulturmötet genom kreoliseringsprocessen en *ny* och *egen* kultur, med inslag av båda (eller alla) de kulturer som möts. Dessa inslag, i form av exempelvis värderingar, trossatser, praktik eller materiell kultur, kan få helt eller delvis nya konnotationer och/eller funktioner genom processen.

Man skulle även kunna använda begreppet hybridisering för att beteckna denna

3. T.ex. Laurence 2001 med repliker.

4. Webster 2001.

kulturmötesprocess som resulterar i något nytt och eget. Vilket begrepp som bör användas har diskuterats inom många områden av humaniora, bland annat inom arkeologierna och andra discipliner som intresserar sig för kulturmöten och identiteter. Diskussionen har rymt många ståndpunkter och glidningar i definitioner av begreppen. Ibland har en kanske onödigt skarp polarisering uppstått. Därför är det viktigt att själv klargöra vad man avser i ett specifikt sammanhang.⁵

Begreppen är emellertid, så som jag uppfattar dem, inte helt synonyma. Begreppet kreolisering är ursprungligen hämtat ur ett kolonialt begrepp för omflyttningen av människor, där dessa skars av från sina tidigare kulturella (och etniska) rötter och hamnade i ett maktunderläge. Kreoliseringsprocessen innebär skapandet av något dynamiskt, som fortsätter förändras och där den mänskliga agensen därför är central. Begreppet kreoliserings innebörd av rotlöshet eller förflyttning, så att kulturella element inte befinner sig i sin ursprungliga miljö (sin geografiska eller sociokulturella kontext), innebär bland annat att den materiella kulturen omförhandlas genom kreoliseringsprocessen, så att den får nya innebörder och tillskrivs nya värden. Hybridisering är ursprungligen ett biologiskt begrepp. Det betecknar artkorsning, med en ny art som resultat, vilken visserligen biologiskt sett är steril men symboliskt sett fortfarande på rot. Man kan även säga att en hybridisering i högre grad innebär en syntes av moderkulturerna på jämbördiga villkor, där inte samma hierarkiska spänning råder som inom en kreolkultur, men även begreppet hybridisering har en historia inom studier av kolonialism.⁶

Jag avser inte att driva diskussionen om hybridisering kontra kreolisering vidare, utan menar att vilket av de båda begreppen som bäst speglar de kulturella influenserna och förändringarna inom läkekonsten under den studerade perioden delvis beror på vilken förändring eller vilket möte mellan värderingar och idéer man avser. Religionens inverkan på och symbios med tankarna kring läkande förefaller exempelvis ha haft lång kontinuitet bakåt i tiden. Religion var dessutom något som i mycket hög grad genomsyrade hela det förmedeltida och medeltida samhället. Införandet av nya kristna idéer och dessas inverkan på läkekonsten kan därför, menar jag, i hög grad förstås som en hybridiseringsprocess, där resultatet var en läkekonst som bestod både av profana metoder och religiösa/kristna idéer som samspelade. Den nordiska läkekonstens upptagande av den humoralpatologiska behandlingsmetoden åderlåtning, å andra sidan, kan förstås som resultatet av en kreoliseringsprocess. Praktiken att åderlåta förefaller nämligen ha fått en ny och annorlunda innebörd som folklig praktik i det medeltida och renässanstida Norden än den hade inom lärd antik grekisk och romersk läkekonst respektive inom medeltida lärd monastisk och skolastisk

5. Jfr Hylland Eriksen 2007; Roslund *in press*.

6. Hylland Eriksen 2007, s. 172f.; Cohen & Toninato 2010a, s. 14; Cohen & Toninato 2010b, s. 243; Hall 2010, s. 29.

tradition. Den förefaller åtminstone delvis ha frikopplats från sina idémässiga rötter; något som jag kommer att återkomma till i slutet av avhandlingen.

En kreoliserings- eller hybridiseringsprocess medför att man inte kan förutsätta att ett system av förståelser, värderingar och tillhörande materiell kultur adopteras intakt. I själva verket är det sällan eller aldrig fallet. Det måste finnas en motivation hos den mottagande parten att ta till sig ett idémässigt eller materiellt kulturdrag för att så ska ske, och om så görs tillskrivs dessa (ny) mening av den mottagande parten. När en företeelse eller ett element från en kultur upptas av en annan kultur eller en grupp i ett samhälle, så görs det alltså för att det svarar mot något slags behov. Samtidigt omförhandlas elementet i fråga och tillskrivs en ny sociokulturellt kontextberoende mening, vilken kan ligga nära den ursprungliga meningen, men också skilja sig väsentligt från den. Sådana kulturmöten pågår ständigt, i större eller mindre skala, där människor med olika bakgrunder och erfarenheter möts och utbyter idéer. En kultur är därför aldrig statisk eller homogen. Den kan emellertid, åtminstone som teoretisk konstruktion, urskiljas som en *relativt sett* homogen uppsättning av värderingar och uttryck.

De dynamiska komplex som de medicinska kulturerna under medeltiden och renässansen utgjorde är i den materiella och skriftliga kulturen urskiljbara genom sin terminologi och sin praktik. Där blir det möjligt att följa hur olika medicinska kulturer formades och förändrades, och det är det som är föremål för denna studie. Innan jag kommer in på undersökningens kärnområde vill jag emellertid ge en kortare överblick över de olika medicinska kulturer som kan urskiljas före eller utanför det kronologiska och geografiska sammanhang som står i fokus. Jag har valt att försöka fånga dem inom ramarna för tre olika medicinska kulturer, nämligen *Läkekonst i Sverige under yngre järnålder* och *Den skolastiska, universitetsbaserade läkekonsten och dess rötter* samt *Kyrkan och läkekonsten*. Dessa tre är min kategorisering och indelning av mycket komplexa flöden av idéer och praktiker och utgör mitt försök att på ett begripligt och överskådligt vis återge en historisk verklighet som egentligen inte lät sig uppdelas så enkelt.

De tre beskrivna medicinska kulturerna möttes, blandades och påverkade varandra under loppet av den studerade perioden och bidrog till att forma de läkekonster som kan urskiljas i Sverige under medeltiden och renässansen. Då de alla är mycket komplexa är det inte möjligt att ge en heltäckande beskrivning av dem inom dessa ramar. Det är inte heller min ambition. Däremot vill jag ge läsaren en kortfattad bakgrund till de olika medicinska kulturer som påverkade läkekonsten i det studerade området under loppet av medeltiden och renässansen.

3.1. Läkekonst i Norden under yngre järnålder

Vilken eller vilka läkekonster som praktiserades i Norden under yngre järnålder är relativt okänt. Det är troligt att läkekonsten var heterogen och präglades av olika lokala praktiker. Erfarenhetsgrundad kunskap kan förmodas ha varit en viktig del, liksom tilltro till magiska väsen och magi.⁷ Den verkar ha haft inslag av såväl örtkunskap, sårvård och kirurgi som av runmagi och galdrar. Det framgår av både de äldre (eller arkaiserande) delarna av sagalitteraturen och av skriftliga fragment av runor på olika föremål. Det är emellertid svårt att veta hur allmängiltigt eller unikt det vi kan urskilja i olika källmaterial egentligen var. Den korta överblick jag ger här blir därför också med nödvändighet fragmentarisk.

Det är möjligt att gränsen mellan preventiv och behandlande vård var flytande, på samma sätt som den var under antiken och medeltiden. Därför är det ibland svårt att säga vad viss utrustning använts till; hygien eller läkekonst. I kapitel 2 diskuterade jag pincetter och små skedinstrument och hur dessa använts inom båda dessa fält. Så var det förmodligen även under järnåldern. Pincetter, små skedinstrument (oftast silskedar) och små stickor i kopparlegering, sammanfästa i små knippen på en ring, har ofta tolkats som utrustning för den personliga hygien, men de har alltså förmodligen även använts för sårvård och liknande. Så kan det ha varit sedan länge, vilket en uppsättning föremål med pincett, sticka, rakkniv och liten skalpell från Halland, tyder på.⁸

Det är troligt att växter spelade en viktig roll i medicineringen. Precis som under medeltiden verkar lök ha varit en av de främsta läkeväxterna och ha använts både för att förtära, för att applicera på kroppen och som magisk substans. Till och med själva ordet för lök, *laukR*, tillskrevs en skyddande verkan och förekommer inristat på brakteater och andra föremål från järnåldern.⁹ På en benskrapskniv från Hordaland i Norge, daterad till cirka 350 e.v.t., förekommer ordet för lök i ordkombinationen ”*līna laukaR F[EHU]*”, uttolkat som ”*Lin/ne och lök. Äger*”.¹⁰ Från Fløksand i Nordhordland, också i Norge, finns en liknande runinskrift som lyder ”*lina laukaR alu*”, vilket översatts med ”*lin, lök, värn*”, det vill säga skydd.¹¹ Kombinationen med ordet lin är intressant, eftersom det antyder att löken användes vid behandling av sår, skador och sjukdomar som krävde medicinering och förband. Det gjorde det även under medeltiden, som vi ska se. Den allittererande ordkombinationen lin-lök, som uppenbarligen uppfattades som mycket kraftfull, kan jämföras med de medeltida ”*bast oc band*” (örtbast och förband) och ”*lin ok læki. Spik ok spier*” (lin/ne och läkare, bal-

7. T.ex. Grette Asmundssons *Saga* 1990, s. 293, 296.

8. Det så kallade Sägstugefyndet från en gravhög från bronsålder utanför Laholm, HM 24.806.

9. Andrén 1991, s. 248ff.; McKinnell et al. 2004, s. 97ff.

10. Kniven är funnen i en kremeringsgrav som tolkats som kvinnlig.

11. Reichborn-Kjennerud 1928, s. 119.

sam och bindel); uttryck som återkommer i många landskapslagar.¹² Samtidigt återfinns vi kombinationen lin och lök i berättelsen om *Völsetåten*, *Völsta þáttr*, det vill säga hingstlemmen som lindades i lin och lök och som skulle skydda gårdens folk från ont och som nämns i *Flateyjarbók*.¹³ Att magiskt tänkande och praktiskt läkande här är idémässigt integrerade förefaller uppenbart och vore intressant att studera närmare.

Det är svårt att veta i vilken utsträckning man utförde kirurgiska ingrepp utöver behandling av skador. Det förefaller emellertid troligt att man (åtminstone i elitära miljöer) utförde vissa mindre ingrepp. Dessa aktiviteter verkar ha haft en viss kultisk platsanknytning. Man har exempelvis påträffat skalpeller, kirurgiska låsbara pincetter, en sond och möjligen ett trepanationsinstrument i och invid konstruktioner som har tolkats som kultiska anläggningar på flera håll.¹⁴ Skalpellererna i fråga är som regel små och fina, med raka egg. *Vad* som har opererats vet vi dock inte. Vi vet inte heller med säkerhet om ingreppen varit medicinskt eller religiöst motiverade. Rent hypotetiskt skulle man kunna tänka sig att instrumenten använts i någon form av initiationsriter, men lika troligt är att de använts av medicinska skäl, vid ingrepp utförda i de beskyddande gudarnas närvaro. Det kan ha rört sig om behandling av hudåkommor och skador eller avlägsnande av tumörer, men kring detta kan vi enbart spekulera.

Trepanationsinstrument med antika formförebilder är, förutom ett enstaka exemplar från Uppåkra, även påträffade i mossofferfynd i Illerup Ådal i Danmark.¹⁵ Det är emellertid svårt att veta vad mossofferfynden säger om praktik på platsen, eftersom de också kan tolkas som krigsbytesoffer. I vilken grad trepanering praktiserades i Norden under yngre järnåldern är därför oklart.¹⁶ Det förefaller inte ha varit en medicinskt tillräckligt väletablerad praktik för att överleva in i medeltiden, då det var ovanligt.

De kirurgiska instrument som påträffats i nordiska yngre järnålderskontexter är mycket intressanta, inte bara för att de indikerar en viss praktik under denna tid, utan också för att de illustrerar en diskontinuitet i bruket av sådana föremål. Jag har i kapitel 2.1.2. diskuterat sonder; en instrumentform med antika rötter, vilken under medeltiden i nuvarande Sverige endast användes i klostermiljöer. En skedsond finns emellertid även från det förkristna Uppåkra. Denna är mig veterligen den enda i sitt slag från denna period, men jag menar att det är troligt att de redan nämnda små

12. SkL 112: "Vállar någon, att bast och band lägges på annan man" (Holmbäck & Wessén 1979b); Collin & Schlyter: Codex Iuris Scanici 109 "Ráper man bast oc band ofna annen"; ÖgL V VI.

13. Ström 1954, s. 22.

14. På Helgö: Zachrisson 2004, 368ff.; I Uppåkra: Frölich 2006; 2010, fig. 1–3, 9, 12, 17, 26; samt ytterligare ett par (ID 209839, fnr 9543 påträffad 2007 samt ID 213849 fnr 13286 påträffad 2011 (Söderberg & Piltz Williams 2012, s. 25 samt e-postkorrespondens med Bengt Söderberg 2012-08); I Säby i Närke: Graner, Knabe och Thorsberg 2008, s. 53f.

15. Frölich 2003; 2004, s. 51ff.

16. I sin inventering från av skandinaviska fall noterar Jennbert (1991, s. 363ff.) relativt många möjliga trepanationsfall från järnåldern, men någon kvantitativ bedömning är svår att göra.

skedarna i knippena med pincetter och stickor (ibland slentrianmässigt identifierade som örslevar) kunde ha en liknande funktion. I övrigt verkar inte den medicinska materiella kultur som identifierats i enstaka kultiskt färgade elitära miljöer under yngre järnåldern ha fått en mer omfattande spridning i dåtidens samhälle.

Det visar att en materiell kultur kan importeras och/eller anammas vid olika tidpunkter och i sociokulturella miljöer av mycket olikartade slag; i detta fall dels genom den absoluta samhällselitens direkta eller indirekta kontakter med den romerska kultursfären under yngre järnåldern, dels genom klosterexpansionen under den tidiga medeltiden. Hur mycket de medföljande praktikerna och föreställningarna liknar varandra eller skiljer sig åt sinsemellan är svårt att säga och det är vanskligt att förutsätta att de skulle vara identiska. Om en nyadopterad materiell kultur och en praktik inte får vidare spridning och fäste inom sin nya sociokulturella kontext kan det tolkas som att motivationen för dess mottagande, inkorporerande och vidarespridning i samhället inte varit särskilt stark. Det är då troligt att de betydelser den tillmätts har varierat mellan olika tider och olika sociokulturella sammanhang. Jag har redan hänvisat till Patricia Anne Bakers och andra forskares resonemang om hur vi kan förstå romerska medicinska instrument som påträffas i de före detta romerska provinserna (och – för Nordens del – där bortom), och vikten av att inte okritiskt tillskriva dem innebörder hämtade i andra sociokulturella sammanhang.¹⁷ Uppåkrasonden får på detta vis tjäna som illustrerande exempel på komplexiteten i kulturmöten och svårigheterna att säkerställa samband mellan materiell kultur, förståelse och praktik.

3.2. Den skolastiska, universitetsbaserade läkekonsten och dess rötter

Den medeltida lärda medicinen i Europa utgick i hög grad från framför allt den antika grekiska, men även den romerska och den kronologiskt därpå följande arabiska läkekonsten, samt i viss mån den bysantinska. Dessa arv tolkades och omtolkades inom skolastiken (av lat. *scholasticus*, av grek. *scholastikos* ”person som ägnar sin lediga tid åt studier”) som praktiserades vid de europeiska universiteten.¹⁸

3.2.1. Rötter i Grekland och Rom samt den arabiskspråkiga kultursfären

Den antika läkekonsten var i sig ytterligt heterogen, vilket det är viktigt att vara medveten om, inte minst i relation till problematiken som diskuteras ovan om kulturmötens komplexitet.¹⁹ Många olika skolor (som regel familjetraditioner eller mästartraditioner) fanns parallellt och dessa kunde ibland stå i skarp polemik med varandra.

17. Kap. 3.

18. Jacquart 1998, s. 223.

19. Baker 2002, s. 16–23.

Den grekiska medicinen hade visserligen betydande inslag av rituell tempelmedicin och folklig magi, men hade även en lång tradition av rationellt synsätt, utvecklat inte minst i Alexandria.²⁰ Redan under 400-talet f.v.t. fanns i Grekland en uppfattning att de vitala inre organen var bärare av olika egenskaper. Lungorna var hemvissten inte bara för andningen, utan även för talet, tanken och känslorna, som hörde samman i medvetandet. Tanke och känsla knöts även till hjärtat och till blodets andning (blod-ången; *thūmus*). Levern, vilken producerade galla, var organet för de mest smärtsamma känslorna och magen (inålvorna; *gastēr*) för aptit, kärlek och sexualitet.²¹ Under 300-talet f.v.t. var uppfattningen att sjukdomar berodde på obalans i kroppen mellan olika "element" mycket spridd.²² Tankarna var hämtade från den pytagoreiska läran om världens uppbyggnad kring de fyra elementen jord, vatten, eld och luft, de fyra väderstrecken, årstiderna, himlakroppar, metaller, med flera fyrfaldiga faktorer.

Den grekiske läkaren Hippokrates (född ca 460, död ca 370 f.v.t.) kom från en aristokratisk familj med en lång rad av framstående läkare.²³ Han och skolan kring honom var ivriga förespråkare av läran om sjukdom som ett resultat av naturliga orsaker (snarare än exempelvis demoner). Framför allt uppfattades slem och galla som kritiska vätskor, vilka behövde vara i balans i kroppen. Senare tillkom blod och svart galla (till skillnad från gul, men som egentligen inte finns) som viktiga vätskor, och därmed kunde man utveckla de pytagoreiska tankarna om balansen kring fyrtalet, med avseende på kroppens vätskor, vilka menades påverka hälsan. Även yttre faktorer, som värme och kyla, torrhet och fukt, uppfattades som betydelsefulla.²⁴

Under romarrikets tid togs den grekiska medicinen upp tillsammans med annat lärt tankegods, och duktiga grekiska läkare kunde nå stor framgång i Rom. Galenos (född ca 129, död 199 eller 216 e.v.t.) var en av dessa grekiska läkare verksamma i Rom. Redan under sin livstid nådde han stor berömmelse. Han var en beundrare av Hippokrates och vidareutvecklade dennes tankegångar.²⁵ Han menade att de yttre faktorerna kunde regleras genom exempelvis diet, motion och reglerande behandlingar. Detta gjordes med utgångspunkt i den enskilde individens personliga konstitution, vilken i sin tur var beroende av astronomiska konstellationer vid födelsen, av ålder, kön och olika levnadsomständigheter. Således skulle varje individ äta, dricka, motionera, vila, och så vidare, på ett sätt som passade just hans eller hennes konstitution. Detta gav individen ett stort personligt ansvar för den egna mentala och fysiska hälsan.

20. Scarborough 1969, s. 30ff.

21. Strathern 1999, s. 44ff.

22. Nutton 2004, s. 45f.

23. Jouanna 1998, s. 22, 25.

24. Nutton 2004, s. 77ff.

25. Holmes 2010, s. 100f.

Skulle sjukdom inträda, berodde det på rubbad balans, varför det gällde att återställa den. Purgering (rening) genom exempelvis kräkning eller laxering var exempel på mer drastiska metoder för detta. Åderlåtning likaså, vilket var en metod som även reglerade kroppens fuktighet, och som Galenos var en stark förespråkare av.²⁶ Svettningar eller avkylande behandlingar var andra exempel. Galenos var även en framstående anatom, och de kunskaper han vann genom dissektioner och vivisektioner (det senare främst av djur), kom att i hög grad bli den anatomiska kunskap som västerländsk läkekonst baserade sin verksamhet på under medeltiden, fram tills renässansens högre värdering av att göra egna anatomiska observationer.²⁷ Galenos var också en driven kirurg och gjorde många skarpsynta anatomiska observationer. Hans kirurgiska och anatomiska texter var i hög grad bortglömda under medeltiden. De översattes inte och de fick därigenom mycket begränsat inflytande på den medeltida kirurgin.²⁸

En vanligt framförd uppfattning inom forskning kring romersk läkekonst var tidigare att den romerska armén hade en väl utvecklad kår av läkare som följde denna och tog hand om de sårade. Att så var fallet ifrågasattes dock redan i slutet av 1960-talet av historikern John Scarborough, som menade att de sårade framför allt tog hand om varandra. Generaler och andra i högre positioner kunde ha sin egen personlige livläkare, men i övrigt var det vanliga soldater som genom praktisk erfarenhet blev *medici*. Scarborough lutar sig mot uppgifter från Cicero. Soldaterna fick emellertid med tiden omfattande erfarenheter i att ta hand om sår och skador och ofta även kunskaper i anatomi.²⁹ Denna situation har mycket stora likheter med den tidig-medeltida nordiska, som vi ska se.

Efter romarrikets fall förvaltades och vidareutvecklades de antika idéerna inom den arabiska världen, där de även blandades med idéer från den omfattande och i sig heterogena arabiska kultursfären och kulturer i dennas randområden.³⁰ Under flera hundra år efter romarrikets kollaps var det antika arvet fortsatt alltså mycket heterogent, men under 1000–1100-talet skedde en insnävning och homogenisering genom att västerländsk medicin i allt högre grad kom att utgå ifrån Galenos och Aristoteles idéer.³¹ Till stor del berodde det på att arabisktalande läkare och lärde, inte minst Constantinus Africanus, översatte dessas verk, vilka man hade fortsatt att studera i bland annat Alexandria, från arabiska till latin.³² På så vis fördes detta kunskapsarv

26. Nutton 2004, s. 237ff.

27. Ibid., s. 230ff.

28. Nutton 1985, s. 78.

29. Scarborough 1969, s. 67ff.

30. Pormann & Savage-Smith 2007, s. 9ff., 24ff.

31. Jacquart 1998, s. 198ff.; Holmes 2010, s. 103.

32. Jacquart 1998, s. 198ff. Han levde 1017–1087 e.v.t., född i Kartago, sedermera munk i Monte Casino söder om Rom.

vidare till den latinspråkiga lärda västerländska världen. Även Ibn Sina (Avicenna), en arabisk läkare verksam under 1000-talet, kom att få stort inflytande både i sin samtid och under lång tid framöver, inte minst när det gällde hälsoregler och behandlingsmetoder.³³ Även inom den bysantinska läkekonsten hade det antika, främst grekiska, arvet levt kvar. Galenos var i själva verket från Pergamon (på turkiska *Bargama*) i Anatolien, då grekiskt. Inom den bysantinska kulturen fanns inte minst en framgångsrik praktisk organisation av läkekonsten, i form av exempelvis sjukhus, vilka ofta anlades i anslutning till kloster, från 300-talet och framåt.³⁴

3.2.2. Den salernitanska skolan

Under 1000- och 1100-talet var Salerno berömt för sina skickliga läkare och sin framstående medicinska utbildning, även om nyare forskning ifrågasätter hur pass formaliserad utbildningen var.³⁵ Den salernitanska skolan betonade en praktiskt tillämpad skicklighet, även om man under 1100-talet också blev mer teoretisk.³⁶ Inte minst var man framstående inom kirurgi, och det var i Salerno som dissektioner återinfördes i den medicinska undervisningen. Från och med 1100-talet användes framför allt grisar. Humandissektioner tros ha börjat utföras först under slutet av 1200-talet; en praktik som annars inte förekommit sedan antiken.³⁷

I Salerno vidareutvecklades inte bara kirurgiska metoder, utan också olika hälsoregler för hur man bäst borde äta, röra sig och på andra sätt sköta kroppen i relation till den personliga konstitutionen. Grundförståelsen av kroppen och vad som krävdes för att den skulle förbli frisk utgick från den galenska medicinens principer.³⁸ En viktig del av detta var de antika föreställningarna om människokroppen som ett mikrokosmos, enligt ett liknande balanssystem som styrde hela kosmos, som började ta form redan under 400-talet f.v.t. Det skedde bland annat inom den hippokratiska skolan som senare vidareutvecklades av bland andra Galenos. Läran kom att sammanfattas i humoralpatologin. Denna balanslära om den mänskliga kroppen inkluderade det man uppfattade som de fyra huvudsakliga kroppsvätskor som redan nämnts, nämligen blod, slem, gul galla och svart galla (*sanguis*, *flegma*, *kolia* eller *koleria* samt *melankolia*). Dessa fyra kroppsvätskor hade en ideal sammansättning som var individuell och som predisponerade en persons karaktär och fysiska behov. *Sanguiniker*, *flegmatiker*,

33. Siraisi 1997, s. 13, 47.

34. Runciman 1975, s. 237; Mitchell 2004, s. 48.

35. Siraisi 1990, s. 57; French 2003, s. 72.

36. Schmitt 1985, s. 3; Siraisi 1990:13, 57f.; French 2003, s. 74.

37. Siraisi 1990, s. 86.

38. Jacquart 2010, s. 207.

koleriker och *melankoliker* är än idag välkända begrepp för olika personlighetstyper. Läran har utifrån tankarna kring de fyra kardinalvätskornas balans fått benämningen *humoralpatologi*, av latinets *humor*, vätska. Blodet uppfattades som den grundläggande och mest livsviktiga kroppsvätskan. Såväl de tre andra vätskorna som alla andra kroppsvätskor, såsom modersmjölk, tårvätska och den manliga säden, menade man kunde härledas ur grundvätskan blod.³⁹

Det humoralpatologiska systemet inkluderade även människans åldrar och kön. Mycket förenklat kan man säga att den gamla människan ofta uppfattades som torrare och kallare till sin konstitution än ungdomen. Mannen uppfattades som i högre grad varm, torr, intellektuell och kulturnära medan kvinnan uppfattades som i högre grad kall, fuktig, fysisk och naturnära. Det varma och torra – det vill säga det manliga – uppfattades generellt som mer livskraftigt och hälsosamt, men de manliga och de kvinnliga egenskaperna menades också balansera varandra.

3.2.3. De europeiska universiteten

Den läkekonst som undervisades i Salerno var, som nämnts, i hög grad praktiskt inriktad, men det finns forskare som menar att det sätt på vilket ämnet studerades och undervisades där ändå kom att få betydelse för medicinens upptagande som universitetsämne.⁴⁰ Under 1200-talet började ämnet att så smått undervisas vid universiteten i Montpellier (från 1220-talet; redan tidigare kan här ha förekommit medicinsk undervisning i privat regi), Paris (möjligen från 1250-talet) och Bologna (från 1260-talet). Det rörde sig dock inledningsvis om små miljöer med endast enstaka studenter, varav de flesta i första hand studerade teologi eller juridik.⁴¹

Medicin inordnades från början under naturkunskaper (*physica*), tillsammans med meteorkunskap och naturvetenskap i snävare bemärkelse. Medicin betraktades då som en självständig vetenskap, baserad på logisk reflektion och förnuft. I och med att medicin upptogs som universitetsämne så anammade ämnet även den undervisningsform som praktiserades där. Mästare undervisade genom att läsa högt ur auktoriserade texter och dela upp dessa i *puncta* (punkter) som sedan kunde diskuteras och analyseras. Den skolastiska exercisen var ett sätt att träna sig i logiskt resonemang och argumentationsteknik ("vetenskapligt tänkande"), men var även en viktig memoreringsteknik i en tid då man inte hade personlig tillgång till böcker.⁴² Inom den skolastiska medicinen fanns stora spänningar, inte minst angående Aristoteles kontra

39. Bynum 1991, s. 87.

40. Jacquart 1998, s. 205.

41. Jacquart 1998, s. 210; O'Boyle 1998, s. 19.

42. Jacquart 1998, s. 210.

Galenos skilda uppfattningar om människokroppens anatomi och den roll de olika organen spelade i kroppen. Redan på Galenos tid hade detta varit ämne för debatt och det debatterades fortsatt intensivt under decennierna kring sekelskiftet 1200–1300.⁴³ Det teoretiska resonerandet var alltså fundamentalt för den skolastiska medicinen.

Historikern Danielle Jacquart menar emellertid att universitetsmedicinen inte enbart var teoretiskt inriktad. Snarare brottades den ständigt med att få det som debatterades på detta sätt att passa ihop med läkekonstens mer operativa eller praktiska sida. Jacquart menar att ”[a]t the heart of the debate lay the respective roles played by reason and experience, a fundamental problem that did not escape the notice of scholastics”.⁴⁴ Från och med 1200-talets senare del blev nedtecknandet av verkliga fall (cases), vilka diskuterades och analyserades, allt vanligare vid universitetet i Bologna, vilket kan ses som ett uttryck för denna vilja till praktisk anknytning.⁴⁵ Jacquart menar att den medicinska praktiken förvisso påverkades av de teoretiska resonemangen, men att dessa med nödvändighet också måste grundas på och därför var beroende av den praktiska tillämpningen.⁴⁶ Under 1400-talet blev John av Ardernes (1307–1392) framställningar av verkliga fall (inte minst av operation av analfistlar) berömda och vissa forskare vill mena att hans verk och illustrationer är de första som kan sägas bygga på verkliga praktiska situationer.⁴⁷

Under 1300- och 1400-talet grundades ett flertal universitet även i norra Europa. Universitetet i Prag (grundat 1348) var det första i den germanska världen och under 1400-talet följde flera tyska universitet. Det första svenska universitetet grundades i Uppsala år 1477, men där bedrevs inte någon utbildning i medicin förrän på 1600-talet. I Köpenhamn kunde man dock ta betyg i medicin redan från det att universitet grundades år 1479.⁴⁸ Många gånger var företrädarna för ämnet medicin vid de nordeuropeiska universiteten, liksom de inledningsvis varit vid de sydeuropeiska, mycket få, och det är svårt att tala om fakulteter eller miljöer.⁴⁹ Detta är viktigt att komma ihåg när man diskuterar universitetens eventuella påverkan på den nordiska läkekonsten under den här tiden. De flesta av samhällets välbeställda söner från nordiska länder som skickades till europeiska universitet studerade teologi och möjligen juridik.⁵⁰ I slutet av 1500-talet studerade endast cirka 3 % av danska studenter utom-

43. Ibid., s. 216.

44. Ibid., s. 210, även s. 221.

45. Ibid., s. 231.

46. Ibid., s. 229.

47. Grmek 1998, s. 290.

48. Møller-Christensen 1944, s. 84.

49. Gottfried 1986, s. 12; Nutton 1998, s. 86ff.; Ambjörnsson 2002, s. 221.

50. Lindroth 1997, s. 55ff., 119ff.

lands medicin. Antalsmässigt var de dock väsentligt många fler under 1500-talet än under medeltiden.⁵¹ Viktigt att betänka, inte minst med tanke på vad som kommer att diskuteras för svenskt och nordiskt vidkommande i denna avhandling, är också att den skolastiska, universitetsbaserade läkekonsten, lika lite som den antika eller den nordiska medeltida, var en homogen företeelse. Den präglades istället av olika skolor och skiftande strömningar.⁵² Utifrån de texter som man utsatte för tolkning bildades olika uppfattningar, vilka kunde stå i strid med varandra. Olika framstående uttolkare och praktiker drev olika linjer.

3.2.4. Kroppsförståelse och anatomiska uppfattningar i Norden under medeltiden

Det är möjligt att man i Island under hög- och senmedeltid påverkades av skolastiskt traderade tankar om kroppens anatomi. Under senare delen av nordisk medeltid verkar blodet ha uppfattats som livsbärande (*fforvi*; livsblod). Tillsammans med andedräkten utgjorde det själva det levande.⁵³ Enligt Völvans spådom, *Voluspá*, var det först sedan de första människorna, Ask och Embla, hade begåvats med ande och själ, blod, röst och blomstrande hy, som de var färdigskapta som levande människor. Ande (= andedräkt?) och själ gavs de av Odin och Höne. Lodur gav dem blodet.⁵⁴ Tanken på anden, blodet och rösten som livsensens har stora likheter med den antika uppfattningen om *phrenes* (känslans/tankens) och *thūmus* (blod-ångans) livsbärande egenskaper.⁵⁵ Det kan emellertid också ses som universella drag som återkommer i många kulturer. På skandinaviska brakteater från vendeltid avbildas en mansfigur, ofta tolkad som Odin, ibland med andedräkten ståendes ut ur munnen. Bilden av andedräkten har tolkats som gudens livsbringande och helande egenskaper; andedräkten som livsbärande, lindrande och läkande.⁵⁶ I *Skáldskaparmál* skriver Snorre att "[b]röstet skall kännetecknas genom att kallas hjärtats, andens eller leverns hus, gård eller skepp eller kraftens, tankens och minnets land".⁵⁷ Ande, tanke och kraft tänktes alltså höra samman och förknippades med kroppens mest blodfyllda centrala organ; hjärtat, levern och möjligen lungorna. Uppfattningen om blodet som bärare

51. Grell 2010, s. 173.

52. Jacquart 1998, s. 223.

53. *Snorres Edda* 1968: *Gylfaginning*, 8, 9 och 12. Jfr med *Njals saga* 2007, del II: Gunnars saga, kap 83, när en man har blivit dödad: "Varför har du inte gjort honom den sista tjänsten och täppt till hans näsborrar?"

54. *Den poetiska Eddan* 1993: Völvans spådom, strof 18.

55. Strathern 1999, s. 44ff.

56. Att jämföra med det idag fortlevande bruket att blåsa på det onda för att läka och lindra.

57. *Snorres Edda* 1968: *Skáldskaparmál*, strof 69.

inte bara av liv utan även av tanke och förnuft kan möjligen skönjas även i en annan strof i *Skáldskaparmál*, där honungsblandat blod blir ett mjöd som skänker lärdom och skaldeförmåga.⁵⁸

Frågan är hur mycket man visste om kroppens inre anatomi. I *Flateyjarbók* står att ”*en reiði hvers manns er í galli, en líf í hjarta, minni í heila, metnaðr í lungum, hlátr í milti, lystisemi í lifr*”, det vill säga att ”ilskan/raset bor i gallan, livet i hjärtat, minnet i hjärnan, det ärofulla ryktet/stoltheten i lungorna, blodet i mjälten, begäret i levern”. Det står även att ”*öll bein hans skulfu, þau sem í voru hans likama, en þat voru CC beina ok XIII bein. Tennr hans nötruðu, þær voru XXX; allar æðar í hans hörundi pípruðu fyrir hræðslu sakir, þær voru CCC ok XV*”, det vill säga ”Alla de ben, som var i hans kropp, skakade, men de var allt som allt 214. Hans tänder skallrade, de var 30; alla ådror under hans hud darrade av skräck, de var 415.”⁵⁹ Uppgifterna är påfallande detaljerade och korrekta, iallafall vad gäller ben i kroppen och tänder. Formuleringarna har menats ha stora likheter med uppfattningar i salernitanska skrifter.⁶⁰

3.3. Kyrkan och läkekonsten

Jag har redan poängterat att jag inte kommer att behandla religiöst grundad läkekonst, men medeltidens profana läkekonst stod i en ständig dialog med eller polemik mot kyrkan och dennas uppfattningar. Det är därför intressant att helt kort kommentera även kyrkans förhållningssätt.

Den medeltida kyrkans och de flesta klosterordnars förhållningssätt till den mänskliga kroppen och till behandlingen av sjukdomar och andra fysiska åkommor var komplext, eftersom det hängde intimt samman med stora teologiska frågor. Inte minst fanns det ett starkt motstånd mot vad som uppfattades som det världsliga vetandets och i synnerhet läkekonstens ingripande i den gudomliga viljan och makten över liv och död. Delvis grundade det sig också i ett klivet förhållande till kroppen. Kroppen degraderades till förmån för själen, vilket tog sig uttryck i askes och i späkning av den, som man menade, syndiga, smutsiga, lustfyllda och förgängliga kroppen. Den stora tonvikten vid *salus animae* (själens hälsa) lämnade inte alltid utrymme för något större intresse för *sanitas corporis* (kroppens hälsa).⁶¹ Samtidigt uppfattades även kroppen som en Guds skapelse. Gud hade ju dessutom själv valt att ta mänsklig gestalt med

58. *Snorres Edda* 1968: *Skáldskaparmál*, strof 57. Jfr även strof 2 där öl och blod associeras (*forvi*).

59. Avsnitt ur *Flateyjarbók* i *Föstbræðra saga*, kap. 23, strof 21. Översatt av mig från danska, hämtat ur Horneman et al. 1976 (1838), s. 269. De översätter dock *hlátr* med danska ”latter”, dvs. skratt, men betydelsen torde vara blod. Olika skrifter varierar i antalet ben, enligt Horneman et al. 1976 (1838), s. 269: 214 kan vara 254, 415 kan vara 495.

60. Reichborn-Kjennerud 1928, s. 22.

61. Agrimi & Crisciani 1998, s. 176.

en kropp när han lät sig födas som Jesus, vilket, menade vissa, gjorde kroppen till ett medel att efterlikna Gud i form av Kristus och dennes fysiska lidande; *imitatio Christi*.

Sjukdom kunde uppfattas som Guds straff, men även som hans prövning och därigenom en möjlighet till botgöring. Oavsett vad, uppfattades sjukdom som ett Guds verk, varför det först och främst var genom bön till honom som bot skulle söka uppnås. Vid Laterankonciliet 1215 fastslog man att eftersom kroppslig sjukdom ibland beror på synd, bör de läkare som botar kroppen råda patienten att först vända sig till en "själsläkare", så att den andliga hälsan kan återställas, innan man försöker bota kroppen. Detta skulle även underlätta för den fysiska behandlingen, genom att den egentliga orsaken (det vill säga den sjuka själen) då alltså redan botats.⁶²

Den sjuke, som led Guds straff, kunde förskjutas av samhället för sin syndfulla själs skull, men kunde också tjäna som uppbyggligt och pedagogiskt exempel, gentemot vilken samhället kunde visa barmhärtighet och utföra Gudi behagliga gärningar. Särskilt gällde detta leprasjuka eller sjuka med lepraliknande åkommor. Sådana Gudi behagliga gärningar kallades *caritas*. De kunde ta sig uttryck i givandet av allmosor och andra barmhärtighetsgärningar. Som ett uttryck för *caritas* grundades även hospital, själastugor och helgeandshus, dit människor kunde skänka pengar för sin egen eller någon annans själs väl och där fattiga och sjuka kunde få viss omvårdnad. I det perspektivet var det emellertid inte, menar historikerna Jole Agrimi och Chiara Crisciani, den sjuke som stod i fokus. Denne var snarast ett objekt i förhållande till vilket människor runt omkring kunde skänka sina böner, sitt medlidande, sina handlingar och sina pengar, för att i sin tur kunna hoppas på himmelsk belöning.⁶³

Många viktiga teologiska diskussioner rörde svåra existentiella frågor, vilka inte sällan på olika sätt förhöll sig till den samtida medicinska kunskapen. Det kunde handla om vid vilken tidpunkt som livet begynte och om när själen uppstod (vid konceptionen, när fostret tagit mänsklig gestalt eller vid födelsen?) och i vilket skick kroppen skulle återuppstå på den yttersta dagen (frisk och sund, i sina bästa år eller med de sjukdomar, skador eller ålderstecken den haft vid dödens inträde?). Här kom läkekonsten och kyrkan ibland i konflikt. Historikern Danielle Jacquart menar att den naturorienterade uppfattning som genomsyrade många medicinska texter förefaller ha stört vissa teologer. Detta gällde till exempel frågan om själen kontra hjärnan som säte för människans sinne och mentala förmågor.⁶⁴

Vid upprepade tillfällen från 1130-talet och fram till början av 1200-talet togs centrala kyrkliga beslut i syfte att förhindra att vissa grupper inom prästerskapet utförde behandlingar som innebar att blod spilldes eller att människokroppen brändes.⁶⁵

62. Rawcliffe 1999, s. 7.

63. Agrimi & Crisciani 1998, s. 170ff., 182.

64. T.ex. Jacquart 1998, s. 236; Bynum 2007, s. 161ff.

65. Mitchell 2004, s. 14f.

Mycket av den anatomiska kunskap som växt fram under antiken försumrades och glömdes bort under medeltiden, och det har ibland hävdats att det var på grund av att kyrkan förbjöd dissektioner. Jacquart menar emellertid att kyrkan aldrig uttryckligen förbjöd dissektion av människokroppar. De juridiska fall som finns bevarade i dokumentation rör endast fall av gravplundring och stöld av kroppar.⁶⁶ Däremot var kyrkan kritisk till fragmenterandet av kroppen, eftersom man var orolig för konsekvenserna av detta på den yttersta dagen.⁶⁷ Fragmentering av kroppen var i själva verket ett av de värsta tänkbara straff man kunde utmäta, eftersom det kunde få konsekvenser även i evigheten. Detta gällde åtminstone teoretiskt sett. Vid begravningar rördes dock äldre gravar om och skelettdelar spreds ibland tämligen okontrollerat i den vigda jorden. Helgonförklarade personers kroppar fragmenterades dessutom efter döden för spridandet av relikier.

Under Laterankonciliet i Tours år 1215 förbjöds prästerskapet att befatta sig med läkekonst för vinnings skull och på sätt som kunde förhindra dem att läsa mässan.⁶⁸ Förbuden förefaller ha kastat ett visst negativt sken på de *icke prästvigda* som praktiserade läkekonst. Trots dessa olika motsättningar mellan teologer och läkare ansåg många inom kyrkan att läkekonsten var en gåva från Gud och alltså något värdefullt.⁶⁹ Också Jesus kallades läkare och kyrkan motsatte sig aldrig läkekonsten som sådan.⁷⁰ Kyrkan och den fromma världen förespråkade dock läkande på religiös väg. I helgonlegenderna förekommer rikligt med berättelser om helgon som botar kropp och själ. För nordiskt vidkommande känner vi tron på Olav den Heliges läkande förmåga.⁷¹ Förbuden mot blodspillan och kroppsfragmentering gjorde dock att kyrkan främst förespråkade den form av läkekonst som inte praktiserade sådana behandlingar, utan istället fokuserade på behandling som inte inkluderade skärande och brännande. Vid universiteten vistades teologer och *physici* (läkare skolade inom naturvetenskaperna) sida vid sida, och troligen kom detta att förstärka universitetsmedicinens teoretiska fokus.

66. Jacquart 1998, s. 224.

67. Bynum 1995, s. 115ff.

68. Siraisi 1990, s. 25 f.; Bynum 2007, s. 18; Mitchell 2004, s. 14f.

69. Agrimi & Crisciani 1998, s. 179.

70. Mitchell 2004, s. 14f.

71. T.ex. *Olav den Heliges saga* 1993, strof 189; jfr även Bloch 1973 för tron på smorda regenters helande förmåga.



4. Förståelser av sjukdomar och skador

I viss mening skulle man kunna säga att själva utgångspunkten för ett samhälles läkekonst eller läkekonster är dess förståelse av vad sjukdom och skador är och hur de beter sig. Denna förståelse kan delas av ett helt samhälle eller av en grupp inom detta. Den behöver inte vara artikulerad, utan kan vara tyst, i hög grad förgivettagen. Inom denna mer övergripande förståelse eller kultur kan man tänka sig att individer utför vissa praktiker som ingår i en tradition, utan att ha en djupare bakomliggande förståelse, men de gör det då inom ramen för kulturen de lever och verkar inom. Förståelsen styr handlingen genom att det inte är förrän något uppfattas som fel (sjukt, skadat, i behov av korrigerande) som en behandling blir påkallad. Det kan därför vara passande att inleda den mer empiriska delen av denna studie av den medeltida och renässanstida läkekonsten i Sverige med att undersöka vad som uppfattades som sjukdom, hur man förstod skador och vilken eller vilka underliggande förståelser de kan tänkas spegla. Vad ansåg man egentligen vara sjukdom? Och vem menades vara sjuk? Jag kommer att inleda kapitlet med att resonera mer allmänt kring sjukdomsförståelser som sociokulturellt uttryck, hur dessa förståelser formas samt hur olika förståelser kan samexistera inom ett samhälle.

Därefter undersöker jag olika uttryck för sjukdomsförståelse i det skriftliga källmaterialet. Ett sätt att studera detta under den aktuella tidsperioden är att undersöka hur sjukdomar och skador benämndes; om de gavs specifika namn eller inte, och vilken sjukdomsförståelse dessa benämningar i så fall uttrycker. Under loppet av medeltiden och renässansen förefaller det att ha skett en glidning från en orsaksorienterad till en mer symptomorienterad sjukdomsförståelse. Genom att studera de sätt på vilka åkommor omnämns försöker jag få en bild av vad man tänkte sig låg bakom fysiska umbäranden av det här slaget och vilken form av sjukdomsförståelse det är uttryck för. Jag gör även en diskussion kring några olika uttryck för *sjukrollen* och normer kring denna inom olika grupper i samhället.

4.1. Sjukdomsförståelse i sociokulturell kontext

Hur man inom ett samhälle hanterar umbäranden i form av sjukdom och skador är beroende av kunskaper och av praktiska förutsättningar. Som redan nämnts är de emellertid också beroende av de sociala, religiösa, ideologiska och vetenskapliga uppfattningar som omfattas av samhället och dess kultur, det vill säga den sociokulturella kontexten. Vad som uppfattas som en sjukdom i behov av bot är därför inte

heller givet, utan sociokulturellt beroende. Förståelser av och förklaringsmodeller för sjukdom behöver alltså inte vara uniforma inom en kultur eller ett samhälle, utan kan variera utifrån till exempel genus eller klasstillhörighet. Ett samhälle, liksom en individ, kan dessutom omfatta och åberopa flera olika förklaringsmodeller parallellt, så att dessa samexisterar.¹ I behovet av att förstå och förhålla sig till lidande och till det svårförklarliga och svåruthärdliga som sjukdom kan vara finns nämligen en tendens att gripa efter olika och kanske kompletterande förklaringsmodeller. Tilltro till vetenskaplig diagnos behöver till exempel inte krocka med religiöst grundade förklaringar. Vilken förklaringsmodell man lägger störst vikt vid kan dessutom variera inom den individuella livscykel, till exempel beroende på hur individens sociala roll förändras. Detta kan vi känna igen i vår samtid och hos oss själva och är viktigt att ha i åtanke även i studiet av gångna tiders syn på sjukdom och ohälsa. Samexistens av till synes motstridiga förklaringsmodeller behöver inte vara ett uttryck för ”okunskap” eller vilset famlande efter en förklaring, utan istället en spegling av att samhällen präglas av kulturmöten, så som redan diskuterats, och består av individer, vilka i sin tur är komplexa intellektuella och emotionella varelser.

Inom medicinsk antropologi talar man ibland om sjukdom som (social) konstruktion. Sjukdom uppfattas då som en tolkningsprodukt formad av rådande diskurs och kultur. Denna tolkning interagerar med såväl biologi och fysiologi som med sociokulturella faktorer och ”skapar” vissa former av sjukdom. Det kan vara åkommor som i andra sociokulturella sammanhang kanske inte anses vara sjukdomar, utan där har annorlunda konnotationer. Inom *Disability Studies* – det vill säga forskning kring förhållningssätt och attityder inom olika kulturer gentemot personer med funktionsnedsättningar – har man diskuterat betydelsen av sociokulturella attityder i det moderna samhället kontra mer biologiska och förkroppsligade aspekter i definitionen av vad som är en (fysisk eller mental) funktionsnedsättning.² Många forskare på området har tidigare argumenterat för att en funktionsnedsättning endast innebär ett handikapp för individen i den mån det omgivande samhället uppfattar funktionsnedsättningen som ett hinder för individen att helt och fullt integreras i samhället.³ Även om detta konstruktivistiska synsätt har ett viktigt budskap, kan det kritiseras för att det inte vidkänner den faktiska fysiska (eller mentala) verklighet som funktionsnedsättningar av olika slag ändå innebär, och de konsekvenser det bär med sig. Idag känns distinktionen mellan konstruktivism och biologism något föråldrad och många forskare har uttryckt ett behov av att överbrygga och problematisera den tidigare klyftan och

1. Jfr t.ex. Bynum 1987, s. 199; Johannisson i kommentar till Qvarsell 1995, s. 51: ”... det är väsentligt att varje individ kan leva i flera olika medicinska rationaliteter samtidigt, eller medicinska kulturer eller logiska system”; Olin Lauritzen 2001, s. 96; Hsu 2002, s. 5 ff.

2. T.ex. Marks 1999, s. IX; Snyder & Mitchell 2006, s. 11 ff.

3. Jfr Crawford & Lee 2010a, s. 1.

inkludera både aspekten av faktisk fysisk (eller mental) avvikelse och den sociala stigmatisering som kan drabba personer med olika former av funktionsnedsättningar.⁴

Även om sjukdomsförståelser och förståelser av sjukrollen alltså i hög grad är sociokulturellt färgade och formade, finns det en fysisk (och mental) verklighet av smärta och obehag, relativ oförmåga och begränsning, som är väsentligen kulturellt oberoende, och som också ovillkorligen påverkar sjukdomsförståelsen. De teoretiska aspekterna av denna diskussion har på senare år även inspirerat forskningen om äldre tider, inklusive medeltiden.⁵ Även om det i hög grad är de sociokulturellt specifika uttrycken för sjukdomsuppfattningen under medeltiden och renässansen som står i fokus i föreliggande studie, vill jag poängtera att jag ändå delar denna grundläggande uppfattning om det sociokulturellas intima relation till det biologiska och fysiologiska.

Frånvaron av sjukdom behöver inte vara detsamma som *hälsa*, vilket många gånger innefattar mer av ork och vitalitet. Samtidigt finns en tydlig relation mellan begreppen. Liksom sjukdomsförståelse är förståelsen av hälsa beroende av ideologiska och kulturella strömningar i samhället och är alltså relativ. Några exempel på hälsodefinitioner i västvärlden från olika tider får illustrera detta. Den första är från vår egen tid och vår egen kultur, den andra från 100-talet efter vår tideräknings början och den tredje berör den nordiska medeltiden och ligger alltså kronologiskt ungefär mitt emellan de båda andra.

I efterdyningarna av de stora världskrigen formulerade Världshälsoorganisationen en deklARATION av vad hälsa är. Den löd "[h]ealth is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity".⁶ Denna definition inbegriper alltså såväl fysisk och mental hälsa som social funktion och den visionära strävan efter den *fullkomliga* hälsan. Den kan jämföras med den grekiske läkaren Galenos definition från 100-talet e.v.t., vilken utgår dels från naturfilosofiska principer som beskrivs i kapitel 3.2. och dels från det kliniskt observerbara. Enligt honom innebär hälsa dels en rätt och balanserad sammansättning av kroppens homogena delar och en symmetri mellan de heterogena delarna, dels balans mellan varmt, kallt, vått och torrt i kroppen och dels ett tillstånd där kroppens naturliga funktioner och anatomiska uppbyggnad är intakta.⁷ Galenos definition skiljer sig alltså markant från WHO:s och uttrycker en annan teoretisk förståelse av människan, människokroppen och dess åkommor. Medan WHO:s definition fokuserar på hur individen *mår*, handlar den galeanska förståelsen om en teoretisk tolkning av kroppstecken i form av värme, kyla, fuktighet, med mera. Galenos skrifter var, som redan nämnts i kapitel 3, en väsentlig del av den medeltida skolastiska medicinen, och detta märks på de medeltida filosofer och vetenskapsmän, till exempel Ibn Sina (Avicenna) och Ibn

4. Snyder & Mitchell 2006, s. 7; Eyler 2010, s. 6.

5. T.ex. Metzler 2006; Eyler 2010.

6. WHO:s hälsodeklARATION 1948.

7. Ottosson 1984, s.155 m. ref. t. Galenos *Tegni*, *De sanitate tuenda* samt *De morborum differentiis*.

Rushd (Averroës), som försökte definiera vad hälsa innebar.⁸ Inom denna tradition var hälsa alltså detsamma som total balans i den fungerande kroppen.

I den danska *Själlandslagen* (*Valdemars Själlandske Lov*) från förra hälften av medeltiden definieras sjukdom på ytterligare ett sätt, vilket snarast förefaller ligga begreppet ohälsa (frånvaro av hälsa) nära, men som skiljer sig väsentligt från de båda andra. Den är pragmatisk och uttrycker dels funktionalistiska och dels sociala aspekter. ”Den Husbonde, siger vi, er syg, som ikke kan ride til Tinge og forsvare sin Sag” och ”den Husfru er syg, som ikke kan gaa med sine Nøgler og forestaa sin Husholdning”.⁹ I juridisk bemärkelse var man alltså inte sjuk så länge det inte inkräktade på den personliga myndigheten och integriteten i representerandet av gården eller hushållet, eller på de sociala, praktiska och ekonomiska plikterna. Denna förståelse speglar inte ett avancerat teoretiskt resonemang som den galeanska och inte heller det kompletta tillståndet som eftersträvades av efterkrigstidens Världshälsoorganisation. Den uttrycker snarare en jordnära och funktionsorienterad förståelse med fokus på de direkta konsekvenser sjukdom kan få både för den enskilda individen och för den nära omgivningen. Intressant att notera är den könsspecifika formuleringen. Förväntningarna i hushåll och samhälle var olika på kvinnor respektive män.

4.1.1. Sjukrollens betydelse

Sjukdomar tillmäts alltså inte bara betydelse i form av fysiskt och psykiskt lidande, utan har konnotationer långt bortom själva de fysiska eller mentala tecknen. En åkomma kan även vara tungt symbolmättad. Somliga sjukdomar uppfattas till exempel i vissa sammanhang av olika anledningar som mer skamliga än andra, medan åter andra rentav kan bäras som ett slags adelsmärke, som så mästerligt har beskrivits av Thomas Mann om de tuberkulösa i Davos vid förra seklets början.¹⁰ Det är inte givet att alla åkommor uppfattas som enbart negativa och alltså som något som bör botas. Det kan finnas kulturella skäl till att en åkomma inte alls anses nödvändig eller önskvärd att kureras, utan till och med kan framstå som i viss mening positiv. Allt detta har bland annat att göra med *sjukrollen*, det vill säga den roll man går in i som sjuk.

Det vanligaste är kanske ändå att åkommor, genom det lidande de orsakar, uppfattas som något negativt som drabbar individen eller gruppen. Denna (individen/gruppen) kan då förhålla sig passiv eller mer eller mindre aktivt avvisande, kanske

8. Ibid., s. 155f. m. ref. t. Ibn Sinas *Canon*: ...”*habitus aut disposition ex qua operations subiecti ipsius sane proeniunt*” samt ref. t. Ibn Rushds *Colliget*: ”*Sanitas est bona dispositio in membris corporis humani, cum qua ipsum operatur operationem, quam habet agere per sui naturam, et patitur passionem, quam habet pati. Et ista definitio est ex definitionibus per se notis*”.

9. *Danmarks gamle love paa nutidsdansk* 1945: Valdemars *Själlandske Love*, bog 1, kap. 49 resp. 51.

10. Mann 2011. *Bergtagen* publicerades första gången 1924 (på tyska).

alienerande, till det inträffade. Individen eller gruppen kan emellertid också välja att mer öppet möta sin situation och därigenom i högre grad integrera sjukdomen i sin självbild. Detta kan bli ett medel för att ta kontroll över situationen och definiera sig själv som individ/grupp.¹¹ Sjukdom kan på så vis upplevas som i någon mening positiv, trots det lidande den kan innebära. Idéhistorikern Karin Johannisson menar, i en diskussion om fenomenet *smärta*, att ”så länge individen kunde [och kan] tolka lidandet i ett meningsfullt sammanhang, var [och är] inte *upphävandet* av smärta den mest rationella handlingen”.¹² Mer fördelaktigt – och alltså rationellt – kan det då istället vara att dra fördel av en sjukdoms positiva sociala konnotationer eller de praktiska fördelar den eventuellt kan medföra.

Att vara sjuk – i meningen vara sjukförklarad, ansedd vara sjuk – förutsätter alltså inte (bara) att man är drabbad av en fysisk eller psykisk åkomma. Det kräver också att man själv och/eller omgivningen uppfattar det så och erkänner eller accepterar det. Först då kan den drabbade inträda i *sjukrollen*.¹³ Uppfattas inte en åkomma som en sjukdom som placerar (berättigar ... till) den drabbade i sjukrollen, synliggörs den inte lika tydligt och kan då i viss mening sägas inte föreligga. Huruvida man tillåts (tillåter sig) eller nekas (nekar sig själv) att inträda i sjukrollen är därför av avgörande betydelse för hur man lever med sin sjukdom och vilken vård och behandling man åläggs eller ”har rätt till”. Sjukrollen är ett slags sociokulturell överenskommelse som innebär en ny social roll för den som blivit sjuk-/förklarad. Den kan innebära delvis andra krav och förväntningar än vad som ställs på den friska individen. Det kan till exempel vara i form av nya förpliktelser (ta medicin, utföra sjukgymnastiska övningar) eller reducerade förpliktelser (inte behöva arbeta, inte ta lika mycket ansvar) och andra förmåner (bli omhändertagen och upppassad). Det kan emellertid även vara i form av restriktioner och exkludering (skys, undviks, får inte delta). Detta är beroende av samhällets inställning till sjukdomen. Om en individ inträder i sjukrollen kan det således ha långtgående, såväl positiva som negativa, konsekvenser, inte bara för den enskilda drabbade individen, utan även för det sociala sammanhang individen ingår i.

Det är, vidare, först i och med att den drabbade individen bejaktar eller tillerkänns rollen som sjukling som sjukdomen eventuellt framstår som ett problem att behandla, att bota, men inte heller då är detta en självklar påföljd. Lepros och anorexia är exempel på sjukdomar som har uppfattats mycket olika under olika tider.¹⁴ I *Leviticus* anges lepra vara Guds straff för människors synder; en uppfattning som levde kvar under den kristna medeltiden.¹⁵ Sjukdomen sågs emellertid inte enbart

11. T.ex. Beskow 1995, s. 53.

12. Johannisson 1997, s. 82.

13. Nordenfelt 1991, s. 52ff.; Nilsson 1995, s. 15ff.; Qvarsell 1995, s. 36ff.

14. Brody 1974; Bell 1985; Puranen 1986; Vandereycken & Deth 1996.

15. *Böckernas bok*, Leviticus (3:e Mosebok), kap. 13–14.



Fig. 56: Lepra hade dubbla konnotationer: som Guds straff och som möjlighet till botgöring. Målning av Albertus Pictor i Täby kyrka i Uppland, detalj. Foto den 25 augusti 2012.

som en plåga och ett stigma. Vissa fromhetsivrare såg den istället som en möjlighet till botgöring och en väg till individuell andlig utveckling.¹⁶ Att uthärdandet av plågor i jordelivet kunde förkorta tiden i skärselden var ett tankesätt som blev vanligare efter införandet av doktrinen om skärselden under den tidiga medeltiden. Sjukdom sågs sålunda inom vissa kretsar som en möjlighet till botgöring och som en prövning som skulle uthärdas, snarare än botas (fig. 56). Erbjudandet om bot kunde därigenom till och med uppfattas som en frestelse att motstå.¹⁷ På motsvarande sätt kunde/kan anorektikern genom sitt förnekande av fysisk föda till exempel framhäva den egna själsligheten eller använda den fysiska sprödheten för att vädja om beskydd och omsorg. Särskilt attraktivt har detta drag uppfattats hos kvinnor, enligt en tradition som går tillbaka till medeltiden. Anorexia uppfattades då inom vissa kretsar som ett fromhetsdrag. *Anorexia mirabilis*, helig anorexia, var frosseriets motsats, något som jag återkommer till i diskussionen av sjukroller vid Vadstena kloster, sist i detta kapitel.¹⁸

4.2. Sjukdomsförståelse speglad i benämningar av sjukdomar och skador

De sätt på vilka sjukdomar och skador benämns och omnämns reflekterar ett samhälls förståelse av dem. I hög grad kan man säga att ju bättre förståelse vi har för sjukdomars orsaker och yttringar, desto mer specifika namn eller benämningar kan vi ge dem, som därigenom särskiljer dem från andra, kanske liknande sjukdomar. Man kan också tänka sig att sjukdomar med stor sociokulturell laddning i högre grad namnges och omnämns än andra, mindre laddade sjukdomar. De orsaker, konsekvenser och yttringar (symptom och tecken) som upplevs som signifikanta noteras också i högre grad än de som inte upplevs som lika intressanta eller betydelsefulla, och dessa blir också i högre utsträckning namngivande.

I de nordiska källorna omnämns åkommor omväxlande i mycket generella termer och mer specifikt respektive som symptom eller tecken. Frågan är då vad vi kan utläsa om sjukdomsförståelse utifrån detta.

4.2.1. Generella sjukdomsbenämningar

Oftast omnämns ohälsa och sjukdom i helt allmänna ordalag. Den vanligaste allmänna fornnordiska benämningen förefaller ha varit *sót* eller *sótom*, men även begreppet *siukdomber* förekom. I lagmaterialet är omnämmandet av sjukdom sällsynt. Det

16. Bynum 1991, s. 172ff.

17. Bynum 1987, s. 7, 200; 1991, s. 132 ff., 182 ff.; jfr även Cassidy-Welch 2008, s. 126ff.

18. Bell 1985; Kap. 4.4.3.

förekommer naturligt nog bara i den mån det menades ha juridiska konsekvenser.¹⁹ I sagamaterialet nämns sjukdom oftare, eftersom det kunde vara en ingrediens i ett narrativ. Ordet *sót* förekom i sammansättningar som *sotsängen* och *sotdöden*, men även i ordkombinationer som avsåg mer specifika åkommor, vilket jag återkommer till längre fram.²⁰ Ordkombinationerna med ordet *sót* kunde beteckna såväl sjukdom som ålderssvaghet och skada. Det var alltså ett vitt begrepp som snarare avsåg vad vi idag skulle kalla *ohälsa* än sjukdom. Troligen var *siukdomber* ett närmast synonymt ord till *sót*. Även i *Vadstenadiariet*, som skrevs av nordbor (framför allt svenskar), men på latin, är oprecisa begrepp vanligast. De begrepp som flitigast används där är *infirmus*,²¹ *languo*,²² *morbus*,²³ *egritudne*,²⁴ *debilis*²⁵ och *dolor*.²⁶ Vi får utgå ifrån att de oprecisa benämningarna åtminstone delvis speglar åkommor vilka framstod som svårgripbara och svårbegripliga eller ointressanta (inte sociokulturellt laddade) och som man därför inte heller benämnde/kunde benämna mer specifikt.

19. *Sjuk*, germanskt ord, möjligen med samma rot som indoeuropeiska ordet för svag. *Sót*, besläktat med sorg, bekymmer, omsorg (Hellquist 2003). Enligt Schlyter i dennes ordbok förekommer ordet *sot* i VgL, ÖgL, UL, SmL, VmL, HL, SkL, MeL, samt i uttryck som *liggia i sot eller sarum, han do of sytt ok sot* och i ordkombinationer som *barn sot, sottarbyr, sotta by, sote forfall, sottar fe*; se även Hellquist 2003, SkL Ä 38, 59 och 64; Schlyters ordbok. I den *Skånska Kyrkorätten* nämns sjukdom i arvssammanhang och då i termen *sotsäng*. Sjukdom = *sotum*, SkKy fl. 8 (Collins & Schlyters utgåva från 1859) i samband med bestämmelser för hur en person får skänka egendom till Gud vid sin bortgång.

20. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137 (*sóttom*); *Hervararsagan* 1995, kap. 6; *Audun Västfording med den tama björnen* 1990, s. 215.

21. DV 57:4 (24/8 1391); 70 (22/6 1392); 132 (18/9 1405); 133:6 (10/8 1405); 141:4–5 (4/5 1406); 203:2 (8/10 1411); 228:1–4 (17/10 1413); 356:2 (28/3 1424); 470:2 (22/1 1438); 471:2 (1/3 1438); 536:2 (10/5 1443); 539 (4/8 1443); 577:3 (11/11 1447); 580:1–2 (1/12 1447); 595:2 (före 1/6 1449); 625:2 (11/2 1452); 674 (20/9 1456); 680:2 (2/3 1457); 708 (29/1 1460); 880 (30/9 1488); 896 (5/7 1492); 943 (6/4 1499); 995 (25/4 1508); 1011 (24/5 1511); 1026 (16/5 1514); 1032:2 (18/11 1514); 1037:2 (2/5 1516); 1056 (26/2 1519); 1059 (26/10 1519); 1060 (3/1 1520). Betydelse: sjuk, svag, orkeslös, kraftlös, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

22. DV 377 (26/4 1427). Betydelse: sjuk, svag, orkeslös, kraftlös, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

23. DV 230:21 (8/6 1414). Betydelse: sjuk, svag, orkeslös, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

24. DV 124:5 (3/5 1404); 851:2 (27/1 1484). Betyder: sjukdom, mental ohälsa, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

25. DV 131:2 (12/9 1405); 1060 (3/1 1520); 1093 (7/11 1524). Betydelse: svag och skröplig men kan även avse så helt olika tillstånd som intellektuell otillräknelighet och fysisk lamhet, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

26. DV 215:5 (14–15/9 1412); 228:2 (17/10 1413). Betyder: smärta, såväl fysisk som psykisk, enligt Hammarström 1925 och Norstedts latinsk-svenska ordbok 1994.

4.2.2. Mer specifika sjukdomsbenämningar

De mer specifika sjukdomsbenämningarna (det är osäkert hur pass vedertagna de benämningar vi finner var och om de ska förstås som namn i egentlig mening), som inte bara avser åkommor och ohälsa rent allmänt, är inte så vanliga. Ett tidigt exempel, som fortfarande lever kvar, är dock *skörbjugg*.²⁷ Härledningen av de fornnordiska benämningarna är annars inte alltid klar och tolkningarna av vad de avsett går många gånger isär. *Reformasótt* har föreslagits avse så vitt skilda åkommor som det vi idag kallar ergotism (på medeltidslatin *ignis sacer*; helig eld) och huggormsbett, men skulle även, föreslår jag, kunna avse en sjukdom med samma namn idag, nämligen revorm.²⁸ Det är en hudsjukdom som smittar från boskap och andra djur och som ger ringformade röda utslag. *Bitsóttom* har tolkats som åkommor orsakade av bett eller sting från djur, men skulle också, tänker jag, kunna avse att en åkomma var mycket allvarlig, då *bit* även var ett allmänt förstärkningsord.²⁹

Vanligast förefaller orsaksrelaterade eller empiriska benämningar vara. Ett exempel på en orsaksbenämning är *steinsótt*, tolkat som att personen i fråga lider av (urin)sten. Andra är *barnsótt* i samband med eller efter barnbörd och *árs sótt* eller *ánasótt* som berodde på hög ålder och ålderssvaghet.³⁰ Själva benämningen *ánasótt* kan härledas till den mytiske kung Aun som dog av hög ålder. Efter honom, sägs det, kallade man det "*ánasótt*" när någon dog av ålderdom.³¹

Grautsótt (grötsjuka) är inte en orsaksbenämning, men är empiriskt orienterat på liknande sätt som de, genom att det kan sägas vara konsekvensrelaterat. Ordet avser en mycket allvarlig bukskada, där inälvorna penetrerats, vilket diagnostiseras

27. *Torstein Hvites saga: skyrbjug* (Holck 1986, s. 14). Möjligen av *skyr* = syrad mjölk, yoghurtliknande, och *bjug* = ödem, vattusot. Namnet förekommer även i Olaus Magnus historia, 9 boken, kap. 38.

28. *Harald Sigurdssons saga*, strof 101 (där kung Magnus blev sjuk och dog av detta), med not 121 av översättare Karl G. Johansson (utg. 1994, s. 163, 346). Ergotism är ett slags förgiftning orsakad av mjöldryga i brödet; Reichborn-Kjennerud 1928, s. 95.

29. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137; Reichborn-Kjennerud 1928, s. 157, 195. Bett och stick utgjorde en särskild medicinsk kategori i latinsk medicinsk litteratur under 1200–1300-talen (Walker-Meikle 2011). Det är möjligt att *bitsóttom* ska ses som en parallell till detta. I *Ynglingasagan* 1991, strof 16 översätts *verkbitinn* med sjukdom/som ngn sedan dör av. I strof 31 översätts "*Ok bitsótt i brandnóti*" med "och eldens svåra sjukdom"; jfr *Ynglinga saga* 1991.

30. *Hrafn saga hin sérstaka* 1988, kap. 4; Reichborn-Kjennerud 1928, s. 164, 172 för förstoppning. Att Hrafn uppges avlägsna stenen genom operativt ingrepp talar emellertid för tolkningen att det rör sig om urinsten. Jfr Tjomsland 1951, s. XII; "*árs sótt*"; *Den poetiska Eddan* 1993: *Fjölsvinnsmál*, strof 36; *Ynglingasagan* 1991, kap. 25; även *Hönsa-Tores Saga* 1990. Johan von Hoorn (1697) kallar födslovärkar för "Barn-Werkar" och födslobädden för "Barn-säng", som inte är sote- eller siuksäng om kvinnan tas om hand rätt, s. 89 (kap. 1:16), 267 (kap. 3:1), 291 (kap. 3:6).

31. *Ynglingasagan* 1991, kap. 25: "Anesoten tog Aun med tvång i Uppsala, den livslystne fick dricka som ett spädbarn en andra gång. Och hornets smalare del vände sönernas offerare mot sig, när han liggande drack ur hornet. Den gråe sveakungen mäktade inte hålla hornet."

genom att patienten fick äta gröt med lök, vars lukt noterades via inälvsp perforationen.³²

Det förekom även benämningar som var bildade ur någon form av symptom eller tecken. De förefaller dock ha varit färre på fornsvenska än på latin. Ett exempel är *hórunsvide* som nämns i en senmedeltida saga. Ordet betyder kött- eller hudbränna och förefaller av den narrativa kontexten att döma att vara benämningen på en venerisk sjukdom, möjligen gonorré. I högmedeltida engelska benämndes gonorré *brenning /of the pyntyll*, beskrivet av John of Arderne på 1380-talet, och på medeltida franska *chaudepisse*. På 1700-talet benämndes sjukdomen på engelska *burning*.³³ Termerna syftar alla på den brännande, svidande känslan vid urinering.

De latinskspråkiga källornas benämningar förefaller i högre grad vara symptom- och teckenorienterade.³⁴ Saxo omnämner till exempel ödem eller vattusot som *humor intercus*; det vill säga vätskestinn hud.³⁵ Han nämner även en helvetisk eld i näsan/näsborrarna, ”*ignis sacrus naribus*”.³⁶ *Ignis sacer*, eller *S:t Antonius eld*, var de europeiska benämningarna på ergotism. Den person med ”*ignis sacrus naribus*” som Saxo nämner blev kraftlös och tappade talförmågan och dog inom tre dagar. I *Vadstenadiariet* förekommer benämningen *Speciem infirmitatis morbo caduci*, vilket kan översättas med ”ett slags fallandesjuka”, som syftar på hur sjukdomen tar sig uttryck (personen faller ihop).³⁷ Fallandesjuka är idag detsamma som epilepsi. Diariet nämner även slaganfall, *Apoplexia percusus*, en benämning som syftar på åkommans dramatiska förlopp när den ”slår till”, samt *thisis*, av det grekiska ordet för att bryta ner, tära, tyna bort, förfalla, härja och möjligen syftade på lungsot (*phthisis* avser idag tuberkulos), men även kan ha haft en mer oprecis innebörd.³⁸ Namnen avser alltså tecken/sjukdomsyttningar.

Spetälska och lepra är den nordiska respektive den latinsk-grekiska språktraditionens benämningar på ett och samma symptom/tecken eller grupp av sjukdomar med likartade symptom/tecken, med särställning i den tidens sjukdomsföreställningar. Leprans kulturhistoria går tillbaks åtminstone till tiden för Moseböckernas tillkomst. Definitionen av lepra i *Leviticus* är ingående, vilket visar hur kulturellt viktigt det var att i det gammaltestamentliga samhället kunna särskilja lepra från andra sjukdomar. På

32. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234.

33. Thyresson 1991, s. 10f.

34. Symptom avser det patienten själv erfar och beskriver, att jämföra med tecken, som är de yttre signaler som läkaren kan observera hos patienten.

35. ”*Intercutis humoris*”. Saxo Grammaticus 13 boken, kap. 5:6.

36. ”*Sacrum naribus ignem excepit*”, i Peter Zeebergs översättning från 2005 översatt med ”bältros”. Saxo Grammaticus 11 boken, kap. 12: 4. En alternativ tolkning är att det är en åkomma orsakad av hungersnöd, jfr Carmichael 2010, s. 45f.

37. DV 1032 (18/11 1514).

38. DV 794 (5/5 1469); 291:2 (27/10 1418). Modern stavning: *phthisis*. Jfr även Rawcliffe 2009a, s. 345.

grund av svårigheter med att ställa diagnos och bedöma symptom och tecken kunde emellertid flera olika sjukdomar och åkommor med likartade uttryck i form av sår och hudutslag benämnas *lepra* under medeltiden. I *Vadstenadiariet* nämns både lepra och *ett slags lepra (specielm lepre)*.³⁹ Möjligen är den mer reserverade senare benämningen ett uttryck för medvetenheten om svårigheten att rätt bedöma tecknen, men kan även syfta på de olika former av lepra man tyckte sig kunna urskilja.⁴⁰ Den nordiska termen spetälska kommer av ordet *hospitalssjuka* och hänvisar till dem som bor på hospital (eller dem som borde bo på hospital). Termen har alltså en koppling till en möjlig konsekvens av sjukdomen, nämligen hospitalsvistelsen eller -förvisningen, och kan sägas vara konsekvensorienterad på samma sätt som *grautsött*. Ordet *lepra*, av grekiskans ord för fjällande hudsjukdom syftar å andra sidan på de hudförändringar som sjukdomen gav upphov till, och kan alltså sägas vara en symptom- och teckenorienterad benämning.

4.2.3. *Symptom och tecken*

I intressant relation till de symptom- och teckenorienterade sjukdomsbenämningarna står omnämmanden av olika enskilda symptom eller tecken. De fokuserar på hur åkomsten i fråga yttrade sig och kan alltså sägas antyda en annan sjukdomsförståelse än de orsakorienterade benämningarna. Under medeltiden och renässansen drogs dock fortfarande ingen tydlig gräns mellan symptom/tecken och sjukdom. Feber uppfattades till exempel ibland som sjukdomen i sig och andra gånger som ett symptom/tecken på sjukdom, vilket vi ska se nedan.

En medeltida medicinsk *practica* (dvs. handbok; inga exemplar är dock kända från Norden) var som regel strukturerad efter principen ”från huvud till tå”, så att den inleddes med råd angående åkommor som drabbade huvudet och avslutades med åkommor som drabbade fötterna. Till det kom ”universella” åkommor som drabbade hela kroppen eller åkommor som svårigen kunde lokaliseras till en särskild kroppsdel. En motsvarande indelning är inte möjlig att göra i den här genomgången, eftersom den nästan enbart berör åkommor som skulle kunna betecknas som mer eller mindre ”universella”. Det är oklart hur en medeltida nordbo skulle valt att gruppera de åkommor, symptom och tecken som jag uppmärksammar. Jag har valt att först behandla *smärta* som skiljer sig från de övriga åkommorna genom att det inte så mycket är ett tecken som ett symptom. Med det menar jag att smärta inte kan iaktas av läkaren, utan endast beskrivas av patienten. Därefter behandlas *feber* som är den enda av de

39. DV 138:2 (13/1 1406); 294:2 (6/1 1419); 346 (3/4 1423); 397 (19/5 1498); 999:2 (23/4 1509).

40. DV 937 (19/5 1498); 999 (23/4 1509). Jfr *Böckernas bok*, Leviticus (3:e Mosebok) 13–14, där även exempelvis skorv, blemmor och utslag kan tolkas som spetälska samt spetälska uppträda i form av mögel på kläder och hus; Rawcliffe 2009a, s. 4, om olika former av lepra beroende på sort av humoralpatologisk obalans, även s. 57, 205 not 4.

behandlade åkommorna som alltid är helt universell i betydelsen att den påverkar hela individen. Därefter behandlas *svullnader och bölder* som påverkar kroppen mycket konkret och visuellt. Sist behandlas *stumhet och förlamning* samt *kramper*; symptom/tecken av drastisk och dramatisk karaktär.

SMÄRTA

Smärta är ett komplext fenomen. Upplevelser av smärta är kanske i ännu högre grad än de andra symptom som kommer att uppmärksammas nedan formade av individuella och sociokulturella faktorer.⁴¹ Smärta kan vara fysisk, men också psykisk, och många gånger kan det vara vanskligt att skilja dessa åt. Litteraturvetaren David B. Morris har studerat smärta som kulturellt fenomen. Han kallar uppfattningen att fysisk och mental smärta skulle röra sig om två skilda former av smärta för "the Myth of Two Pains". Han framhåller att det inte är möjligt att dra en skarp gräns mellan dessa.⁴² Det ligger mycket i Morris resonemang. I det här avsnittet kommer jag emellertid försöka begränsa mig till det som i källorna *uttrycks* som *fysisk* smärta. Psykisk eller mental smärta behandlas istället i avsnittet om *Vettlöshet, sinnessjuka och tungsinne* nedan.

Fysisk smärta uttrycks intressant nog mycket sällan i de studerade källorna; mer sällan än mental eller psykisk smärta. I det tidiga- och högmedeltida sagamaterialet är det mycket sällsynt. Många gånger kan vi sluta oss till att ett sjukdomstillstånd eller en skada måste ha inneburit avsevärd smärta, även om det inte nämns uttryckligen. Istället förefaller ett stoiskt ideal ha varit förhärskande, där de drabbade karaktärerna snarast uttrycker sina smärtekänslor genom väldiga underdrifter, till exempel genom bagatelliserande och bortskämtande av allvarliga skador. Det finns dock enstaka passager som skiljer sig från mönstret för att smärta där erkänns och synliggörs genom att nämnas uttryckligen, och som därför är intressanta att uppmärksamma. I *Olav den heliges saga* berättas om en ung pojke med mycket allvarliga smärtor i sin svullna hals.⁴³ I *Grettes saga* berättas hur Grette har ett allvarligt inflammerat sår på benet som det värker i. Det värker så förfärligt att Grette tror att det är trolldom som ligger

41. Betonat av t.ex. David B. Morris i *The culture of pain* från 1991, som menar att "What we feel today when we are in pain, I want to claim, cannot be the same changeless sensations that have tormented humankind ever since our ancestors crawled out of their caves" och att "pain is always historical – always reshaped by a particular time, place, culture, and individual psyche" (s. 4ff., 14). Jag tror Morris har rätt så till vida att upplevelser av smärta måste vara färgade av sociokulturellt sammanhang och personliga egenskaper, men tror även – som han även erkänner – att det finns biologiska aspekter av smärtupplevelser som inte är lika kulturkontextberoende.

42. Morris 1993, s. 9ff.

43. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 189: "masserade svullnaden länge"; *Ólafs saga helga* 1991, kap. 189: "þuklaði sullinum mjög lengi".

bakom.⁴⁴ Medan pojken smärta visserligen uppenbarligen uppfattades som så alarmerande (livshotande) att (kung) Olav (den helige) uppsöktes för att hjälpa, nämns inget mer om hur pojken upplevde situationen. Kanske är en del av förklaringen till att smärtan alls nämns det faktum att det rör ett barn. Grettes tolkning att det måste vara trolldom som orsakar smärtan i hans ben antyder smärtans diaboliska karaktär. Kan det ha gjort den socialt mer passabel?

Vadstenadiariet härrör från en annan tid och ett annat sociokulturellt sammanhang än sagorna. I den senmedeltida kyrkliga sfären hade den fysiska asketismen och det komplexa förhållandet till fysisk smärta länge närts. Detta speglas i diariet genom att smärta nämns relativt ofta.⁴⁵ Syster Ingegerd Knutsdotter, dotterdotter till den heliga Birgitta, uppges till exempel ha lidit av *långvarig* huvudvärk ("*capitis dolorem*"): "Ty under lång tid dessförinnan hade hon varit oavbrutet sjuk, även om hon inte alltid låg till sängs. Hon led nämligen av en våldsam huvudvärk."⁴⁶ Ett annat exempel är broder Tideke som drabbades av *plötslig smärta* ("*subitus invasivum dolor*") och snabb död: "Men då han gick ut ur sin cell, kom en plötslig smärta över honom och blott med en annan broders hjälp kunde han ta sig in i konfessorns rum." Han bekände sina synder, bars ut i sjukstugan och dog sedan strax, innan han ens hunnit avsluta sina böner.⁴⁷

Om man jämför de tidig- och högmedeltida sagorna med det senmedeltida klosterdiariet, verkar det som om de speglar olika förhållningssätt. Medan det att visa eller kännas vid smärta inte förefaller ha haft något egenvärde i den stoiska sagalitteraturen, verkar det i *Vadstenadiariet* ha haft en helt annan laddning och konnotation. Klostret var uppenbarligen en miljö där man inte var främmande för att uppmärksamma och notera olika former av fysiskt lidande.⁴⁸ I vilken grad dessa olika attityder påverkade den faktiska *upplevelsen* av smärta hos individer är svårt att veta (och att diskutera det ligger utanför ambitionerna för denna studie), men det är inte alltför vågat att påstå att det påverkade. Det är också antagligt att de olika attityderna i någon mån påverkade normerna kring sjukrollen i de olika sociokulturella kontexterna, med ett möjligen mer tillåtande förhållningssätt i klostret än hos den isländska krigaridealiserande aristokratin.

44. *Grettis saga Ásmundarsonar* 1936, kap. 80–82; alt. 1990, s. 296ff.

45. Relativt sett i förhållande till mängden källmaterial.

46. DV 215:4 (14–15/9 1412); jfr dock Morris 1993, s. 15: "Latin *dolor* do not separate so-called physical from mental pain."

47. DV 228:1–4 (17/10 1413).

48. Jag återkommer till klosterfolkets relation till det fysiska lidandet i kapitel 4.4.3.

FEBER

I jämförelse med smärta är feber ett tecken som är lätt för någon annan än den drabbade att uppfatta. Även mindre temperaturhöjningar kan noteras om man lägger fingrarnas översida mot den drabbade personens hud.⁴⁹ Feber uppfattades under medeltiden och renässansen ibland som en sjukdom i sig själv och ibland som en del av ett sjukdomstillstånd, det vill säga som ett symptom eller tecken. Med tanke på hur vanligt det måste ha varit med allvarlig feber är det påtagligt sällan feber omnämns i det studerade källmaterialet. Feber omnämns möjligen som sårfeber på ett runristat ben från Sigtuna, preliminärt daterat till slutet av 1000-talet eller början av 1100-talet. Ordet i fråga är *riða*, vilket Helmer Gustavson översätter med ”sjukdomstillstånd med feberskälvningar”.⁵⁰ Det är dock oklart hur detta ord och förståelsen det grundar sig på förhåller sig till det som i senare latinspråkiga källor omnämns *febribus*. Annars omnämns feber i själva verket främst i de latinspråkiga källorna Saxos krönika och *Vadstenadiariet*; inte i sagamaterialet eller lagarna. I Saxos *Gesta Danorum* nämns feber vid ett par tillfällen. I båda fallen har febern dödlig utgång och det är denna narrativa betydelse som är skälet till att febrarna omnämns. I det ena fallet drabbas kung Erik Lam av en *obotlig* feber. I det andra fallet drabbas kung Valdemar av en *svettig* feber, vilken intressant nog först uppfattas som en godartad svettning som ett positivt led i kungens tillfriskningsprocess, varför åtgärder vidtas för att underhålla den.⁵¹ Även denna feber visar sig emellertid istället ha dödlig utgång.⁵² Feber nämns vid ett par tillfällen i *Vadstenadiariet*. I ett fall verkar febern uppfattas som sjukdomen i sig, på samma sätt som i Saxos krönika, och i det andra fallet som en del i en sjukdomsbild; ett symptom/tecken. Den feber som uppfattas som en sjukdom i sig avser en mycket svår feber (*”gravissimis febribus”*), vilken plågar en kvinna i nära ett år innan hon avlider.⁵³ Även den andra febern har dödlig utgång, men verkar då mer ha uppfattats som ett tecken i kombination med hosta (*”tussi ac febribus”*).⁵⁴

Det är alltså mycket allvarliga, dödliga, feberfall som nämns. Feber i form av lindrigare höjning av kroppstemperaturen nämns inte över huvud taget. Temperaturmätning som diagnostisk metod var mycket viktig inom grekisk-romersk medicin och även inom skolastisk dito, men det är oklart i vilken utsträckning temperaturskillnader observerades som tecken på ohälsa i det medeltida och renässanstida Norden.⁵⁵

49. Mellanfalangernas översida är den mest temperaturkänsliga delen av handen.

50. Gustavson 2010, s. 64ff.

51. Viss tidigare forskning har föreslagit att det rörde sig om en opiumförgiftning (Møller-Christensen 1944, s. 66f. m. ref.), men det framgår inte vad som föranleder denna tolkning.

52. Saxo Grammaticus 14 boken, kap. 2:15 (*febri*); 15 boken, kap. 6:8 (*febrem*).

53. DV 111:3 (23/8 1401).

54. DV 141:4 (4/5 1406).

55. I hippokratisk medicin var noterandet av temperaturförändringar i kroppen en av de viktigaste diagnostiska metoderna; Nutton 1993, s. 13; Bylebyl 1993, s. 46.

SVULLNADER OCH BÖLDER

Olika former av svullnad omnämns relativt ofta, framför allt i sagamaterialet. Det kan röra sig om mer lokala svullnader eller om att hela kroppen svullnar. Berättelser om svullnader i ben till följd av sjukdom eller skada är särskilt vanliga. I den redan nämnda passagen i *Grette Asmundssons saga* då Grette på grund av en skada har smärtor i ett ben, berättas att benet är svullet. Han får hjälp med att binda om såret, som inte blöder särskilt mycket och som verkar läka fint, men efter tre dygn är benet svullet och svart. Såret har gått upp och ser otäckt ut. Efter ett par veckor avlider han i sviterna.⁵⁶ I *Njals saga* berättas att Ingjalds ben svullnade upp, liksom Njals fosterson Thorhall Åsgrimssons ben ”så att det ovanför anklarna blev tjockt som ett kvinnolår, och han måste stödja sig på en käpp när han gick”.⁵⁷ Det visar sig att Thorhall har en elakartad böld på benet. I ett upprört ögonblick stöter han ett spjut i sitt onda ben. När han sedan skär ut spjutspetsen sitter ”böldens kärna” fast på den, medan var och blod forsar ut som en bäck längs golvet.⁵⁸ Därefter blir benet bättre.⁵⁹ Även Saxo nämner bensvullnad vid ett tillfälle. Det är då drottning Margarete som drabbas av våldsam bensvullnad i samband med vattusot.⁶⁰ Den redan nämnde unge pojken med halssmärter, som kung Olav botade, påstås ha haft svullnad i halsen.⁶¹

Thorhall med bensvullnaden drabbades vid ett annat tillfälle av att hela kroppen svullnade, men då på grund av sinnesrörelse. Det berättas att när han fick veta att hans fosterfar bränts till döds, tog han så illa vid sig att hela hans kropp svullnade upp och blod började spruta ur båda öronen tills han svimmade.⁶² I *Vapnfrödinga saga* berättas att en kvinna, som var allvarligt sjuk, led av svullen kropp.⁶³ Även i *Hrafns saga* förekommer ett omnämnande av kroppssvullnad.⁶⁴

De bakomliggande orsakerna till alla dessa fall av svullnader är vitt skilda. Det förklaras med emotionell anspänning, sjukdom respektive yttre trauma med infek-

56. *Grettis saga Ásmundarsonar* 1936, kap. 80–82; alt. 1990, s. 296ff.

57. *Njals saga* 2007, del III, Njal och kristendomen. Den stora branden på Bergtorsvål, kap. 36. De dödas ben.

58. Möjligen avses med *böldens kärna* den så kallade *sårtappen*, dvs. den döda vävnaden i böldens mitt, jfr Gustavson 2010.

59. *Njals saga* 2007, del III, Njal och kristendomen. Rättsaken mot mordbrännarna, kap. 38. Floses dröm och tiggarrått.

60. Den latinska texten är översatt med vattusot. *Intercutis humoris* skulle emellertid även kunna översättas med ödem. Vattusot orsakas av hjärtsvikt eller problem med njurar eller lever och leder till vätskeansamling i kroppen. Saxo Grammaticus 13 boken, kap. 5:6.

61. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 189: ”masserade svullnaden länge”; *Ólafs saga helga* 1991, kap. 189: ”þuklaði sullinum mjög lengi”.

62. *Njals saga* 2007, del III, kap. 36.

63. *Vapnfrödinga saga*, kap. 9.

64. *Hrafns saga hin sérstaka* 1988, kap. 4.

tion som följd. Svullnad som tecken är tydligt och lätt iakttagbart, då det innebär en direkt deformation av kroppen. Det kan dessutom ta sig dramatiska uttryck, som i de flesta av de omnämnda fallen, och kanske kan det vara en förklaring till varför det nämns så ofta. Frågan är emellertid om det även finns andra orsaker till att svullnad var något som observerades och noterades. Kanske hade just svullnad och den därmed förknippade kroppsdeformationen sociokulturella konnotationer, vilka inte framgår tydligt för oss.

STUMHET OCH FÖRLAMNING

Förlorad talförmåga och förlorad rörelseförmåga är två symptom/tecken som jag väljer att gruppera ihop, eftersom de så ofta, dock inte alltid, nämns tillsammans. Alla de här noterade omnämningarna är från *Vadstenadiariet*.⁶⁵

Broder Johan Petersson vid Vadstena kloster drabbades vid runt 80 års ålder av en sjukdom som nästan förlamade honom och till största delen berövade honom talförmågan.⁶⁶ Han överlevde emellertid och gick bort först ett decennium senare. Broder Botolfs insjuknande beskrivs mycket detaljerat. Under noteringarna för den 22 augusti 1454 står: "Vidare, när konfessor Botolf på den heliga Jungfruns himmelfärdsdags oktav satt och lyssnade till systrarnas bikt, fick han först svårt att tala och tog sig sedan därifrån. Och när han kom till koret förlamades han efter att ha förlorat såväl kraften i de högra kroppsdelarna som talförmågan."⁶⁷ Det uppges att han inte avgick från sitt ämbete, trots att han på grund av sin sjukdom inte återfick talförmågan under resten av sin levnadstid. "[A]bbedissan och andra bland systrarna och bröderna, hans anhängare, hoppades att han skulle återfå hälsan", vilket han emellertid aldrig fick.⁶⁸ Både broder Johan Petersson och broder Botolf överlevde sina anfall med åtskilliga år. För andra var förloppet hastigt. Om diakonbroder Rötker står det att han föll till marken och med ens blev stum och förlamad och att han avled kort tid därefter.⁶⁹ Även broder Olof Petersson drabbades av plötslig förlamning och förlorad talförmåga, just som han var i färd med att sjunga kompletorium. Han dog åtta dagar senare.⁷⁰ Det finns även ett omnämning av förlorad talförmåga utan förlamning. Det är broder

65. Saxo Grammaticus 14 boken, kap. 2:15.

66. DV 132:2 (18/9 1405) "*Incurrebat infirmitatem, in qua factus est quasi paralyticus. Ac eciam pro maiori parte amisit loquelam in tantum*".

67. DV 651:2 (22/8 1454) "*Item, in octava assumptionis beate Virginis confessor Botolphus sedens in confessionibus sororum paciebatur promo defectum in loquendo, deinde recessit. Et ad chorum veniens factus est paralyticus viribus membrorum in dextro destitutus cum loquela*".

68. DV 580:1-2 (1/12 1447).

69. DV 859 (20/3 1486) "*Mutus et paralyticus*".

70. DV 1032:2 (2/5 1516) "*et ibidem subito cecidit paralyticus et mutus mox effectus. Et in tali infirmitate mortuus est*".

Finvid som miste talförmågan *när han drabbades av sin sjukdom*. Inget står om hur lång tid innan hans bortgång detta hände.⁷¹

Det är anmärkningsvärt med alla dessa klosterbröder som drabbas av stumhet och förlamning. Det ligger nära till hands att tolka det som slaganfall, även om man bör vara försiktig med att ställa diagnos. Intressant nog finns det inte några motsvarande noteringar för klostrets kvinnliga invånare, en omständighet jag återkommer till.⁷²

KRAMPANFALL

Ett annat slags dramatisk åkomma är krampanfall. Med tanke på hur dramatiskt och skrämmande det kan vara att se en person drabbas, skulle man kunna förvänta sig att sådana incidenter omtalades i laddade, kanske fördömande, ordalag. Så är dock inte fallet.

I sagan om Hrafn Sveinbjarnarson beskrivs hur en man drabbats av återkommande krampanfall. Det sägs att han var så stark att det krävdes flera män för att hjälpas åt att hålla fast honom.⁷³ Det ligger nära till hands att tolka det som epilepsi. I sagan om biskop Gudmund godes liv finns en berättelse som handlar om den mycket fromma kvinnan Rannveig.⁷⁴ En tidig morgon när hon är på väg från badet faller hon samman och blir liggande. Hon återfinns inte förrän längre fram på dagen. Då bärs hon in och man vakar över henne. Hon ligger medvetslös, men hennes lemmar rycker emellanåt våldsamt, som om hon är i stor vända. När hon framåt kvällen kommer till medvetande beskriver hon de märkliga syner hon haft under medvetslösheten. Hennes återberättelser har ett tydligt religiöst och politiskt budskap i frågor som rör det isländska samhälle hon lever i. Hennes anfall vänds därigenom till en styrka eftersom det resulterar i något konstruktivt. Man kan jämföra Rannveig med andra religiösa personligheter som påståtts fått kontakt med högre makter under liknande anfall. Det har till exempel diskuterats huruvida den heliga Birgitta hade epilepsi. Berättelsen om Rannveig beskriver ett liknande fenomen, men händelsen är förlagd till det sena 1100-talets eller tidiga 1200-talets Island och alltså nästan ett par sekel innan den heliga Birgitta hade sina uppenbarelser.⁷⁵ I *Vadstenadiariet* står att syster Birgitta Klausdotter drabbas av ”*ett slags fallandesjuka*” (”*Speciem infirmitatis morbo caduci*”), det vill säga ett epilepsiliknande sjukdom.⁷⁶ Det står dock ingenting om syner eller annat som kan implicera religiösa konnotationer.

71. DV 356:2 (28/3 1424).

72. Kap. 4.4.3.

73. *Hrafnis saga hin sérstaka* 1988, kap.4.

74. *The life of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 28.

75. T.ex. Landtblom 2000; Bergh 2005; Snaprud 2008.

76. DV 1032 (18/11 1514).

Epilepsiliknande krampanfall är relativt vanliga i texterna. Kanske ska det endast förklaras med att det är slående och dramatiskt.

4.2.4. Sår och skador

Sår och skador kanske inte uppfattas som sjukdomar idag, men i det medeltida Norden drogs ingen skarp gräns mellan sjukdom och skada. Man kunde till exempel *ligga sjuk i sår*, då såren sågs som sjukdomens orsak. Sår och skador nämns framför allt i sagorna och i lagmaterialet.⁷⁷ Jag kommer här att fokusera på lagmaterialet, där stor skillnad görs mellan olika typer av sår och skador, allt efter hur de är tillfogade och hur allvarliga de bedöms vara.⁷⁸ Olika sårtyper eller grader av skador hade olika benämningar och det sätt på vilket man delade in dessa och talade om dem säger oss mycket om hur man förstod kroppen, allvaret i olika skador och möjligheterna till god läkning.

Sårterminologi i de medeltida lagarna är komplex, med en lång rad termer med (för oss idag) delvis oklara innebörder. Uttryck som *blå och blodig*, *svarta slaget*, *blodvite* och *sår till blods* framstår dock som relativt oproblematiska att tolka. Det allitererande uttrycket ”blå eller blodig” förekommer i *Västgötalagarna*, *Dalalagen*, *Västmannalagen*, *Södermannalagen*, *Bjärböarätten* och Magnus Erikssons båda lagar.⁷⁹ Det förekommer även i exempelvis *Erikskrönikan* i passagen om Birger Jarls lagstiftning och i tysk (hamburgsk) medeltida lagstiftning som *”blauwe vnde blot”*.⁸⁰ I Götalagarna förekommer även uttrycket ”svarta slaget”, vilket skulle kunna vara en motsvarighet till ”blå”. Medan Svealagarna kopplar ”blå och blodig” till ”blodvite”, avser Götalagarnas ”svarta slag” emellertid möjligen enbart (inre och yttre) blåmärke, utan blodvite.⁸¹ Blodvite som ensamt begrepp förekommer i både Göta- och Svealagarna,

77. Benbrott i *Grettis saga* 1936, kap. 78, alt. 1990, s. 292; sår tvärs igenom med två mynningar i *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 58, alt. 1979, s. 142ff: ”Om Ospak Kjallaksson”; Sår med ansiktslyte som följd i *Harald Sigurdssons saga* 1994, kap. 9.

78. Jag kommer inte att gå in i diskussionen av olika termer för sår och dessas skiftande juridiska innebörder och inte heller beröra de juridiska konsekvenserna.

79. VgI I Sl V – Collin & Schlyter: Bardaghæ B: ”huarti blat æler blopukt. Þæt kaller suarte slagh.”; VgI II F I & IX & XV, Tillägg IV fl. 2, samt VII fl. 30 och 31 ”till blånad eller till blods”, ”blodvite” (Holmbäck & Wessén 1979d). Collin & Schlyter: VgI II Friþ B fl 1: ”blat ok blopukt”, IX: ”blat æller blopugher”, Additamenta IV fl. 2: ”blat oc blopughr”, VII fl. 31: ”till bloz”, även VII fl. 30: ”blopuiti”; DL M XII; VmL M XXII, Collin & Schlyter VmL M XII: ”blar ella blopughir”; SdmL M IX, Collin & Schlyter ”hwarte blat eller blopuct”; Bj XII; MEL E II & S I:IX; MEL S I:IX XVII.

80. *Erikskrönikan*: Birger jarls lagstiftning 2003, s. 42: ”entigia bloduger eller blaa”; Hasselberg 1953, s. 296.

81. VgI I Sl fl. 5; VgI II F IX; ÖgI V. XXIV.

liksom i Magnus Erikssons lagar.⁸² Även *märgsår, benbrott, sår med benlösning* (dvs. benbrott eller krosskador, när benbitar kunde plockas ut) samt sår som uttryckligen tillfogas olika vitala kroppsdelar som huvudet, buken, bröstet/bålen och halsen, kan vi förstå, liksom delvis *köttsår* och *hullsår*.

Benämningar som *fullsår, hålsår* och *skena* och *full skena* är däremot mer oklara. Innebörderna har diskuterats av rättshistorikerna Gösta Hasselberg respektive Åke Holmbäck tillsammans med språkvetaren Elias Wessén. Inte bara de moderna tolkningarna, utan även de ursprungliga definitionerna av de olika termerna förefaller ha varierat mellan de olika lagarna. Terminologin förefaller även ha varit delvis överlappande. Hasselberg likställer *skena* med *fullt sår* medan Holmbäck och Wessén vill skilja *skena* från *fullt sår*, genom att *skena* till skillnad från *fullt sår* tillfogas av icke skärande vapen, ”med horn eller hjält, med stång eller med stör”.⁸³ *Skena (Skenalo)* definieras till exempel i den *Äldre Västgötalagen* som skador som behöver spikolja eller balsam och förband: ”*Skenu þars hvarti uip spik æller sper*.”⁸⁴ Mycket likartat definieras *fullsår (full sar /fullsæri)* i *Bjärlökarätten*, nämligen som ”*þorf við þær bapi lin ok lækir*” (som behövde både linneförband och läkarevård).⁸⁵ I *Magnus Erikssons stadslag* definieras *fullsår* istället som ”näsan av, öga ut, öra av, en hand eller fot av”.⁸⁶ I *Visby stadslag* bestämdes *fullsår* genom mätning av sårets djup. För att definieras som *fullsår* skulle det vara minst en mansfingernagel djupt.⁸⁷ I *Östgötalagen* finner vi benämningen *full skena*, vilket definieras som en skada då hud och hull *brister* (”*brister huf ulla huld þæt ær full skena*”).⁸⁸

I flera lagar från nuvarande svenskt område nämns ”större sår”.⁸⁹ I den isländska lagen *Víglóði* i *Stadarhólsbók* i *Grágás* definieras det som hjärnsår, buksår och märgsår:

82. GL 19 fl. 4 ”utan blodvite”, 19 fl. 31 ”utan blodvite”, GL 19 fl. 34 ”utan blodvite”; GL 19 fl. 4 ”utan blodvite”, 19 fl. 31 ”utan blodvite”, GL 19 fl. 34 ”utan blodvite”; ÖgL, E I & V VII. XVI fl. 11; DL: M. XX ”vid blödande sår och rinnande blod” – ”*at rykandi sari oc rinnande blope*” (Holmbäck & Wessén 1979a); VmL, M XVIII ”till blods”; HL: M VIII (Holmbäck & Wessén 1979c); SdmL M, i not 1: *blopsar* (Holmbäck & Wessén 1979c); MEL S I:XVII; MEST E V, S XVII.

83. Holmbäck & Wessén 1979c. Citatet är deras översättning av ÖgL, V. XIX, men de diskuterar även begreppet *skena* och variationer i detta i en rad kommentarer i sina översättningar av de medeltida lagarna: MEL, E, not 5; SdmL, M, not 9; UL M, not 129; VmL M, not 96; VgL I V, not 17; ÖgL V, not 53.

84. VgL I, V 4 (Collin & Schlyter).

85. Bj 12:2.

86. MEST S I: 3.

87. VStL I 13: 1 ”*Dat vulle zer scal wesen nagels dep al so de nagel lang is an enes mannes vinghere dat zer si ghehowen oder gheslaghen sunder an deme houede*” (ur Hasselberg 1953, s. 284).

88. Ög V XIX.

89. UL M XXVII; SdmL M XI (Holmbäck & Wessén 1979c & e).

Men de større sår er hjernesår og bugsår og marvsår. Det er hjernesår når det opstår en åbning i hovedet ind til hjernen hvad enten det er kløvet eller splittet eller brudt. Men det er bugsår når blodet fra såret kan strømme ind i legemets hulheder [dvs. hålsår?]. Men det er marvsår når et ben som der findes marv i, er kløvet ind til marven, hvad enten det er hugget eller brækket.⁹⁰

Indelningen av de högsta (det vill säga allvarligaste, med högst böter) såren i hjärnsår, buksår och märgsår svarar enligt historikern Jón Steffensen mot en mycket gammal uppfattning inom den lärda europeiska medicinen om vilka typer av allvarliga sår eller skador som var särskilt svårbehandlade och som därför innebar hög dödlighet. De räknades därför enligt Steffensen till det man valde att inte behandla.⁹¹ Stoiskt tolkade fraser i de isländska sagorna i stil med ”detta sår behöver inte bindas om” eller ”behöver ingen läkare” kan i så fall tänkas uttrycka mer än enbart ett sturskt manlig-hetsideal och snarare reflektera en allmänt delad uppfattning kring vilka skador den tidens läkare hade en rimlig möjlighet att klara.⁹²

De skador som i *Grágás* omnämns som ”större sår” motsvarar i stort sett de som figurerar i *Upplandslagens* och *Södermannalagens* definitioner av en laga läkare och vad som kunde krävas av en sådan. I de svenska landskapslagarnas definition av en laga läkare nämns inte märgsår, men däremot benbrott. Dessutom nämns sår i bröst och mage, vilket troligen motsvarar buksår (kanske hålsår?).⁹³ Något som däremot inte alls nämns i *Upplandslagens* och *Södermannalagens* definitioner är hjärnsår eller huvudsår. Sår i huvudet eller huvudskålen nämns dock på andra ställen i dessa lagar och även i de flesta andra lagarna.⁹⁴ Man kan notera att det, med *Hälsingelagen* som intressant undantag, är de äldsta lagarna som är mest detaljerade i sin terminologi vad gäller skullskador. Medan de yngre lagarna framför allt talar om skador på huvu-

90. *Grágás*, *Víglóði*, K86: ”*Sa maðr er o öll til doms er vegr maN eða veitir manne holundar sár eða heilundar eða mergundar. Þat er heilund er rauf verðr aha`use hvarz var havi höGVin eða refnaðr. Hol und er ef bloð ma fälla ahol or sáve. Merg und er ef bein er isundr til mergiar. Þat er mergr er ipot brotit se.*” (Övers. fr 1852).

91. Steffensen 1980, s. 95ff. Steffensen vill i den isländska lagen *Grágás*, möjligen nedtecknad på latin under tidigt 1100-tal, se element i benämningen och klassificeringen av sår, som går tillbaka på de hippokratiska skrifterna. Han hänvisar bland annat till *Corpus Hippocraticum* (särskilt *De fracturis*, *De caputis vulneribus* och *Aphorismi*), samt Galenos *In Hippocratis aphorismos commentarii*.

92. T.ex. *Den poetiska Eddan* 1993: *Atlamál*, strof 85: ”såren blev han varse, han ville ej förbindas [---] ’Illa är jag faren, det finns ingen livsvån.’; *Edda* 1962: *Atlamál*, strof 90: ”*kendi brát benia, banz quað hann þorfonga*”.

93. Collin & Schlyter: UL, M XXVII: ”*Nu hawer annen saren giørt. Þa a han hanum laghe lekir fa. han a biupæ hanum þre. Laghe lekiræ. Þæt ær lagha lekir. Helet hawer iarn huggit sar. Ben brut .j. sarum. Hulseri. Giönum laghet sar. Undir twar. Hwar sum þen lekir far.*”

94. HL M IX.

det, preciserar *Skånelagen*,⁹⁵ *Gutalagen* och den *Äldre Västgötalagen* djupare skador i huvudet. *Skånelagen* och *Gutalagen* nämner *hjärnans skal* (oklart om det är skallbenet eller hjärnhinnan som avses; troligen det förra?) (GL *hiern skal*). *Gutalagen* och den *Äldre Västgötalagen* nämner dessutom *hjärnhinnan*. Att hjärnhinnan nämns är mycket intressant, då det är av avgörande betydelse för den skadades överlevnadschans om denna är intakt eller penetrerad.

Möjligen kan man alltså skönja en tendens till en förenkling av terminologin i de svenska lagarna under loppet av tidigmedeltid till högmedeltid, framför allt när det gäller huvudskador. Frågan är varför. Berodde det på förändrade (försämrade?) kunskaper när det gällde behandlingen av allvarliga skador? Eller ska vi snarare tänka oss att lagtexterna under loppet av 1100- och 1200-talen, i linje med Elsa Sjöholms tes, alltmer anpassades till regionala förhållanden och därmed också distanserade sig från en europeisk förebild, med dess hippokratiska arv, som Steffensen har velat göra gällande för *Grágás*? Mitt intryck är att de högmedeltida lagarnas bestämmningar av sår tyder på att man var tämligen väl införstådd med vilka skador tidens läkare hade en *rimlig* chans att läka och vilka som var alltför komplicerade och därmed i princip dödliga. Möjligen ska förenklingen eller utarmningen i termer för skallens anatomi förstås som en anpassning av lagarna till praktiserad läkekonst, som hade små möjligheter att framgångsrikt behandla allvarliga skullskador.

I lagarna redogörs för olika sätt att mäta sår. Det vanligast förekommande sättet innebar att man räknade antalet benflisor som kunde plockas ur såret. Detta mått sätt har med benbrott och krosskador att göra och vi kan ana hur omhändertagandet av skadan samtidigt är en del av den juridiska processen.⁹⁶ Uttrycket ”ben ur sår” (*benlösning*) förekommer i de flesta lagarna.⁹⁷ Ju fler benskrivor som kunde (behövde) plockas ut, desto högre blev förövarens böter. I vissa lagar anges hur stora de benskrivor som plockades ur såret skulle vara för att räknas. I *Gutalagen*, den *Skånska Stadsrätten* samt i *Östgötalagen* förekommer uttrycket ”klingar i skål”. Det kan tolkas som att benflisan skulle vara så stor att det hördes när den släpptes i en skål. En annan form av storleksmätning, vilken är unik för *Gutalagen*, är följande: ”För varje benskriva som bär

95. SkL XI: Konung Knuts stadga om dråp och vad därmed hör samman, fl. 8: *holsar* ”i huvudet, så att det berör hjärnan, eller i magen eller i bröstet, vilket på folkspråket kallas övre eller nedre hålan” (Holmbäck & Wessén 1979b); SkL V = Statuta Diversa Scaniae Spectantia: Statum Kanuti regis de homicido et illi contingentibus etcetera Sequitur: 1: ”*Wlneris qualitatem si fuerit wathwa saar quod vbique fit in carne pro quo reus manu duodena se expurget Si fuerit hulsaar quod fit in capite tangens cerebrum vel in ventre siue pectore quod wolgo dicitur offræ vel nethræ hull bis duodena manu se expurget*” (Collin & Schlyter).

96. Att lösa benflisor avlägsnades ur såret var även nödvändigt för en god läkning, jfr t.ex. *The life of Gudmund the Good, bishop of Holar* 1942, kap 8.

97. SkSt 42; ÖgL V XIX; UL M XXIV fl. 2; Bj 14 fl. 5; DL M XIII; HL M IX; SmL M III; MEL SI V & MESI SI VII.

en alnslång tråd över en fem alnar hög [tak-]bjälke, skall man böta en mark penningar, ända till fyra ben.⁹⁸ Wessén menar att detta egendomliga sätt att mäta en benskärva avser benskärvor större än de som klingar i skål. Wesséns tolkning är att det avser en benskärva som är så stor att man kan kasta den med en vidfästad alnslång tråd fem alnar (= 3 meter) upp, över en takbjälke.⁹⁹ Det är alltså en stor "skärva". I *Gutalagen* förekommer både mätsättet "klingar i skål" och mätsättet med takbjälken och tråden.¹⁰⁰

Ytterligare ett sätt att mäta sårens storlek var med hjälp av handen, till exempel med hjälp av fingerled eller nagel som mått, som redan nämnts. Bland de svenska landskapslagarna förekommer detta endast i *Gutalagen* och *Visby stadslag*. Fenomenet förekommer alltså inte i lagarna från fastlandet eller de gammaldanska landskapen, men var enligt Hasselberg allmänt spritt i tysk medeltidsrätt, från vilken de gotländska lagarna menas ha influenser.¹⁰¹ Under 1700-talet var mätningen med fingret vanlig och beskrivs bland annat av Olof af Acrel i hans *Chirurgiske händelser*.¹⁰² I *Östgötalagen* och i *Magnus Erikssons landslag* stadgas om sårmatning, men utan att det framgår hur mätandet ska gå till. I *Östgötalagen* står det bara "lata mieta ok femt sitia".¹⁰³

Det var emellertid inte bara sårets storlek, omfattning och svårighet att läka som var av intresse i lagarna, utan även i vilken grad såret resulterade i bestående lyte. Skador och andra åkommor som skämde utseendet, uppfattades som särskilt allvarliga.¹⁰⁴ Om ett sår var synligt "tvärs över gatan"¹⁰⁵ eller "tvärs över tingen" eller inte kunde "döljas av hatt eller huva"¹⁰⁶ hade detta särskild juridisk konsekvens.¹⁰⁷ Uttrycken förekommer i *Gutalagen* och i några av de Svealändska lagarna, men inte i de Götaländska.¹⁰⁸

98. GL *Om sår*, fl. 9.

99. Wessén i Holmbäck & Wessén 1979b, s. 263.

100. GL *Om sår*, fl. 8 resp. fl. 9.

101. GL 19; Hasselberg 1953, s. 295ff.

102. af Acrel (1759) 1965, s. 12, kap. IV: "2 tvärfingers bredd" samt "tum"; ett mått som lever kvar.

103. ÖgL V VI. Jfr med MEL S I: X "Nu säger den ene det vara mindre sår och den andre större; då skall häradshövdingen utse sex män från häradet för att mäta dessa sår"; samt MEL S XI: "mäta hans sår" samt MEL S XIII "gäldas böter för hans sår, så mycket som de bliva uppmätta till" (Holmbäck & Wessén 1962).

104. Jfr Pelling 2004b, s. 45 för samma attityd i England: "[M]edical practitioners and the laity alike placed great stress on disfiguring conditions, especially those affecting the face".

105. GL 19 fl. 6 "tvärs över väg se ärr eller skada" (Holmbäck & Wessén 1979b); VSt I 15:7 (Hasselberg 1953, s. 289); Bj 14 fl. 2.

106. GL 19 fl. 7 "ej skyler hatt eller huva" (Holmbäck & Wessén 1979b); DL, M XVII; VmL M XXIII fl. 2 "höljer det hatten" (Holmbäck & Wessén 1979a); HL M IX; SdmL M V "höljes det varken av hatt eller huva" (Holmbäck & Wessén 1979c); MESt S I:IX fl.1; Bj 14 fl. 2; VSt I 15:6 (Hasselberg 1953, s. 289).

107. GL 19 fl. 6 "tvärs över tingen" (Holmbäck & Wessén 1979b).

108. Bj 14, fl. 2; VmL M XVIII; SdmL M V. På flera punkter i lagarna om sår finns större likheter mellan de Svealändska och Gotländska lagarna, än med de Götaländska, som skiljer sig något från dessa.

4.2.5. Vettlöshet, sinnessjuka och tungsinne

Till skillnad från sår och skador orsakade av yttre våld, är mental smärta eller ohälsa abstrakt och svårgripbar, både för den drabbade själv och för andra. Genom att mental ohälsa kan ta sig psykosomatiska uttryck och fysiska åkommor kan få negativa psykologiska effekter, blir gränsen mellan fysisk och mental ohälsa oklar och flytande. När det gäller omnämmanden av det jag identifierat som mental ohälsa i de här studerade texterna förefaller inställningen till dem som led av sådana problem ha varit tolerant. Utan att ha ett stort underlag för analys, får jag ändå intrycket av att det fanns en förståelse och acceptans för skillnader i bakomliggande orsaker och de skiftande konsekvenserna i form av till exempel vettlöshet, tungsinne och förvirring. Inom skolastisk medicin kunde tungsinne uppfattas som en humoralpatologisk åkomma (melankoli), orsakad av obalans i kroppsvätskorna. Det förefaller emellertid inte ha varit en vanlig uppfattning i Norden. Däremot fanns en föreställning kring raseri och månen. Varulvens förvandling vid fullmåne är förmodligen en del av den föreställningen, liksom uttrycket mångalen, som fortfarande finns kvar. I *Hávamál* står att man mot raseri ska åkalla månen.¹⁰⁹ Huruvida dessa föreställningar om månens inverkan på psyket ska sättas i samband med medeltida astrologiskt tänkande eller har andra rötter är oklart.

Flera landskapslagar preciserar vem som var ansvarig för en person som ansågs mentalt otillräknelig. Det var oftast närmaste myndiga släkting.¹¹⁰ De ansvariga skulle förhindra att den vettlösa begick brott eller orsakade skada. Lagarna ger dock inga upplysningar om hur en mentalt otillräknelig person i övrigt skulle hanteras eller behandlas. Det står ingenting som uttrycker den drabbades perspektiv och ingenting om olika former av mental ohälsa. Det gör det däremot i sagorna.

Där skymtar en förståelse för att tungsinne eller nedstämdhet kan ha sin förklaring i yttre och socialt acceptabla orsaker. Tungsinne till följd av djup sorg, till exempel på grund av personlig förlust av en anhörig, omtalas på flera ställen.¹¹¹ Det kunde hanteras individuellt genom att den drabbade fick leva ut eller verbalisera sorgen i dikt och kväden. Ett exempel på detta är Egil Skallagrimssons sorgekväde *Sonatorrek*, vilket speglar hans sorg när han först förlorat sina fäder (äldre släktingar) och sedan sina söner. Han försöker då finna ett sätt att förhålla sig till en outhärdlig sorg. Han kväder ”Jag vet att gapet ska stå ofyllt, såret efter sonen som havet tog. [...] jag har berövats alla som jag älskat. Havet slet alla min släkts band, en hård tamp av mig själv.”¹¹² Ett annat exempel finns i *Harald Hårfagers saga*, där kungen drabbas av sinnesförvirring

109. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137: ”*heiptom scal mána qveidía*”.

110. DL M XXI; UL M 2:1; VmL M 2:1 (”Mister någon vetter”).

111. T.ex. i Hoyersten 2007.

112. *Egil Skallagrimssons saga* 1992, strof 78.

till följd av djup sorg.¹¹³ Hans drottning har dött och han har svårt att acceptera att hon är borta ur detta livet för evigt. Då kommer läkaren Torleif den vise ”med sin läkekonst för att dämpa denna förvirring. Han dämpade först förvirringen med fogliga ord”, men det är inte förrän man bränner drottningens kropp som kungen genom denna *rites de passage* förmår att gå vidare. ”Därefter sjönk hon i askan och kungen steg till medvetande och kom ur sin galenskap.”

I *Vadstenadiariet* nämns ett annat slags sinnesrubbing. Klosterbrodern Anders Olofsson hade levt ett hårt liv, fyllt av strapatser, innan han kom till klostret. Väl där hade han emellertid levt ett fromt och berömvärdt liv. Likväl utsattes han under de sista dagarna av sin levnad för *djävulens prövningar*. ”Sex dagar före sin bortgång utsattes han på olika sätt för de största kval och djävulens frestelser. Ty under nästan två dagar var han liksom berövad sina sinnens bruk [”*erat quasi extra sensum*”]; och då visade sig djävulen för honom och räknade upp alla de synder han begått sedan sin ungdom.”¹¹⁴ Innan han dog återfick han dock förståndet och bekände alla de synder som djävulen räknat upp för att få honom att misströsta. Hans tillstånd, som man kanske skulle kunna beteckna som ett tillstånd av djup *dödsångest* i kombination med dåligt samvete och/eller oro inför vad som skulle följa på döden, förstås alltså som djävulens påfund. Mannen var uppenbarligen helt utom sig, men det är något oklart huruvida man uppfattade det som att hans sinnestillstånd så att säga gav djävulen tillträde till hans inre (genom att han inte var stark och på sin vakt) eller om sinnestillståndet var en följd av djävulens frestelser. Möjligen talar ordföljden ”*et tunc apparuit ei diabolus*” för det senare, nämligen att det var mannens försvagade sinnestillstånd som gjorde att han föll rov för djävulen.

I *Vadstenadiariet* nämns även ett fall av ”*sinnessjuka*”. Syster Birgitta Petersdotter benämns uttryckligen som ”*quasi insensata*”.¹¹⁵ Det intressanta med henne är att hon redan vid tiden för inträdet i klostret menades vara sinnessjuk, men uppenbarligen ändå blev accepterad av kommuniteten och upptagen i klostergemenskapen, där hon levde med sin sjukdom fram till sin död. Kanske förknippade man i hennes fall inte sinnessjukdomen med djävulen, så som man gjorde med Anders Olofssons. Det kan också tänkas att hon i sitt mer själsligt oskyddade tillstånd som sinnessjuk menades ha särskilt behov av klostrets skydd mot onda makter. Att uppta henne i klostergemenskapen var i så fall en barmhärtighetsgärning från klosterinvånarnas sida; något som då kunde komma dem till godo i den stora gudomliga vågskålen.

I de exempel som anförs ovan kan vi urskilja flera olika sinnestillstånd och förklaringar till dessa, månens inverkan, som resultat av sorg, social och emotionell stress,

113. *Harald Hårfagres saga* 1991, kap. 25.

114. DV 101:5–6 (26/4 1399).

115. DV 1043 (19/4 1517).

religiösa grubblerier eller mer oklara orsaker. Det är möjligt att en mer heltäckande studie av psykisk och mental ohälsa i olika former, skulle ge en annorlunda uppfattning, men de fall som exemplifieras ovan antyder inte ett särskilt starkt moraliserande över varken vettlöshet, sinnessjuka eller tungsinne. Vi kan i *Vadstenadiariet* visserligen notera ett kristet moraliskt synsätt på Anders Olofssons tillstånd, men däremot inte när det gäller vad som uppfattas som sinnessjukdom. Inte på något ställe framgår en fördömande attityd gentemot de drabbade. Snarare får jag intrycket av en tolerant och förstående inställning gentemot mentala eller själsliga åkommor.

4.2.6. Orsak, konsekvens, symptom och tecken

Om man ser till den sammantagna bild som de olika omnämningarna av åkommor ger, förefaller det som om orsaks- eller konsekvensorienterade benämningar är vanligare i det fornnordiska saga- och lagmaterialet, medan symptom-/teckenorienterade benämningar är vanligare i de latinska Saxos krönika och *Vadstenadiariet*. Det kan tolkas som att en orsaks-/konsekvensorienterad sjukdomsförståelse har äldre rötter i de skandinaviska språken och alltså speglar en geografiskt sett äldre sjukdomsförståelse, än de latinska benämningar och namn som är symptom-/teckenorienterade. Den förra namntraditionen tycks uttrycka ett i viss mening mer empiriskt förhållningssätt, där orsak, konsekvens och behandling är det som avgör hur man omnämner olika åkommor. De latinska symptom- och teckenorienterade benämningarna, uttrycker en högre grad av abstraktion. Sättet att tänka kring och söka nå förståelse utifrån upplevda symptom och iakttagna tecken var ett antikt arv som kom att bli viktigt inom den skolastiska läkekonsten.¹¹⁶

Under medeltiden (åtminstone under dess senare del) förefaller de båda synsätten att ha existerat parallellt i Norden; möjligen i olika hög grad i olika sociokulturella miljöer, med delvis skilda språkbruk (fornnordiska respektive latin). Det är samtidigt troligt att den inhemska nordiska sjukdomsförståelsen påverkades av den lärda, latinspråkiga förståelsen, så att man även där under loppet av den senare medeltiden och renässansen fick en allt starkare orientering mot ett symptom- och teckentänkande. Det fick förmodligen även till följd att den inhemska benämningstraditionen påverkades. Det fornisländska *hörunsvide* kan vara ett uttryck för det.

Till den lärda latinska traditionen hörde även den humoralpatologiska förståelsen av kroppen och dess åkommor. Jag har redan föreslagit att vissa drag av denna lära kan skönjas i isländska källor från medeltidens tidigare del. Det verkar dock inte som att det blev mer utbrett förrän senare. En sådan förskjutning i sjukdomsförståelse som förändringarna i sjukdomsbenämningar antyder skulle kunna förklara varför exempelvis åderlättningsjärn från medeltidens tidigare del i princip saknas. I en förståelse av sjuk-

116. Jouanna 1998, s. 60f.

domar och skador som bygger på yttre iaktagbara orsaker har åderlättningsbehandling ingen grund. Om man däremot tänker sig att kroppen är sjuk på grund av överflöd av fuktighet eller på grund av osunda vätskor av något slag, är åderlätning en rationell behandling. Den materiella kulturen indikerar att det var en mer utbredd metod först under medeltidens senare del och därefter, vilket jag återkommer till i kapitel 6.

Inte heller den lärda medicinen var emellertid enhetlig. Inom den lärda läkekonsten i *Europa* under medeltiden och renässansen gick sjukdomsförståelserna delvis isär. Vissa förespråkade en mer orsaksorienterad förståelse och andra en mer symptom- och teckenbaserad sådan. I Vadstena klosterbibliotek fanns en avskrift av ett verk som tros vara författat av Egidius av Corbeil (ca 1140 – mitten av 1200-talet). I marginalen till boken finns ditskrivna kommentarer, vilka kan ha gjorts av någon i klostret. Där står bland annat följande:

Orsaken [till sjukdomen] röjes av symptomen, och fördenskull är kunskapen om symptomen nödvändig. En del symptom röjer kroppens utseende: förvridna läppar till exempel, och insjunkna ögon, och sådant, såsom det står i *Prognostica*. Andra symptom framgå av (livs)kraftens verksamhet såsom pulsen, åter andra av det som går ut ur kroppen såsom urin, (exkrement) och upphostningar.¹¹⁷

Det är troligt att man vid klostret tog intryck av de medicinska skrifter man ägde när man noterade sjukdomar och dödsorsaker i diariet, vilket kan förklara övervikten för symptom och tecken. Europaresenären Olaus Magnus speglar indirekt samma sjukdomsförståelse när han skriver att ”De i Norden gängse sjukdomarna äro följande. Hosta, sten, ögon- och tandvärk, tarmvred, feber, snufva, skabb, fransoser och allehanda barnkrämpor; vidare pesten”.¹¹⁸ Det han gör är alltså att framför allt räkna upp en rad olika symptom och tecken.

Under 1500-talet började man emellertid alltmer att skilja mellan specifika symptom och tecken som åkommer i sig å ena sidan och sjukdom som diagnos utifrån olika kombinationer av symptom och tecken, vilka alltså snarast uppfattades som uttryck för sjukdomen, å andra sidan. Man menade att det var *genom tecknen* man kunde lära känna och känna igen en sjukdom.¹¹⁹ Detta sätt att närma sig problematiken genom att gruppera symptom och tecken för att förstå sjukdomar kom att utvecklas till 1700-talets sjukdomslära, *nosologin*.¹²⁰

117. MS 663, Uppsala universitetsbibliotek, fri översättning av Schmid, 1951, s. 318f.

118. Olaus Magnus 16 boken, kap. 51.

119. Wear 1985, s. 124ff., 139f.

120. Foucault 2003, s. 2; French 2003, 229f.; Johannisson 2004, s. 22f.

4.3. Förståelse för sjukdomsorsaker och smittspridning

I kapitel 3 uppmärksammades kortfattat några aspekter av medeltida kroppsförståelse i Norden. Man var väl medveten om vilka organ som var de mest livsbärande: hjärta, lungor, lever, mag- och tarmpaketet samt hjärnan; de organ som också oftast avbildades på anatomiska illustrationer från andra delar av Europa. Man visste att skador på dessa organ var mer livshotande än skador på många andra organ och att de också var svårare att få att läka väl. När det gällde åkommor med tydliga yttre orsaker kunde man koppla dessa till iakttagna tecken. Sjukdomar som inte hade tydliga yttre orsaker var däremot svårare att förstå. Sjukdomsnamnen och -benämningarna som diskuterats tidigare vittnar om att det framför allt var de yttre, iakttagbara orsakerna man hade förståelse för, men att man under medeltidens gång alltmer försökte förstå utifrån tolkandet av symptom och tecken. I övrigt förefaller magiska förklaringar ha varit vanliga.¹²¹ En förståelse med vissa humoralpatologiskt eller antikt influerade drag verkar ha funnits i vissa miljöer redan under den tidiga medeltiden. Vi möter den i tidigmedeltida isländska källor som sagan om läkaren Hrafn Sveinbjarnarson och *Grágás*. Även vissa uttryck i *Den poetiska Eddan* skulle kunna tolkas som det. Vi möter det också hos en läkekunnig abbot från Skåne som Saxo omtalar. Det förefaller emellertid ha dröjt innan dessa uppfattningar blev mer allmänt spridda. Något som man emellertid förefaller ha haft en relativt god uppfattning om var hur epidemier, soter och pester spreds.

Smittspridning och farsoter var ett problem kring vilket man hade teorier långt innan upptäckterna av och de ökade kunskaperna om bakterier och virus under 1700- och 1800-talet.¹²² Man visste av erfarenhet att såväl djur som människor kunde bära med sig smitta, liksom att smitta kunde överföras genom föremål som varit i kontakt med sjukdom. Det fanns alltså en medvetenhet kring smittspridning och denna medvetenhet ledde till olika åtgärder, normer och tabun, inte minst karantänsbestämmelser, vilka bör ha haft en faktisk hämmande effekt på smittspridning.

När den arabiske resenären Ibn Fadlan på 900-talet sammanträffade med ruserna (varjagerna) under sin Rysslandsresa beskrev han hur dessa behandlade sjuka personer.¹²³ De isolerade den sjuke i ett tält, och försåg honom eller henne med mat och vatten. Ingen kom dock på besök till den sjuke/a. Tillfrisknade den sjuke/a återupp-

121. T.ex. *Egil Skallagrímsson's saga* 1992, s. 206f., kap 72; *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 52–55 alt. 1979, s. 132ff. "Spökerierna på Frodá". 1935 kap. 53: "tók [-] sótt ok andaðisk"; *Grettis saga* 1990, s. 293ff. avsnittet "Drangö" i kap. "Grette åter på Island".

122. Hellquist 2003: Begreppet *farsot* går tillbaka på verbet fara är ett språkligt avtryck av uppfattningen att en sjukdom kunde färdas och förflyttas, ordets ålder uppges ej. Att skilja från det fornordiska *fársótt*, som betydde farlig sjukdom.

123. Jag reserverar mig för meningsskiljaktigheter bland forskare på området om huruvida det är svenska/nordiska vikingar, slaver eller en blandning av dessa som avses.

togs han (hon) emellertid bland de andra. Dog han (hon) så brändes kroppen.¹²⁴ En rimlig förklaring till denna isolering av sjuka individer ligger i rädslan för det sjuka och för att det skulle drabba de andra, genom att sjukdom kunde spridas från sjuka till friska individer.

En annan variant av karantänstänkande kan skönjas i den *Yngre Västgötalagen*. Där uppmärksammas faran med smittspridande djur.¹²⁵ Lagen säger att den som köper boskap från en farsotsdrabbad by och driver hem den till den egna byn utan byamännens tillåtelse ska straffas genom att boskapen avlivas. Man såg uppenbarligen mycket allvarligt på om samhället genom sådan oförsiktighet utsattes för smittorisk. Straffet att bli av med den nya boskapen bör ha varit ekonomiskt ordentligt kännbart. Avlivandet av boskapen innebar dessutom att man avvärjde det farliga genom att eliminera den potentiella smittohärden.

I *Eyrbyggjasaga* beskrivs hur en gård drabbas av en hemsk sjukdom. Den ene efter den andre av gårdens folk faller offer för den. Det börjar med att kvinnan Torgunna insjuknar och dör, och efter henne dör flera personer. Sjukdomen har hos någon ett hastigt förlopp och drar hos någon annan ut en tid. En drar sig avsidet, blir ovänlig och pratar för sig själv och en annan blir kolsvart över hela kroppen. Sammanlagt dör en dryg handfull individer vid gården under en mycket begränsad tid. Det hela förklaras som *spökerier*.¹²⁶ Orsaken, tänkte man sig i efterhand, var att man inte följt den först insjuknade kvinnan Torgunnas sista önskan innan hon dog, nämligen att bränna hennes sängkläder efter hennes bortgång. Även om det inte sägs uttryckligen, kan man kanske ändå i detta tabutänkande ana en vag medvetenhet (hos Torgunna, hennes gårdsfolk eller sagans upphovsman/-kvinna) om att de sängkläder som användes av en sjuk människa kunde sprida smitta, och att bästa sättet att förhindra det var genom att bränna dessa. Att bränna en sjuk människas textilier var en praxis även inom de mosaiska religionerna och finns föreskrivet i *Leviticus* i Lagen om speltälska.¹²⁷ Om min tolkning av passagen i *Eyrbyggjasaga* är riktig, är det intressant att notera eldens betydelse och funktion i sammanhanget och jämföra det med en strof i *Hávamál*, om hur elden förgör sjukdom:

ty jorden tar emot öl,
elden sjukdomar,

124. Ibn Fadlan 2006, s. 66.

125. VgL II: U 12. Collin & Schlyter: Vt gærpæbalk XII: "Köper maper fe af falz by oc vræker hem vlouandis grannum með finu viti. kærir nokor a han vræki bort faklofo. vil han eig niþer huggæ oc eig bort vræke. Þa huggi þen niþer ær naar at faklofo. oc hin böte þre marker. enæ kononge. oc enæ hæraþe. oc enæ hanum a han kærir." Ordet för *farsotsdrabbad* är här alltså *falz*.

126. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 52–55 alt. 1979, s. 132ff. Spökerierna på Frodå. 1935, kap. 5: "tók [-] sótt ok andaðisk".

127. *Böckernas bok*, Leviticus (Tredje Mosebok) 13–14, särskilt 13:47–59.

eken förstoppning,
 axet trolldom,
 hallen husträta,
 mot raseri skall man åkalla månen,
 alun tar emot sjukdomar orsakade av bett
 men runor bota vad ont är¹²⁸

I *Fjölsvinnsmål* i *Den poetiska Eddan* finns en berättelse som skulle kunna tolkas som att man även använde sig av rök, särskilt väldoftande eller starkt doftande sådan, för att fördriva sjuk luft och ohälsosamma dunster. Där står det att man kan bränna bär (enbär?) för att fördriva ont.¹²⁹ Hur detta ska tolkas är oklart, men möjligen tänktes röken fördriva dålig lukt och luft. Sådant bruk av rök (*fumigater*) var välkänt på många håll i Europa vid samma tid.¹³⁰

Trots att man inte hade någon möjlighet att veta hur smitta egentligen gick till, hade man alltså ändå ganska goda uppfattningar om hur man på olika sätt kunde begränsa spridningen av smittsamma åkommor. Olika former och grader av isolering av djur och människor, det vill säga karantäner, var ett viktigt sätt. Även hygien kan ha varit ett medel mot smittor och sjukdom. Ett annat var brännande av potentiellt smittbärande material, som de sjukas sängkläder. Renandet från sjukdom genom eld kan möjligen ha inkluderat även andra metoder, som att röka bort dålig luft eller att hämma infektioner genom bränning eller sterilisering av instrument i eld. Dessa kunskaper fanns redan vid ingången till medeltiden. Att digerdöden fick ett så våldsamt förlopp kan alltså inte enbart förklaras med okunnighet i hur man skyddade sig från smittsamma farsoter.

4.3.1. *Hospitalen och hospitalssjukan*

Enstaka fall av lepra har kunnat beläggas i Sverige redan under yngre romersk järnålder. En kvinna begravd i Halland under denna tid är det kanske äldsta belägget från nordiskt område.¹³¹ Under 1000-talet ökade emellertid förekomsten av lepra i

128. *Edda: Hávamál* 1962, strof 137: "þvíat iqrð teor við qlðri, enn eldr við sóttom, eic við abbindi, ax við fiolkyngi, holl við hýrógi – heiptom scal mána queiðia –, beiti við bitsóttom, enn við þolvi rúnar; fold scal við flóði taca." Jfr även Collinder 1993 i not till *Den poetiska Eddan: Hávamál* strof 137; jfr även Egil Skallagrímssons förstörande av skadegörande runor genom att bränna dem för att bota bondedottern Helga: *Egils saga Skalla-Grimssonar* 1933, kap. 72, strof 48 alt. *Egil Skallagrímssons Saga* 1990, s. 202.

129. Andra möjliga tolkningar av detta diskuteras i kap. 6.3.3.

130. T.ex. Rawcliffe 2009b, s. 51.

131. Arcini & Artelius 1993.

Europa, möjligen som en följd av urbaniseringen, och under tidig medeltid började sjukdomen förmodligen bli vanligare även i Norden.¹³² Under slutet av 1100-talet och under 1200-talet grundades ett stort antal hospital i Europa och Norden, delvis som en respons på detta. Det äldsta skriftliga belägget i Norden är från Viborg i Danmark från 1159 eller 1160.¹³³ Sammanlagt fanns drygt 20 medeltida hospital inom nuvarande Sveriges gränser (se fig. 57). De var inte bara ett uttryck för den kristna barmhärtighets- eller välgörenhetstanken och -gärningen, utan även för rädslan för smitta.

En uppfattning som blev vanligare under högmedeltiden var att sjukdom i allmänhet, och lepra och sjukdomar med lepraliknande symptom/tecken i synnerhet, drabbade som straff för synder.¹³⁴ Genom att delar av den leprasjukets kropp bokstaveligen bröts ner och föll av, uppfattades sjukdomen nämligen som en redan i jordelivet pågående förruttnelse och fragmentering av kroppen. Detta var den absoluta motsatsen till helgonens heliga kroppar, vilka istället menades kunna förbli intakta och väldoftande även efter döden, kanske ända till återuppståndelsen. Följaktligen var lepran ett tecken på ohelighet och syndfullhet.¹³⁵ De fördömda avbildades emellanåt med sår över hela kroppen, likt leprasjuka.¹³⁶

Från början fanns inget tvång för spetälska att bo på hospital, men däremot skulle de hålla sig borta från offentligt umgänge. I Kristofers av Bayern stadsrätt för Köpenhamn från 1443, som även kopierades in i skånska stadsrätten, stadgades emellertid att ”[d]en som får spitale sot uti staden, han skall nödgas att fara ut till S:t Jörgens hus inom den tid, som honom av fogde och borgmästare förelagd bliver; gör han det icke, då må de föra honom och hans gods dit på hans egen kost och tärning.”¹³⁷

Hospitalen skulle idealt sett placeras utanför stadskärnan, gärna vid en större farled och med närhet till rinnande vatten. De flesta svenska medeltida hospital, vars läge är känt, var placerade utanför den medeltida stadens murar och ofta i anslutning till en av de större infarterna till staden. Enstaka medeltida hospital låg dock även inne i städerna, något som sedan blev vanligare under senare delen av 1500-talet, då hospitalen alltmer började drivas som allmänna sjukstugor/sjukhus.¹³⁸ Placeringen invid större allfarvägar ska ha uppmuntrat förbipasserande att ge allmosor och hospitalsinvånarna

132. Agrimi & Crisciani 1998, s. 193.

133. Jonsson 2012, s. 11; Ordet *Spital*, hospital, förekommer enligt Schlyters ordbok i VG, U, SM, VMI.

134. I DV 138, 294 och 346 omnämns ”spetälska” att jämföra med uttrycket ”ett slags spetälska” i DV 937 och 999.

135. Bynum 1991, s. 276.

136. Liepe 2003, s. 179, 194.

137. Blomqvist 1951, s. 175; Einarsen 2002, s. 13.

138. Järpe 1976; Broberg & Hasselmo 1978; Järpe 1979; Tesch 1983; Mogren 1984; Rosenberg 1984; Jönsson 2011, s. 82.

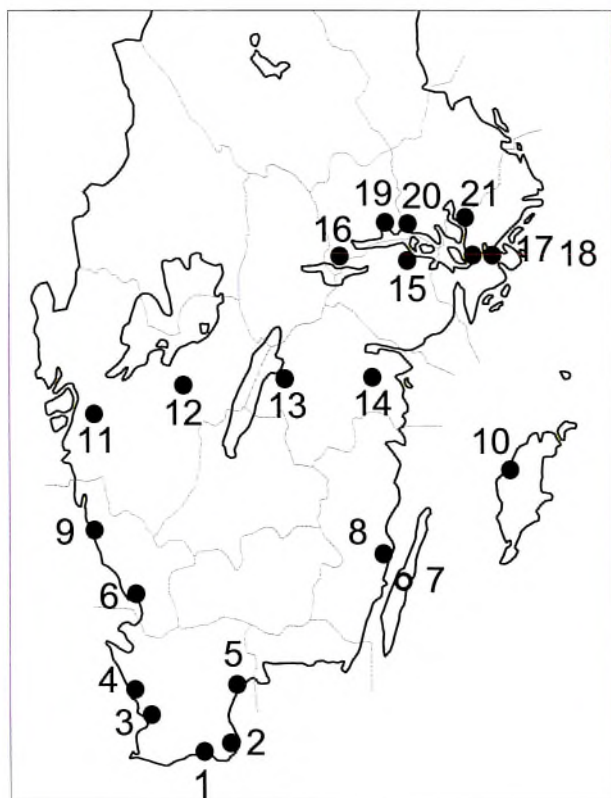


Fig. 57: Spridningskarta över de medeltida hospitalen i Sverige. 1.) Ystad (1398? – ?), 2.) Tommarp (före 1285 – 1541, då sammanslaget med helgeandshus), 3.) Lund (före 1231 – 1587, då sammanslaget med helgeandshus), 4.) Landskrona (före 1489 – 1580), 5.) Åhus (före 1252 – 1549, då sammanslaget med helgeandshus), 6.) Halmstad (före 1483 – 1530-tal), 7.) Öland, plats okänd (före 1268 – 1283–1304), 8.) Kronobäck (före 1341 – efter 1527), 9.) Varberg (före 1429 – ?), 10.) Visby (1218? – 1542), 11.) Gamla Lödöse (före 1286 – 1528, flyttat till Nya Lödöse), 12.) Skara (före 1281 – 1529, då sammanslaget med helgeandshus), 13.) Skänninge (före 1220 – efter 1525), 14.) Söderköping (senast ca 1250 – 1531–34, då sammanslaget med helgeandshus), 15.) Strängnäs (ca 1320 – 1782), 16.) Arboga (troligen 1318–45 – 1531?), 17.) Stockholm I (före 1278 – före 1286), 18.) Stockholm II (ca 1418 – 1526, då sammanslaget med helgeandshus), 19.) Västerås (före 1385 – ?), 20.) Enköping (före 1278 – 1438), 21.) Sigtuna (före 1278 – före 1283). Baserat på uppgifter i Mogren 1984, s. 17ff.

kunde vara försedda med en klappa eller pingla för att påkalla uppmärksamhet i detta syfte.¹³⁹ De blev på så vis moraliserande påminnelser för folket.

Anledningen till hospitalens avsides placering och den *relativa* isoleringen av de intagna har diskuterats. Berodde det på rädsla för smittsam syndighet eller rädsla för själva sjukdomen? Eller syftade det rentav till att skydda hospitalsinvånarna från omvärldens dåliga inflytande?¹⁴⁰ Jag menar att det sannolikt var en kombina-

139. Green 2010a, s. 158.

140. Rawcliffe 2009a, s. 308; Carmichael 2010, s. 39.

tion av dessa faktorer. Att separera de båda aspekterna är anakronistiskt, eftersom fysisk och själslig hälsa eller ohälsa i det medeltida kristna tänkandet var intimt sammanhängande. Formuleringen i *Västgötalagen* som refereras ovan visar att det åtminstone inte enbart var den moraliska smittan man skydde, då lagen avser *djur* från farsotsdrabbad by.

Många (dock inte alla) hospital, exempelvis Arboga, Halmstad, Sigtuna, Skara, Skänninge, Strängnäs, Söderköping, Tommarp, Ystad, låg invid ett rinnande vatten eller öppet vattendrag. Vattnet hade både en hygienisk och en symboliskt renande funktion. I *Leviticus* står att de spetälska bör bada för att rena sig. Även detta hade såväl hygieniska som symboliska orsaker. Tron på vattens förmåga att skänka hälsa och bot och lindring var utbredd. Tron på vissa källors särskilt välgörande och ofta magiska verkan gick långt tillbaka i tiden. Det rinnande vattnet symboliserade dessutom i det kristna tänkandet Jordanfloden, som tänktes skölja bort synden, ibland kallad "den själsliga lepran".¹⁴¹ Även ur medicinsk synvinkel var det väsentligt att ha tillgång till friskt, rinnande vatten. Stillastående unket vatten uppfattades som en källa till ohälsosamma dimmor och dunster, vilka tänktes orsaka sjukdomsspridning.¹⁴² Det finns uppgifter från S:t Giles hospital i Norwich, England, om att sankta områden vid hospitalet dikades ut för att rena platsen från skadliga dunster. Istället leddes friskt vatten genom området för att kunna användas för hygieniska och andra praktiska ändamål.¹⁴³

Det finns inte några uppgifter från Norden om att de som var smittade av spetälska behandlades illa, såsom de förefaller ha gjorts i exempelvis Frankrike. Tvärtom finns uppgifter som tyder på en tolerant inställning. I *Vadstenadiariet* finns flera noteringar om leprasmittade klosterinvånare. Dessa omtalas inte alls i skämmande ordalag, utan ges mycket positiva eftermälen.¹⁴⁴ År 1419 noteras emellertid att en leprasjuk syster under några år fick leva isolerad från de övriga systrarna på grund av sjukdomen.¹⁴⁵ Bestämmelser om isolering av leprasjuka finns även i biskop Johan Krag's stadsrätt för Köpenhamn från 1294, men gäller då endast dem som inte självmant höll sig undan från sina friska medmänniskor.¹⁴⁶ Vi möter alltså ett möjligt karantänstänkande, men däremot inte tankar kring synd.

Skelett med spår efter lepra påträffas emellertid inte främst på hospitalskyrkogår-

141. T.ex. Rawcliffe 2009b, s. 37.

142. Ibid., s. 41f.

143. Ibid., s. 42. Under antiken och inom den lärdomstradition som byggde på de antika källorna kallades detta *miasma*.

144. Kap. 4.4.3.

145. DV 294 (6/1 1419).

146. Blomqvist 1950, s. 119.

dar, utan på vanliga sockenkyrkogårdar.¹⁴⁷ Kanske hyste hospitalen snarare fattiga och socialt utstötta individer vid institutionerna.¹⁴⁸ Det verkar också som att det förekom en social stratifiering av de intagna vid vissa institutioner. Vid Skänninge hospital har man arkeologiskt kunnat påvisa detta inom hospitalsområdet, vilket tog sig uttryck både i byggnader och annan materiell kultur.¹⁴⁹ Vid inträdet skulle en person avhända sig sin egendom till hospitalet och det är rimligt att tänka sig att storleken på inträdesgåvan påverkade den intagnes inominstitutionella ställning.

4.4. Att vara sjuk

Sjukdomsförståelse och normer kring sjukrollen hänger ihop. Inledningsvis i detta kapitel diskuterade jag uppfattningen att en åkomma är en sjukdom först när samhället igenkänner den och identifierar den som en sådan. Enligt det synsättet tillåts en individ inträda i sjukrollen först när samhället erkänner henne eller honom som sjuk. Genom att studera hur de sjuka och skadade kan ha bemötts och hur de förväntades uppträda kan vi därför få en uppfattning om vad som uppfattades som sjukdom.

Frågan är då vad som krävdes för att en person skulle tillåtas och acceptera att inträda i sjukrollen under medeltiden och renässansen. Några strofer ur *Hávamál* ger ett perspektiv på detta. De manar till tacksamhet över det man har. Sjukdom och olyckor kan drabba vem som helst, men det kan också alltid vara värre. Även för den sjuke, halte, blinde eller döve finns ett liv att leva. Döden är värre.

Det bästa för människors barn är elden,
så ock åsynen av solen,
ifall man får ha sin hälsa kvar
och lever lytelöst.

Osäll är man ej fast man icke är frisk:
några äro sälla av söner,
några av fränder, några av gods,
andra av verk som de utfört.
Den som lever har det bättre än bränd man har det,
en levande kan lätt få en ko;
eld såg jag brinna hos en burgen man,
som låg utanför dörren död.

147. Arcini 2003, s. 110ff.; Jonsson 2012 s. 12, 14; för Englands vidkommande: Roberts 2011, s. 265f.

148. Rawcliffe 2009b, s. 167; 252ff.

149. Jonsson 2012, s. 98, 105; jfr även Kjellström 2010, s. 278.

Den halte rider, den handlöse vallar,
den döve han duger till att slåss;
den blinde är bättre än bränd man är,
ett lik kan ej nytta någon.¹⁵⁰

Attityden gentemot sjukrollen förefaller emellertid ha varit komplex. Å ena sidan fanns det ovan formulerade stoiska idealet som innebar att man inte skulle beklaga sig i onödan. Å andra sidan fanns en medvetenhet om att vård och avsevärd tid för läkning kunde behövas för ett tillfrisknande och att detta kunde vara en nödvändig investering.

Av de sjukdomar och av graden av de symptom och tecken som nämns i det skriftliga materialet och som presenteras här framgår det dock att det inte räckte med en vanlig förkylning för att man skulle stoppas i *sottar siang*.¹⁵¹ Visserligen är det uppenbart att sådana förlopp även av andra anledningar inte hade någon plats i de här refererade källorna. De hade varken narrativa betydelser eller juridiska konsekvenser. Hur lindrigare åkommor hanterades varierade sannolikt mycket. Vad som emellertid framgår tydligt är att det vid allvarigare åkommor var socialt accepterat att den sjuka eller skadade behövde tid och vård för att återhämta sig och att vederbörande också gavs den omsorg och möjlighet till rehabilitering som behövdes.

4.4.1. Tid för läkande

Det talas på många ställen, både i lag- och sagamaterialet och i *Vadstenadiariet*, om hur en skadad, sjuk eller ålderssvag person är sängliggande under avsevärd tid. I diariet uppges ibland flera år eller till och med ett helt decennium.¹⁵² Sagavärldens och klostervärldens syn på den långvariga sjukdomen förefaller emellertid ha varit något olika. De verkar båda spegla en attityd av pragmatisk medmänsklighet inför livets umbäranden, men det finns också nyanskillnader.

De långvariga sjukdomsperioderna som skymtar i sagamaterialet vittnar om hjälp-

150. *Den poetiska Eddan* 1993: *Hávamál*, strof 68–71. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 68–71: "Eldr er beztir með ýta sonom, oc sólar sýn, heilyndi sitt ef maðr nær, án við lóstr at lifa. Erat maðr allaz vesall, þótt hann sé illa heill; sumr er afsonom sáll, sumr af frendom, sumr af fæ ærno, Sumr af vercom vel. Betra er lifðom oc sállifðom, ey getr quicr kú; eld sá ec up brenna auðgom manni fyrir, Enn úti var dauðr fyr durom. Haltr riðr hrossi, hiorð recr handarvann, daufr vegr oc dugir; blindr betri enn brendr sé: nýtr mangi nás."

151. Enl. Schlyters ordbok i flera lagar (ÖgL, UL, SmL [j. 9, MEL Kg 16 & [j. 17]: *sottar siang*, *sotta siang*, *sottasang*, *sota siang*, *liggia i sot aller i sarum*; *Hervararsagan* 1995, kap. 6; Audun Västfjording med den tama björnen 1990, s. 215.

152. T.ex. DV 203 (24/4 1411); 454 (26/3 1436); 470 (22/1 1438); 794 (5/5 1469); 968:2 (9/11 1505). Ytterligare ett större antal notater nämner långvarig sjukdom, men klargör inte om den drabbade var sängliggande; Saxo Grammaticus, 8 boken, kap. 4: 5 samt 7 boken, kap. 9:8; *Gunnlaug Ormstungas saga* 1992, s. 306f., alt. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 13.

lösheten inför många åkommor och svårigheterna för de drabbade att återhämta sig med hjälp av de metoder som fanns. Däremot syns inte mycket av fatalistisk uppgivenhet, som man kanske kunde väntat med tanke på de begränsade behandlingsmetoder som trots allt fanns att tillgå. Snarare framstår det som om ett läkande och tillfrisknande faktiskt uppfattades som rimligt och därför eftersträvades, och att de sjuka verkligen gavs nödvändig tid för läkning. Under sin tid i sotsängen kunde personen i fråga inte bidra till försörjningen och blev dessutom en extra arbetsbörda för resten av hushållet genom den hjälp han eller hon behövde. Trots det finns det inte heller något som talar för att sängbundenheten och den sjukes rätt att vistas där på något vis ifrågasattes. Det omnämns snarare i självklara termer: han eller hon låg länge till sängs i sin sjukdom, låg länge sjuk.¹⁵³ Även om det varierade i vilken grad man hade tillgång till mer kvalificerad behandling, förefaller man alltså generellt sett att ha vinnlagt sig om den sjukas eller skadades tillfrisknande och den drabbade förefaller verkligen ha tillåtits gå in i sjukrollen.

Birgittinerna verkar ha delat denna attityd. Många nämns som långtidssjuka, ofta dock med döden som slutpunkt. Samtidigt bör noteringarna i *Vadstenadiariet* om den långvariga sjukdomen förstås i relation till den kristna samtids idéer om det goda döendet. Under 1300-talet och början av 1400-talet producerades särskild litteratur kring konsten att dö eller konsten att dö *på rätt sätt*, vilken skulle fungera som handledning för präster i deras möte med sjuka och döende människor. Dessa tankar formulerades bland annat av den franske teologen Jean Gerson (1363–1429) i verket *Ars Moriendi* (Konsten att dö på rätt sätt), vilken översattes till svenska redan under medeltiden.¹⁵⁴ Litteraturgenren var särskilt omfattande och livaktig under 1400- och början av 1500-talet, det vill säga den period under vilket *Vadstenadiariet* fördes.¹⁵⁵ Enligt detta synsätt var det ingen nackdel att dö långsamt. Tvärtom gav det tid för den döende att mentalt förbereda sig inför evigheten. Den långsamma döden kunde också ge möjlighet att genom lidandet redan i jordelivet sona för begångna synder (fig. 58). Sjukdom som en form av långsamt döende kunde alltså i den meningen vara något positivt. Att notera långvarigt lidande (vilket i viss mening kunde förstås som långsamt döende) i en persons eftermäle i diariet kan därför ha varit betydelsefullt för Vadstena klostrets invånare, för att markera att han eller hon dött *på rätt sätt* (dvs. inte plötsligt, utan att ha förberett sig mentalt och mottagit sista smörjelsen). I

153. T.ex. *Eyrbyggarnas saga* 1990, s. 29 Geirrid på Mavalid och Katla på Holt; *Grette Asmundssons saga* 1990, s. 197, 293: "Grettes Andra Norgesfärd", "Händelser på Island under Grettes Norgesfärd" samt "Grette åter på Island, Drangö"; *Laxdalingarnas saga* 1990, s. 237 och s. 258 ("Gudruns två första äktenskap") samt 385, 387 ("Bolle Bolleson kommer tillbaka till Island. Snorre gode dör. Gudrun blir nunna"); *Viga-Glums saga* 1990, s. 146.

154. Härdelin 2009, s. 11 ff.

155. Fallberg Sundmark 2008, s. 136 f.; 2009, s. 35 ff.



Fig. 58: Det goda döendet. Målning av Albertus Pictor i Täby kyrka i Uppland. Detalj. Foto den 25 augusti 2012.

diariet skymtar vi detta förhållningssätt även i noteringarna om det fromma uthärdandet av fysiskt lidande.¹⁵⁶

4.4.2. Uthärdande

Det finns, trots att upplevelsen av smärta och obehag är så intimt kopplad till sjukdom och skador och till sjukrollen, inte möjlighet att här tränga djupare in i detta oerhört komplexa ämne. Det är ändå intressant att kort reflektera kring det som en

156. DV 108:6 (2/2 1400); 124:5 (3/5 1404); 132:3 (18/9 1405); 133:6 (10/8 1405); 138:2 (13/1 1406); 141:4–5 (4/5 1406); 198:4 (24/4 1411); 203:2–3 (8/10 1411); 292:2 (14/11 1418); 294:2 (6/1 1419).

del i studiet av sjukrollen. Fysiska, andliga och intellektuella upplevelser samverkar med sociala och kulturella normer till vad som till exempel uppfattas som en smärta att oroa sig för eller att ignorera eller vilken smärta som är acceptabel att kännas vid och att visa utåt och vad som helst bör tystas ned och hållas privat.¹⁵⁷

Den relativa frånvaron av omnämningen av smärta i sagamaterialet kan tolkas som ett till stora delar stoiskt ideal för både kvinnor och män, där uttryck för smärta inte ges något större utrymme. Detta gäller emellertid främst den *fysiska* smärtan. Medan den mentala smärtan emellanåt till och med kan ges central betydelse i en berättelse,¹⁵⁸ passerar den fysiska smärtan ”i bästa fall” med ett kort konstaterande som man inte fördjupar sig i.¹⁵⁹ Oftast förbigås den med tystnad, trots att vi kan förstå dess närvaro. I en publikation om kroppens kulturhistoria reflekterar historikern Monica H. Green över hur den medeltida kroppen kan ha sett ut och upplevts. Green föreslår att ”the medieval body probably felt more pain than most of us have ever experienced”.¹⁶⁰ I jämförelse med de flesta av västerlandets mer privilegierade individer av idag är detta säkert sant. Kanske bidrar det till att det är tyst kring smärtan i sagorna? Om fysisk smärta är allestädes närvarande är det inget att skriva sagor om. Man kan också tänka sig att tystnaden kan vara ett sätt att hantera den; att så att säga tiga ihjäl den. Detta är intressant i sig.

I *Vadstenadiariet* noterades däremot smärta ofta. Det signalerar ett helt annat förhållningssätt till smärta. Inom kristendomen, framför allt i fromma miljöer, kom den moraliska aspekten av att uthärda smärta som *Imitatio Christi* att omhuldas och uppfattas som en väg till högre andlighet.¹⁶¹ Detta återspeglas även i diariets noteringar om from tålmodighet i sjukdom och fysiskt lidande.¹⁶² För männen är den typen av noteringar ungefär dubbelt så vanliga som för kvinnorna, trots de manliga invånarnas relativa fåtal i klostret. Detta skulle kunna tolkas som att kvinnorna helt enkelt förväntades vara mer tålmodiga i samband med fysisk sjukdom och smärta och att det därför *från munkarnas sida* inte ansågs lika värt att uppmärksamma. Samtidigt verkar det i viss mening gå på tvärs mot den fromma kvinnliga praktiken att använda personlig sjukdom och fysisk svaghet som ett sätt att framhäva andligheten, så som exempelvis Hildegard av Bingen gjorde. De flesta notiserna om smärta i *Vadstenadiariet*

157. Wiesenfeld-Hallin 2005.

158. T.ex. *Egil Skallagrímssons saga* 1990, kap. 79; även kap. 4.2.5.

159. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 189; *Grettis saga Ásmundarsonar* 1936, kap. 80–82 alt. 1990, s. 296ff.

160. Green 2010b, s. 3.

161. Bynum 1991, s. 143ff.

162. DV 108:6 (2/2 1400); 124:5 (3/5 1404); 132:3 (18/9 1405); 133:6 (10/8 1405); 138:2 (13/1 1406); 141:4–5 (4/5 1406); 198:4 (24/4 1411); 203:2–3 (8/10 1411); 292:2 (14/11 1418); 294:2 (6/1 1419). Därefter DV 577:3 (11/11 1447); 580 (1/12 1447); 633 (14/1 1453); 680:2 (2/3 1457); 937 (19/5 1498); 991 (17/12 1507); 1003 (5/4 1510); 1059:2 (26/10 1519).

är från det tidiga 1400-talet. Under denna tid kom man att inom kristenheten lägga en allt större vikt vid det fysiska uthärdandet som en form av botgöring. Det var en del av hela det idékomplex kring kropp, blod, fysisk religiositet, fysisk förgänglighet och idén om det goda döendet, som var en del av tidens existentiella strömningar.

4.4.3. Genus och sjukroller

Att sjukrollen är ett uttryck för sociokulturella värderingar innebär att den också kan vara olika för olika genus. *Själlandslagen*, som citerats inledningsvis i detta kapitel, är ett uttryck för detta.¹⁶³ Både den kvinnliga och den manliga sjukrollen, sådana de framstår där, liknar varandra genom att de fokuserar på det tillstånd då den sjuka/e inte kan uppfylla sina vardagliga plikter. De är emellertid inte identiska, utan signalerar viktiga skillnader mellan könen, grundade i könsspecifika ansvarsområden. Den manliga sjukrollen kan framför allt kopplas till en inskränkning av mannens verbalitet och förmåga att representera familjen och offentligen företräda dess intressen ("ride til Tinge og forsvare sin Sag"). Den kvinnliga sjukrollen handlar istället framför allt om att inte kunna leda hushållsarbetet och ha ansvaret på gården ("gaa med sine Nøgler og forestaa sin Husholding").

Att såväl kropp som sjukdom var särskilt symboliskt betydelsebärande i fromma religiösa miljöer, särskilt inom den monastiska kulturen, har diskuterats ingående av ett stort antal forskare, varav flera refereras i det följande. Att använda *kroppen* som ett medium för att såväl uppleva som signalera eller kommunicera fromhet verkar i hög grad ha varit ett kvinnligt drag. Hildegard av Bingen hänvisade exempelvis ofta till sin kvinnliga underlägsenhet och sin fysiska ohälsa för att förstärka den religiösa tyngden bakom sina uttalanden.¹⁶⁴ Försakandet av den egna kroppens hälsa och hygien kunde användas för att apostrofera själslighet och lidande i Kristi efterföljd.

De svenska material som bäst tillåter närmare studier av kvinnlig respektive manlig sjukroll i kloster är dels den materiella kulturen från ett antal arkeologiskt undersökta cistercienskloster, dels *Vadstenadiariet* från Vadstena kloster.¹⁶⁵ Flera cisterciensiska kloster, framför allt de manliga institutionerna Alvastra och Varnhem och de kvinnliga institutionerna Vreta och Gudhem, är arkeologiskt relativt väl undersökta. Det gör att det finns ett gott materiellt underlag att arbeta med härifrån och därmed möjlighet att jämföra manliga och kvinnliga klosterinstitutioner. *Vadstenadiariets* noteringar om sjukdom, döende och död utgör ett intressant jämförelsematerial till detta. Dessa olika klostermaterial kan tillsammans ge en bild av sjukrollerna i klostermiljöer. Samtidigt är det viktigt att inte okritiskt överföra den bild materialen ger till resten av samhäl-

163. *Danmarks gamle love paa nutidsdansk* 1945; Valdemars *Sjællandske Love*, bog 1, kap. 49 resp. 51.

164. T.ex. Bell 1985; Bynum 1987; 1991; 2001; 2007.

165. Bergqvist *in press*.

let. Även om män och kvinnor som valde att avlägga klosterlöften i viss mån tog med sig sociokulturella praktiker från världen utanför murarna, så skiljde sig de speciella attityderna till kön och genus inom klausuren från det omgivande samhällets. I viss mening kan munkar och nunnor till och med ha utgjort egna genus, delvis skilda från det omgivande samhällets.

SJUKROLLER I CISTERCIENSKLOSTREN, SPEGLADE I DEN MATERIELLA KULTUREN

Det är slående att det vid de manliga cisterciensinstitutionerna finns en betydligt större variation av artefakter som har med läkekonst och kroppsvård att göra, än vid de kvinnliga.¹⁶⁶ Detta trots att även de kvinnliga institutionerna var rika och över lag hade en rik materiell kultur.¹⁶⁷ Materialen från mansklostren inkluderar medicinska kärl i glas och keramik, spatlar, skalpeller och fällknivar, sonder, kyretter, brännjärn (ett), pincetter med rundade skänkelspetsar, åderlåtningjärn, miniatyrskedar (till exempel örnslevar, applikatorer) och tandpetare. Materialen från kvinnoklostren är framför allt betydligt mer ensidiga och består endast av medicinska kärl, en kirurgisk skarp hake (en), lansett (en), åderlåtningjärn och epileringspincetter.

Frågan är vad detta säger oss om olika slags kroppsvård och behandlingar (jfr fig. 59). För att kunna diskutera detta måste man se till vad föremålen har använts till. Medicinska kärl förekom vid både manliga och kvinnliga institutioner och vi kan alltså anta att hanterandet och bruket av (komposita?) läkemedel förekommit bland såväl munkar som nunnor. Däremot fanns instrument för avancerad sårvård, i form av sonder, extraktionspincetter och kyretter, med något undantag endast vid de manliga institutionerna. De saknas i princip helt vid de kvinnliga. Det indikerar att sådant som mindre sår, bölder och fistlar inte behandlades på ett lika kvalificerat sätt vid nunneklostren som vid de manliga institutionerna. Skalpeller är relativt väl representerade vid de manliga klostren, men saknas vid de kvinnliga institutionerna. Man kan därför anta att kirurgiska behandlingar var vanligare vid de manliga institutionerna än vid de kvinnliga, även om en kirurgisk hake från Vreta kloster visar att specialiserade kirurger vid behov kunde praktisera även där. Omfattningen förefaller dock ha varit mer begränsad.

Mest intressant är kanske ändå skillnaderna i utrustning som har med personlig

166. I katalogen diskuterar jag ingående de olika arkeologiska klostermaterialens karaktärer och analytiska potentialer och jag går därför inte närmare in på det här. Efter att ha betraktat dessas olika förutsättningar framträder vissa i detta sammanhang intressanta kvalitativa skillnader mellan framför allt de manliga och de kvinnliga institutionerna. Se katalogen för respektive kloster, samt jämförande analys. Vreta kloster har tidigare diskuterats i Bergqvist 2010. Även Bergqvist *in press*.

167. Regner 2010.

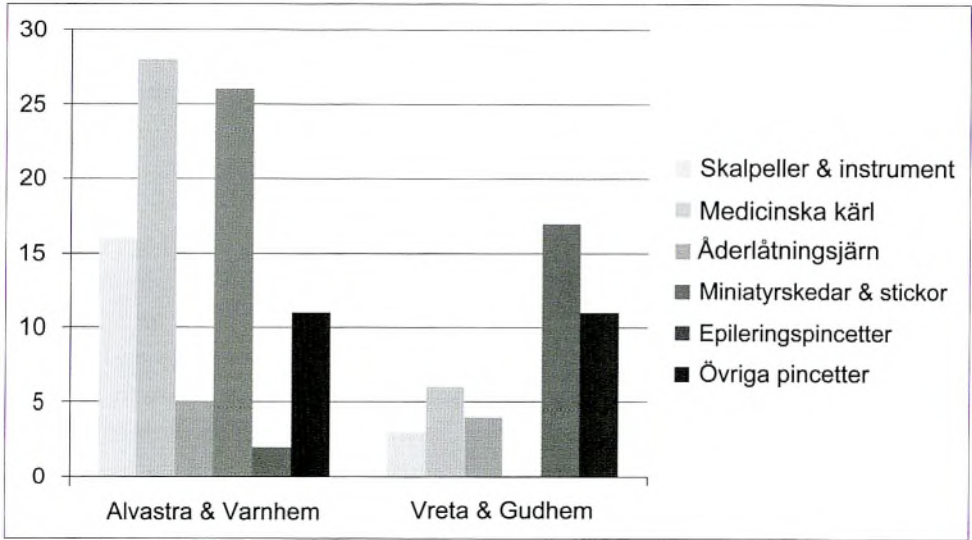


Fig. 59: Tabell över mängden föremål inom olika kategorier från de manliga klostren Alvastra och Varnhem respektive de kvinnliga Vreta och Gudhem.

hygien och med domesticeringen av kroppen att göra. Trots att det kan tyckas ligga utanför denna avhandlings fokus är det av intresse att kort uppehålla sig vid, eftersom det säger oss något väsentligt om hur man förhöll sig till kroppen och dess välbefinnande. Medan miniatyrskedar (bland annat örslevar) och tandpetare är mycket vanliga framför allt i Alvastra, saknas de helt vid de kvinnliga institutionerna. Frågan är varför. Att rengöra öronen från vax var en praktik som föreskrevs av den arabiska läkaren Ibn Sina, som en viktig del i skötseln av den personliga hygienens.¹⁶⁸ Detta råd förefaller alltså ha följts av munkarna, men inte av nunnorna. Ibn Sinas verk studerades flitigt inom den skolastiska medicinen. Kanske var munkarna mer införstådda med denna än vad nunnorna var. En annan möjlig förklaring kan vara att försakandet av hygien bland religiösa kvinnor användes som ett uttryck för fromhet. Religionshistorikern Caroline Walker Bynum menar att fromma kvinnor upplevde och uttryckte sin andlighet på ett mer fysiskt sätt än manliga fromma, dels genom sina egna kroppar och dels genom en identifiering med Kristi kropp. Hon menar att den kvinnliga tonvikten på kroppen som ett medium för fördjupad spirituellt upplevelse innebar att kvinnliga helgon i högre grad sågs som modeller för fysiskt lidande som väg till högre andlighet, medan manliga helgon mer sågs som modeller för annan religiös handling och ritual i kyrkorummet.¹⁶⁹

Kanske ska frånvaron av vissa former av hygienartiklar vid de kvinnliga institutio-

168. Sotres 1998, s. 312.

169. Bynum 1991, 131ff., 188ff. Det har dock ifrågasatts av Peters 2003, s. 79.

nera förstås utifrån sådana genusmässiga skillnader i fromt religiöst uttryck. Den brittiska arkeologen Roberta Gilchrist har studerat engelsk medeltida klosterarkitektur och kunnat se att de kvinnliga institutionerna ofta förefaller ha saknat arrangemang och konstruktioner för renhållning och hygien av de slag som förefaller ha varit självklara vid de manliga klostren. Hon föreslår att "[p]oor sanitation may have been one means by which religious women denigrated their bodies".¹⁷⁰ Det stärker argumenten för att frånvaron av hygienartiklar i Vreta- och Gudhemsmaterialen ska förstås som ett uttryck för samma fenomen. Materialen från nunneklostren i jämförelse med munkklostren återspeglar i så fall samma mönster som Gilchrist iakttagit på institutionell nivå i England, i individuell sanitär praxis vid de svenska kvinnliga cisterciensinstitutionerna. Bland cisterciensmunkar, å andra sidan, förefaller det ha varit viktigt att sköta den personliga hygien, inklusive öronpetning, åtminstone av det arkeologiska materialet att döma. Detta trots att nunnorna vid de aktuella institutionerna generellt sett kan ha haft en högre sociokulturell bakgrund än munkarna och därmed kanske kunde förväntats ha haft högre krav på sanitära förhållanden.¹⁷¹

Bland nunnorna förefaller det å andra sidan ha varit viktigt att domesticera kroppen genom att epilera hår. Det var en praktik som de uppenbarligen inte delade med munkarna. Även att avlägsna kroppsbehåring var en förhållningsregel föreskriven av Ibn Sina för både kvinnor och män, men den materiella kulturen från cisterciensklostren är svår att tolka på annat sätt än som att epilering var en enbart kvinnlig praktik.¹⁷² Den troligaste förklaringen till detta ligger i den tidens skönhetsideal, vilket åtminstone i det kontinentala Västeuropa föreskrev att kvinnor epilade kroppen, med undantag för huvudhåret.¹⁷³ Även om nunnor ideellt skulle leva asketiskt är det möjligt att de förde med sig sådan praxis från sina ofta välbärgade högreståndshemmiljöer. Praktiken kan även ha haft andra konnotationer i klostren, genom att det var ett sätt att reglera kroppen.

De här skillnaderna i den materiella kulturen från svenska cistercienskloster, både när det gäller sårvårdsinstrument, kirurgiska instrument och hygienartiklar, kan tillsammans tolkas som att sämre hygien och sämre vård av sår och andra smärre åkommor, framför allt var utmärkande för nunneklostren. Kanske ska det förstås som olika förhållanden till kroppen i fromma miljöer, där vissa former av fysisk askes var ett viktigare inslag i den kvinnliga religiositeten än i den manliga.

170. Gilchrist 2000, s. 100. Vidare: "In Britain, it was not unknown for the [female] claustral buildings to be constructed in wood or earth, and for convents to have had relatively unsatisfactory arrangements for hygiene, drainage, and disposal of refuse, all factors considered essential in male establishments."

171. Andersson 2006, s. 318ff., 348ff.

172. Om Ibn Sinas föreskrifter, se Sotres 1998, s. 312.

173. Cabré 2010, s. 127.

SJUKROLLER I VADSTENA KLOSTER, SPEGLADE I KLOSTERDIARIET

Om man studerar *Vadstenadiariets* döds- och sjukdomsnoteringar tycker jag mig se vissa skillnader i noteringarna för kvinnor respektive män. Liksom skillnaderna i den materiella kultur som diskuterats ovan kan dessa tolkas som uttryck för genusstyrda föreställningar om kroppen och om den kvinnliga respektive manliga sjukrollen i klostermiljön. Det är i sammanhanget viktigt att komma ihåg, som redan nämnts i kapitel 2.2.2., att *Vadstenadiariet* helt fördes av klosterbröderna; inte av systrarna. Det är alltså framför allt klostrets manliga uppfattningar kring sjukdom, sjukroll och genus, som speglas. Av alla noteringar om dödsfall i *Vadstenadiariet* är det endast en mindre andel som uppger någon form av sjukdomsförklaring eller vad man uppfattade som dödsorsaken.

Vissa åkommor förefaller ha noterats i olika hög grad för respektive genus. Det är särskilt fyra olika typer av åkommor och dödsorsaker för vilka den ojämna könsfördelningen är slående, nämligen *lepra*, *fetma*, *stumbhet* och *förlamning* samt vad man skulle kunna definiera som *olycksfall i arbetet*.

Lepra och den fysiska kvinnliga andligheten

Det finns fem omnämmanden av individer med ”lepra” eller ”ett slags lepra” i diariet. Det är fyra kvinnor och en man.¹⁷⁴ Det låga antalet gör att det naturligtvis inte är möjligt att dra statistiska slutsatser, men man kan ändå konstatera att det bland kvinnorna totalt sett, i förhållande till antalet uppgivna sjukdomar och dödsorsaker, är mer än dubbelt så vanligt att lepra noteras, som bland männen. Hur ska vi då förstå detta?

Det finns ingen könsstyrd predisponering för sjukdomen som sådan, men den drabbar lättare den som är undernärld eller den som lever under bristande sanitära förhållanden.¹⁷⁵ Det är möjligt att undernäring till följd av självsvalt var vanligare bland systrarna än bland bröderna, något som jag återkommer till. Det finns dock inget som tyder på att Vadstenanunnorna levde under sämre sanitära förhållanden än munkarna, men det är intressant att beakta mot bakgrund av resonemanget kring cisterciensnunnorna ovan.

De starka kulturella konnotationerna för lepra är till viss del genusrelaterade. Lepra som straff tänktes särskilt drabba dem som begått sexuell synd och inom medeltida medicin och teologi ansåg man att kvinnor löpte större risk att göra sig skyldiga till sexuell synd på grund av sin fysiska natur. Flera forskare har föreslagit att det därför kan ha funnits en speciell koppling mellan kvinnor och lepra i människors föreställningsvärld.¹⁷⁶ Historikern Carole Rawcliffe har dock menat att synen på lepra som

174. DV 138 (13/1 1406); 294:2 (6/1 1419); 346 (3/4 1423); 937 (19/5 1498); 999 (23/4 1509).

175. Roberts 2011.

176. Gilchrist & Sloane 2005, s. 207; Rawcliffe 2009a, s. 49, 56ff., 120, även 148.

ett religiöst kall delvis avtog under 1200-talets senare del.¹⁷⁷ Den leprasjuka ansågs samtidigt kunna utnyttja sin sjukdom till from botgöring. Walker Bynum menar att detta förhållningssätt särskilt gällde fromma kvinnor. Det förekom att mycket fromma kvinnor till och med aktivt sökte sjukdom, särskilt lepra, i detta syfte. Om den fromma Angela av Foligno berättas till exempel att hon förtärde sårurvorna från leprasjukas sår och fann dem ”så söta som nattvard”.¹⁷⁸

När det gäller noteringarna om lepra eller ett slags lepra i *Vadstenadiariet* finns möjligheten att de speglar ett reellt utfall av sjukdomen inom klostret, som i så fall innebär att framför allt kvinnor drabbades. Då sjukdomsnoteringarna i diariet på det hela taget förefaller vara kulturellt filtrerade, öppnar det emellertid även upp för andra möjliga förklaringar. I de leprasjukas eftermälen lyfts det ofta fram att de har varit tålmodiga och/eller mycket fromma i sin sjukdom. Det kan ses i ljuset av den positiva botgöringskonnotation, som kunde vara en del av den leprasjukas sjukroll, i fromma miljöer. Ett talande exempel på detta är den första leprasjuka personen som nämns i diariet, syster Kristina Röriksdotter.¹⁷⁹ Det står att ”[h]on var jungfru och levde ett fromt liv; men som *ett större bevis på hennes goda karaktär* [min kursivering] må noteras att hon smittades av spetälska fem år efter sin invigning och att hon slutade sina dagar i denna sjukdom med stor tålmodighet”. Här lyfts alltså hennes tålmodiga uthärdande av spetälskans plågor fram som det överlägsna uttrycket för hennes dygd. Att i sin identitet inkludera och bejaka sjukdom, särskilt lepra, och att gå in i sjukrollen som leprasjuk som en del i sitt fromma religiösa uttryck, kan ha gjort att den kvinnliga leprasmittades sjukroll blev särskilt betydelsefull. Det kan i sin tur ha gjort att lepra i högre grad noterades för systrarna än för männen i Vadstena klosterdiarium.

Kvinnlig fetma och det kvinnliga anorektiska idealet

Att individer, både kvinnor och män, var magra och utmärklade till följd av sjukdom och ålder, nämns på flera ställen i *Vadstenadiariet*. Mer sällsynt är att motsatsen, det vill säga kraftig övervikt, nämns. Det görs bara två gånger och i båda fallen gäller det systrar som lever inom klostergemenskapen. Det finns inga noteringar om fetma bland bröderna. Då systrarna generellt sett förefaller ha levt fysiskt mer aktiva liv (de utförde diverse hushålls/arbete i klostret) än bröderna verkar det inte troligt att fetma verkligen ska ha varit vanligare bland dem, snarare tvärt om. Kanske är det just därför för dessa två systrars fetma nämns. Men notiserna är dessutom uppseendeväckande

177. Rawcliffe 2009a, s. 59.

178. Bynum 1987, s. 25, 199; 1991, s. 132, 189; 1991, s. 132.

179. DV 138 (13/1 1406).

genom att deras fetma på ett anmärkningsvärt sätt uppges vara orsaken till deras död. Om Ingeborg Larsdotter, står att ”då hon stigit upp vid brödernas matutin, föll hon baklänges. Och *eftersom hon var en fet kvinna* [min kursivering; *Et cum esset grossa mulier*], sprack hennes inälvor; och så dog hon efter en kort stund”.¹⁸⁰ Det är alltså det lilla fallet i kombination med hennes fetma som anges som orsak till hennes dramatiska död. Det är svårt att tro detta.

Om den andra av de båda klostersistrarna, Katarina Arvastesdotter, står att ”[s]edan hon undfått sakramenten föll hon av en stol i sjukstugan, bröt nacken *på grund av sin feta och tunga kropp* [min kursivering; *corporis penderosa pinguedine*] och avled genast”.¹⁸¹ Den uppgivna dödsorsaken förefaller inte heller i detta fall trovärdig, särskilt som hon uppenbarligen redan befann sig i sjukstugan och dessutom hade mottagit sakramenten. Hon kan alltså, om det var sista smörjelsen hon mottagit, ha uppfattats vara döende (eller menades hon inte riktigt vara värdig sakramenten, därav den nesliga olyckan i anslutning till att hon mottagit dem?). Hennes eftermäle framstår därför i mina ögon som aningen förmätet och jag undrar vad det är som fått den diarieförande klosterbrodern att uttrycka sig som han gör. Ingenting nämns om de båda systrarnas eventuella fromhet (den ena beskrivs dock som *simplicis*, vilket kan tolkas både i positiva och negativa termer).¹⁸²

Fetma sågs i fromma kretsar som ett tecken på frosseri, en av dödssynderna.¹⁸³ Båda notiserna kan därför tolkas som att kvinnorna straffas (av Gud) för ett omåttligt och karaktärssvagt leverne, genom att dö på grund av sin fetma. Medan måttlig fetma i det profana samhället möjligen kunde uppfattas som något positivt som vittnade om god levnadsstandard, var det istället dess motsats, det vill säga asketism på gränsen till självsvält, som var idealet bland personer som strävade efter ett fromt religiöst liv.¹⁸⁴ *Anorexia mirabilis* (helig anorexia) förekom även bland män, men hade inte tillnärmelsevis lika framträdande betydelse bland dem. Såväl Walker Bynum som historikern Rudolph Bell menar att extrem fasta som en form av självdisciplin bland medeltida fromma kvinnor inte hade någon motsvarighet bland deras samtida manliga dito och att det från och med 1200-talet var en *enbart kvinnlig* företeelse.¹⁸⁵ Det kan förklaras med att den kvinnliga konstitutionen uppfattades som

180. DV 653 (13/9 1454).

181. DV 977 (17/7 1506).

182. I Gejrots utgåva av *Vadstenadiariet* har det översatts med 'trohjärtad', men det kan även översättas med 'enkel, naiv, godtrogen', vilket alltså inte är ett odelat positivt omdöme, utan kan tolkas som nedlåtande, med syftning på svagare karaktär eller moral. Jfr Rawcliffe 2009b, s. 163.

183. Doobs 1974, s. 21, 51.

184. Bell 1985; Coakley 1994, s. 4; Vandereycken & van Deth 1994.

185. Bynum 1987, s. 3f., 68f., 189, 220, 243, 250; 1991, s. 56, 132, 140ff., 154, 186 vs. Bell 1985.

mer fysisk än den manliga.¹⁸⁶ Kanske kan stor övervikt därför ha uppfattats som särskilt anmärkningsvärt och skamlig hos religiösa kvinnor, mer än hos religiösa män.¹⁸⁷

Stumhet, förlamning och verbal, rituell manlig andlighet

Något som har en ännu tydligare genusmässig slagsida i diariet än lepra och fetma är plötslig förlamning och förlust av talförmågan. Sammanlagt nämns åtta fall av förlamning och fem fall av förlorad talförmåga, och nästan alltid nämns de båda symptomen eller tecknen tillsammans. Anmärkningsvärt är att förlamning och förlorad talförmåga till och med är de allra vanligast noterade åkommorna för män, och att de dessutom enbart finns noterade för män, inte för en enda kvinna. Könsspecifika biologiska faktorer verkar inte kunna förklara snedfördelningen tillfredsställande, så förklaringen skulle återigen kunna sökas i de kulturellt präglade föreställningar som styrde vad bröderna noterade eller inte noterade i diariet.¹⁸⁸

Förlamning ochstumhet innebär dramatiskt nedsatt fysisk rörelse- eller handlingsförmåga, respektive reducerad verbal kommunikationsförmåga. Dessa egenskaper uppfattades under medeltiden som essentiellt manliga. Män uppfattades som intellektuella, andliga och aktiva. Den verbala uttrycksförmågan speglade intellektet och andligheten och den fysiska rörelseförmågan speglade handlingskraften. Även manlig fromhet uttrycktes därför gärna genom *handling*, framför allt rituell sådan, samt genom det talade och skrivna ordet. I sjungandet och läsandet av mässan, vilket var prästbrödernas ansvar, var den verbala framställningen och den intellektualiserade skolastiska teologin centrala.¹⁸⁹ En intressant aspekt av detta är att mirakulöst helande genom det talade ordet och den rituella handlingen (t.ex. *manum imposuit*, dvs. handpåläggning) framför allt tillskrevs manliga helgon.¹⁹⁰

Stumhet och förlamning påverkade naturligtvis kvinnor i lika hög grad, om de drabbades, men inga sådana fall nämns. En total könshomogenitet för noteringarna

186. Jfr dock med Lee (2001, s. 29) som menar att detta drag tonades ned åtminstone bland dominikanska nunnor under 1400- och 1500-talet.

187. Bynum 1987, s. 189, 199 f., 254ff., 273; 1991, s. 140f., 186, 200; 2007, s. 159.

188. Enligt den svenska Socialstyrelsens riktlinjer om stroke (dvs. slaganfall) har hittills genomförda studier inte kunnat påvisa någon markant könsrelaterad skillnad för att drabbas av slaganfall. Det finns en marginell åldersrelaterad könsskillnad, men det är ytterst tveksamt om denna kan förklara den markanta skillnaden som framstår i diariet mellan kvinnor och män i Vadstena kloster under senmedeltiden. Jfr Schenk-Gustafsson 2003, s. 14 (som anger 10–20 års skillnad) med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (som anger 4 år). Inte heller föreligger någon könspredisponering för annan lamhet eller stumhet.

189. Bynum 1987, s. 27; jfr även 1991, s. 175, 205ff., 214; Ekenvall 1992.

190. Woods 1998, s. 46, 65f.

under loppet av drygt tvåhundra år skulle därför istället kunna tolkas som att det uppfattades som extra bekymmersamt och anmärkningsvärt när klosterbröderna drabbades av så dramatiska och plötsliga inskränkningar i den verbala och fysiska förmågan, då det hindrade dem i deras huvudsakligaste plikter i klostret, nämligen utförandet av de rituella handlingarna och sjungandet och läsandet av mässan.

Olycksfall i arbetet och den aktive mannen

I diariet finns även några notiser om berömvärda och fromma lekbröder och prästbröder som dör i olyckor mitt uppe i olika gärningar. Det står att lekbroder Ragvald Svensson föll från hög höjd (takhöjd) under arbetet och sedan dog under natten.¹⁹¹ En annan lekbroder *ab intra*, Ingold byggmästare, dog till följd av att en stor bjälke föll ned och krossade hans huvud. ”Han miste genast talförmågan och sedan han förlorat medvetandet avled han”, utan att ha mottagit sakramenten.¹⁹² Även diakonbrodern Mikael Gudmundsson föll från hög höjd (från cellvalvet). Han förlorade strax talförmågan och dog under natten.¹⁹³ Återigen dessa noteringar om förlorad talförmåga, men det intressanta här är även arbetsolyckorna. Inga motsvarande noteringar finns om kvinnor som förolyckades under arbete. De drabbades istället av passiva olyckor på grund av sin fetma. Ingenting nämns om de olycksdrabbade männens kropps-konstitution, utan endast att de är i full färd med praktiska och hedervärda bestyr när olyckan plötsligt drabbar dem. Det finns inget förnedrande i dessa mäns fatala olycksfall, att jämföra med kvinnornas nesliga fallolyckor, som nästan framstår som självförorsakade.

Att arbetsrelaterade olyckor drabbade män, men inte kvinnor, kan vid en första anblick tyckas vara mindre anmärkningsvärt. De drabbade männen är två lekbröder och en diakonbroder, varav de förra utförde mycket praktiskt arbete. Prästbröder var emellertid i princip befriade från fysiskt arbete. Viktigt i detta sammanhang är att inte systrarna *ab intra* var befriade från fysiskt arbete. De sysslade i själva verket med en rad praktiska arbeten, vilka bör ha inneburit fysiska risker. Jag skulle därför vilja relatera noteringarna om de manliga olycksfallen till det resonemang som förs ovan när det gäller stumhet och förlamning, nämligen uppfattningen om mannen som *aktiv*, som handlande och agerande. Att en man omkom i aktion var således både naturligt och manligt och därmed ett gott eftermäle för en from och berömvärd broder.

191. DV 78 (11/6 1393). Ragvald omnämns som ’mycket from’ (*devotus*).

192. DV 336 (2/10 1422). Ingold omnämns som ’mycket berömvärd levandes’ (*multum laudabiliter*).

193. DV 1051:2 (19/6 1518).

GENUS OCH SJUKROLLER I MONASTISKA MILJÖER

Resonemangen ovan kan, menar jag, knyts samman i några mer generella idéer om den manliga respektive den kvinnliga sjukrollen i vissa svenska klostermiljöer under medeltidens senare del, vilka även kan förstås i ett vidare europeiskt sammanhang. Skillnaderna kan inte förklaras med att vissa åkommor drabbade munkar och nunnor i olika grad. Deras levnadsvillkor var i många avseenden likartade, men systrarna levde fysiskt mer aktiva liv genom att praktiskt arbete ingick i deras vardag, vilket det däremot inte gjorde i de prästvigda brödernas. Skillnaderna kan inte heller förklaras utifrån biologiska könsbetingade skillnader i sjukdomsförekomst. Noteringarna förefaller därför inte vara en direkt spegling av klosterinvånarnas sjukdomsbild och dödsorsaker. Istället föreslår jag att de kan vara färgade av värderingar med avseende på vilka sjukdomssymptom och -tecken som av klosterbröderna uppfattades som intressanta och betydelsebärande och i det avseendet anmärkningsvärda (i betydelsen värda att skriftligen notera) för kvinnor respektive män.¹⁹⁴

Walker Bynum menar att det i medeltida skriftliga källor finns många belägg för att vissa åkommor, framför allt i fromma miljöer, i mindre utsträckning uppfattades som något som skulle botas och kureras om de drabbade kvinnor än om de drabbade män.¹⁹⁵ I *Vadstenadiariet* omtalas emellertid både kvinnor och män som långtidssjuka. Det verkar alltså inte som om sjuka kvinnors villkor i praktiken var hårdare än sjuka mäns; åtminstone inte i Vadstena kloster. Det sjukrollsideal som oftast gällde för såväl fromma kvinnor som män var ett tappert uthärdande. Däremot kan det ha funnits skillnader i vilka sociokulturella konnotationer olika åkommor hade för kvinnor respektive män, och när de förväntades/tilläts inträda i en viss sjukroll. Det gällde bland annat lepra och lepraliknande sjukdomar. Kanske gällde det även andra sårbildande sjukdomar som drabbade huden. Frånvaron av specialiserad sårvårdsutrustning vid de svenska cisterciensiska nunneklostren antyder att sårvården inte var lika utvecklad där som vid munkklostren. Rollen som leprasjuk kunde vara en betydelsebärande del av en religiös kvinnas liv. I *Vadstenadiariet* framstår ett tålmodigt uthärdande av lepra som en stor dygd, särskilt för kvinnor. Sjukrollen kunde då snarast uppfattas som positiv.

Även själsvält, vilken kunde ta sig extrema former som (helig) anorexia, kunde utgöra ett annat viktigt redskap för fromma kvinnor. Fetma, asketismens motsats, kan därför ha varit särskilt skamlig för religiösa kvinnor. Den uppfattades som självförvållad och som ett tecken på dålig karaktär. *Vadstenadiariets* notiser om feta systrars bortgång är orealistiska och signalerar en nedlåtande syn på systrarna i fråga. De feta systrarna tilläts inte identifiera sig i sjukrollen, inte ens den syster som helt uppenbart bör ha

194. Jfr diskussionsinlägg mellan Elisabeth Hermelin och Karin Johannisson om betydelsen av rapporteringsförfarande för nutidsstatistik över äldre personers hälsa, i anslutning till Johannisson 1995, s. 14.

195. Bynum 1987, s. 25, 199; 1991, s. 189.

varit allvarligt sjuk redan vid tiden före sin död, eftersom hon befann sig i sjukstugan och hade mottagit sakramenten. Det är inte helt klart om det är sista smörjelsen som avses, men det är troligt, eftersom hon mottar dem i sjukstugan. Istället uppges att hon dog på grund av sin feta och tunga kropp, när hon, till synes passiv, i anslutning till att ha mottagit sakramenten, trillade av den stol hon satt på.

Den manliga sjukrollen verkar ha varit annorlunda. Mest alarmerande förefaller man ha uppfattat det när klosterbröderna förlorade talförmågan eller drabbades av förlamning, då den manliga religionsutövningen huvudsakligen tog sig verbala och rituella uttryck. Intressant nog finns flera noteringar om bröder som just i samband med mässan plötsligt drabbas av sjukdom och svaghet: ”En broder, den som stod i tur, gick fram till altaret för att hålla mässan. Då han hade kommit till offertoriet och bröderna sjöng *Credo*, blev han så sjuk att han inte kunde fullfölja mässan.”¹⁹⁶ Ett annat fall rör just förlamning och stumhet. Om diakonbroder Olof Petersson står att ”[å]tta dagar före sin bortgång inträdde han fullt frisk i brödrakoret med konventet för att sjunga kompletorium, då han där plötsligt föll ihop förlamad och genast tappade talförmågan. I denna sjukdom dog han.”¹⁹⁷ Åtkommar som förhindrade förrättandet av mässan utgjorde ett hot inte bara mot mansrollen, utan även mot brödernas främsta fromma uppgift. Vadstenabrödernas själva existensberättigande i klostret vilade på att de förrättade mässan, eftersom systrarna inte hade tillåtelse att göra det själva. Att den aktive klosterbrodern drabbas av stumhet och förlamning och plötslig olycka under pågående arbete kan på så vis sägas vara ett hot mot brödernas kollektiva roll, eftersom även detta fokuserar på ett inskränkande av mannens aktiva handling. De noterade olycksfallen var akuta och resulterade i att de drabbade bröderna dog. Det var alltså, i likhet med noteringarna om de feta, passiva systrarna, aldrig frågan om någon egentlig sjukroll i deras fall.

I vilken mån dessa genus specifika monastiska sjukroller kan ha gällt även i samhället utanför den fromma sfären är oklart. De definitioner av en sjuk man respektive kvinna som uttrycks i *Själlandslagen*, verkar snarast mena att det väsentliga i både kvinnors och mäns fall var att de kunde fullgöra sina vardagliga uppgifter och förpliktelser, om än av olika slag och karaktär.¹⁹⁸ En passage i *Gunnlaug Ormstungas saga* skulle kunna tolkas som att kvinnor inte hade råd att gå in i sjukrollen om det inte var absolut nödvändigt. Det står att ”[e]n gång kom en svår sot till Torkels och Helgas gård, och många lågo länge illa sjuka. *Också Helga blev sjuk men låg likväl inte [min kursivering]*”.¹⁹⁹

196. DV 131 (12/9 1405).

197. DV 1037 (2/5 1516) ”*Subito cecidit paraliticus et mutus*”.

198. *Danmarks gamle love paa nutidsdansk* 1945: Valdemars Sjællandske Love, bog 1, kap. 49 resp. 51; kap. 4.1.

199. 1992, s. 306f., alt. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 13.

4.5. Förändringar och variationer i sjukdomsförståelser och sjukroller

Ett samhälls sjukdomsförståelse (-förståelser), det vill säga vad man uppfattar som sjukt, vad det sjuka beror på, hur sjukdom fungerar och betar sig, och så vidare, är sociokulturellt formad. Den är inte ett objektivt förhållningssätt till fysiologiska eller biokemiska yttringar i kroppen, utan en kulturprodukt som är beroende av både erfarenhetsbaserad kunskap och av abstrakta resonemang på olika nivåer: existentiella spörsmål, kroppsuppfattningar och vetenskapsteoretiska paradigmer. Därför utgör studiet av densamma en bra ingång för att nå förståelse för samhället i fråga. Hur man förstår sjukdom och skada och hur man förhåller sig till denna förståelse och till dem som utifrån sjukdomsförståelsen uppfattas som sjuka och alltså kan ingå i sjukrollen, säger mycket om samhället i stort.

Ett samhälle kan hysa flera olika sjukdomsförståelser samtidigt, liksom en enskild individ kan tro på flera olika sjukdomsförståelser eller förklaringsmodeller. De olika medeltida och renässanstida uttryck för sjukdomsförståelse (vilket inkluderar förståelse av såväl sjukdomar som sår och skador) som figurerar i de källor som studerats här, utgörs främst av namn och benämningar på diverse åkommor och olika uttryck för (förhållningssätt till) sjukroller. Det ger ett underlag för att resonera kring det nordiska eller svenska samhällets sjukdomsförståelse eller sjukdomsförståelser och hur denna/dessa kan ha förändrats över tid.

Det medeltida och renässanstida svenska samhället var låglitterat och böcker var mycket sällsynta. Genom att de skriftliga källor som används i denna studie inte huvudsakligen är medicinska, utan *sociokulturellt medicinhistoriska*, har de sjukdomsförståelser som var förhärskande på ett bredare plan i samhället kunnat studeras. Man måste visserligen utgå ifrån att de allmänt kända sjukdomsnamnen och -benämningarna var betydligt fler än vad som kan beläggas genom bevarat skriftligt material och att de många gånger inte var cementerade eller permanentade i språket, utan att exempelvis stor dialektal variation fanns. Det hindrar emellertid inte att man utifrån de namn och benämningar som ändå finns bevarade kan försöka analysera vilken underliggande förståelse av sjukdomar, skador och läkande, som givit upphov till dem.

Om man ser närmare på de olika fornnordiska benämningarna av åkommor, så kan man konstatera att dessa ofta är bildade utifrån åkommans *orsak* samt ibland av dess *konsekvens* i någon mening. I den magiska traditionen, som dock inte behandlas här, kunde en sjukdom uppkallas efter det väsen som tänktes ha orsakat den. I de profana benämningarna kunde de namngivande orsakerna istället vara ålderdom eller barnafödande, djurbett eller urinsten. Orsakerna är alltså vitt skiftande, men har det gemensamt att de anger den tänkta orsaken. Undantagsvis är det inte orsaken, utan snarare konsekvensen av åkommans, såsom behandlingsformer eller hospitalsvistelse, som är namngivande. Även terminologin kring skador förefaller i viss mån ha kon-

struerats utifrån orsak, till exempel järnhugget sår, och konsekvens, såsom blå och blodig, sår till blods och sår med benlösning, och reflekterar därför i grunden samma förhållningssätt som sjukdomsbenämningarna ger uttryck för. Man kan säga att denna form av benämningar var orsaks- eller konsekvensorienterade. Det förekommer även att enstaka symptom eller tecken, som kraftig smärta, dramatisk svullnad, kraftig kramp och svåra psykiska tillstånd, sårens lokalisation (till exempel huvud, bröst eller mage), djup, storlek eller karaktär kunde vara namngivande.

Gemensamt för alla dessa namn och benämningar på fornnordiska är emellertid att de speglar en i hög grad empirisk eller erfarenhetsgrundad läkekonst och sjukdomsförståelse, med ett tänkesätt som är centrerat kring orsak och verkan (konsekvens) och det tydligt iakttagbara. Det finns, möjligen med undantag för lagarnas terminologi för skador, ingen tendens till ett systematiserande av åkommor med utgångspunkt i hur de yttrar sig. Det fanns många styrkor i en sådan sjukdomsförståelse, inte minst genom att den fokuserade på det man lättast kunde hantera och göra något åt. Samtidigt blir en sådan läkekonst lätt stum och maktlös inför åkommor för vilka ingen tydlig orsak kan iakttas. Genom att man vid denna tid endast kunde iaktta de orsaker som var synliga för blotta ögat, kan man säga att denna sjukdomsförståelse blev något av en återvändsgränd. Det man inte kunde se och iaktta orsaken till kunde man inte heller förstå – och inte göra mycket åt. Förklaringar grundade på rationellt resonande söktes därför istället i exempelvis religion, magi och astrologi.

Under loppet av medeltiden, framför allt under dess senare del, förefaller emellertid en förändring ha begynt i det sätt på vilket sjukdomsnamn och -benämningar konstruerades. Det kan tolkas som att det började ske en förändring även i den bakomliggande förståelsen. Om vi ser på de sjukdomsnamn och benämningar som figurerar i de latinspråkliga källorna från miljöer som ofta var nära den mer boklärd kyrko- och klosterkulturen, kan vi konstatera att det bland dessa är betydligt vanligare med benämningar som är bildade utifrån sjukdomstecken och -symptom, det vill säga hur åkomman i fråga yttrade sig. Det kan röra sig om exempelvis hosta, feber, förlorad talförmåga, vätskestinn hud eller lamhet. Under den sena medeltiden förekom även fornnordiska sjukdomsbenämningar som var bildade ur sjukdomens yttringar eller symptom/tecken, till exempel *hórunsvide*, som syftar på att det svider eller bränner i köttet.

Dessa benämningar speglar en i grunden annorlunda sjukdomsförståelse, vilken kan sägas vara *symptom- och teckenorienterad*, snarare än orsaks- och konsekvensorienterad. Denna sjukdomsförståelse kan ha varit ett för nordiskt vidkommande nytt sätt att se på sjukdom. Det empiriska underlaget för denna studie är visserligen begränsat, men genom att de symptom-/teckenorienterade benämningarna först förekommer på latin och inte förrän senare i den fornnordiska terminologin, är en möjlig tolkning att förändringen i sjukdomsförståelse ska förklaras med ett ökat inflytande från den skolastiska medicinen och det latinspråkiga kulturarvet. Det förefaller som om sjukdoms-

förståelsen successivt ändrade fokus från sjukdomsorsak till sjukdomssymptom eller -tecken; från ett mer empiriskt till ett mer abstrakt systematiserande förhållningssätt.

När det gäller den sjukes roll eller situation gjordes det inom det jag tolkat som den inhemska nordiska sjukdomsförståelsen inte någon klar åtskillnad mellan exempelvis åldersrelaterad skröplighet och annan sjukdom och skada. Denna oklara gräns mellan olika kategorier av åkommor speglar i själva verket kärnan i förhållningssättet till det vi med modernt språkbruk kallar sjukrollen. Det avgörande förefaller ha varit huruvida en individ kunde uppfylla sina åtaganden eller inte; huruvida den drabbade kunde ta ansvar för sig själv och uppfylla sina plikter gentemot sig själv och sitt hushåll eller inte. Sjuk var enligt *Själlandslagen* den som på grund av någon åkomma var förhindrad att fullfölja detta. Attityden mot sjuka, så som den framstår där, kan kanske förefalla kärv, men man ska komma ihåg att det där är frågan om ett juridiskt giltigt sjukdomstillstånd. I själva verket förefaller inställningen till sjuka och skadade personer ha varit tolerant och accepterande. Det gällde åtminstone gentemot den som var allvarligt sjuk eller skadad. Man skulle å ena sidan vara glad för det man hade och inte beklaga sig i onödan, men å andra sidan var man väl införstådd med att det kunde behövas både omfattande vård och lång tid för att tillfriskna eller läka.

Samtidigt förekom skillnader mellan olika grupper eller sociokulturella miljöer i samhället. Detta berodde delvis på de sociokulturellt färgade laddningar som olika sjukdomar kunde ha, vilka kunde ge ett sjukdomstillstånd en mer eller mindre positiv eller negativ laddning. Lepros hade inom den medeltida kristenheten en stark och tydligt dubbel laddning. Sjukdomen kunde både uppfattas som en konsekvens av (personlig) synd, och därmed som skamlig, och som en väg till personlig botgöring genom fromt uthärdande, vilket kunde förhöja den andliga statusen hos den drabbade individen. Vilken laddning åkomsten hade berodde på den drabbade individens sociokulturella kontext och på hans eller hennes eget agerande i förhållande till sjukdomen. Att den sjuka individen av omgivningen och av sig själv uppfattades som en straffad syndare var möjligen vanligare i vissa miljöer, exempelvis bland fattiga och socialt utstötta. Den sjuke hade då samtidigt en viktig pedagogisk eller moralisk funktion som varnagel för andra. Sjukdomen kunde emellertid också ge sekundära sjukdomsvinster för den drabbade, exempelvis i form av förhöjd fromhetsstatus. Detta senare kan i synnerhet ha gällt vid religiösa institutioner, möjligen särskilt för fromma kvinnor. Det är emellertid osäkert hur laddad sjukdomen var för gemene man i det profana livet.

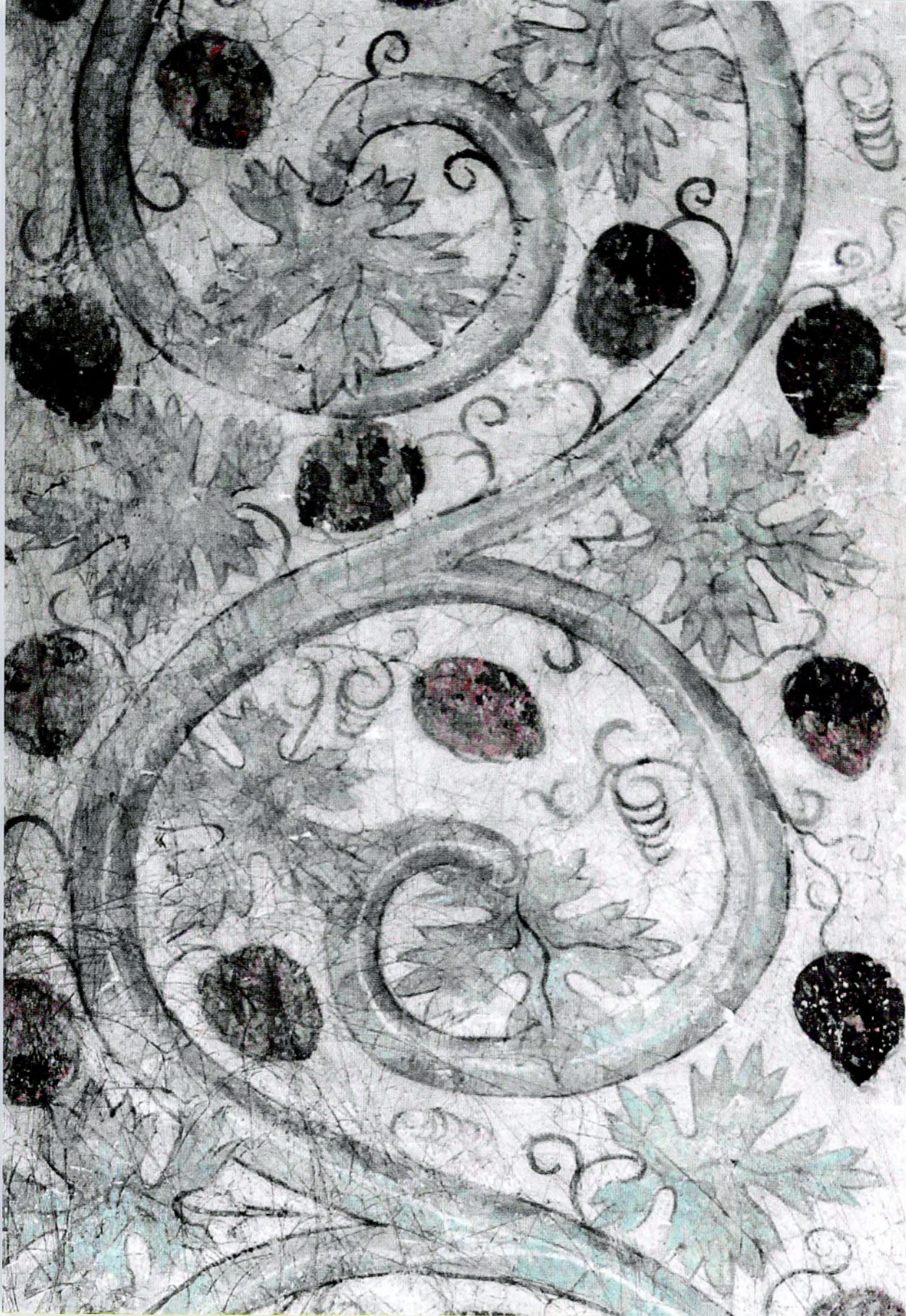
I klostervärlden förefaller sjukrollen generellt sett ha haft andra konnotationer än vad den hade i den profana världen. Något som speglar detta är uttrycken för smärta. Fysisk smärta uttrycks till exempel mycket sällan i sagorna, där vi snarare kan ana ett stoiskt ideal. I Vadstena kloster, däremot, förefaller det som om det var mer accepterat att erkänna smärta, att tala om den – och att notera den i klosterfolkets eftermälen i diariet. Kanske kan det förklaras med att själva uthärdandet av smärta uppfattades som en dygd i sig, vilken därför med fördel också kunde framhävas och verbaliseras.

Det fanns under medeltidens senare del också – särskilt i fromma kretsar – starka föreställningar om det goda, långsamma döendet, med tid för andlig förberedelse, vari tiden som sjuk kunde uppfattas som ett steg som möjliggjorde det goda döendet.

Det förefaller vidare som om det, åtminstone i fromma miljöer som Vadstena kloster, fanns vissa skillnader i sjukrollen utifrån genusmässiga ideal och normer. Det kan ha påverkat när och hur en individ eventuellt kunde inträda i en accepterad och kanske respekterad eller till och med vördad sjukroll, respektive när en person förvägrades detta. Noteringar i *Vadstenadiariet* kan tolkas som att det att vara leprös var en åtråvärd sjukroll framför allt för en from nunna, och då kunde konnotera ett kvinnligt fromhetsideal, format av berömda kvinnliga mystiker, vilka kan ha tjänat som inspirationskällor och förebilder. Å andra sidan verkar feta eller kraftigt överviktiga systrar (åtminstone av de diarieförande klosterbröderna) ha förvägrats sjukrollen, även om de varit allvarligt och till och med dödligt sjukliga. En trolig förklaring till detta är att det bland fromma personer, och i synnerhet fromma kvinnor, fanns ett anorektiskt ideal, där den avmagrade och tärda kroppen uppfattades som ett uttryck för, eller till och med tecken på, andlig förfining och fördjupning. Det fanns alltså en nära koppling mellan systrarnas andlighet och deras fysikalitet.

När det gäller den manliga sjukrollen i klostret kan man, med stöd i annan forskning, tolka diariets noteringar som att den uppfattades som särskilt allvarlig eller behjärtansvärd om klosterbroderns verbala och handlingsmässiga förmåga påverkades genom stumhet, förflamning, avbrott i arbetet eller incidenter under mässan. Det verkar som att den manliga sjukrollen i hög grad kopplades till oförmågan att utföra de religiösa riter som var en central del av brödernas klosterliv. Den manliga andligheten var alltså kopplad till förmågan till handling, vilket därmed även sjukrollen var.

Även skillnader i den materiella kulturen mellan manliga och kvinnliga cistercienskloster kan tolkas som att viss fysisk asketism var vanligare bland nunnor än bland munkar. Det kan ha rört sig om exempelvis bristande personlig hygien och sämre vård av till exempel sår, bölder, fistlar och andra liknande åkommor, vilket kan ha varit en del av from praxis bland nunnor, men inte spelade samma roll bland munkar.



5. Läkare och läkerskor

Det föregående kapitlet kan sägas handla om den mer abstrakta sidan av läkekonsten: om förståelsen av kroppen och av orsaken till dess åkommor. Denna förståelse styrde hur man sedan sökte lindra, det vill säga olika metoder för *läkande*. Det kommer att avhandlas i nästa kapitel. Detta kapitel kommer att fokusera på de människor som praktiserade den här förståelsen och de här metoderna, det vill säga *de läkekunniga*. För att förstå förutsättningarna för deras verksamhet – det sammanhang och den kunskapstradition de verkade inom – kommer jag att inleda kapitlet med en teoretisk diskussion kring olika former av kunskap, vad de innebär och hur de förs vidare. Denna mer teoretiska del av kapitlet kommer att avslutas med ett resonemang kring vad professionalitet och professionalisering innebär; något som jag sedan återkommer till i slutet av kapitlet.

Efter den teoretiska inledningen övergår jag till att undersöka vad källmaterialen säger om de läkekunniga. Vilka var de och hur och var i samhället verkade de? Jag kommer att presentera en brokig skara, men bland dessa fanns även individer som förefaller ha varit mer specialiserade på läkekonst än andra. Dessa verkar i hög grad ha identifierat sig själva och identifierats av andra som *läkare* och *läkerskor*. De utgjorde endast en mindre andel av dem som kunde något om läkekonst, men i försöken att förstå hur läkekonsten professionaliserades är det denna grupp som är av störst intresse. Den verkade under den studerade periodens gång inom en varierande reglering av såväl rättigheter som skyldigheter och av profilering och specialisering av yrket eller yrkena. Det var genom denna grupp av praktiker som läkekonsten genomgick sin professionaliseringsprocess.

5.1. Kunskaper, kunskapskommunikation och forandet av ett yrke

För att kunna undersöka frågor om hur läkekonsterna formades till yrken som med tiden blev alltmer professionaliserade, hurdan den skolastiska medicinens inflytande eller brist på inflytande var och varför och hur läkekonsten i Norden möjligen skiljde sig från den som utvecklades på den europeiska kontinenten och i England, är det viktigt att diskutera olika former av kunskap och kunskapsöverföring och de olika förutsättningarna för dessa i det medeltida samhället. Olika former av kunskap hade olika goda förutsättningar att kommuniceras och även olika förutsättningar för att upprätthållas, bevaras och praktiseras. De kommunicerades på flera olika sätt, dels genom personlig erfarenhet av åkommor och av behandlingsformer, dels genom muntlig

kommunikation. De kommunicerades även via litteratur och bilder. Förutsättningarna för olika former av kunskapskommunikation varierade mellan samhällets olika grupper, mellan olika miljöer, över tid och rum och beroende på befolkningstäthet, kontaktmönster och andra sociokulturella faktorer.

Jag kommer här att diskutera tyst kunskap och verbaliserad kunskap, erfarenhetsbaserad kunskap och teoretisk eller abstrakt kunskap genom begreppen *påståendekunskap*, *färdighetskunskap* och *förtrogenhetskunskap*. Jag kommer även att diskutera vad man skulle kunna kalla dessa olika kunskapsformers *mobilitet*, det vill säga hur de kommunicerades och levde i det medeltida och renässanstida samhället. Resonemanget kommer att appliceras på de speciella premisser som rådde för läkekonsterna i det studerade området. I detta sammanhang uppmärksammas dåtidens föreställningar om den personliga fallenheten som uppfattades som så viktig vid valet av yrke, inte minst läkaryrket, och hur även detta invercade på förmedlandet av kunskap.

Jag kommer att diskutera begreppen *yrke* och *professionalitet* och *professionalisering* i förhållande till den historiska kontext som det medeltida och renässanstida samhället utgjorde och problematisera i vilken mån man kan tala om professionalitet när det gäller denna tids läkekonst. En sådan diskussion måste föras med delvis andra förtecken än när det gäller professionalitet i det moderna samhälle om vilket mycket av professionsforskning har handlat. Med medeltida förhållanden som utgångspunkt är det relevant att tala om en redan då begynnande professionaliseringsprocess. En åtskillnad görs härvidlag mellan begreppen *professionell* och *professionalisering*, där det senare avser den process som så småningom ledde till en professionell yrkesform.

5.1.1. Kunnandets olika former

Inom de arkeologiska ämnena har kunskap och kunskapsöverföring främst diskuterats när det gäller olika hantverk i äldre, icke skriftburna kulturer. Flera forskare har inspirerats av filosofen och läkaren Michael Polanyis begrepp "tacit knowledge" och "tacit knowing", vilka han myntade i slutet av 1950-talet och utvecklade ytterligare under 1960-talet.¹ Det är möjligt att Polanyi i sin tur hämtade begreppet från Thomas Manns Bergtagen (1924), i vilken denne låter läkaren och hovrådet Behrens tala om den tysta kunskapen, vilken "flyter in i handen på en och gör sin verkan, finns där inte men finns där ändå på något vis".² Inom pedagogik och vetenskapsfilosofi har begreppen med tiden kommit att uppfattas som delvis problematiska bland annat eftersom benämningen *tyst* skulle kunna antyda att den är stum, eller till och med tystad, förtigen.³ Detta behöver dock inte vara fallet och var inte heller Polanyis

1. Polanyi 1969, s. 123ff.; 1983 (1966).

2. Mann 2011 (1924), s. 339.

3. Jfr Bohlin 2009, s. 82.

mening. Begreppen har även kommit att användas oprecist och många forskare har upplevt ett behov av nya, mer väldefinierade begrepp. Andra begrepp har därför förts fram istället, vilket jag återkommer till.⁴

Med ”tacit knowing” avsåg Polanyi både teoretisk och praktisk kunskap, men kunskap av ett slag som svårigen låter sig uttryckas helt tillfredsställande i ord; kunskap som även kommuniceras och lärs med kroppen och sinnena genom praktisk erfarenhet och som resulterar i förståelse och i sinnenas kunskap, i skicklighet i utförandet och i det rätta handlaget, den rätta känslan (”the right feel”). Det tysta kunnandet omfattar enligt Polanyi kunskap som är ”far more than we can tell”.⁵ Han menade att den kunskapen delvis, men aldrig helt och hållet, kan verbaliseras.

Det tysta kunnandet inhämtas huvudsakligen genom kroppen och dess sinnen. Denna form av kunskapsinhämtande eller lärande är en både *fysisk* och *intellektuell* process. ”Our body is the ultimate instrument of all our external knowledge, whether intellectual or practical”, skriver Polanyi.⁶ Alla sinnen och sinnenas minnen, liksom musklernas minnen och lagrande av kunskap, är essentiella. Det är viktigare än den medvetet, intellektuella reflektionen över den inhämtade kunskapen. Här finns alltså en tydlig koppling till fenomenologisk förståelse.⁷ Det är i den meningen *tyst* kunskap; den är mer direkt och inhämtas och lagras i kroppen pre-verbalt. Tyst kunskap ska däremot inte förstås som frånvaro av reflekterande tänkande eller kritiskt värderande.

Tyst kunskap är inte heller detsamma som kroppsarbete, vilket är en vanlig missuppfattning när det gäller hantverkskunnande. När det gäller hantverk används ibland termen *handlingsburen kunskap*. Sådan kunskap är intellektuell men huvudsakligen ickeverbal. Möbelsnickaren Thomas Tempte har uttryckt det såhär:

En vanlig missuppfattning från icke-hantverkare är att hantverk är ett kroppsarbete. En annan att tankearbetet är mindre komplicerat. Dessa vanliga tankekullerbyttor grundas just på okunnighet. Abstraktionsförmågan är tvärt emot mycket hög. I förväg ska man bilda sig en föreställning om hur ett föremål ska se ut, tillverkas, fungera. Denna baseras på erfarenheter av materialets egenskaper och möjligheter, tillgång till verktyg, förvärvade kunskaper och självkännedom.⁸

Tempte talar om möbelsnickeri, men exakt samma typ av kunnande, föreställningsförmåga och förmåga till abstraktion är avgörande för en läkare, idag och på medeltiden,

4. T.ex. Molander 2004 (1996), s. 40f.; Bohlin 2009.

5. Polanyi 1969, s. 126ff., 133, 140; 1983 (1966), s. 7.

6. Polanyi 1983 (1966), s. 15.

7. Polanyi 1983 (1966), s. 11ff. (”the *phenomenal structure* of tacit knowing”).

8. Tempte 1982, s. 76f.

när han eller hon står inför en patient. Polanyi benämner motsvarande egenskaper ”skill”, ”foreknowledge” och ”a sustained effort of the imagination”.⁹

Polanyis idéer fick stort genomslag och inspirerade i Sverige forskare inte minst under 1980- och 1990-talen. Under senare år har idéerna, med den ökade uppmärksamheten på det praktiska lärandet och lärlingskapet som alternativ till mer traditionell, litteraturbaserad undervisning, återigen aktualiserats. I en volym från *Centrum för praktisk kunskap* vid Södertörns högskola diskuteras fenomenet i en rad artiklar. Filosofen, vetenskapsteoretikern och idéhistorikern Henrik Bohlin problematiserar begreppet tyst kunskap och diskuterar hur det har kommit att användas sedan Polanyi myntade det samt hur en hel flora av andra mer eller mindre synonyma begrepp med mer eller mindre precisa definitioner har uppstått.¹⁰

Jag tycker att begreppet ”tyst” är användbart som en samlande benämning på huvudsakligen (alltså inte uteslutande) icke verbaliserad kunskap och kunskapsöverföring. För att bättre förstå olika kunskapsformer och dessas förutsättningar, är det emellertid lämpligt att dela upp den tysta kunskapen i flera olika beståndsdelar. För detta kan en indelning av kunskaper i *påståendekunskap*, *färdighetskunskap* och *förtrogenhetskunskap*, där de två senare är former av tyst eller praktisk kunskap, vara användbar. Dessa begrepp fördes fram i diskussioner kring datautvecklingens filosofi i mitten av 1980-talet.¹¹ Nedanstående definitioner utgår från dessa begrepp, men är delvis modifierade av mig för att passa det här aktuella sammanhanget.

Påståendekunskap (”know that”, kunskap *om att* det förhåller sig på ett visst sätt) avser kunnande som ofta tar formen av försanthållanden. Den kan vara såväl teoretisk som praktisk. Denna form av kunskap är som regel verbaliserad och kan alltså förmedlas muntligen och skriftligen. Den kan åtföljas av förståelse, men kräver det inte. En person kan ha faktabaserad påståendekunskap utan att för den skull besitta en djupare förståelse.

Färdighetskunskap (”know-how”, ”skill”, kunskap i *hur* man gör något) avser istället förmåga eller färdighet att utföra praktiska uppgifter. Kunskapen är personbunden och erhålls genom efterhärming och praktisk övning. Den överförs oftast från en individ till en annan i en konkret handlingssituation. Lärandet kan innehålla verbaliserade element, men dessa är av underordnad betydelse och är i sig själva otillräckliga. Den fysiska (den muskulära och sinnliga) kunskapen är viktigast. Kunskapen och dess lärande är i den meningen *tyst*.

Förtrogenhetskunskap avser förmågan att känna igen något, inte sällan på ett för- eller undermedvetet plan. Ett ofta använt exempel är förmågan att omedelbart känna igen ett visst ansikte i mängden av ansikten, utan att för den skull kunna beskriva vad det

9. Polanyi 1969, s. 124ff.

10. Bohlin 2009, s. 82.

11. Ibid., s. 58.

är som gör att man direkt kan skilja det från mängden. Ett annat exempel, som ligger nära till hands i just den här studien, är förmågan att se på en person vad som felas den i termer av sjukdom; att kunna läsa av den. Det handlar om en mängderfarenhet som resulterar i vad som ibland kallas en intuitiv förståelse, även om intuitionsbegreppet i sig kan vara problematiskt i ett vetenskapligt sammanhang. Förtrogenhetskunskapen är den samlade kunskapen inhämtad med kroppen och alla dess sinnen. De skulle kunna jämföras med Aristoteles definition av *erfarenhet*, som enligt honom var det samma som *en mängd minnen av en och samma företeelse*.¹² Förtrogenhetskunskapen är personbunden och den är *tyst* i Polanyis bemärkelse.

De olika kunskapsformerna kan samverka i högre eller lägre grad hos en person eller inom ett kunskapsfält. Påståendekunskap och färdighetskunskap förutsätter till exempel inte varandra, medan förtrogenhetskunskap förutsätter färdighetskunskap, eftersom den förra är en fördjupning av den senare. Färdighets- och förtrogenhetskunskap kan abstraheras och verbaliseras till påståendekunskap, men påståendekunskap utan de andra blir antingen ytlig eller helt abstrakt.

Påståendekunskap är i lägre grad än de båda andra kunskapsformerna personbunden, men kan till skillnad från dem lätt bäras av litteratur. I det låglitterata samhälle som studeras här, där den lärda skriftliga kulturen inte heller var det talade språket, är det emellertid särskilt intressant att diskutera de båda senare kunskapsformerna, det vill säga den tysta kunskapen. Särskilt relevant är det när det gäller läkekonsten, varifrån de flesta exemplen de facto hämtas i litteratur om tysta kunskaper och icke verbaliserad förståelse, både hos Polanyi och andra författare. När det gäller *färdighetskunskapen* avser den alltså själva den grundläggande hantverksskickligheten, det vill säga medicinerandet, tillredandet av örter och andra *materia medica*, utförandet av de kirurgiska ingreppen, förlossningshjälpandet och så vidare. *Förtrogenhetskunskapen* krävs för att kunna bedöma skador och sjukdomstillstånd, för att kunna uppfatta, förstå och dra slutsatser utifrån alla de tecken och signaler den sjuka individen och hans eller hennes kropp sänder. Förtrogenhetskunskap kräver alltså inte bara kvalitativ utan även kvantitativ erfarenhet och kan sägas vara ett kännetecken för den verkligt skickliga hantverkarens kunnande.

Historikern Michel Foucault har diskuterat det han kallar "klinikens födelse" i modern tid (sent 1700- och 1800-tal). Han lyfter fram den disciplinerande makten som en viktig drivkraft bakom klinikens utveckling som institution och gör detta till huvudpoängen i sin kritiska diskussion. Institutionen ses av Foucault främst som ett uttryck för statens makt över individen och därmed som något negativt. En annan motivation till den kliniska metodens utveckling var emellertid insikten om den praktiska mängderfarenhetens, det vill säga förtrogenhetskunskapens, betydelse för förmågan att göra kvalificerade bedömningar och behandlingar. Klinikens ihopsamlade av patienter och indelning av dessa utifrån yttre symptom möjliggjorde ett kvantitativt

12. Jaquart 1998, s. 221.

iakttagande (lyssnande, luktande, smakande, kännande ...) och träning för blivande läkare i att uppfatta ofta subtila, men icke desto mindre (livs-)avgörande, skillnader i fysiologiska tecken.¹³ Klinikens "födelse" var därför ett betydelsefullt steg framåt i strävandena att förstå sjukdomar och detta var en minst lika viktig drivkraft bakom klinikväsendets formande. Idéhistorikern Karin Johannisson skriver om 1800-talets kliniska praktik att "[k]liniskt omdöme kom att betyda just det sinnena uppfattade genom övning, erfarenhet, instinkt, associations- och kombinationsförmåga".¹⁴ Kliniskt omdöme är alltså här detsamma som förtrogenhetskunskap. Även inom dagens läkarutbildning och yrkesverksamhet är AT-tjänsten eller allmäntjänstgöringen, det vill säga den del av en blivande läkares grundutbildning som förläggs ute i praktisk verksamhet, och den dagliga rondens viktiga fora för blivande läkares inhämtande och uppbyggande av såväl färdighets- som förtrogenhetskunskap.

Foucault var dock inte omedveten om dessa poänger. Han talar om *le regard* (översatt 'the gaze' – blicken; "the multiple gaze").¹⁵ Klinikens och den moderna tidens blick skulle vara fri från förutfattade meningar som stod i vägen för det öppna seendet ("the gaze, free of all obstacles").¹⁶ Foucault beskriver den kliniska blicken som ett för tiden nytt inslag i läkekonsten: "What hitherto had been lacking, 'the very practice of the art, the observation of patients in their beds', was to become the essential part of the new medicine."¹⁷ Det är riktigt att det var först nu som metoden och den kliniska blicken blev institutionaliserad, men värderandet av förtrogenhetskunskapen som sådan var inte något nytt. Den hade funnits länge, i skiftande samspel med olika förförståelser av sjukdom. Den hade i och för sig fört en något nedvärderad tillvaro framför allt inom skolastiken, men redan under 1200- och 1300-talen fanns en medvetenhet om värdet för läkare av att besöka hospitalsinrättningar för att få se många sjuka och på så vis skaffa sig kvantitativ erfarenhet.¹⁸ Under 1500-talet framhöll många framstående läkare, även vid universiteten, betydelsen av den långa praktiska erfarenheten.¹⁹ Dessförinnan, under tidig- och högmedeltid, och även senare utanför skolastikens lärdomskretsar, det vill säga inom den hantverksmässiga läkekonsten som var den huvudsakliga i det medeltida och renässanstida Sverige, hade den varit essentiell.

Medan uttryck för påståendekunskap är tämligen frånvarande i de nordiska medeltida källorna, är förhållandet till förtrogenhetskunskapen och även färdighetskunskap

13. Foucault 2003 (1963), s. 70ff., 83ff.

14. Johannisson 2004, samt för den kliniska övningen mer specifikt s. 45ff., 114.

15. Foucault 2003 (1963), s. 28.

16. Ibid., s. 45.

17. Ibid., s. 83.

18. Agrimi & Crisciani 1998, s. 190f.

19. French 1985, s. 44, 48, 52f.

tydligt synligt (inte minst i landskapslagarna). Såväl de fornisländska som de medeltidslatinska termerna talar om en sinnenas och kroppens kunskap.

Även viss medeltida medicinsk litteratur från europeiskt håll tycks betona dessa mer praktiska kunskaper. Inte minst förefaller det gälla den tidigmedeltida litteraturen, skriven och kompillerad innan den skolastiska traditionen blomstrade. Följande illustrativa citat är hämtat ur en sammanställning av medicinska verk gjord för det benediktinska klostret Monte Cassino i centrala Italien, runt år 900: "For the patient's colour, his eyes, face, voice, silence, the position in which he is lying, the attitude of his body and his bearing will point out to you, and, as it were, will *speak silently to you* [min kursivering] ..."²⁰ Listan på allt läkaren ska ta i beaktande fortsätter i den aktuella skriften och är omfattande, och ändå inte, förefaller det, tillräckligt, enligt författaren. Medan han i ord försöker redogöra för hur läkaren bäst ska kunna undersöka och förstå sin patient, lyfter han samtidigt fram den ordlösa kommunikationen och den avgörande vikten av att läkaren rätt kan tyda alla dessa tecken och förstå det samlade budskap de förmedlar.

Medicinsociologen Faith Wallis, vilken studerat dessa medicinska manuskript från Monte Cassino, menar att det finns en tydlig skillnad i innehåll mellan tidigmedeltida och senare medeltida antologier från klostret. Hon menar att de tidigmedeltida antologierna är väsentligt annorlunda än de skolastiska genom att de betonar praktisk kunskap mer än teoretisk.²¹ Wallis diskuterar vad som i de tidigare skrifterna avses med lärdom och skicklighet och noterar att det uttrycks som (lat.) "*peritissimum*" och "*magnae liberalitatis atque scientiae virum*", nämligen praktisk kirurgisk kunskap och kunskap om medikamenter.²²

Polanyi och forskare i hans efterföljd har diskuterat den konserverande effekt personbunden kunskap kan ha, vilket delvis tillskrivs det mått av auktoritetstro som är vanligt i mästare-lärlingssystem, men även uppfattningen att personbunden kunskap är problematisk att granska kritiskt med någon form av utifrånperspektiv, eftersom den är i högre grad oartikulerad.²³ När det gäller den hävdade frånvaron av ett kritiskt granskande förhållningssätt har Bohlin övertygande argumenterat emot detta. Han menar att det faktum att färdighets- och förtrogenhetskunskaper inte kan prövas kritiskt på samma sätt som påståendekunskaper inte ska misstolkas som att de för den skull inte kan prövas. Istället finns andra, ofta mer indirekta sätt att pröva dessa kunskaper på.²⁴

20. Wallis 2000, s. 270.

21. Ibid., s. 266.

22. Ibid., s. 267; på svenska ungefär *den största erfarenhet, kunskap, kännedom* respektive *en man av stor frihet och vetenskaplig skicklighet*.

23. Konserverande i ännu högre grad än i betydelsen inom-paradigmatisk; jfr Kuhn 2009 (1962).

24. Bohlin 2009, 64ff.

När det gäller den inneboende konservatismen skulle jag vilja hävda att detta snarare har att göra med det intellektuella eller sociokulturella klimatet (både ”tyst” och verbaliserad kunskap kan vara konserverande) och hur auktoritärt eller tillåtande det är. Kunskapsöverföring är aldrig exakt utan medför alltid en viss förändring eller förskjutning av kunskapsinnehållet. En institutionalisering i form av exempelvis en strikt mästarlära eller skola kan emellertid ha en viss konserverande effekt, liksom ofta religiösa eller normerande uppfattningar, medan mindre formaliserade och heterogena kunskapsöverföringsstrukturer inte behöver ha det i samma utsträckning. Det är emellertid därvidlag inte heller något som behöver skilja de tysta kunskaperna från de verbaliserade. Den medeltida skolastiken, varav medicinen var en del, var som bekant inte särskilt innovativ. Det positivt framåtsträvande i att bryta mot traditionen var inte något som värdesattes förrän i och med upplysningstidens tankegångar.²⁵ Dessförinnan fanns ingen motsättning mellan tradition och förnuft, mellan tradition och kvalitet eller mellan tradition och vitalitet. Förtrogenhet med traditionen menades istället borga för kvalitet och för djup i kunskapen och detta gällde lika för både den praktiska skolningen och skolastiken.

En form av kunskap som kan sägas befinna sig på gränsen mellan den verbaliserade och icke verbaliserade, genom att ha extraherats ur den personliga uppsättningen av kunskap och sedan satts på pränt, är den bildmässiga, alltså det illustrerade kunnandet.²⁶ Medicinshistorikern och medeltidsforskaren Peter Murray Jones menar, utifrån studier av medeltida medicinska skrifter och illustrationer, att bilderna ofta var primära i förhållande till det skrivna. Det är alltså inte alltid så att bilderna illustrerade en viss text utan snarare, menar han, att texten åtföljde bilden för att förklara och tydliggöra vissa detaljer och hur bilden skulle brukas. Han menar även att bilderna ofta förde en självständig tillvaro, där texten var av sekundär betydelse för förståelsen eller utan att alls åtföljas av text.²⁷ Som exempel nämner han instrumentförteckningar eller så kallade läkarkalendrar (”physician’s calendars”).²⁸ Medicinska skrifter var dock många gånger svårbegripliga och schablonmässigt illustrerade och de allra flesta tidigmedeltida skrifter var i själva verket oillustrerade.²⁹

Flera forskare konstaterar dock att bilder är mer vanliga i kirurgiska verk än i andra kategorier av medicinska texter (möjligen med undantag för örtaböcker; min reflektion).³⁰ Murray Jones för visserligen inte själv någon diskussion i termer av kunskapsformer och kunskapsöverföring, men vill ändå förklara illustrationerna på ett i det här

25. T.ex. Frängsmyr 1990.

26. T.ex. Laqueur 1990; Kemp 1993.

27. Murray Jones 2006, s. 3ff.

28. Ibid., s. 9.

29. Gottfried 1986, s. 70; McVaugh 1998, s. 288f.

30. Gottfried 1986, s. 70; Murray Jones 2006, s. 14.

sammanhanget intressant sätt. Han fäster uppmärksamheten vid vikten av att kunna *visualisera* en problematik och hur denna ska hanteras:

if you the reader are going to be able to make a proper diagnosis, perform the necessary procedures in an operation, use the right implements and medicaments, you need to be able to *visualize* [min kursivering] them.³¹

Det är alltså frågan om en förmåga till abstraktion, där både en intellektuell process och det sinnliga minnet ingår. Murray Jones ger även intressanta exempel på hur man i bild och text försökt fånga det som *egentligen* inte gick att sätta på pränt, till exempel en korkskruvliknande figur i John Ardernes berömda verk om analfistlar för att illustrera smärtan (borrande smärta?) vid *iliaca passio* (bäckensmärta) eller språkliga bildmässiga metaforer som ”gnagande smärta” eller ”gasellsnabb puls”.³² Den framgångsrike kirurgen, anatomen och läkaren Berengario da Carpi (1460–1530) menade att sinnena gav en kunskap som inte kunde översättas tillräckligt väl till ord. Därför var illustrationer mycket viktiga i hans anatomiska verk, vilka var de första illustrerade anatomiska verken, liksom de var för Andreas Vesalius när han skapade sitt berömda verk *De humani corporis fabrica* ett par decennier senare.³³ Detta stöder Murray Jones tes.

Bildernas betydelse i kirurgiska skrifter har ibland förklarats med barberarkirurgernas och övriga empiriska praktikers bristande läs- och skrivkunnighet. Detta kanske kan ha varit en bidragande faktor, men förmodligen var andra orsaker mer betydelsefulla. Verbala kunskaper var sannolikt av sekundär betydelse för flertalet faktiska utövare av läkekonst och inte avgörande för relevant kunskapsinhämtning eller för resultatet. En intressant möjlig förklaring är därför, som diskuteras av konsthistorikern Martin Kemp med avseende på anatomiska illustrationer under renässansen, och som Murray Jones tangerar men inte uttalar, förhållandet att bilderna i vissa fall *bättre* än text kunde beskriva det som var mest väsentligt att förmedla. Detta kan dock förmodligen inte sägas ha gällt de medeltida handskrifterna i samma grad som 1500-talets anatomiska illustrationer, eftersom det fanns både praktiska tekniska begränsningar för bildåtergivning och ideologiska och andra värderingar och förföreställningar som påverkade bildernas utformning.³⁴ Jag menar emellertid att det mycket väl kan ha haft betydelse att den bildmässiga framställningsformen låg mer i linje med dessa praktikers tradition för kunskapskommunikation, nämligen den tysta kunskapen, sinnenas

31. Murray Jones 2006, s. 14; jfr även Solomon 2010, s. 58f.

32. John Arderne 1307–1392, engelsk kirurg och författare till verket *Fistula In Ano*; Murray Jones 2000, s. 14.

33. French 1985, s. 61f.

34. Laqueur 1990; Kemp 1993.

kunskap, och det som Murray Jones kallar *visualisering*. Det är möjligt att bilder av den anledningen faktiskt många gånger föredrogs framför skriftliga framställningar.

5.1.2. Kunskapskommunikation och kunskapers mobilitet

De ovan beskrivna kunskapsformerna kräver olika förutsättningar för att bestå, för att föras vidare och för att hållas levande. Medan påståendekunskapen till stor del kan existera oberoende av att individer besitter den, bär den inom sig, så är den praktiska, i högre grad icke-verbaliserade kunskapen (färdighets- och förtrogenhetskunskapen), helt personbunden och kan endast existera genom att den bärs, innehas, av individer.

Påståendekunskap kan spridas dels via skrift och bild, dels via muntlig kommunikation, men inte lika effektivt genom ickeverbal överföring. Då en nedskrivna kunskap inte är lika personberoende, kan den däremot mycket väl föra en bortglömd tillvaro under kortare eller längre tid, för att sedan återupptäckas, åter läsas av någon och på så vis återigen bli en personburen kunskap. Den nedskrivna kunskapen är även i hög grad mobil genom att den kan färdas över stora geografiska avstånd, oberoende av personer som känner den. Vem som helst kan vara bärare av den fysiska skriften utan att för den skull bära själva kunskapen den rymmer. Det krävs alltså en relativt låg grad av täthet i den mellanmänskliga kontakten för att den formen av kunskapsöverförande kommunikation ska fungera. Den nedskrivna kunskapen är också i sig konservativ om den fysiska skriften bevaras. Kunskapen kan alltså ta stora både geografiska och kronologiska språng och ändå finna en ny mottagare. Detta gör den verbaliserade, nedskrivna kunskapen förhållandevis osårbar och motståndskraftig mot tillfälliga brott i kunskapsöverföringen. Den lever vidare ändå. Samtidigt är den naturligtvis avhängig av att samhället i fråga, eller individerna som har intresse av den, är litterat/a.

Kunskap som däremot är huvudsakligen ickeverbal kan endast till en begränsad del överföras via skrift eller bild. Den förmedlas framför allt – mest kvalitativt och effektivt – genom ”tyst” kunskapsöverföring. Den lärande individen iakttar en mer kunnig person i handling, efterhärmar denna och övar sig. På så vis skaffar han eller hon sig både teknisk skicklighet och förståelse (färdighetskunskap) och med tiden kanske även en mängderfarenhet som tillåter uppfattandet av subtila nyanser (förtrogenhetskunskap). De här formerna av kunskap är personbundna genom att de endast kan finnas till genom att en person besitter dem.³⁵ Överföringen av kunskaperna förutsätter alltså mellanmänsklig kontakt, eftersom det är en individ som ska föra sina personliga kunskaper vidare till en annan individ. Man skulle kunna säga att kunskaperna har en relativt låg grad av egen mobilitet. Den mellanmänskliga kontakten måste vara tät. För en så komplex kunskap som läkekonsten behöver den

35. Polanyi 1969, s. 133.

täta kontakten dessutom fortgå under lång tid.³⁶ Det krävs tid för läromomenten, de olika stadierna i lärandet, från det rena iakttagandet (lyssnandet, luktandet, smakandet, kännandet ...) till successivt tilltagande egen praktisk tillämpning som i sin tur ger erfarenhet. I den ideala situationen bör lärandetiden även vara så pass lång att en variation och bredd i kunskap kan inhämtas. Dessa erfarenheter måste sedan få sådan kvantitativ omfattning att en djupare förståelse formas, att ett sinnenas och musklernas minne befästs, vilket så småningom möjliggör att en förtrogenhet utvecklas.

De här senare formerna av kunnande är det som kännetecknar hantverk av olika slag (ofta traditionellt kallade "konster", till exempel läkekonst eller kokkonst).³⁷ De överförs som regel mest effektivt genom ett lärlingssystem eller motsvarande, till exempel genom att kunskaper ärvs inom familjen genom att barnet från tidig ålder är närvarande i verksamheten eller mer organiserat genom att en individ går i lära hos en annan.³⁸ Genom praktisk övning och repetition förbättras och fördjupas kunskapen. Ju mer erfarenhet både kvantitativt och kvalitativt, desto *tätare* tyst kunskap hos individen. Det är alltså en kunskapskommunikation som kräver en betydligt större täthet i kontakten mellan individer än nedskrivna påståendekunskaper. Detta gör den här kunskapskedjan skör och sårbar. Det räcker med en enda generations kommunikationsglapp för att kunskaper, dittills kanske erhållna och samlade under avsevärd tid och genom många generationer, ska gå förlorad. I en låglitterat kultur har emellertid påståendekunskap liknande förutsättningar för spridning som den praktiska. Den är inte lika beroende av ett befolkningsunderlag för att befästas i praktik, men den är beroende av den täta mellanmännliga kontakten för muntlig förmedling. Det är i detta perspektiv intressant att fundera kring vilken konsekvens digerdöden (och de efterföljande återkommande epidemierna) fick under den senare delen av medeltiden. Det är rimligt att anta att de läkekunniga utgjorde en särskilt utsatt grupp. Detta kan ha haft dramatiska konsekvenser för kunskapskedjan, vilket i sin tur bör ha möjliggjort såväl som nödvändiggjort en viss nyorientering.

Eftersom läkekonst, och särskilt den mer praktiskt inriktade med diagnostik och kirurgiska behandlingar, sårbehandlingar, örtkunskaper och så vidare, till väsentlig del är att betrakta som ett hantverk, så är den tysta, icke-verbaliserade kunskapsöverföringen oerhört väsentlig, på medeltiden såväl som idag. Vi vet att medeltida praktiker ofta hade assistenter – lärlingar – hos sig. Den mer erfarna läkarens kunskaper

36. En passage från *Gunnlaug Ormstungas saga* 1992, s. 370 rör inhämtandet av kunskaper som visserligen var mer teoretiska och helt verbaliserade, men som ändå kan vara av intresse i det här sammanhanget. Det står att "där var han sedan ett helt år, lärde lagkunskap av Torstein".

37. Molander 2004, s. 40.

38. Mästare ska här inte nödvändigtvis förstås i den formella mening titeln kom att få i och med senmedeltidens mer utvecklade skråväsende, utan inkluderar även seniora kunniga praktiker vilka besatt kunskap som uppfattades som värdefull att föra vidare.

kommunicerades naturligtvis muntligen till lärlingen, men ännu viktigare var troligen den tysta kommunikationen, genom att lärlingen (liksom den färdige läkaren) använde alla sina sinnen när han eller hon dels iakttog patienterna och dessas åkommor och symptom, dels den erfarne läraren i aktion: handens känsel för att undersöka karaktären på en tumör eller ett sår, musklernas känslighet för att bedöma den lagom stora kraften i dragningen vid en frakturreposiotion eller på åderlåtningssjårnet för att det ska öppna ådern, men inte skada i övrigt; hudens känsel för att känna patientens andedräkt eller bedöma kroppstemperatur eller livskraft; luktsinnet för att registrera lukten av sjukdom, av var, blod och urin och även smaksinnet för att undersöka kroppsvätskorna; hörseln för att lyssna till andningen eller till hjärtats rytm. Dessa sinnesintryck rymmer närmast oändliga och många gånger osägbara nyanser att förstå och ta ställning till. Det rör sig om en komplex kunskap som *endast* kan inhämtas genom *avsevärd praktisk erfarenhet*. Det var en såväl intellektets som en kroppens och sinnenas kunskap.³⁹

Tät mellanmänsklig kontakt var alltså nödvändig för att sådana kunskaper skulle föras vidare, men det intressanta och speciella i det här sammanhanget är att läkekonst skiljer sig på ett markant och avgörande sätt från de flesta andra hantverk. Den går nämligen inte att öva hur som helst, eftersom det inte går att fabricera övningstillfällena. Det går normalt sett bara att öva när tillfälle bjuds genom att en människa blir sjuk eller skadad och uppsöker vård, och dessa tillfällen motverkas dessutom av själva den läkande verksamheten som sådan om den är framgångsrik. Det råder dessutom låg tolerans för misslyckande och endast begränsat utrymme för att testa nya metoder eller medikamenter eftersom patientens liv eller hälsa kan sättas på spel; en problematik som disciplinen brottas med än idag. Före klinikernas tid, före den mer omfattande institutionaliseringen av läkekonsten och före mer systematiska kliniska studier, var utvecklingen och förändringstakten därför långsam. Det ska dock inte förväxlas med frånvaro av förvaltd kunskap. Det är också viktigt att komma ihåg att människor var rörliga. I England och Tyskland gick en blivande kirurg först i lära i tre år hos en mästare. Därefter gav han sig ut på vandring i ytterligare upp till sex år eller kanske längre, då han förväntades arbeta för olika mästare och på så vis successivt bredda och fördjupa sina kunskaper.⁴⁰ Detta var ett sätt att förtäta den mellanmänskliga kontakten praktiker emellan och därmed öka såväl påstående- som färdighetskunskapen och förbättra möjligheterna till att utveckla förtrogenhetskunskap. Det är rimligt att anta att det gick till på liknande sätt i Sverige.

Här är det dock viktigt att komma ihåg att befolkningmängden inte var konstant eller ständigt ökande under den studerade perioden, utan att den istället reducerades

39. Jfr flera författare i Bynum & Porter (red.) 1993; särsk. Bylebyl 1993, s. 47; Lawrence 1993, s. 154; Nutton 1993, s. 10ff.

40. Lindemann 1999, s. 109ff.

kraftigt av digerdöden och de följande pestepidemierna och att den sedan inte återhämtade sig förrän under senare delen av 1600-talet.⁴¹ Inte heller var bosättningsmönstret detsamma perioden igenom. Flertalet människor bodde på landsbygden under hela perioden, men under 1100-talet påbörjades en urbaniseringsprocess som vid den studerade periodens slut hade resulterat i ett utvecklat stadsväsende. Dessa städer innebar koncentrationer av människor av en omfattning som tidigare inte funnits på nordiska breddgrader.

Strukturer för kunskapsöverföring är alltså avgörande. En individ kan dessutom vara mer eller mindre mottaglig för en viss information (kunskap, idé, tolkning) beroende på hans eller hennes förförståelser och intellektuella och sociokulturella kontext. Det är inte så att en individ tar till sig ”all möjlig” kunskap som han eller hon möter. Kunskaper som stämmer dåligt med de redan erhållna kunskaperna och dess paradigmatiska kontext, kan avvisas eller kanske inte ens uppfattas. Därför är den sociokulturella kontexten viktig att beakta i studiet av kunskapskommunikation. Polanyi ser den personliga kunskapen och det personliga integrerandet av kunskap som processer som knyter samman individen och hennes kultur, processer som påverkar i båda riktningarna: både individen och den kulturella kontext i vilken hon ingår påverkas och förändras fortlöpande av kunskapsprocessen.⁴² Detta är ett resonemang som är grundläggande i diskussioner om kunskapers kommunicerande och integrerande.

I ett försök att från och med det sena 1980-talet åter föra fram mästare-lärlings-systemet som ett effektivt och högkvalitativt system för lärande och kunskapskommunikation förde de amerikanska pedagogerna Jean Lave och Etienne Wenger fram begreppet ”legitimate peripheral participation”, det vill säga att den lärande individen successivt slussas in i den praktiska verksamheten genom att gå bredvid en mer kunnig person, för att så småningom själv få hjälpa till och med tiden få allt större eget ansvar. Med begreppet *legitimate peripheral participation* ville Lave och Wenger betona att lärande alltid sker i ett socialt sammanhang; inte bara i den enskilda individen. De menade att kunskaper bärs av hela samhället och att en viktig del av lärprocessen är att den lärande individen inte bara tar till sig de kunskaper som specifikt avses att läras ut, utan även socialiseras in i ett praktikersammanhang. Resultatet är alltså inte bara att individen tar till sig (yrkes)kunskaper, utan även att nybörjarna tas upp och involveras i en kunskapsmiljö eller ett praktikersammanhang; det Lave och Wenger benämner ”community of practice”.⁴³ Det skulle kunna jämföras med det som i min studie benämns *medicinsk praktik* eller *medicinsk kultur*, även om *community of practice* även avser det konkreta lokala sammanhanget och *medicinsk kultur* avser mer övergripande sammanhang av tradition, föreställningar och praktik.

41. Harrison & Eriksson 2010, s. 223.

42. Rolf 1991, s. 17ff., 97.

43. Lave & Wenger 2005 (1991), s. 29.

Pedagogen Camilla Thunborg har diskuterat det situerade lärandets betydelse för formandet av en yrkesidentitet. Hon poängterar lärandets kontext, dess sociala och kulturella sammanhang.⁴⁴ Thunborg använder resonemanget om det situerade lärandet främst för att diskutera hur yrkesidentiteter formas och detta är naturligtvis av intresse även när det gäller medeltida läkekunliga, men idén om det situerade lärandet är i det nu aktuella sammanhanget främst av intresse för formandet av en yrkeskunskap. I idén om det situationsbundna, kontextuella lärandet betonas de mänskliga handlingarna och det mänskliga samspelet och att lärandet pågår fortlöpande och kontinuerligt. Det medför att kunskapen aldrig är konstant utan ständigt föränderlig, vilket även Polanyi poängterade: "Knowledge is an activity which would be better described as a process of knowing."⁴⁵ Genom att varje individ upplever olika lärsituationer och inhämtar kunskaper i en rad olika situationer, med en situationskombination som är unik för den enskilda individen, är kunskapen inte bara ständigt föränderlig utan också helt personlig. Ingen individs kunskap är identisk med en annan individs, ens när de rör sig inom samma verksamhetsområde.⁴⁶ Detta i sin tur medför att den verksamhet inom vilken kunskapen inhämtas och praktiseras också förändras kontinuerligt, genom en ömsesidig påverkan.

Även filosofen Stephen Turner betonar vikten av det kulturella och sociala sammanhanget för formande av kunskap. Det sociokulturella sammanhanget såväl möjliggör som begränsar kunskapsspridning, beroende på sin karaktär. Samtidigt poängterar Turner att ett resonemang som enbart utgår från idén om den *delade* kunskapen är hämmande för vår förståelse för hur kunskap formas, förändras och förs vidare, eftersom det gör att man lätt bortser från den *individuellt unika kunskapen*.⁴⁷ Kunskap i form av färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap är, som redan betonats, endast levande *i individen* och varje individs kunskap och förståelse är unik till sin sammansättning och karaktär. Den individuella medeltida läkaren inhämtade kunskaper av olika slag genom alla sina erfarenheter, i likartade eller vitt varierande sammanhang. Delar av dessa individuella kunskaper – men inte alla – fördes i sin tur vidare till andra praktiker, vilka i sin tur byggde upp sin egen unika kunskap inom den rådande traditionen eller paradigmet, och så vidare.

När det gäller den medeltida läkekonsten, så som den framstår långt innan formaliseringar av utbildning och kunskapskrav kom till stånd, hjälper mig detta resonemang att se hur oerhört varierande och föränderlig den var – *måste ha varit*. Heterogeniteten får däremot inte misstolkas som frånvaro. Den samlade kunskapen och praktiken var heterogen och formad av skiftande erfarenheter, men detta betyder inte att den var

44. Thunborg 1999, s. 44ff.

45. Polanyi 1969, s. 132.

46. Turner 1994, s. 102ff.; Thunborg 1999, s. 44ff., 52.

47. Turner 1994, s. 102ff.

obefintlig eller ens särskilt liten. Däremot är den heterogena kunskapen svårare att få ett grepp om i ett historiskt perspektiv, så till vida att den för en forskare idag är mer svår att urskilja i källorna. Mönstren blir otydligare och det blir svårare – och kanske också i viss grad mindre relevant? – att försöka uppfatta generella drag. Samtidigt visar mönster (*medicinska kulturer*), om än förenklade, på tendenser och är därför naturligtvis ändå intressanta att söka urskilja i försöken att förstå.

5.1.3. Läkaryrket som arv och som kall

Att olika yrken ärvdes inom familjen var mycket vanligt. Detta betydde emellertid inte att det var odiskutabelt eller helt självklart att en yngre familjemedlem skulle ta upp den äldre generationens levebröd. Man lade nämligen också stor vikt vid den enskilda individens personliga egenskaper, förmågor och intressen; hans eller hennes *ingenium* med en medeltida latinsk term. Historikern Rosemary O'Day har diskuterat *de lärda professionerna* (prästerskapet, juristerna och läkarna) i England cirka 1450–1800. Hon menar att många yrken, särskilt de tre nämnda, ofta uppfattades som *kall*.⁴⁸ Hon har kunnat visa hur viktigt det var att den som skulle föra yrkestraditionen vidare inom familjen verkligen uppfattades som lämpad för det och hade de förutsättningar som krävdes.⁴⁹ Om omständigheterna tillät lades stor omsorg från både föräldrars och de ungas sida vid att identifiera vilket yrkeskall som passade en viss ung person bäst och att förbereda honom (eller henne) för en utbildning och framtida verksamhet inom yrket. Detta gällde alldeles särskilt prästerskapet och läkarna. Vid tveksamheter kunde en ung person eventuellt pröva sin fallenhet under en begränsad period för att, om förmåga eller motivation visade sig otillräckliga, byta till en annan bana. Om personligt intresse eller fallenhet – känslan av kall – saknades, råddes individen att om möjligt söka sig en annan yrkesväg.⁵⁰

För en blivande läkare gällde det att ha det rätta handlaget ("mjuka händer", "läkande händer").⁵¹ Man förefaller även ha lagt vikt vid den nästan lite mystiska eller övernaturliga inneboende *helande förmågan*. Det verkar som om just dessa egenskaper uppfattades som i hög grad ärftliga. Det är därför möjligt att det fanns en alldeles särskilt stark tradition av att just läkekonsten gick i arv inom familjen eller den nära släkten. Den läkare som kunde hänvisa till äldre släktingars arv hade dessutom en fördel när det gällde att vinna anseende och förtroende, i förhållande till dem som inte kunde det.

Idén om den ärftliga helande förmågan är intressant mot bakgrund av diskus-

48. Observera att "kall" här inte ska förstås i 1800–1900-talets vanligaste bemärkelse som betonade det religiösa uppdraget.

49. O'Day 2000, s. 38.

50. Ibid., s. 34ff.

51. T.ex. *Magnus den godes saga* 1994, kap. 28.

sionen om olika kunskapsformer och kommunikationen kring dessa. Jag menar att det som uppfattades som en ärftlig förmåga i själva verket är ett uttryck för en *tät tyst kunskap*, kommunicerad i det täta sociokulturella sammanhang som familjen (slakten) utgjorde. Under medeltiden och renässansen var detta sociala sammanhang det främsta för en för läkekunnandet tillräckligt tät och kvalitativ kunskapskommunikation. Den berömda kirurgen Guy de Chauliac (1298–1368) menade att för att en person skulle kunna bli kirurg ”he must be skilled and have seen others operate”.⁵² Den framstående kirurgen, anatomen och universitetsaktive läkaren Berengario da Carpi som verkade vid universitetet i Bologna under det sena 1400- och tidiga 1500-talet var själv son till en barberarkirurg. Han lär ha hävdad att ingen kunde lära sig att bli en bra kirurg om han inte tillbringat sin barndom med kirurgisk praktik.⁵³

Teoretisk kännedom om en viss behandlingsform räcker alltså inte långt om man inte även har sett den utföras och helst (eventuellt under överinseende) försökt utföra själv, och därigenom har erhållit erfarenhetsbaserad kunskap om densamma. Detta har på ett mycket intressant sätt belysts genom medicinhistorikerna Peter E. Pormanns och Emelie Savage-Smiths forskning om medeltida islamsk läkekonst. De arabiska läkeböcker som finns bevarade omnämner olika komplicerade kirurgiska ingrepp och samtida källor vittnar om att läkare kunde äga specialiserade instrument som var ämnade för att utföra operationerna i fråga. Samtidigt uppger läkarna i sina egna vittnesbörd att de i själva verket praktiskt taget aldrig utförde dessa ingrepp, eftersom de menade sig sakna den praktiska erfarenheten av hur ingreppen skulle genomföras och därför inte vågade sig på dem.⁵⁴

För förståelsen för hur yrkeskunskaperna inom läkekonsten fördes vidare måste vi alltså beakta *både* vikten av den tysta och den verbaliserade kunskapskommunikationen, så som den diskuteras ovan, samt *individens mottaglighet* för denna kunskap och *personliga förmåga* att på ett framgångsrikt sätt omsätta den i handling för att bota och lindra. Betoningen av individens egenskaper i medeltida kontexter poängterar ytterligare det personliga, personbundna i kunskapen. Idén om den läkande handen (förmågan) kan ses som ett uttryck för det helt essentiella i den täta mellanmänniska tysta kunskapskommunikationen, där själva förtrogenhetskunskapen var så helt avgörande och så ”tyst” att den av den medeltida samtiden rentav förstods som inneboende och som ett födelsearv.

52. de Chauliac i Ross & McLaughlin 2004, s. 12.

53. French 1985, s. 44.

54. Pormann & Savage-Smith 2007, s. 132f.

5.1.4. Ett yrke och dess professionaliseringsprocess

Det förekommer att individer i nordiska skriftliga källor redan under tidig medeltid omnämns som *läkare*, vilket jag återkommer till, men när kan man säga att läkekonsten börjar kunna urskiljas som yrke? Och vad avses egentligen då? Fanns det i Norden under medeltiden och renässansen till och med utövare inom läkekonsten som i någon mån kan sägas ha varit *professionella*?

Eftersom såväl ordet *yrke* som ordkombinationer med begreppet *profession* kan uppfattas som problematiska i sammanhanget är det på sin plats att jag utvecklar mitt resonemang. Jag gör det genom att först exemplifiera hur professionshistoria har studerats samt hur några forskare mer specifikt har studerat aspekter av medeltida och renässanstida yrken och deras eventuella professionalitet och professionalisering. Därefter ska jag klargöra min egen ståndpunkt och hur jag applicerar diskussionen om yrken, professionalitet och professionalisering på de förhållanden som gällde för läkekonsten under den studerade perioden.

Med *yrke* avser jag en form av arbete för vilket krävs en specialiserad och inriktad utbildning, så att yrkeskunnandet särskiljer sig från det gemene man kan tänkas kunna på området. Ett yrke menas ofta ha en viss form av *statlig* legitimering. När det gäller medeltida och renässanstida nusvenskt område, där en statlig organisation inledningsvis knappast fanns och sedan endast successivt fann fastare former, tänker jag mig att man istället får resonera i termer av det *omgivande samhällets* legitimering. Begreppen *professionell* och *professionalisering* kan i ännu högre grad än yrke uppfattas som anakronistiska för medeltiden och renässansen. Jag menar emellertid att ordet *professionalisering* har relevans som benämning på den *process* som läkekonsten kom att genomgå under den studerade perioden.

Medan jag med professionalisering avser en process och ett föränderligt fenomen med en hypotetisk professionalitet som slutprodukt, kan begreppet *professionell* möjligen vara mer diskutabelt. Om man emellertid med begreppet inte avser något absolut, utan snarare ett karaktärsdrag, vilket mer eller mindre kan prägla ett yrke, är det användbart för att studera vissa aspekter inom den dåtida läkekonsten. Jag kommer inte att använda detta begrepp lika frekvent som begreppen yrke och professionalisering, men då orden definierar varandra behöver även begreppet *professionell* problematiseras. Ordets etymologi finner vi i den religiösa sfären, där det avsåg det offentliga löfte en person avlade vid inträdet i en religiös orden. Med tiden har ordet kommit att få en annan betydelse. Svenska Akademin definierar nu ordet professionell som ”yrkesskicklig, skicklig som yrkesman”. Skickligheten är förvisso även i min studie en viktig aspekt, men för mitt syfte behövs en definition som även söker fånga vad som inom en historisk och kulturell kontext kan ha uppfattats som ett yrke.

Sociologer och historiker har de två senaste seklen lyft fram en rad aspekter som menas karaktärisera ett professionaliserat yrke. Dessa är 1.) en känsla av kall och av

förpliktelse, 2.) en tilltro till specialiserad kunskap, 3.) ett återopande av såväl teoretisk som praktisk kunskap, 4.) en professionsanknuten etik, 5.) en intern kontroll av utbildning, rekrytering, anställning och disciplin, 6.) en alltmer organiserad form, samt 7.) en därav växande autonomi och en uppenbar *esprit de corps*.⁵⁵ Flera av dessa aspekter har relevans även vid studiet av yrken under medeltiden och renässansen, men jag menar att det är viktigt att studera äldre tiders yrkesverksamhet och eventuella professionalitet utifrån dessas *egna* förutsättningar, *deras samtids specifika* förhållanden och värderingar.⁵⁶

Historikern Vern Bullough utkom på 1960-talet med boken *The Development of Medicine as a Profession*. Han har där valt att använda den engelska termen *professional* i ett medeltida sammanhang. Han studerar framför allt betydelsen av framväxten av universitetsmedicinen och den institutionaliserade läkekonsten som ett uttryck för professionalisering på området. Han följer läkekonsten från en tänkt begynnelse i shamanismen, via den egyptiska och antika medicinen och fram till och med 1400-talet. Geografiskt gör han alltså en klassisk idéhistorisk vandring med oklar utgångspunkt i den dunkla forntiden, via de olika högkulturerna och landar slutligen i Italien, Frankrike och England. På 1500-talet menar han att läkekonsten var professionaliserad, varför han gör det till sin främre kronologiska avgränsning. Trots dessa för föreliggande studie tveksamma ramverk är Bulloughs resonemang intressant genom att han ser professionalitet som en process snarare än ett statiskt tillstånd och betonar att denna process inte följer något självklart linjärt framstegsförlopp, utan är mer komplicerad än så och snarare går upp och ned över tid och rum. Genom att använda termen professionell för en process som i själva verket snarare avser ett *pre*-professionalitetsstadium (innan läkekonsten är professionaliserad på 1500-talet, som han menar) har han en liknande användning av terminologin som jag. Bullough anger inledningsvis en rad kriterier för vad han anser vara utmärkande för denna process. De består i:

- Utvecklingen av en kunskapskorpus ("body of knowledge"; behöver inte nödvändigtvis vara nedskriven) vilken skiljer den professionelle från lekmannen, och som tillskansar den förre professionell auktoritet över den senare. Denna professionella auktoritet tillägnar sig den professionelle även genom långvarig praxis på området.
- Institutionalisering av kunskapen så att den kan vidareföras effektivt. Detta skedde inte förrän med universitetsväsendets framväxt, enligt Bullough.
- Utvecklingen av ett undervisningssystem och erhållandet av särskiljande rättigheter, vilket uppnås genom professionella organisationer.
- Formulering av en yrkesetisk kod, vilken syftar till att berättiga de särskiljande rättigheterna och att moraliskt framhäva den egna gruppen/organisationen.

55. O'Day 2000, s. 4.

56. *Ibid.*, s. 4.

- En tendens hos organisationen att söka kontrollera även andra relaterade yrkesgrupper.
- Erhållandet av en viss högre yrkesstatus och en tendens till att yrkets utövare identifierar sig med sitt yrke.⁵⁷

I sitt löpande resonemang för Bullough även mer oprecist fram andra drag som han ser som professionella, till exempel teoretisk kunskap, ett inskränkande av själva lärokåren och en fortlöpande utveckling på området.

Bullough skiljer mellan hantverksbetonat yrke ("learned by apprenticeship and thus a craft") och profession ("a university subject and thus a profession"), där det förre lärs inom ett lärlingssystem och det senare undervisas vid universitet. Trots sitt process-tänkande menar Bullough strängt taget att det är universitetsanknytningen och formerandet av medicin som ett självständigt ämne (fakultet) vid universiteten, samt dess förmåga att utöva ett reglerande inflytande på det omgivande samhällets alla praktiker, som är det egentliga professionalitetskriteriet.⁵⁸ Han uttrycker institutionalisering och reglering som viktiga professionaliseringskriterier, men påpekar samtidigt, något motsägelsefullt, att det i sig inte automatiskt medförde en ökad professionalisering.⁵⁹

I sin avslutande diskussion definierar han en professionell yrkeskår som "a high prestige occupational group, with considerable power over self regulation, and a special style of life" och en profession som "a high status group which has become institutionalized".⁶⁰ Enligt Bullough hade medicin ("medicine") uppnått den nivån av professionalitet under 1400-talet. Intressant nog ser han inte detta som något odelat positivt. Den reglering och exkludering processen innebar genom begränsning både i fråga om metoder och resonemang och i antalet godkända verksamma praktiker, hade, tänkte han sig, inledningsvis direkt negativa effekter på tillgången till läkehjälp för dem som behövde: "the total effect of the first stages of professionalization could only be harmful."⁶¹ Detta ber jag läsaren ta med sig till diskussionen om skråväsendet.⁶²

Bulloughs resonemang är på många sätt intressanta, men när det gäller de kriterier för professionalisering som han uppställer menar jag att de är något för rigida för att kunna användas i en diskussion om svensk-nordisk medeltida och renässanstida läkekonst, vilken ju fungerade i ett universitetslöst och låglitterat samhälle och därför under väsentligen andra förutsättningar än de miljöer Bullough diskuterar.

57. Bullough 1966, s. 4f.

58. Ibid., s. 20, 36, 47, 59.

59. Ibid., s. 72f.

60. Ibid., s. 110f.

61. Ibid., s. 110.

62. Kap. 5.4.3.

Jag ansluter mig därför till historikern Rosemary O'Day, när hon menar att professionsforskning, som ofta är sociologiskt inriktad, har tenderat att bortse från de studerade professionernas *historiespecifika kontexter* och att dess forskningsmetoder och teoretiska definitioner därför inte helt självklart kan appliceras på studiet av äldre tiders professionalitet.⁶³ I sin forskning om tidigmoderna professioner i England använder hon sig i viss utsträckning av sociologiska definitioner av professionalitet, men varnar samtidigt för att de – genom att de utformats i studiet av moderna förhållanden – kan hindra oss från att uppfatta andra och viktiga aspekter av äldre tiders professionalitet. Hon betonar att yrkesverksamheter formas och fortlöpande förändras med skiftningar i samhällets intellektuella, moraliska och religiösa strömningar och att det därför är nödvändigt att studera yrkens förändringar utifrån den historiska kontexten.⁶⁴ Centrala frågor för O'Day är hur dåtida praktiker uppfattade sitt yrke och sin yrkesroll och sina relationer till dem de behandlade.⁶⁵

O'Day lägger stor vikt vid studiet av hur yrkesverksamma personer förhöll sig dels till sina kunder eller mottagare av tjänster eller varor, dels till andra verksamma inom professionen eller inom angränsande professioner.⁶⁶ Läkekonsternas verksamhet hade inslag av såväl hantverk och handel som av lärd profession, samtidigt som de var serviceyrken. Viktigt är därför att även undersöka inte bara *vad* dess utövare gjorde, utan även *hur* och *varför*, det vill säga beakta både deras skicklighet och deras bakomliggande motiv.⁶⁷ Genom att studera historiskt material om individuella yrkespraktiker menar O'Day att hon kan urskilja drag av professionalitet inom läkaryrket under slutet av 1400-talet och 1500-talet, där hennes studie tar sin början. Dessa kan vara yrkenas status som försörjningsbas, avgifter för utförda behandlingar, reglerande instanser och distanseringen från kvacksalvare och bönhasar (det vill säga icke skattebetalande, men yrkesmässigt konkurrerande utövare), ett välfungerande utbildningsförfarande med lärlingsväsende (i vissa fall vid sidan om universitetsstudier) samt praktikernas egen och det omgivande samhällets värdering av deras specialkunskaper som särskilde dem från andra.⁶⁸

Historikerna C. H. Talbot och E. A. Hammond har upprättat ett mycket omfattande biografiskt register över utövare av läkekonsten i det medeltida England. De

63. O'Day 2000, s. 8f.

64. Ibid., s. 9 "who offer a service to clients on the basis of expertise; who ground their expertise and authority in a body of theoretical knowledge as well as practical skill; who claim a monopoly; who follow a code of ethics in performing their services; who have an internal organization that disciplines its members; and who have a degree of autonomy in their work".

65. Ibid., s. 4.

66. Ibid., s. 10f.

67. Ibid., s. 11f.

68. Ibid., t.ex. s. 193ff., 202, 216, 223, 240, 250f., 263.

gör inte någon djupare analys av sina data, men poängterar, liksom O'Day, vikten av att studera äldre tiders (i Talbots och Hammonds studies fall medeltida) yrkesverksamheter utifrån samtida uppfattningar om och bedömningar av dess utövares eventuella professionalitet.⁶⁹

Jag finner inte minst O'Days teoretiska resonemang intressant och relevant för min egen studie. Hennes betoning av historisk kontextualitet och den inre dynamiken inom ett yrke, såväl över tid som inom samhället genom exempelvis heterogeniteten av praktiker, är viktig. Det jag vill göra i föreliggande studie är nämligen att försöka fånga de medeltida och renässanstida läkekonsternas yrkesutövning samt dessas professionalisering utifrån *deras egna historiespecifika förutsättningar* – inte genom att applicera en anakronistisk, modern definition av profession eller professionalisering. En central fråga i den här studien är om *samtiden* uppfattade några av läkekonstens utövare som *i någon mening* professionella och i så fall på vilket sätt.

Frågan är alltså vilka kriterier som är relevanta att ställa upp vid studiet av läkekonsternas professionalisering i Sverige och Norden under medeltiden och renässansen. Många sysslor som senare kom att bedrivas som huvudsaklig försörjning bedrevs under stora delar av perioden fortfarande som binärningar, vilka utövades vid sidan av jordbruk eller andra näringsfång.⁷⁰ Detta gällde för sysslor med anknytning till läkekonst liksom för de flesta andra hantverks- och handelsnäringar.⁷¹ Jag menar emellertid att en individ

- som hade specialkunskaper på området, vilka särskilde hans/hennes kunnande från gemene mans och som överfördes inom ett fungerande kunskapssystem
- som av sig själv och av omgivningen uppfattades som en yrkesman/-kvinna
- som betalades för sina specialkunskaper och tjänster
- för vilken någon form av yrkesmässig organisation och kvalitetskontroll fanns

kan sägas ha uppnått en *viss grad* av professionalitet. Om det bland yrkets utövare fanns så pass många sådana praktiserande, med viss grad av professionalitet, att dessa uppfattades som i någon mån tongivande för verksamheten, så menar jag att man dessutom kan tala om en pågående *professionaliseringsprocess* inom yrket.

De teoretiska resonemang som förts ovan är väsentliga för hur det empiriska underlag som presenteras i resten av detta kapitel ska förstås. Jag börjar med att rikta uppmärksamheten mot själva kunskapsbärarna, det vill säga de praktiker av olika slag som besatt olika former av läkekunskap. Därefter analyserar jag var i samhället dessa var

69. Talbot & Hammond 1965, s. V.

70. O'Day 2000, s. 24f.

71. Jfr *ibid.*, s. 217 som påpekar att läkekonst utövades som ett andra yrke (dvs. inte som huvudsaklig försörjning) av många, vilket i själva verket var fallet för de flesta yrkeskategorier under 1500- och 1600-talen.

verksamma och diskuterar hur tillgängliga de kan ha varit i samhället. Slutligen riktas uppmärksamheten mot läkekonstens successiva reglering och professionalisering.

5.2. Kunskapsbärarna

Redan under den tidiga medeltiden förekommer benämningen *läkare*. På fornnordiska förekommer flera olika stavningar, till exempel maskulinum *lækir* och *læknir* och femininum ofta *lækna* på isländska och *lekerska* och *läkirska* på fornsvenska. Ordet läkare kommer av det gotiska ordet *lekeis* och upptogs enligt språkvetaren Elias Wessén i sydgermanskt språkbruk under folkvandringstiden, varifrån det så småningom införlivades i de fornnordiska språken.⁷² Språkvetaren Dennis H. Green menar att det gotiska ordet *lekeis* ingår i en kulturbärande ordgrupp med ord relaterade till skicklighet och lärdom, tillsammans med orden för till exempel bokstäver och böcker (*bōka*).⁷³ Själva begreppet *läkare* avsåg *någon som hade förmågan att läka*, men med den ursprungliga betydelsen *den som singlar*.⁷⁴ I den äldre nordiska litteraturen förefaller en *läkare* avse en person med läkekunskaper både rörande sjukdom och skada, och med både magiska, praktiska och ibland bokliga kunskaper. Under 1500-talet, då vi börjar se en mer formaliserad uppdelning av de läkekunniga i olika yrkesgrupper, verkar *läkare* ibland vara synonymt med bardskär, vilket i sin tur kunde vara synonymt med *doktor*, medan Olaus Magnus vid samma tid tydligt skiljer mellan läkare och *fältskär*, där den senare är mer kirurgiskt kunnig.⁷⁵

De allra första läkare som omnämns i nordiska källor var gudar och gudinnor. I *Gylfaginning* står det att asynjan Eir var den bästa läkaren (*hon er læknir beztr*).⁷⁶ Historikern Jón Steffensen menar att Eir från början kan ha varit en keltisk läkegudinna, vilken upptogs i germansk kultur tillsammans med ord som *lyf* (läkemedel) och *læknir*.⁷⁷ Intressant nog påträffas skalpeller från järnålder ibland vid arkeologiska undersökningar av kultiskt färgade miljöer.⁷⁸ Odin, Thor och Freya åkallades fortfarande

72. Från keltiskt håll, jfr Steffensen 1975, s. 169ff.

73. Green 1998, s. 173.

74. Enligt Møller-Christensen 1981: gotiska *lekeis*, fornsvenska. *lækir*, *læl(i)are*, väst-/foronnordiska *læknir*, medel-/mellandanska *læke*, anses allm. lånat från anglosaxiskans *lece*.

75. T.ex. praktikern Claus som omväxlande benämns läkare (likare) och bårdskär, i Linköping mellan 1540–1570 (Kraft 1976, s. 338) och Erik bårdskärare som även omnämns doktor i Uppsala 1528 (Dahlbäck et al. 1984, s. 275); Olaus Magnus 16 boken, kap. 50 resp. 51.

76. *Snorres Edda* 1997: *Gylfaginning*, kap. 35; Sturluson: *Gylfaginning* 1968, kap. 35.

77. Steffensen 1975, s. 169ff.

78. Kirurgiska instrument från romersk järnålder och yngre järnålder är dessutom funna i tydligt kultiska kontexter i Säby i Närke (Graner, Knabe & Thorsberg 2008, s. 54) och i Uppåkra (Frölich 2006; 2010; Rosengren 2006) samt möjligen även på Helgö (Holmqvist 1961; Zachrisson 2004). Jag ställer mig däremot mycket tveksam till Holmqvists tolkning av ett par föremål från Helgö som skalpeller. Jag identifierar

under kristen tid i olika läkegaldrar (magiska sånger). Kopplingen mellan läkekonsten och de högre makterna var alltså tydlig inom den hedniska religionen, precis som den var inom kristendomen. Detta är kanske inte så förvånande med tanke på läkekonstens användbarhet och ohälsans existentiella dimensioner, som berördes i inledningen till denna avhandling. Människorna är för sin överlevnad och sitt välmående beroende av läkekunniga personer. Detta uttrycks i en strof i *Hávamál*:

Ett annat minns jag,
som män tarva,
de där vilja som läkare leva⁷⁹

De läkekunniga återfanns under större delen av medeltiden bland såväl kvinnor som män. De som figurerar i de skriftliga källorna kommer oftast ifrån de mer privilegierade grupperna i samhället. Underklassen får mindre utrymme i sagor och krönikor, men skymtar ändå emellanåt. Istället för de i Europa vanliga benämningarna *medicus*, *physicus* och *chirurgus*, användes i Norden under medeltiden beteckningen *läkare*. Läkaren eller läkerskan förefaller ha utövat många olika former av läkekonst. Mot slutet av medeltiden och under renässansen började fler och delvis mer specificerade benämningar att användas för att beteckna olika grupper av läkekunniga.

5.2.1. Läkare och läkerskor, präster, jordemödrar och andra

Professionaliseringsprocessen inom läkekonsten innebar en tilltagande homogenisering av den grupp som praktiserade (hade rätt att praktisera) läkekonst, men i själva verket var medeltidens och renässansens läkekunniga en heterogen grupp. Det var människor ur alla samhällsklasser, det var kvinnor och män, det var de som svarade för det dagliga husbehovet eller som agerade utifrån stundens nödvång och de med mer gedigen kunskap och tendenser till professionalitet, det var profana praktiker och människor med anknytning till kyrka och kloster. Några enstaka kan ha studerat medicin vid något europeiskt universitet, men dessa var mycket få.⁸⁰ Det stora

dem istället som fiskekrokar, som redan nämnts i kap. 2.1. Sådana fiskekrokar är relativt vanliga i det arkeologiska materialet. Deras form är identisk med spetsarna på arkeologiskt påträffade ljuster från historisk tid, vilket torde utgöra ett starkt stöd för min tolkning. Holmqvist tolkar även några föremål från Aranäs som skalpeller, vilka jag menar är fiskekrokar.

79. Edda 1962: *Hávamál*, strof 147: ”þat kann ex annat, er þurfo ýta synir, þeir er vilia læcnar lifa”. Ordet *læcnar* (att läka) är inte könsspecificikt och frasen kan alltså avse såväl manliga som kvinnliga praktiker.

80. Piltz 2010, s. 87ff.

flertalet lärde sig istället yrket som ett hantverk, på samma sätt som kunskaper fördes vidare inom andra hantverk, i en lång kunskapstradition. Utbildning och kunskaper varierade alltså kraftigt, men det fanns personer som uttryckligen benämndes *läkare* eller *läkerskor* och som var mer specialiserade och *i någon mening* professionella. Jag kommer i detta delkapitel att först visa på denna heterogenitet, innan jag i därpå följande delkapitel alltmer inriktar mig på den grupp som kan sägas ligga närmast professionaliseringsprocessen.

Historikern Rosemary O'Day har visat att läkekonsten som yrkesgrupp i England organiserade sig förhållandevis sent och att gruppen av praktiker länge var påtagligt heterogen och utan tydligt gemensamt yrkes-*ethos*.⁸¹ Detsamma gällde i Norden. Frånvaron av fast organisation kan ha inneburit utrymme för en större bredd av praktiker. Denna heterogenitet har ibland setts som uttryck för okunskap och frånvaro av verkningfull läkekonst. Det är en uppfattning som jag menar grundar sig i en modern professionalitets- och institutionaliseringstro och som jag därför vill ifrågasätta. Den medeltida och renässanstida heterogeniteten, sådan den kommer att framstå i det följande, kan snarare ha varit av godo i sin tid eftersom den innebar en tillgång för folk i allmänhet till läkekunniga med olika kunskaper och inriktningar.

5.2.2. Läkekunniga i de olika samhällsskikten

Tillgången till kunnig läkevård kunde variera kraftigt. Det gällde inte bara i tid och rum, utan alldeles säkert även mellan olika sociala skikt. De mer avancerade och utbildade läkarna kostade pengar som inte alla hade (landskapslagarna talar tidigt om läkarlön). Vid sidan om dessa fanns dock även en mer allmän kunskap om sårvård och hur man behandlade vissa enklare åkommor, i samhällets alla skikt, bland trälar och tjänstehjon, bönder och borgare och till och med kungar och drottningar.⁸² I ett samhälle utan organiserad sjukvård att vända sig till är sådana allmänna kunskaper oerhört viktiga. Dessa personer behandlade för hushållsbehov eller av nödtvång. De kan svårigen identifieras i den materiella kulturen. I de skriftliga källorna nämns naturligt nog personer ur samhällets övre skikt generellt sett oftare än personer från mindre bemedlade grupper, och därför kan de senare knappt identifieras i det skriftliga materialet heller, men i Saxos krönika finns en symbolisk berättelse som är intressant genom att den ger en bild av vanliga människor ur olika samhällsklasser.

Berättelsen handlar om hur den sårade rikemannen Starkad, som trots att han är

81. O'Day 2000.

82. VgL II V X & XIV: "*lækis giæf*"; ÖgL V XVIII: "*lækis gæf*"; UL M XXIII fl. 4: "*lækiers giæff*"; DL M XVII; VmL M XXI fl. 1 (Collin & Schlyter XVII fl. 1–2): "öra at lækis bot" & M XXIII & M XXIV; HL M XII: "*lækæris fæ*" samt SdML, M III: half mark "*til lækersl-bot*". VSt XXX (Collin & Schlyter): "*de arceden bekøsteghen*"; GL, SkSt, Bj & MEL nämner dock inte läkarlön.

mycket allvarligt skadad, noga väljer vem som ska få binda om hans sår.⁸³ ”Fuldkommen udmattet og med tarmene hængene ud af livet led han nu voldsamt af tørst.” Fyra förbipasserande personer erbjuder Starkad sin hjälp. Den förste är en fogde. Den andra är en arbetare som är gift med en trälinna. Den tredje är själv trälinna. Alla dessa avvisas av olika skäl. Den fjärde personen är en bondson, vilken befinns värdig och hedersam, och dennes hjälp tar Starkad emot. Bondsonen ”stoppede de tarme der var revet ud af maven, ind hvor de hørte til, igen og snørede hele klumpen af udfaldne involde på plads med vidjer”.⁸⁴ Poängen med den inte särskilt realistiska, men däremot moraliserande, berättelsen torde vara hur noga Starkad är med att välja en person som han anser vara lämplig och från ett acceptabelt socialt skikt, för att förbinda hans sår. Samtidigt kan man säga att berättelsen ger en glimt av att kunskap fanns bland människor i alla sociala skikt.

Kopplingen mellan den kungliga bördens och läkekonsten kommer att diskuteras mer längre fram i detta kapitel, men fenomenet med läkekunniga kungligheter förtjänar att helt kort nämnas även här. Kungarna själva framstår ofta som huvudansvariga när deras män såras i strid. Många gånger förefaller det som om de sårade männen själva eller deras kvinnliga släktingar förband såren, men ibland står det att det är kungen själv som *låter förbinda* eller *ser till* sina mäns sår efter strid. I *Götriks och Rolfs saga* berättas till och med om hur kungen själv rengör ett stort buksår och sedan syr ihop det med nål och silketråd.⁸⁵ Även kung Olof den helige kallades uttryckligen för *läkare* och han sades hela inte bara genom mirakel, utan även genom praktisk läkekonst.⁸⁶ Även läkekunniga kvinnor uppges ofta vara av hög börd. I *Landnámabók* omtalas den *högättade* Halldora Gunnsteinsdatters duglighet vid sårskötsel.⁸⁷ Läkekvinna Oddrun var kung Atles syster och hade kunskaper om hur man binder om sår och hur man assisterar vid komplicerade förlossningar.⁸⁸

83. Saxo Grammaticus, 6 boken, kap. 8. Samma sociala lagar för vem som behandlar vem (man behandlar lämpligen andra i samma socialklass) formulerades av Platon (Scarborough 1969, s. 124) – var Saxo möjligen inspirerad av honom?.

84. Enligt Reichborn-Kjennerud 1928, s. 209 är det inte vidjor utan sutur av växtfibrer som avses.

85. *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31 Slaget i Gårdarike.

86. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 189: ”hann er hér lèknir bestur”; *Egil’s Saga* 1997, kap. 9 och kap. 22; *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31 Slaget i Gårdarike.

87. Helgadóttir 1984, s. 37; 1985, s. 19 f.; Nedtecknad på 1100-talet men avser att skildra 800–900-talet.

88. *Edda* 1962: *Sigurðarvíða in scamma*, strof 32 som kung Atles syster; *Den poetiska Eddan* 1993: *Det korta Sigurðskvædet*, strof 32; *Edda* 1962: *Oddrúnargrátr*, strof 7, vid förlossning; *Den poetiska Eddan* 1993: *Oddrúns grát*, strof 6.

5.2.3. Läkekonst som specialitet

Även om många kvinnor och män inte uttryckligen benämndes läkare eller deras handlingar läkekonst, står det ibland att de *läkte*. Det finns gott om exempel på detta i sagorna och jag utgår ifrån att dessa människors handlingar var en väsentlig del av läkekonsten under hela den studerade perioden.⁸⁹ Det är emellertid inte säkert att de hade några specialiserade instrument eller kärl och det gör att de är svåra, för att inte säga omöjliga, att spåra i den materiella kulturen.

I de medeltida källorna omnämns även personer som *läkerskor* och *läkare*. Benämningarna antyder att hon eller han mer regelmässigt sysslade med läkekonst och det är då mer troligt att praktikern i fråga också hade sina speciella knivar, nålar, tänger och kärl som hon eller han använde i sitt arbete. I vilken grad dessa föremål är identifierbara för oss varierar dock, som redan diskuterats.⁹⁰ Specialutrustning kunde till exempel vara en vanlig kniv som var reserverad för läkekonst (en sådan är inte identifierbar i arkeologiskt material), men det kunde även vara specialutformade instrument, vilka vi kan identifiera.

Exempel på sådana specialkunniga läkare i sagamaterialet är Snorri, Arngeirs son, som var "*lécnið goðr*" och Torleif den vise, som kallas "*læknar þorleifur*" och som det sägs "kom med sin läkekonst".⁹¹ Vi möter även Thorvald läkaren, vilken ansågs vara den bästa läkaren ("*þorvarðr læknir; hann væri beztr læknir*"), och en man vid namn Bersi som också ansågs vara skicklig inom läkekonsten ("*hann var læknir goðr*").⁹² Under slaget vid Stiklestad i Norge år 1030 arbetade en kvinnlig läkare ("*lækerinnin*") som fältläkare.⁹³ Andra kvinnliga läkare var Hildegunn läkaren ("*Hildigunnr læknir*") och den goda läkerskan Grima ("*læknir góðr*"), vilken dessutom var kunnig i "de äldre konsterna" (avses härmed magiska kunskaper? Det står dock att hon också ombinder sår).⁹⁴ I 1400-talets Vadstena verkade läkerskor ("*lækirskor*"), vilka

89. Om kvinnor: t.ex. *The saga of Gunnar, the fool of Keldungnup* 1997, kap. 9; *Laxdæla saga* 1934, kap. 58; *Völsunga saga* 1965, kap. 26; *The Saga of the People of Reykjadal and of Killer-Skuta* 1997, kap. 16. Om män: t.ex. *Gunnlaug Ormstungas saga* (jarlens vägvisare) 1992, s. 304 alt. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 12; *Harald Sigurdssons saga* (en bonde boendes avsides i skogen) 1994, s. 63; *The Saga of the People of Reykjadal and of Killer-Skuta* 1997, kap. 18; *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 45 "Snorri goði græddi þá alla þorbrandssonu" alt. 1979, s. 119f.; *The saga of Grettir the Strong* 1997, kap. 79.

90. Kap. 2.1.

91. *Gudmundar Sögur* 1983, kap. 14; *Harald Hårfagres saga* 1991, kap. 25; *Harald saga Hårfagra* 1991, kap. 25.

92. *The saga of the people of Vopnafjörð* 1997, kap. 14 och 18; *Vápnfirðinga saga* 1950, kap 18 och 14; *Fóstbrædra saga* 1943, kap. 23, strof 25, s. 242; *The Saga of the Sworn Brothers* 1997, kap. 10.

93. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234; *Olav den beliges saga* 1993, kap. 234; i själva verket vad som fr.o.m. 1571 kom att kallas *fältskär*.

94. *Njals saga* 2007, del II, Gunnars saga. Fejden mot Starkad och Egil, kap. 38: Starkad under trehörningsfjället och hans söner; Slaget vid Knavholar, kap. 44; *Brennu-Njálssaga* 1908; original i Reichborn-Kjennerud 1928, s. 64: "*læknir goðr eða nokkut fornfróð*"; *The saga of the Sworn brothers* 1997, s. 382, kap. 23:25.

bland annat behandlade klostrets nunnor.⁹⁵ Det finns ytterligare personer av vilka man får intrycket att de var kända särskilt för sina läkekunskaper, även om de inte uttryckligen omnämns som läkare. Ett exempel är Hjalte Skäggeson i Tjorsådalen. Han uppsöktes av människor för att han skulle läka en allvarlig skada.⁹⁶ Ett annat exempel är Brodd-Helgi i *Vapnfirðinga saga* som förefaller ha haft kunskaper utöver det vanliga och som behandlade en kvinna som led av kraftig svullnad och vätskeansamling i kroppen.⁹⁷

Ordet läkare var inte en formell titel, men betecknade att en person var särskilt skicklig att läka andra och anlätades för detta. Mer tydligt definierad var däremot *laga läkare*. I ett par landskapslagar preciseras vad som avsågs med detta. En laga läkare förefaller ha varit en läkare som var erkänt kvalificerad och som även var betrodd att uttala sig i brottsmål med personskador. Det var en läkare som uppenbarligen hade mycket gedigna praktiska erfarenheter och som hade uppvisat stor skicklighet i att läka svåra skador. I *Upplandslagen* står att

[d]en är laga läkare som har läkt sår av huggvapen, sår med benbrott, sår i bröst eller mage, avhuggen hand eller fot, sår tvärs igenom med två mynningar.⁹⁸

En sådan läkare var, förstår man, en empiriker och en hantverkare. Han (eller hon?) utförde mer radikal kirurgi (inte bara *chirurgia minor*). Läkarna som nämns i sagorna botar både sjukdomar och förbinder skador, läker såväl kroppen som själen. *Läkare* eller *läkerska* är alltså bredare begrepp än *laga läkare* (som ju definieras just i samband med juridiska konsekvenser av allvarliga fysiska skador). Åtskillnaden mellan kirurger och medicinska läkare finns i övrigt inte i det nordiska begreppet. En läkare kunde omfatta hela läkekonsten.

Åtminstone från och med 1300-talet och framåt förkommer namngivna läkare i svenska tänkeböcker och andra dokument. Lars Johansson var till exempel kung Magnus Erikssons livläkare. Det intressanta med honom är att han av namnet att döma var svensk, till skillnad från många läkare från medeltidens andra del, vars namn vi känner och som förefaller ha haft kontinentalt ursprung; något de hade gemensamt med många andra yrkesgrupper. En annan läkare som under 1320-talet var knuten till hovet, som Lars Johansson, var till exempel nordtysken Everhard von Wampen. Något senare under 1300-talet verkade en läkare vid namn Bernhard i Visby och en

95. Rajamaa 1992, s. 154.

96. *Njals saga* 2007, del III, "Njal och kristendomen", "Den stora branden på Bergtorsvål", kap. 36: "De dödas ben".

97. *The Saga of the People of Vopngjford* 1997, kap. 9.

98. UL M XXVII. Jfr SL M XI "Laga läkare kallas den, som har läkt sår av huggvapen, benbrott, sår i bröst eller mage, lemlästning, sår tvärs igenom med två mynningar." Holmbäck & Wessén 1979b och e.

Arnold i Eskilstuna. Den senare benämns intressant nog även som ”*medicus*”, något som så här tidigt annars var mycket ovanligt i Sverige, eftersom de läkare som studerat vid utländska universitet var så få.⁹⁹

Om *läkare/läkerska* var den gängse termen under tidig- och högmedeltid, dyker det upp allt fler olika benämningar i källorna under medeltidens senare del och renässansen. Det kan tolkas som belägg för en numerärt växande yrkeskår, som därigenom gav utrymme för en specialisering; en differentiering, med praktiker som var inriktade på läkekonstens olika områden. Det fanns kopperskor, koppeläkare och åderlåterskor, badstugukarlar och -hustrur, pockeläkare, bardskärer, läkare eller arster (benämning formad ur tyskt låneord för läkare, *arzt*), *chirurgus*, apotekare och doktorer.¹⁰⁰ De flertaliga specifika benämningarna på praktiker som sysslade med åderlåtning har vanligtvis tolkats som att denna metod var mycket utbredd inom den medeltida läkekonsten i Sverige.

Jag vill emellertid föreslå en alternativ tolkning som innebär att åderlätningkonsten vid denna tid utövades vid sidan av (utanför) den egentliga läkekonsten och av den anledningen inte huvudsakligen utfördes av läkare och bardskärer, utan av andra personer, mer begränsade till denna behandlingsform.¹⁰¹ Den materiella kulturen stödjer denna tolkning och jag återkommer till detta.¹⁰² Vi kan även notera att det någon gång under medeltidens senare del (1400-talet?) skedde en språklig förändring i terminologin så att *läkare* inte längre avsåg både kirurgiskt och medicinskt verksamma praktiker, utan snarare förefaller avse dem med högre (akademisk) bildning.¹⁰³ I denna differentiering och kategorisering kan vi se en tilltagande professionalisering.

Även för benämningen *hårskärare* skedde en förskjutning i innebörd. Ordet är rent språkligt synonymt med benämningen *bardskär*, liksom med *barbitonsor*. Det är troligt att 1300-talets hårskärare var just frisörer, medan *läkarna* då var de som praktiserade läkekonster. Senmedeltida och renässanstida bardskärer utförde dock även ortopediska och kirurgiska ingrepp, tandutdragning samt botade vissa sjukdomar (till exempel fransosen, syfilis) med smörjelser.¹⁰⁴ Hårskärarna med sina välslipade knivar kom alltså med tiden att även utföra läkerelaterade behandlingar. Under 1500-talets

99. Lindroth 1997, s. 157.

100. Thyresson 1991, s. 16ff., 19. Pockeläkare, trol. som botade pocker, dvs. syfilis; SDHK 35974; Stockholms stads tänkebok 1524–1529, t.ex. s. 65, 159, 222 för pockeläkare och badstugufolk.

101. Kap. 6.2.4.

102. Kap. 5.3.3.

103. Olaus Magnus, jfr 13 boken, kap. 18 med 16 boken, kap. 50.

104. I livläkaren Benedictus Olais *Een nyttigh Läkare Book*, tryckt 1578, står om ”råd som bardskärare brukar pläga till att fördriva fransoser genom smörjelser” (i Klemming 1881–1882); Thyresson 1991, s. 27.

slut och 1600-talet urskilde sig sedan kirurgerna ur gruppen av bardskärer. Själva begreppet *skära* överfördes även till den militära benämningen *fältskär*, vilken avsåg personer verksamma i fält (i samband med strid).

En typ av läkare som däremot var mycket sällsynt i den svenska och nordiska medeltida läkekonsten var de universitetsutbildade *physici*. Det var en naturlig följd av frånvaron av universitet med utbildning i medicin. Det är därför föga förvånande att de urinskådningskärl, jordaner, som var *physici* främsta attribut, lyser med sin frånvaro i det arkeologiska materialet. *Physici* var bildade i den teoretiska eller intellektuella och skolastiska biten av läkekonsten, där det antika arvet fördes vidare. En engelsk kirurg beskrev i början av 1500-talet förhållandet mellan kirurger och *physici* som att "surgery ys in comparyson to phisik as the crafte of carpentar ys compared to geometrie".¹⁰⁵ "Geometrin" avser här de bakomliggande, teoretiska modellerna, vilka snickaren praktiserar oavsett om han är medveten om dem eller inte. Kirurgen, som var en hantverkare, sökte bota oavsett om han hade kännedom om *physici* komplicerade läror eller inte.

Differentieringsprocessen under medeltidens slut och därefter speglas i den materiella kulturen. Dels uppvisar den en alltmer specialiserad utrustning, men man kan även se att olika materialgrupper blir mer rumsligt åtskilda. Materialen från kvarteren Apotekaren och S:t Clemens i Lund är exempel på detta.¹⁰⁶ I det skriftliga materialet finns uppgifter om att bardskärer, apotekare och en medicine professor varit verksamma på vissa tomter i kvarteren från slutet av 1500-talet och fram i 1600-talet. De arkeologiska fynden visar att läkare av något slag verkat på tomterna redan från tidig- eller högmedeltid och fram i 1600-talet. Artefaktmaterialet indikerar alltså att traditionen av läkeverksamhet i kvarterets östra del är flera hundra år tidigare än vad som kan beläggas i de skriftliga källorna. Föremålen säger emellertid även något intressant om hur utvecklingen från ett mer alltomfattande läkaryrke med bredare kunskapsfält till flera, mer specialiserade yrken, gick till under den här perioden.

Artefaktmaterialet består nämligen under senare hälften av medeltiden av en blandning av skalpeller, andra kirurgiska instrument och medikamentskärl. Det visar inte någon rumslig åtskillnad mellan artefakter av kirurgisk respektive medicinsk karaktär, utan de förekommer tillsammans. Det tyder på att någon uppdelning mellan kirurgi och annan läkekonst ännu inte skett bland läkarna i det senmedeltida Lund. Att vi kan identifiera en specialiserad materiell kultur tyder samtidigt på att specialkunniga individer bedrev en praktik på dessa (med flera) tomter i stadens centrum. Det vi ser spåren efter är alltså *läkaren* som tagit tydliga steg mot en

105. Rawcliffe 1995, s. 47.

106. Katalogen för dessa kvarter i Lund.

professionalisering, flera hundra år innan differentiering av yrket och formalisering av läkekonsten ägt rum. De tidig- och högmedeltida läkarna var specialiserade på läkekonst, men under periodens slut förändrades specialiseringen så att praktikerna inriktade sig på snävare områden.

Materialet från framför allt 1600-talet är däremot mer uppdelat. Merparten av de regelrätta apotekskärnen från denna tid kan knytas till den tomt i kvarteret Apotekaren där det från och med århundradets mitt låg ett apotek. Materialet från apotekstomten är mer renodlat medicinskt, utan inslag av kirurgiska instrument. Motsvarande renodling är inte lika tydlig för de tomter där det finns skriftliga belägg för bardskärer vid samma tid. Därifrån finns även vissa medicinska föremål (dock inte alls i samma mängder som från apotekstomten). Detta är, som jag tolkar det, ett materiellt uttryck för den begynnande yrkesuppdelningen mellan bardskärer och apotekare. Samtidigt visar det tydligt på en fortsatt nära samexistens mellan bardskärers och apotekares näringar. De olika praktikerna bodde och verkade sida vid sida och drog förmodligen nytta av såväl varandras kunskaper som varandras patienter och kunder. Bardskären använde medikamenter i sin verksamhet, kanske införskaffade hos grannen apotekaren av honom själv eller av patienten som skickades dit, medan apoteket däremot sysslade med ren handelsverksamhet, utan inslag av kirurgiska behandlingar. Specialiseringen och professionaliseringen av läkekonsten var vid denna tid långt gången, åtminstone i staden. På landsbygden skedde detta senare.

5.2.4. Kvinnliga läkare

Föreställningen att läkare var män är djupt rotad, men som framgått ovan är det tydligt att det kunde vara både män och kvinnor, åtminstone under medeltiden och dessförinnan. I den nordiska litteraturen omnämns visserligen totalt sett fler manliga än kvinnliga praktiker, men detta måste ses i relation till att genren av krönikor och sagor som helhet är mansdominerad. Kanske var det till och med så att kvinnor ansågs särskilt lämpade att syssla med läkekonst därför att mjuka händer (läkehänder) ansågs som en grundläggande viktig egenskap. I den historiska kontext som sagamaterialet uppkommit i, det vill säga huvudsakligen det tidig- och högmedeltida Island, figurerar de facto närmare ett dussintal kvinnor med erkända kunskaper i läkekonst och i läkaren Hrafns Sveinbjarnarsons släkt var minst två av kanske tio namngivna läkare kvinnor.¹⁰⁷ Vi får även tänka oss att kvinnliga och manliga praktiker kunde samverka, kanske inom familjen, som i andra hantverkstraditioner och enligt det äldre mönster som Radford Ruether kunnat se.

Enligt Cornelius Tacitus, författare till *Germania* under det första århundradet av

107. Kap. 5.2.7.

vår tideräkning, var det bland germanerna kvinnorna som tog hand om de skador männen ådrog sig i strid. Han skriver: "... till mödrar och till hustrur kommer de med sina sår, och kvinnorna bävar inte för att räkna eller undersöka dessa."¹⁰⁸ Tacitus uppgift stämmer väl med de förhållanden vi kan belägga för framför allt medeltidens första del, då kvinnor förefaller ha varit vanliga som läkare. De kunde säkert även då medfölja härarna i egenskap av hustrur eller döttrar, som man vet var vanligt under 1500-talet och framåt, men den redan nämnda kvinnliga fältskären vid slaget vid Stiklestad visar att de också kunde ha betydande kunskaper, av samma slag och rang som sina manliga motsvarigheter.¹⁰⁹ Att vara läkerska förefaller ha varit en ärbar syssla för en kvinna.¹¹⁰ Många av de kvinnliga läkarna som figurerar i sagalitteraturen var, som sagt, högättade. Att detta kan spegla verkliga förhållanden stöds av engelskt material, bland annat i form av bevarade brevkorrespondenser, som avslöjar att kvinnor ur den övre medelklassen kunde vara berömda för sina läkekunskaper.¹¹¹

De flesta typer av behandlingar som nämns i de nordiska källorna förefaller ha kunnat utföras av såväl manliga som kvinnliga praktiker, men det fanns även skillnader. Då kvinnor var uteslutna från universiteten, lär det ha varit färre kvinnor som var verksamma i enlighet med den skolastiska medicinen. Läkekunniga med sådan kompetens var emellertid, som vi redan konstaterat, totalt sett tämligen få i Norden under större delen av den studerade perioden. När det gällde praktisk kunskap var skillnaderna troligen mindre. Kvinnor omnämns bland annat medicinera, rengöra och förbinda (och möjligen sy ihop) sår, plocka ut främmande kroppar ur öppna sår samt utföra operativa ingrepp.¹¹² Den i *Olav den heliges saga* omtalade kvinnliga fältläkaren (fältskären) undersöker allvarliga skador på de inre bukorganen, förbinder och opererar.¹¹³ Till sin hjälp har hon ett antal män, men dessa benämns, till skillnad från kvinnan, inte som läkare utan som "männen som arbetade med de sårade".¹¹⁴ Flera exempel finns på kvinnor som tar hand om krigsskador.

Historikern Gudrún Helgadóttir har menat att vissa metoder endast finns belagda för manliga praktiker, nämligen operation av harmynthet, viss amputering, behandling av benbrott som inte vill läka och bränning med brännjärn. Jag vill dock poängtera att det faktum att skriftliga belägg endast finns för att manliga praktiker utförde dessa sysslor inte måste tolkas som att det verkligen endast var män som utförde dem.

108. Tacitus 2005, kap. 7.

109. Sjöberg 2008, s. 71.

110. *Lekerska, läkiriska* (Fornsvensk Lexikalisk Databas).

111. Rawcliffe 1995, s. 9.

112. Helgadóttir 1985, s. 18, 24; Frölich 2004, s. 58ff.

113. Även kap. 6.2.6.

114. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

De flesta behandlingsmetoderna finns inte belagda genom någon källa över huvud taget. Helgadóttir nämner dessutom åderlåtning som en rent manlig syssla, så som det framstår i sagamaterialet. Åderlåtning finns emellertid belagd som kvinnlig syssla både vid Vadstena kloster under tidigt 1400-tal och i städers skotte- och tänkeböcker från 1400–1500-talet.¹¹⁵ Under 1500-talet (kanske redan under senare delen av medeltiden) förefaller de flesta grenar inom läkekonsten ha blivit alltmer mansdominerade. Undantag utgjordes av till exempel åderlåtning och koppning samt förlossningskonst. Vi känner även till enstaka kvinnor som förefaller ha verkat som bardskärerskor och som avlönade läkerskor ännu under 1500-talet.¹¹⁶

Förlossningar, även mer problematiska sådana, förefaller under hela den studerade perioden huvudsakligen ha hanterats av kvinnliga läkekunniga (jordemödrar och kvinnliga läkare), även om enstaka uttryck kan tolkas som att manliga praktiker ibland kan ha bistått.¹¹⁷ Kvinnliga läkare förefaller ha uppfattats som mer lämpliga även vid gynekologiska besvär. I Saxos *Gesta Danorum* finns en berättelse som på ett dråpligt sätt belyser detta. Guden Odin åtrår en kvinna, men känslorna är obesvarade. När kvinnan är sjuk och behöver läkarhjälp maskerar sig därför Odin till *kvinnlig läkare* för att få en chans att komma nära inpå henne. Han förgriper sig sedan på henne.¹¹⁸ Det intressanta i detta sammanhang är att endast en *kvinnlig läkare*, av uppenbara skäl, anses lämplig att hjälpa den sjuka kvinnan. Odin förekommer i flera situationer som annars var förbehållna kvinnor. Han hade vissa kvinnliga drag i sitt beteende och berättelserna illustrerar, menar jag, snarare hans gränsöverskridande karaktär än en allmän manlig läkarpraktik. Berättelsen skulle emellertid också, kunna tolkas som att man av sedlighetsskäl inte alltid uppfattade män som helt lämpliga som kvinnoläkare.

Historikern Lori A. Woods har, genom att studera berättelser om helgons helande gärningar i tidigmedeltida (500–1100) kontinentaleuropeiskt hagiografiskt material, kunnat se att kvinnliga helgon kunde bota män och manliga helgon kvinnor, men att det vanligaste var att helgonen botade personer av sitt eget kön. Detta kan enligt

115. Jfr Helgadóttir 1985, s. 26; *Vadstenadiariet* 114; Rawcliffe 1995, s. 114; "Rodhwy fleobothomatrix" i Kalmar Stads tänkebok 1418; *Birgitta åderlåtarska* under sent 1400-tal och tidigt 1500-tal i Stockholm (Dahlbäck 1983, s. 79).

116. Karin bårdskärerska i Linköping 1540 (Kraft 1976, s. 338). Även om man bör beakta möjligheten att Karin kan ha varit bardskär huvudsakligen i egenskap av hustru till eller änka efter en bardskär, signalerar titeln att också hon själv var verksam i yrket. Ur Fornsvensk Lexikalisk Databas: uppgift från 1512 för ordet *Läkirska*: "ska förnöie then swennen iii:stunget_j; märk för then lekedom han köptä aff henne".

117. Även kap. 6.2.2. Även Rawcliffe 1995, s. 105 för denna synpunkt. Green (2009, s. IX) menar däremot att det enda som helt föll inom kvinnligt kunnande var den normala, komplikationsfria förlossningen. Annan gynekologi samt komplicerade förlossningar var något även manliga praktiker arbetade med. Både Rawcliffe och Green studerar Europa, men med engelskt och i viss mån kontinentaleuropeiskt fokus. Norden berörs inte.

118. Saxo Grammaticus 3 boken, kap. 4.

Woods till dels förklaras med helgonens könssegregerade klostermiljöer, men möjligen följer det även mer allmänna samhällsnormer.¹¹⁹

Genus bland läkekonstens utövare är svår fångade i den materiella kulturen. Det finns emellertid en grupp av material som är användbara i sammanhanget, och det är cisterciensklöstermaterialen. I samband med materialgenomgångarna för kloster diskuterar jag vem som egentligen fick vård i klostren.¹²⁰ Jag föreslår då att de olika föremålsuppsättningarna är resultat av en skillnad mellan de manliga och de kvinnliga cisterciensernas läkekonst. Kvalificerad läkekonst förefaller ha varit betydligt mer sällsynt vid de kvinnliga institutionerna än vid de manliga.¹²¹ Jag tänker mig visserligen att denna skillnad säger oss något intressant framför allt om genusstyrd kroppskultur i religiösa miljöer, men samtidigt reflekterar det förmodligen förekomsten av läkekunniga praktiker i dessa olika miljöer. Medan man teoretiskt sett kan tänka sig att manliga praktiker i särskilt motiverade fall kunde behandla det kvinnliga klosterfolket, kan frånvaron av instrument i nunneklostren också tolkas som att det inte fanns särskilt gott om kvinnliga läkekunniga i dessa miljöer. Kvinnor hade annars ofta en vårdande roll både i hemmet och i samhället i stort.¹²² Kvinnor ansvarade förmodligen också ofta för odlande, insamlande och beredande av örter till läkemedel, vilket gav dem en naturlig ingång till läkekonstens praktik (fig. 60).¹²³ Detta verkar ha varit fallet under större delen av medeltiden. Historikern Sally Crawford har emellertid hävdad att medan förkristen anglosaxisk läkekonst dominerades av kvinnliga praktiker, medförde kristendomen en förändring av könsrollerna inom läkekonsten, åtminstone i England.¹²⁴ Även på andra håll i Europa verkar kvinnor ha försvunnit ur det professionella yrkeslivet, inte bara när det gäller läkekonsten, utan rent generellt.¹²⁵ De senmedeltida arkeologiska materialen från svenska cisterciensklöster kan tänkas spegla detta.

Enligt den feministiska teologen Rosemary Radford Ruether var det i England framför allt under tidigmodern tid (hon preciserar inte närmre) som kvinnor förbjöds att delta i det hon kallar ”work in the paid economy”. Istället skulle de begränsas till hushållsarbete. Ur många av de arbetsområden som tidigare varit gemensamma sysslor för hela hushållet, såsom brödbak, bryggning, läkemedelsberedning och textilarbete, separerades manliga verkstäder och utåtriktade näringar, medan kvinnorna

119. Woods 1998, s. 34ff.

120. Katalogen; kap. 5.3.3.

121. Även Bergqvist 2010; *in press*.

122. Jfr även Radford Ruether 1998, s. 115.

123. Rawcliffe 1995, s. 97, 113f. Woods (1998, s. 52) menar att medicinalörter framför allt figurerar i kvinnliga helgons *vite* under perioden 500–1100 e.v.t.

124. Crawford 2010, s. 44ff.

125. Jfr Radford Ruether 1998, s. 115 om motsvarande situation i England vid denna tid; Green 2009, t.ex. s. 129ff.



Fig. 60: Maria Magdalena med smörjkrus. Takmålning av den så kallade Helsingborgmästaren i Brunnby kyrka i Skåne, daterad till senare delen av 1400-talet. Detalj. Foto den 7 oktober 2012.

tillsammans med barnen och eventuella tjänare enbart skötte motsvarande sysslor för den privata sfären. Krav på formella rättigheter och särskild utbildning, vilket inte var tillgängligt för kvinnor, bidrog också till att utesluta kvinnor ur utåtriktade verksamheter inom vilka de tidigare varit aktiva.¹²⁶

I engelska medeltida källor förekommer ett mycket stort antal omnämmanden av läkare med olika inriktning. I den gedigna källgenomgång som företagits av historikerna Talbot och Hammond, är den manliga dominansen överväldigande. De är *physici* (*physician*), *medici* (*medical doctors*), läkare (*leech*), kirurger (*surgeons*), barberar-kirurger (*barber surgeons*; de mångtaliga renodlade och enklare barberarna är dock exkluderade ur studien), apotekare och medicinska författare. Det förekommer även några få omnämmanden av kvinnliga praktiker och det är intressant att notera några av dessa. De visar nämligen att även om de kvinnliga praktikerna var betydligt färre än de manliga, så kunde de vara verksamma inom samma områden som sina manliga kollegor. Från 1286 finns exempelvis ett omnämmande av Katherine kirurgen (*la surgiene*), verksam i London.¹²⁷ En annan kvinnlig läkare (*leech*) var den kvinnliga läkaren Margery, vilken var verksam i Worcester mellan 1300 och 1306. Hon anklagades vid något tillfälle för att vara häxa.¹²⁸ Hundra år senare, 1408, omtalas läkerskan (*leech, leche*) Johanna, vilken förskrev medikamenter till munkar i Westminster kloster. Det framgår inte i originalkällorna huruvida hon faktiskt fick tillåtelse att inträda i det manliga infirmariet för att ställa diagnos eller förskriva behandling, men Talbot och Hammond håller det för osannolikt.¹²⁹ Omkring 1470 omtalas vidare förlossningsläkerskan (*obstetrix*) Marjory Cobbe i Devon. Hon var anställd hos drottning Elisabeth, Edward den IV:s hustru.¹³⁰ Från 1500-talet vet vi namnen även på vissa jordemödrar och barnmorskor vid de engelska och skotska hoven. De fyllde helt uppenbart en betydelsefull roll.¹³¹

Från Paris 1322 känner vi till Jacoba Félicie de Almanian – det vill säga Jacoba Félicie från Tyskland – vilken, i likhet med de flesta (troligen alla) kvinnliga läkekunniga i hennes samhälle, saknade formell licens för att utöva sina kunskaper. För detta, och för att hon använt metoder (bland annat uroskopi) som monopoliserats av de formellt utbildade manliga läkarna, drogs hon inför rätta av sina manliga kollegor (mäster-*physici*). Trots att forna patienter vittnade om hennes stora framgång i att kurerat dem från åkommor som av manliga *physici* ansetts obotliga, dömdes hon för sina övertramp till bannlysning.¹³²

126. Radford Ruether 1998, s. 115.

127. Talbot & Hammond 1965, s. 200, även Bullough 1959, s. 448.

128. Talbot & Hammond 1965, s. 209.

129. Ibid., s. 100.

130. Ibid., s. 209.

131. Towler & Bramall 1986, s. 28.

132. Woods 1998, s. 3ff.

Kontinentala skriftliga källor och bildmaterial visar också att kvinnliga och manliga läkare kunde arbeta sida vid sida och det finns exempel från Frankrike på att kvinnliga läkare till och med kunde undervisa manliga lärjungar.¹³³ Kvinnor var emellertid som regel utestängda från universiteten, vilket med tiden kom att bidra till att läkaryrkena blev mansdominerade. I Sverige och Norden, med totalt sett få universitetsutbildade läkare, var emellertid inte detta den huvudsakliga orsaken. Istället förefaller själva professionaliseringsprocessen ha varit den starkast exkluderade faktorn.

5.2.5. Läkekunniga präster

Den uppdelning mellan teoretiskt och hantverksmässigt skolade praktiker som förekom i stora delar av Europa var inte kännetecknande för nordisk eller svensk läkekonst. Den kom dock till viss del till uttryck som olika medicinska kulturer i profana miljöer respektive religiösa institutioner, inte minst i kloster. Dessa olika läkekonster diskuteras ingående i nästa kapitel. Här vill jag emellertid uppmärksamma de läkekunniga prästerna.

Den materiella kulturen visar tydligt att den läkekonst som bedrevs i framför allt manliga kloster inte spreds till det omgivande samhället. Det kan tyckas lite märkligt, då det förefaller ha varit relativt vanligt att präster verkade som läkare. En tanke som ligger nära till hands är att prästerna skulle ha varit en viktig länk mellan de olika medicinska kulturerna och fungerat som kunskaps- och idéförmedlare mellan världen *intra claustrum* och resten av samhället. Så förefaller dock inte ha varit fallet. Präster hade ibland studerat teologi vid något europeiskt universitet och då kommit i kontakt med universitetsmedicin. De kunde dessutom läsa latin och alltså tillgodogöra sig skolastisk medicinsk litteratur och det verkar som om prästerskapet till viss del tog till sig samma medicinska kultur som klosterfolket, men att det inte spreds vidare till resten av samhället.¹³⁴

I sagamaterialet omnämns flera präster, vilka även var verksamma som läkare. En är Helgi, Skeljungs son, präst på Hólar i Reykjanes.¹³⁵ Han förefaller bland annat ha behandlat sår och trauman. En annan är prästen Dalk.¹³⁶ Han behandlade med medicinska bad, vilket möjligen kan tolkas som ett drag av den skolning de europeiska *medici* och *physici* förvaltade. Medicinska bad förefaller annars inte ha varit vanligt förekommande i nordisk läkekonst. Ytterligare en prästutbildad läkare är den redan omnämnde Hrafn Sveinbjarnarson, vilken hade studerat teologi i Europa. Han ver-

133. Ibid., s. 34.

134. Kap. 6.3. och 7.

135. *The life of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 8; *Guðmundar sögur Biskups* 1983, kap. 14 "hinn meste lécnir" Huruvida detta är samma person som Brodd-Helgi vill jag låta vara osagt.

136. *The life of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 99; *Guðmundar sögur Biskups* 1983, kap. 24 "Han kallaðiz vera lécnir goðr ok at geyra at meinum manna".

kade dock troligen inte som präst utan främst som läkare. Han tillskrivs flera metoder som tyder på att han även besatt en viss universitetsskolning (eller motsvarande) inom läkekonsten. Vid premonstratensklostret i Lund fanns abboten Johannes, vilken figurerar i *Gesta Danorum*.¹³⁷ Hans inställning till svettningar och feber är helt i enlighet med den humoralpatologiska traditionen.

Kopplingen mellan prästerskapet och kanske framför allt den boklärd läkekonsten under medeltiden kan även beläggas genom andra historiska källor från framför allt medeltidens tidigare del. Historikern Albert Flaum nämner för domkapitlets i Lund del exempelvis att domprost Asser år 1131 skänkte sin boksamling med många medicinska verk till domkapitlet, att ärkebiskop Jens Grand (ca 1247–1327) vid sin död efterlämnade ett bibliotek med många av tidens främsta verk inom medicinen, att Nikolaus Bunkeflod 1346 testamenterade den populärmedicinska skriften *Thesaurus pauperum* från omkring 1270 till kanik Peter Svenssen, att kanik Peder Albertsen 1474 blev *licentiatus medicinae* i Köln och att han ägde åtskilliga medicinska verk samt att kaniken Christiern Pedersen 1553 utgav *Christiern Pedersens Laegebog* i Malmö.¹³⁸ Det var emellertid inte enbart präster som intresserade sig för läkekonst. Det hände även att läkare eftersträvade prästämbetet.¹³⁹

Det har för Englands vidkommande hävdats att läkeböcker visserligen producerades i klostren, men att de huvudsakligen användes i sekulära sammanhang.¹⁴⁰ Det finns inget som tyder på att så var fallet även i Norden under medeltiden. Profana praktiker med boklig lärdom förefaller huvudsakligen vara ett senare, eftermedeltida, fenomen här. Däremot fördes det bokliga arvet vidare av präster och klosterfolk inom den egna sfären.

5.2.6. Internt och externt kunnande i klostren

Klostren lyfts ofta fram som framstående inom den medeltida läkekonsten. Den materiella kulturen från framför allt cistercienskloster i Sverige visar att det fanns en uppfattning om att läkekonsten krävde sin speciella utrustning, med tradition långt tillbaks i tiden. Det gällde, som redan nämnts, framför allt de manliga klostren.¹⁴¹ Cistercienserna följde i grunden Benedictus av Nursias klosterregel. Denna påbjöd uttryckligen att man skulle ta emot gäster som om de vore Kristus själv. Benediktinerna närde dessutom ett betydande intresse för läkekonst och vi känner namnet på flera

137. Saxo Grammaticus 15 boken, kap. 6:9: "tilkaldt fordi man havde stor tiltro til den hjælp han kunne yde, selv om hans evner som læge ikke var så store som hans inbilskhed" ("*medicinę presumptuosior quam peritior professor, cuius opi plurimum credebatur*").

138. Flaum 1968, s. 15ff.

139. SDHK 36721 från 1510: En läkare önskar bli vigd till subdiakon.

140. Crawford 2010, s. 46.

141. Kap. 4.4.3.

individer med sådant intresse. Även kvinnor, som Hildegard av Bingen, kunde författa skrifter med medicinskt innehåll. Hildegard skrev om örtmedicin, bad, åderlåtning och gynekologi. Även bland cistercienserna fanns internationellt sett vissa framstående och namnkunniga läkekunniga. En sådan var kardinal John av Toledo, som blev påvens livläkare. Han förespråkade dietregler för god hälsa.¹⁴² Cisterciensbiblioteken kunde innehålla medicinska skrifter. Vi vet till exempel att Øm kloster i Danmark hade ett exemplar av det naturvetenskapliga verket *Speculum Naturale Vincentii*, som bland annat innehåller beskrivningar av olika örter medicinska egenskaper.¹⁴³ Historikern David N. Bell har emellertid visat att cistercienserna, trots att orden hade en relativt lärd profil, hade förhållandevis få naturvetenskapliga och medicinska verk i sina bibliotek, i jämförelse med många andra klosterordnar.¹⁴⁴

Cistercienserna levde också mer tillbakadraget än benediktinerna, och deras utåtriktade sjukvård var därför begränsad, även om det benediktinska påbudet kan ha gällt i viss mån. Möjligen blev deras verksamhet mer utåtriktad under senare delen av medeltiden, och deras sjukvård därmed mer inkluderande, något jag återkommer till.¹⁴⁵ *Hospitier* (gästhus) fanns vid några nordiska cistercienskloster och somliga hade även *infirmarier*. De senare var dock sannolikt huvudsakligen till för klostrens eget folk.

Inom cisterciensordens manliga kloster var det infirmariern (*servitor infirmorum*) som förestod infirmariet. Hans uppgifter var förmodligen framför allt administrativa och bestod i den allmänna skötseln och driften av infirmariet. Han skötte även kommunikationen mellan infirmariet och det övriga klostret och för honom gällde därför särskilda regler eller privilegier när det gällde hur han fick röra sig genom klostrets olika delar. Han hade till exempel särskild tillåtelse att träda in i köket och refektoriet närhelst han behövde.¹⁴⁶ Infirmariern rörde sig alltså förhållandevis fritt i stora delar av den sydöstra delen av byggnadskomplexet, *intra* och *extra claustrum*. Samtidigt förefaller han ha haft någon form av tystnadsplikt om vad som utspelade sig i infirmariet. Till infirmarierns uppgifter hörde att rengöra de kärl som användes vid åderlåtning. Däremot utförde han inte själva åderlåtningen.¹⁴⁷ Den som utförde själva åderlåtningen i de manliga cisterciensklostren var istället *minutorn* eller *phlebotomarius*.¹⁴⁸ I Vadstena nunnekloster vet vi att åderlåtning kunde utföras av en vanlig klostersistersyster.¹⁴⁹ Kanske var detta fallet även hos cisterciensnunnorna.

142. France 1992, s. 226.

143. Ibid., s. 227.

144. Bell 1992.

145. Kap. 5.3.3.

146. Kinder 2002, s. 361.

147. Cassidy-Welch 2008, s. 144.

148. Ibid., s. 146ff.

149. DV 114 (12/6 1402).

Det är sannolikt att visst läkekunnande, kanske särskilt inom medicinering och enklare sårvård, fanns hos vissa av klostrets invånare, men de prästvigda fick inte utöva brännande och skärande kirurgi. Läkekunniga utan sådana restriktioner kunde däremot finnas bland lekbröderna och det är inte otänkbart att man alldeles särskilt vinnlade sig om att knyta sådan kompetens till klostret inom denna grupp. Särskilda restriktioner fanns för lekbröder som var läkare, vilket signalerar hur beroende klostren var av dessas kunskaper. De fick till exempel inte övernatta utanför klostret och inte dela ut läkemedel till vanligt folk, utan skulle finnas tillgängliga för klosterfolket.¹⁵⁰ Kanske utfördes somliga behandlingar av barbitonsorerna, på motsvarande sätt som barberarkirurgerna gjorde i det profana samhället. Historikern Barbara Harvey har funnit belägg för att både manliga och kvinnliga kirurger anlätades av manliga kloster i England för att utföra operationer klostrens egna läkekunniga inte utförde.¹⁵¹ Även historikern Megan Cassidy-Welch menar att behovet av medicinsk och kirurgisk kompetens under hög- och senmedeltid huvudsakligen tillgodosågs genom att man tillkallade *medici* och *physici* från det omgivande samhället.¹⁵² Det kan ha varit fallet även i området för nuvarande Sverige. Här fanns inte egentliga *medici* och *physici* att tillgå i nämnvärd omfattning. Däremot fanns läkare och läkerskor skolade i en mer empirisk tradition, som kunde utföra det som inte munkarna och nunnorna själva fick eller kunde. Spridningen av kirurgiska skalpeller i Alvastra kloster kan tolkas som att kirurgi åtminstone delvis utfördes av andra än prästbröderna. Flera av knivarna jag bedömer som skalpeller är nämligen påträffade i eller invid lekbrödernas långa i väst, medan annan läkeutrustning, som sårvårdsinstrument och medikamentskärl, har en mer tydligt sydöstlig spridning.¹⁵³

Inom Birgittinorden var det en självklarhet att en sjuk människa skulle få kvalificerad vård. Det framgår tydligt av ordens regelverk. Sjukvårdare skulle ständigt vara i tjänst inom klausuren. För systrarnas i Vadstena räkning skulle alltid två systrar tjäna som sjuksköterskor. Om klostrets egna inte förstod eller hade kompetens att behandla, står det uttryckligen att läkare skulle tillkallas utifrån samhället, och det finns omnämnande av externa kvinnliga läkerskor som behandlade nunnorna i badstugan i mitten av 1400-talet.¹⁵⁴

5.2.7. Läkande händer, personlig förmåga och ärftlig kunskap

Ur redogörelserna hittills i detta kapitel framgår det att läkekonsten utövades av olika typer av praktiker, med varierande grad och form av kunskap och med varierande bak-

150. Jfr Ortved 1927, s. 49.

151. Harvey 1993, s. 85.

152. Cassidy-Welch 2008, s. 143ff. Före 1257 tilläts inte sekulärt folk tjäna i klostren.

153. Katalogen för Alvastra kloster.

154. Rajamaa 1987, s. 10.

grund och kunskapsursprung. Det fanns också, som vi sett, vissa bland dessa som mer tydligt hade läkekonsten som specialitet och bland vilka professionaliseringsprocessen ägde rum. Jag kommer från och med nu att i högre grad koncentrera mig på dessa. Inledningsvis i detta kapitel diskuterade jag olika kunskapsformer och hur dessa kommuniceras. Den skolastiska läkekonsten med sina grekisk-romerska och arabiska rötter var i hög grad verbal och litteraturburen, medan den inhemska erfarenhetsbaserade var så gott som helt och hållet personlig eller individburen. I det följande kommer jag att huvudsakligen diskutera kunskapsuppfattning och kunskapsöverföring i det *profana* samhället, samt professionaliseringsprocessen för läkaryrkena där. Jag kommer att inleda med att resonera kring idéer om läkande händer, personlig förmåga och ärftlig kunskap, så som de framträder i det skriftliga materialet från det medeltida Norden.

De flesta som sysslade med läkekonst under medeltiden och renässansen i nuvarande Sverige och i övriga Norden behandlade *både* sjukdomar och sår och skador; ingen tydlig uppdelning gjordes mellan dessa. Den mer praktiskt inriktade läkekonsten – till skillnad från den mer teoretiska som till exempel undervisades vid universiteten – var i mångt och mycket ett hantverk som fördes vidare från en praktiker till en annan, ofta inom en familj eller släkt, men även genom att personer med särskild fallenhet gick som lärlingar hos en mästare eller annan kunnig person. Läkekunskaper kunde gå i arv inom en och samma familj i hundratals år, på samma sätt som andra hantverks- och yrkeshemligheter.¹⁵⁵ Vad gäller vilka som valde eller valdes att bli läkare förefaller den personliga förmågan och den medfödda fallenheten ha tillmätts grundläggande betydelse. En läkare skulle ha ”mjuka händer”, *läkande händer*; en uppfattning som återkommer i källorna. I *Sången om Sigdrifa* i *Den poetiska Eddan* nämns läkehänder, *læcnishendr*:

Hell er, asar, hell, asynjor!
 Hell dig, du givmilda jord!
 Given oss två talekonst och visdom
 och läkhand, så länge vi leva!¹⁵⁶

De läkande händerna var djupt symbolmättade och hade en rituell funktion i signande och läkande handpåläggning, något som kan spåras både i förkristna nordiska föreställningar och i det mosaiska arvet, med Kohanims (det judiska prästerskapets) välsignelse som även togs upp inom kristendomen.¹⁵⁷ Inom kristendomen ansågs

155. T.ex. i Hrafn Sveinbjarnarsons släkt.

156. *Edda* 1962: *Sigdrífomál*, strof 4: ”*Heilir æsir, beilar ásnyior, heil siá in fiþlnýta fold! Mál oc manvit gefit ocr mærom tveim oc læcnishendr, meðan lifom.*”

157. Även om det naturligtvis är vanskligt att helt skilja dessa kulturarv åt, med tanke på kontakter genom förhistorien.

Jesus och helgonen besitta särskilda förmågor att hela genom handpåläggning och annan berörelsemagi. Detta idégoods var en viktig grund till uppfattningen om inte minst kungligheters läkande händer, som vi ska se. Som nämndes redan inledningsvis i detta kapitel är en ursprunglig betydelse av ordet läkare just *den som signar*.¹⁵⁸ De läkande händerna hade emellertid även en djupt praktisk innebörd i relation till det skickligt utförda hantverket. Innan införandet av anestesi på 1800-talet möjliggjorde operationer under mindre tidspressade förhållanden var ett snabbt och säkert handlag nödvändigt för att i möjligaste mån begränsa smärta och blodförlust och därmed öka patientens överlevnadschanser.

När det gäller den praktiska kunskapen om hur man hanterar sår och skador var krigserfarenheter ett viktigt tillfälle att skaffa sig mängderfarenhet (färdighets- och förtrogenhetskunskap).¹⁵⁹ Ett exempel som illustrerar detta återfinns i Saxos krönika, där det berättas om Vitolf att "[e]ftersom han ofte havde været udsat for fjendernes spyd, havde han samlet sig en stor erfaring i lægekunst fra de mange gange han havde helbredt sine egne sår".¹⁶⁰ Ett annat exempel på hur de första viktiga kunskaperna kring sårsläkning erhöles i fält är berättelsen om männen i kung Magnus här, som jag återkommer till nedan. De erfarenheter av skador som människor fick i samband med strider fick alltså betydelse även för läkekonst i fredliga sammanhang. Fälterfarenheterna av anatomi och sårsläkning var färskvaror så till vida att en person aldrig helt kunde överföra kunskaperna utifrån det han eller hon upplevt och sett till en annan person. Delar av kunskaperna kunde naturligtvis kommuniceras på olika sätt, men upplevelserna kunde inte överföras. Varje läkare måste skaffa sig sina egna erfarenheter.

De läkande händerna var även de *seende* händerna; händerna som undersöker, palperar, känner värme och kyla, form, konsistens och textur. Långt senare, under 1700-talet, användes denna symbolik i avbildningar av den kirurgiska handen försedd med ögon (fig. 61), men de känsliga och undersökande händerna var lika viktiga under medeltiden. Man talade till exempel om att *se* och *känna* sår.¹⁶¹

Idén om de läkande händerna tog sig även uttryck i tron på kungars och drottningars helbrägdagörande förmåga. Fenomenet har studerats ingående av historikern Marc Bloch.¹⁶² Enligt hans studier fanns det under medeltiden en tro på regenters, smorda konungars, allmänt helande, berörelsemagiska, förmåga genom handpå-

158. Kap. 5.2.

159. Englands mest berömde kirurg, Johan Arderne, hade tillägnat sig mycket av sin kunskap i fält och mycket av det han publicerade inom kirurgi och medicin var svår- eller obegripligt för någon utan motsvarande erfarenheter (Gottfried 1986, s. 139).

160. Saxo Grammaticus 7 boken, kap. 2:2: "*Qui, quod hostilibus sepe telis petitus fuerat, non infirmam medendi peritiam assidua uulnerum suorum curatione contraxerat.*"

161. T.ex. Harttramff 1735; Även kap.6.1.1.

162. Bloch 1973, s. 1ff., 21.

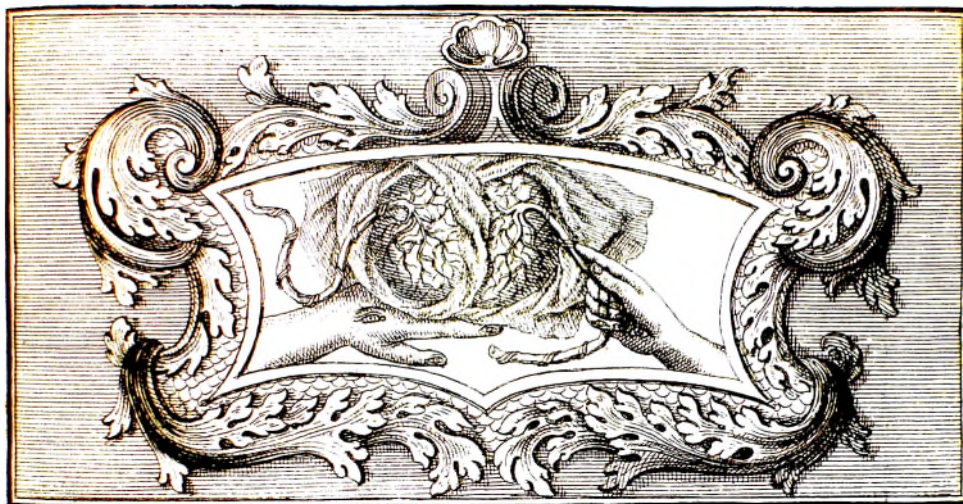


Fig. 61: De seende händerna har på denna bild till och med ögonförsedda fingrar, i Johann Valentin Harttramffis verk om förlossningskonst *De non differenda secundinum adgærentium extraction ... från 1735*. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

läggning eller genom att den sjuke vidrörde kungens kläder eller andra ägodelar. Med tiden ändrades sedan denna tro till att gälla framför allt skrofler.¹⁶³ I Norden tillskrevs kung Olav den helige goda läkehänder och i sagan om honom står: ”Först ansåg man att kung Olav hade sådana goda läkarhänder, så som det berättas, att vissa män har stora kunskaper om hur man använder händerna.”¹⁶⁴ Tron på att i synnerhet smorda regenter besatt en särskild läkande hand levde kvar ända fram till slutet av 1700-talet.

Även om förmågan att läka eller hela med händerna ursprungligen menades vara gudomlig och/eller kunglig, menades då även vissa ”vanliga” människor ha denna förmåga. De kunde då bli *läkare*. Förmågan kunde uppfattas som nedärvd, men det förefaller som om man även menade att den initialt kunde inympas genom gudomligt (som i Olav den heliges fall) eller kungligt inflytande. Ett exempel på det senare är sagapassagen där kung Magnus och hans här efter en strid står utan tillräckligt många läkare för att ta hand om de sårade. Genom att känna på sina mäns händer väljer kungen därför ut ett antal män. Han väljer dem som har mjukast – och därmed lämpligast – händer för att ta hand om de sårade. Det står att

163. Tuberkulös barnsjukdom.

164. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 189; även *Haraldssönernas saga* 1994, strof 25, där det beskrivs hur kung Olav den helige botar en allvarligt skadad präst genom att stryka med handen över sår och skador som då blir helt läkta.

[e]fter striden lät kung Magnus förbinda sina mäns sår och det fanns inte så många läkare i hären som behövdes. Kungen gick till de män som han ansåg passa och *kände på deras händer*. Han *strök över deras handflator* och valde ut de tolv män som han ansåg hade *mjukast händer* och sade att de skulle förbinda männens sår. Ingen av dem hade tidigare förbundit sår. De blev alla duktiga läkare [mina kursiveringar].¹⁶⁵

Från en av dem stammade flera goda läkare, bland annat den redan nämnde Hrafn Sveinbjarnarson. Historikern Ingjald Reichborn-Kjennerud menar att kung Magnus i sin tur hade ärvt förmågan och kunskapen som en familjespecialitet som både Harald Hårdråde och hans bror Magnus den gode ansågs besitta.¹⁶⁶ I Saxos krönika *Gesta Danorum* skymtar samma tro på nedärvd fallenhet för läkekonst. Om mannen Skjöld berättas att han hjälpte de sjuka och ofta erbjöd lindring för dem med svåra plågor. Han hade en son vid namn Gram och om honom berättas i sin tur att han *kände till läkekonst*.¹⁶⁷ Förmågan att hela hade alltså gått i arv från far till son.

Ett engelskt högmedeltida exempel på hur ett läkeyrke gick i arv inom familjen är en kirurg vid namn Thomas (död ca 1272), vilken var verksam i 1200-talets London. Han var bland annat knuten till S:t Bartholomew's hospital och till S:t Katherine's hospital. Vid sin bortgång testamenterade han sina egendomar att delas lika mellan barnen Katherine och William, och båda dessa omtalas runt 1286 som kirurger.¹⁶⁸ Det är intressant att både hans son och hans dotter förde kunskaper och verksamhet vidare. Det visar också att berättelsen om Hrafn Sveinbjarnarson och hans släkt, som vi strax ska stifta närmare bekantskap med, är fullt realistisk.

Det finns även arkeologiska material som pekar på lång kontinuitet i tid som skulle kunna tolkas i termer av att yrkena ärvdes inom en familj eller släkt. Ett av de bästa exemplen är från kvarteret Apotekaren i Lund, där fyndmaterialet antyder en månghundraårig verksamhetskontinuitet. Materialet innehåller inte minst skalpeller, men även kärl och annat material med koppling till läkekonst. Kanske fanns här en familj eller en mästerverkstad med lång kontinuitet. Det verkar också som att det formades en tradition av sådan verksamhet i denna del av staden. Under 1600-talet anlades apoteket i samma kvarter.¹⁶⁹ Ett annat exempel på lång kontinuitet belagd genom det arkeologiska materialet är från tomt 9 och 10 i kvarteret Trädgårdsmästaren i Sigtuna. Materialet innehåller flera kirurgiska instrument med dateringar som sträcker sig över ett helt sekel, från första delen av 1000-talet till första delen av 1100-talet.

165. *Magnus den godes saga* 1994, kap. 28.

166. Reichborn-Kjennerud 1924, s. 9.

167. Saxo Grammaticus 1 boken, kap. 3–4; 1 boken, kap. 4:15: "medendi solertiam profitetur".

168. Talbot & Hammond 1965, s. 200, 331, 376.

169. Katalogen för kv. Apotekaren, Lund.

Materialet kan tolkas som att flera kirurgiskt kunniga praktiker varit verksamma på en och samma plats (tomt) under lång tid.¹⁷⁰

LÄKAREN HRAFN SVEINBJARNARSON OCH HANS SLÄKT

Berättelserna om den tidigmedeltide isländske läkaren Hrafn Sveinbjarnarson och hans släkt ger oss möjlighet att studera hur kunskaper och yrkestradition fördes vidare inom en familj. Historien är exceptionell genom att släktens yrkesverksamhet finns omtalad i flera skriftliga källor.¹⁷¹ Samtidigt var släktens läketradition sannolikt representativ för hur kunskaperna fördes vidare från generation till generation. Samma sätt att föra kunskaper vidare inom familjen finns, som nämnts, belagt i andra nordiska fall, liksom från övriga Europa och från andra yrkestraditioner.¹⁷²

Hrafn själv hade troligen studerat medicin vid sydeuropeiska lärosäten, men han verkade även inom sin familjs tradition. Vi känner honom som det fjärde ledet av åtminstone åtta generationer av läkare inom den nära familjen (fig. 62). Det rör sig om mer än två sekel med en stark tradition av läkekunskap inom släkten. Det framstår dessutom som om flera individer ur varje generation, såväl kvinnor som män, sysslade med läkekunst.¹⁷³ Den förste i ledet var Atle Höskuldsson, vilken var en av de tolv männen som kung Magnus valde ut som lämpliga att lära upp till läkare. Atle hade alltså inhämtat sina grundläggande läkekunskaper som fältskär (även om denna benämning inte användes vid den tiden). Atle var far till Bård den svarte i Selådal ”och från dem stammar sedan många läkare”, som det står i *Magnus den godes saga*.¹⁷⁴ Bård den svarte ska ha varit Hrafns farfar och Atle hans farfars far. Hrafns far Sveinbjarn var ”en mycket skicklig läkare” och även Hrafns son Sveinbjarn Hrafnson var läkare.¹⁷⁵ Enligt medicinhistorikern Anne Tjomsland är det sannolikt att även Hrafns syster Gudrún var läkare, liksom hans barnbarn Hrafn Oddsson, hans barnbarnsbarn Hromund och dennes son Krák av Hvallátur.¹⁷⁶ Kunskaperna i yrket förefaller i Hrafns släkt huvudsakligen ha gått i arv i rakt nedstigande led (åtminstone är det vad som

170. Katalogen för kv. Trädgårdsmästaren, Sigtuna.

171. Det kan vara på sin plats att påpeka att hur mycket som har faktiskt historiskt underlag är oklart. Det är inte heller det som är poängen här. Precis som vid all min användning av sagor och krönikor är det själva idéerna och principerna som är av intresse.

172. T.ex. Kockum 1949, s. 73ff., Talbot & Hammond 1965, s. 200.

173. Tjomsland 1951, s. Xiff.; Helgadóttir 1985.

174. *Magnus den godes saga* 1994, strof 28.

175. *Hrafns saga hin sérstaka* 1988, kap. 2: den manliga släktlinjen.

176. Enl. Tjomsland 1951, s. XVII, som dock inte helt tydligt redovisar de källor hon grundar just dessa uppgifter på. Se dock här nedan följande referenser.

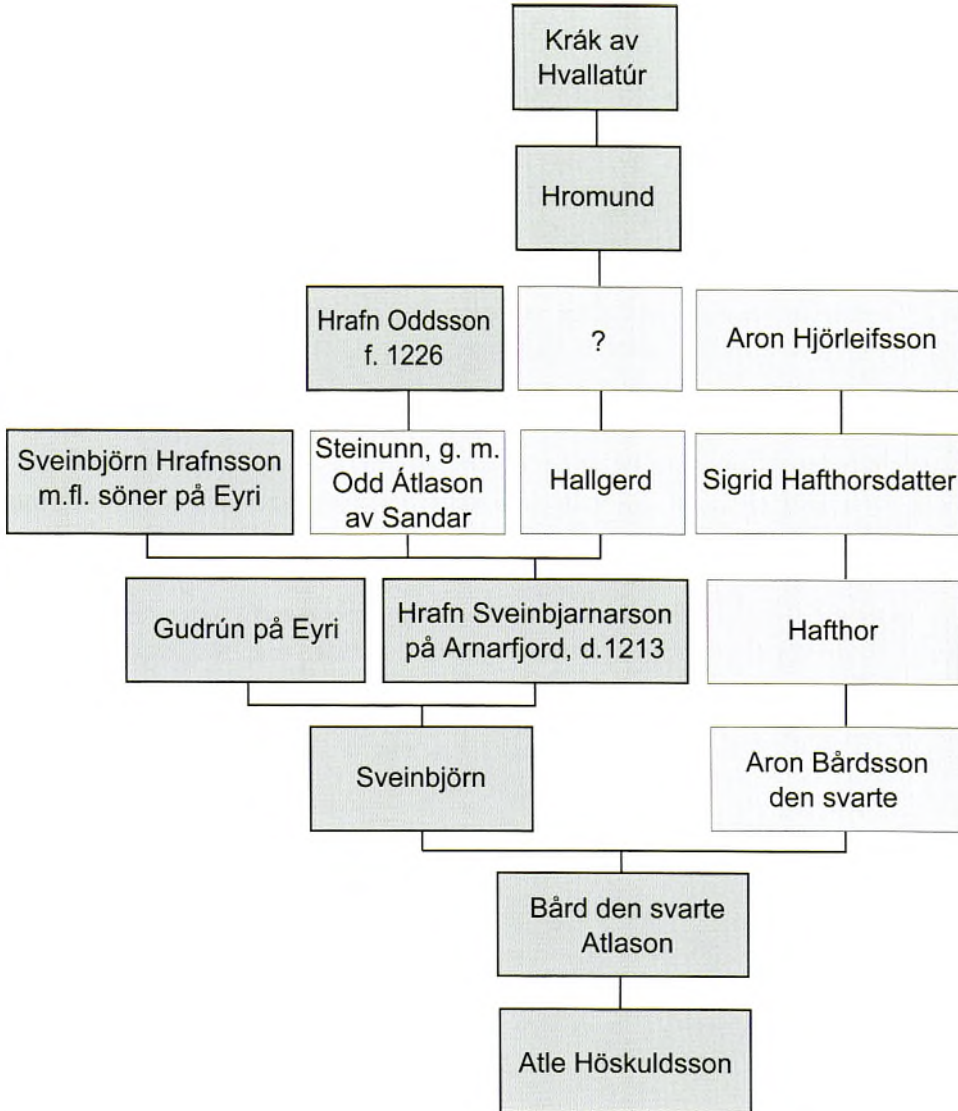


Fig. 62: Läkaren Hrafn Sveinbjarnarsons släktträd. Grågröna rutor (t.v. i bilden) markerar att personen enligt källorna var verksam som läkare eller känd för sin läkekunskap. Uppgifterna är sammanställda ur Magnus den godes saga, *Tjomsland 1951* samt *Helgadóttir 1985*. Uppgifterna är hämtade ur: Hrafn's saga hin sérstaka 1988, kap. 2: den manliga släktlinjen. "Sveinbjörn hét maður, son Bárðar svarta Atlasonar, Höskuldssonar, Atlasonar, Högnasonar hins heppna, Geirþjófssonar er nam Geirþjófsfjörð, Valþjófssonar hins gamla.[...] Sveinbjörn var guðorðsmaður og vitur og mikill at ferðarmaður, læknir góður." *Tjomsland 1951*, s. XVIIff.: uppg. om Sveinbjörn Hrafnson och Sigríð Hafthorsdatter med ref. till Sturlunga saga II, s. 331–335; *Hromund och Krák Hvallatúr*, med ref. till pappersmanuskript av en 1300-talskrifibent inkluderat i Biskupa sögur i en utgåva från 1858, Steinunn och Hallgerd döttrar till Hrafn, Gudrún syster till Hrafn på Eyri, Hrafn Oddsson, barnbarn till Hrafn; *Helgadóttir 1985* om Sigríð Hafthorsdatter och hennes far Havtor och uppåt med ref. till *Islendinga saga*; Magnus den godes saga om Atle Höskuldsson, Bård den Svarte Atlason, Sveinbjörn farfar till Hrafn samt Hrafn själv.

återberättas), men även ett kusinbarn till Hrafn, Sigrid Hafthorsdatter, omnämns som läkare (*lækna*).¹⁷⁷ Hrafn själv ska ha dött år 1213.¹⁷⁸

Hrafn var alltså upplärd i hantverket inom sin familj, men familjen hade dessutom haft ekonomiska medel att kosta på honom universitetsutbildning i Europa. Sagan avslöjar inte vilken typ av läkekonst hans äldre släktingar praktiserade, mer än att den hade sitt ursprung i behandlandet av stridsskador. Hrafns egen praktik hade dock även tydliga inslag av samtidens lärda kontinentala läkekonst. Han åderlät, brände och opererade bort urinsten. Vi ser alltså i hans läkekonst en kombination av en empirisk tradition med lång historia i Norden och en universitetslörd dito, vilken var ett nytt inslag i nordisk läkekonst. Tjomsland menar att Hrafn sannolikt tidigt skolade sina söner i läkekonsten, vilket i så fall var helt naturligt, eftersom de levde så nära verksamheten. Hon föreslår också att hans instrument fanns kvar hos de efterlevande och att dessa påminde dem om de behandlingar han utfört.¹⁷⁹ Hon har säkert rätt i att inte bara kunskaperna, utan även den utrustning som behövdes gick i arv i kunskapskedjan, och att instrumenten i sig kunde aktualisera kunskaper genom att de påminde om de handlingar Hrafn utfört med deras hjälp. Kunskapen bestod alltså av både praktisk, sedan flera generationer samlad, kunskap och de kunskaper som Hrafn eventuellt förvärvat vid europeiska universitet (och genom eventuella skrifter som han kan ha ägt). Såväl denna kunskap som de specialiserade verktygen och instrumenten kan ha ingått i yrkes- och kunskapsarvet.

5.3. Tillgänglighet i samhället

När jag nu diskuterar läkares tillgänglighet i samhället avser jag framför allt den mindre gruppen av utbildade praktiker; inte den större och ännu mer heterogena gruppen av andra läkekunniga på olika nivåer. Syftet med min insnävring i studieperspektivet är att lyfta fram denna specifika grupp och tydliggöra den i materialet. Det är nämligen inom denna grupp som de första tendenserna till professionalisering kan skönjas, vilket kommer att diskuteras mer längre fram.¹⁸⁰ Gruppen av läkare rymde både manliga och kvinnliga praktiker, vilka förefaller ha funnits tillgängliga framför allt i förtätade miljöer som städer och kloster och de verkar ha varit väl sedda.

177. Hon ska ha varit tremänning till Hrafns barn och barnbarnsbarn till Bård den svarte. Tjomsland 1951, s. XVIII; Helgadóttir 1985, s. 27; *Islendinga saga* i *Sturlunga saga I* 1946, s. 266, 294, 397; *Arons saga* i *Sturlunga saga II* 1946, s. 237f., 257f., 266–288.

178. Tjomsland 1951, s. X.

179. Ibid., s. XVII.

180. Kap. 5.4.

5.3.1. Fåtal eller flertal läkare

En äldre uppfattning om att det i stort sett inte fanns några läkare i Sverige och i Norden under medeltiden och renässansen stämmer, som framgått ovan, inte med det material jag studerat. Ofta hänvisas i äldre forskning till några få 1500-talsskribenter, som Gustav Vasa, Peder Månsson och Olaus Magnus, vilka beklagar sig över bristen på läkare i sin samtid. Deras synpunkter måste emellertid värderas utifrån deras förväntningar och krav, liksom de omständigheter under vilka dessa förväntningar och krav formades. En av de refererade personerna var Sveriges kung och de andra jämförde situationen i Sverige med de lärda elitära kretsarna i Europas stora städer, där de levde och verkade. Det gjorde att de kan förväntas ha haft mycket höga krav och troligen också efterfrågade en delvis annan typ av läkekonst än den som erbjöds i Sverige. Därför är det tveksamt hur mycket deras missnöje egentligen säger om situationen här. Det är dessutom ohållbart att applicera dessa enstaka utpräglade renässansindividuers skepsis på medeltida förhållanden och implicit förutsätta att situationen då enligt evolutionistisk förståelse var ännu sämre. Samtidigt var den upplevda bristen så att säga reell, genom att tillgången inte mötte efterfrågan. I ett brev från 1504 sänder Västerås biskopen bud efter läkare i Stockholm, vilket visar att inte heller han var nöjd med den vård de lokala förmågorna kunde erbjuda.¹⁸¹ Från början av 1500-talet finns även uppgifter om att personer skickar efter läkare utomlands ifrån eller själva reser utomlands för att få hjälp. Orter som Danzig och Roden nämns.¹⁸²

Under 1500-talet tog de förordningar som reglerade olika grupper av läkepraktiker kompetenskrav och verksamhetsdomäner (medicinare, kirurger, apotekare) fastare form.¹⁸³ En ökande segmentering av de olika yrkesområdena främjade sannolikt utvecklingen på sikt. Under en övergångsperiod kan restriktionerna emellertid snarare ha verkat begränsande och hämmande, genom att de utestängde ett stort antal praktiker, vilka inte passade inom regelsystemets formella ramar.¹⁸⁴ De nya strömningarna skapade också, som sagt, höga förväntningar i vissa sociala skikt.

Om vi ser till Island under tidig- och högmedeltid kan vi konstatera att ett stort antal läkare finns omnämnda i sagorna. Det ger intrycket av att ett par eller ännu fler läkare kan ha varit verksamma parallellt inom ett tämligen begränsat geografiskt område, till exempel västra Island. I *Olav den heliges saga* hänvisas till *läkarna*, i *Götrik och Rolfs saga* omtalas *de* i kungens följe ”som mest omvårdar” och i berättelsen om kung Magnus, som redan nämnts, sägs att det inte fanns tillräckligt många läkare i

181. SDHK 34929; 34511; 33715; 36387; jfr även SDHK 34894; 42174.

182. SDHK 35770; 36557.

183. Lindström 1991, s. 188ff.

184. Jfr Gottfried 1986, s. 51.

hären, men man får ändå intryck av att ett antal trots allt redan fanns.¹⁸⁵ Saxo skriver i nionde boken i sin krönika om hur en sårad man bärs till en stad (dansk *by*) i närheten för att

komme under lægebehandling. Men *lægerne* [min kursivering] måtte til sidst opgive ethvert håb eftersom såret var så voldsomt at ingen af de lægemidler de tog i brug, var nogen nytte til.

Att flera läkare samlades för konsultation vid komplicerade fall var troligen inget ovanligt. Det är känt från övriga Europa att det var kutym att flera läkare i kritiska fall rådgjorde sinsemellan, både för patientens skull för att öka chanserna till god diagnos och för att undvika dåligt rykte eller repressalier om en behandling misslyckades.¹⁸⁶ Det går inte att föra statistik över antalet praktiker utifrån sagamaterialet, men det är intressant att notera de läkekunnigas plurala närvaro i samhället.

Ett par av de svenska landskapslagarna (*Upplandslagen* och *Södermannalagen*) stadgar att *flera laga läkare* skulle finnas att tillgå vid ett och samma juridiska tillfälle. Det står att den som tillfogat en annan person en fysisk skada ska tillhandahålla *tre olika laga läkare* för den sårade.¹⁸⁷ I *Södermannalagen* står att "[s]årar någon en annan, skall han bjuda honom tre laga läkare: han må taga en av dem, vilken han vill".¹⁸⁸ Det sätt på vilket detta är lagstadgat ger intrycket att tillgången till laga läkare åtminstone i dessa landskap under högmedeltiden var relativt god. Utöver de som fick kalla sig *laga läkare* bör desto fler utan juridiskt giltig kompetens ha funnits. Ett senmedeltida belägg för flera läkare i en och samma miljö är omnämnandet av läkerskor ("*läkirscor*") i Vadstena i mitten av 1400-talet.¹⁸⁹ Det är intressant att notera att även kvinnliga läkare fortfarande vid denna tid alltså kunde finnas i flertal inom ett samhälle.

Om man ser på artefaktmaterialen från städerna, där återigen Lund med sitt generellt sett goda arkeologiska underlag får tjäna som främsta exempel, kan man konstatera att ett stort antal artefakter finns som bör tolkas som spår efter läkares verksamhet. De är spridda över flera tomter, framför allt i stadens mest centrala delar (under den tidigaste medeltiden utmed bygatan och senare runt torget). Spridningen förefaller spegla flera olika praktikers lokalisering, av vilka somliga rimligen bör ha

185. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 189; "*læknar*", kap. 189; *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 45, 31.

186. Rawcliffe 2009a, s. 208; Solomon 2010, s. 54.

187. Collin & Schlyter UL M XXVII: "*Nu hawær annan saren giört. Pa a han hanum laghe lækir fa. han a biupæ hanum þre. Laghe lækiræ. Þæt ær lagha lækir. Helæt hawær iarn huggit sar. Ben brut .j. sarum. Hulseri. Giönum laghet sar. Undir twar. Hwar sum þæn lækir fur.*"

188. SL M XI.

189. Rajamaa 1992, s. 154: generalkonfessor Johannes Borkvardssons förmaning 1444.

varit verksamma samtidigt. Denna bild av en relativt god tillgång till läkare i staden stärks även av skriftligt material från 1500- och 1600-talen, även om en viss tillfällig nedgång möjligen kan noteras för senare delen av 1500-talet. För Linköpings del har historikern Salomon Kraft noterat en liknande nedgång under 1500-talet, både för bardskärerna och för andra yrkeskategorier, vilket han förklarar med den minskande folktillströmningen i och med övergången från katolsk till luthersk tro, och de därmed färre stora årliga festerna.¹⁹⁰ Detsamma kan möjligen ha gällt för Lund, men flera möjliga förklaringar till detta kan säkert finnas. För Nya Lödöses del kan vi utifrån tänkeböckerna belägga att flera bardskärer var verksamma i staden parallellt. Staden hade under 1500-talets två sista decennier alltid minst två till tre verksamma bardskärer, men intressant nog förefaller det som att det endast fanns en *mäster* åt gången.¹⁹¹ En Dönisius omnämns som mäster år 1586. Ett par år senare omtalas mäster Hanns (1588–1603) och därefter mäster Hans Nehusenn (möjligen samma) (1603 [–1619?]). Även bardskärerna utan mästartitel förefaller i viss mån ha avlöst varandra.¹⁹² Uppgifterna kan tolkas som att en mästare och en eller flera bardskärer utan mästartitel var verksamma åt gången. Det blir också tydligt att yrkesdifferentieringen vid denna tid hade börjat slå igenom på allvar i vissa städer. Från Uppsala finns enstaka omnämmanden om läkare och bardskärer under 1500-talets första decennier, och de förefaller ha varit fortsatt relativt få under större delen av 1500-talet. Endast under seklets slut finns uppgifter om flera samtida praktiker i staden.¹⁹³ De skriftliga källmaterialen ger intrycket att antalet praktiker ökade markant i början av 1600-talet. I Nya Lödöse finns så många som fyra bardskärer omnämnda under det första decenniet av detta århundrade.

Som framgår av tabellen i figur 63 finns det enstaka skriftliga uppgifter om hårskärare i Lund under 1300-talet.¹⁹⁴ Huruvida dessa verkade som kirurgiska bardskärer eller inte är oklart. Uppgifterna från medeltiden är mycket få, men från mitten av 1500-talet är underlaget bättre. Det visar att regelrätta bardskärer verkat i staden åtminstone sedan 1540-talet och att det under vissa perioder, som under 1540-talet, men framför allt från och med 1600-talet, fanns många praktiker på plats samtidigt. Om man studerar uppteckningar över ägare och arrendatorer till Lunds stadstomter från sent 1500-tal, kan man konstatera att tre bardskärer nämns

190. Under den katolska tiden var ett mycket stort antal av årets dagar vigda som helgdagar åt olika helgon. Kraft 1976, s. 338.

191. *Nya Lödöse Tänkeböcker*. I England var mästartiteln roterande, för att undvika att en enskild individ fick alltför stor makt (Gottfried 1986, s. 25). Detta finns dock inte belagt från svenskt område.

192. De omtalas under följande år respektive: Dönisius 1586; Jörenn den förste 1586–1596; Saccarius 1599; Jörenn den andre 1600–1619; Påwell 1621.

193. Ljung 1954, s. 169f., 180ff., 216; Dahlbäck et al. 1984, s. 265, 275.

194. Blomkvist 1951.

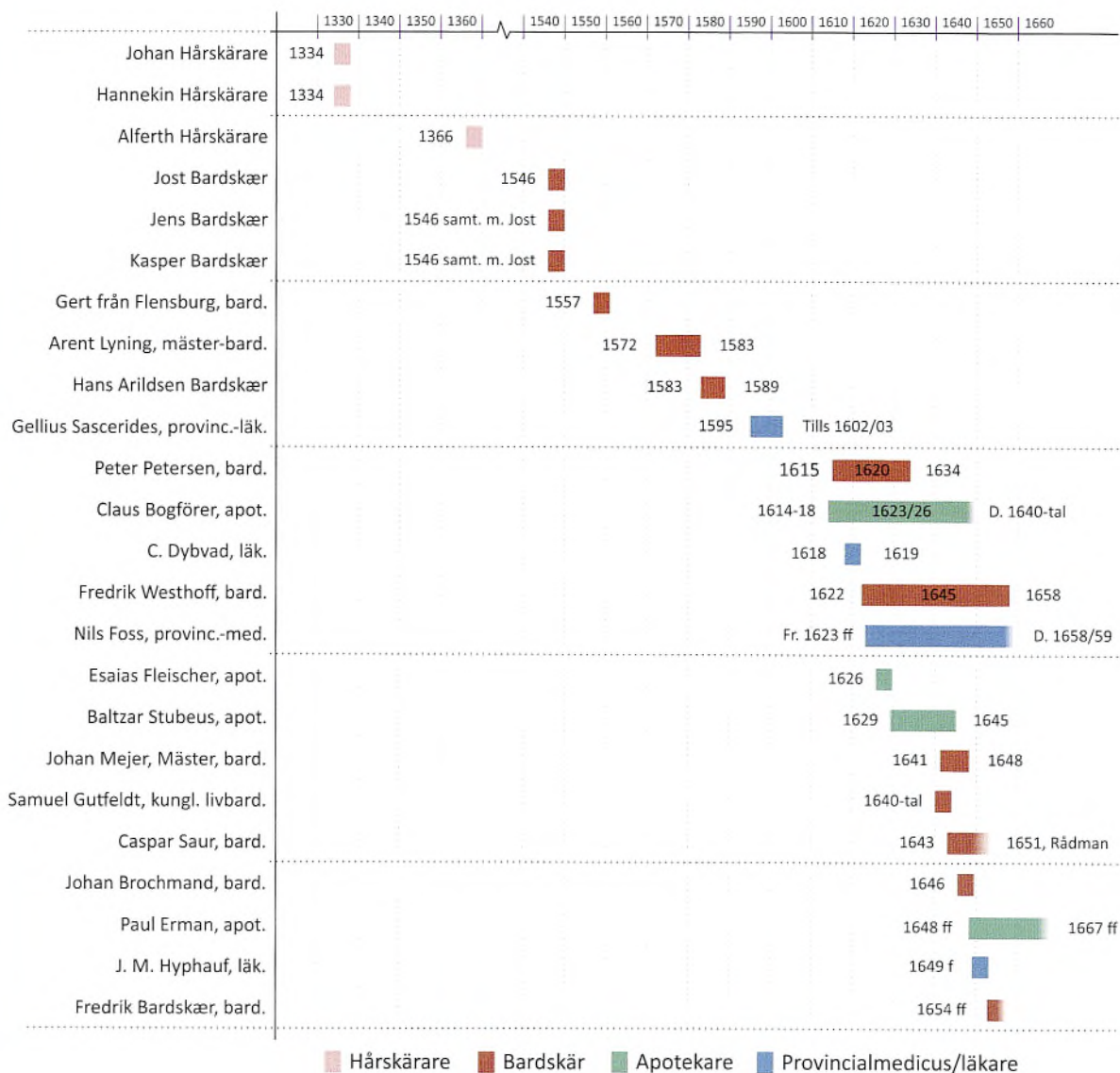


Fig. 63: Lunds bardskärer, apotekare och läkare mellan 1540 och 1670. Baserat på uppgifter i Blomquist 1978, s. 75, 98; Andrén 1982. Grafik: John Nelander.

mellan 1546 och 1583.¹⁹⁵ Det är Jost Bardskaer på 1540–1550-talet, bardskäraren Arent Lyning på 1570–1580-talet samt mästern Hans Bardskaer på 1580-talet. De är omnämnda endast med anledning av tomtskiften. Ingenting säger alltså att de var de enda som var verksamma i Lund under den aktuella perioden. Däremot kan vi veta att åtminstone dessa var verksamma och boende i staden under loppet av dessa årtionden. De två förra är ungefär samtida med tillkomsten av Olaus Magnus historieverk, där han visserligen nämner bristen på "lärda läkare" men även den talrika förekomsten av fältskärer.¹⁹⁶

Under 1540-, 1620-, 1640- och 1650-talen omnämns särskilt många praktiker, både bardskärer och apotekare. Apotekarna förefaller under 1620–1640-talet ha varit minst två till antalet. Det finns vissa uppgifter om att de gick i lära hos varandra. Antalet bardskärer, så som det framstår i tomtförteckningarna, varierar mer. Anmärkningsvärt är att endast en omnämns som mästern, vilket är lite om man jämför med samtida uppgifter från Nya Lödöse, där det ständigt fanns en verksam mästern. Man kan fundera över betydelsen av de svensk-danska krigerna under mitten av 1500-talet och under 1600-talet för tillgången till bardskärer i staden. Troligen innebar krigerna att fler personer lärdes upp i bardskärsyrket som fältskärer och att dessa under fredligare tider praktiserade sina kunskaper i staden istället för på slagfältet. Samtidigt ska man komma ihåg att de omnämmanden som tabellen grundar sig på endast rör tomters ägarbyten och spridda fiskala uppgifter. Bardskärer som mer tillfälligt var verksamma i staden eller arbetade i någon annans tjänst syns alltså inte där. Frånvaro av omnämmanden är inte detsamma som frånvaro av praktiker och mindre bemedlade personer får dessutom antas saknas i källorna i högre grad.

Den goda tillgången till hantverksmässigt utbildade läkare kan ställas mot den dåliga tillgången till universitetsutbildade läkare, som Olaus Magnus troligen refererar till. Han konstaterar att det är ytterst sällsynt med förfarna läkare i Norden. Däremot, menar han, finns det talrika fältskärer: "[I] de nordiska rikena finnes högst få läkare, som kunna ägna de sjuka en god vård" men däremot "finnas i dessa länder talrika fältskärer, ity att detta folk knappt låter en dag eller timme förgå utan att slåss."¹⁹⁷ Med tanke på frånvaron av medicinska fakulteter vid de närmast belägna universiteterna är detta inte särskilt anmärkningsvärt. Det är även förståeligt om Gustav Vasa tyckte att denna situation var otillfredsställande för en man av hans rang och med hans referensramar. Han och hans söner hade emellertid både bardskärer, läkare och

195. André 1982. Andréns genomgång av topografiskt material rörande Lunds stadstomter gäller medeltiden samt 1500- och 1600-talen. Materialet omfattar dock huvudsakligen 1500- och 1600-tal; André 1982, s. 67ff.

196. Olaus Magnus 16 boken, kap. 51.

197. Olaus Magnus 13 boken, kap. 18; 16 boken, kap. 50–51.



Fig. 64: Böhmanen Johann Copp utnämndes 1555 till Gustav Vasas livläkare. Träsnittet är från 1522 och är den äldsta kända avbildningen av en i Sverige verksam läkare. Efter Lindroth 1997, s. 336, fig. 63.

apotekare till sitt förfogande; ofta – men inte alltid – rekryterade från andra delar av Europa (t.ex. Tyskland, Belgien, Holland och Italien) (fig. 64).¹⁹⁸

Peder Månsson var skolmästare och kaplan och invigdes 1499 till prästbroder i Vadstena kloster.¹⁹⁹ Under lång tid var han emellertid bosatt i Rom och under en period även föreståndare för den heliga Birgittas hus där.²⁰⁰ Han var mycket bildningsintresserad och översatte bland annat en läkebok från latin till svenska.²⁰¹ I förordet till denna skriver han:

I Sveriges rike är det stor skam och skada,
När någon bliver sjuk redes skovel och spade,
Om läkedom de alls intet vilja tänka,

198. Kockum 1949.

199. Han invigdes som klosterbroder 1499, reste till Rom 1507. Han omtalas på ett flertal ställen i diarier fram till sin död 1534; DV 945 (6/6 1499), 989 (10/10 1507), 996 (30/4 1508), 998 (10/8 1508), 1019 (9/3 1513), 1089 (16/7 1524), 1155 (7/11 1534).

200. DV 1019 (9/3 1513): "*fratre Petro Magni rectore domuseiusdem*".

201. *De consideratione quintae essentiae rerum omnium* av Johannes de Rupe Scissa (Schmid 1951, s. 309). Månssons bok trycktes emellertid inte under hans levnadstid.

Det röna faderlöst barn och varje änka,
 Läkedoms doktor är ingen i detta riket,
 Så äter var sin mat i illa rått tillstånd,
 Ej heller kirurger som studerat haver,
 utan äventyrare som påfresta alla regler (tänjer/trotsar alla lagar),
 syllogismer studerar alla och entymem,
 ej vetandes hjälpa för en liten blemma.
 Konungen, sänd ut goda män
 till att studera läkedom,
 det råder jag än.²⁰²

Månsson beklagar sig alltså över att det studeras retorik istället för praktik och vänder sig således, som den renässansman han var, emot den gamla skolastiska traditionen. Han vill se mer av ”läkedoms doctor” och ”Cirurgus som stwderat haffwer”, det vill säga läkare med praktisk medicinsk och kirurgisk kompetens. Att Månsson efterfrågar formell skolning även hos kirurgiskt verksam praktiker, något som över huvud taget var förhållandevis nytt vid denna tid och fortfarande ovanligt i norra Europa, är anmärkningsvärt. Månssons ord förefaller emellertid inte vara helt hans egna, utan ha starka eken av den engelske vetenskapsteoretikern Roger Bacon. Denne skrev nämligen i sin *De erroribus medicorum (Om läkares misstag)* från omkring 1265 att

The generality of physicians give themselves up to disputes about numberless problems and useless arguments, and give no time to experience as they ought. Thirty years ago they used to give all their time to experience, but now by the art of ”Topics” and ”Elenchi” they multiply infinite casual questions, and still more infinite dialectic and sophistic arguments in which they get absorbed, so that they are never seeking and never discovering truth. For discovery is by the path of sense, memory and experience especially in the applied sciences of which medicine is one.²⁰³

202. Min översättning av Peder Månssons ”Förspråk till Läkebok”, utg. Av G. E. Klemming 1881–1882. ”J swärike är thetta stor skam oc skadbe, När nokor bliffiver sywker redis skofwel oc spad[he], Wm läkedom the alzjnthe wilya tänkia, thz röna faderlös barn oc hwar en änkia, läkedoms doctor är jngen j thetta rikith, swa äther hwar sin math illa j spikiith, ey håller Cirurgus som stwderat haffwer, utan äffwentyrara som fresta hwat lagh thz tagher, syllogismos studera alle oc emptimema, ey witandis hiälpa för ena lithla blema, Witsände thy kunwngen godha män, Til ath studera läkedom thz raadher jak än” Entymem är, liksom syllogismen, en slutledningsteknik (med bara en premiss). Den finns beskriven bl.a. i det anonyma verket (en manual) om dialektik *In Omni Doctrina*, kapitel 6. *De emptimemate*, från tidigt 1200-tal (i Bos 2001, s. 106).

203. Bacon, återgiven i Jacquard 1998, s. 220.

Både Peder Månsson och Olaus Magnus gör alltså en tydlig uppdelning mellan dem som ”studerat” (dvs. vid lärosäten) och dem som inte gjort det (dvs. hantverkare) – en uppdelning som vid denna tid precis börjat göra sig gällande på bredare front. I sin framställning förefaller emellertid Olaus Magnus ligga närmre den faktiska situationen i Sverige vid denna tid, än vad Peder Månsson gör. Det kan också vara så att han är något mindre polemisk och, till skillnad från Månsson, inte helt underkänner fältskärerna för deras brist på boklig bildning, utan erkänner deras specifika kompetens. Peder Månsson avsåg med sina skrifter att förmedla de lärdomstraditioner och nya strömningar inom bland annat medicinen och synen på den mänskliga kroppen, som han kommit i kontakt med i södra Europa, till det gamla hemlandet. Han använde därför genomgående kontrasterandet mot den efterblivna okunnigheten i Sverige som ett retoriskt grepp för att framhäva sitt budskap.²⁰⁴

De pretentioner dessa renässansmän ger uttryck för under första delen av 1500-talet – förväntningar som var helt orealistiska på medeltiden – kan snarare sägas spegla en ny situation då läkekunniga med olika specialinriktningar och särskilda kunskaper i allt högre grad faktiskt kunde efterfrågas. Apotekaren och amatörhistorikern Axel Kockum har visat att det åtminstone för de mest bemedlade ofta fanns både läkare, apotekare och bardskärer att tillgå vid den tiden. I sin undersökning om Vasahovens läkare och apotekare nämner han ett tjugotal representanter för vardera av dessa yrkesgrupper.²⁰⁵

En faktor som är intressant att beakta i diskussionen om den numerära tillgången till läkare eller andra läkekunniga är huruvida det bildades skrän för yrkesgruppen (-grupperna) eller inte. Då skrän förutsätter ett visst numerärt underlag skulle skråbildandet i de största svenska städerna kunna antyda att antalet praktiker ökade från och med en bit in på 1400-talet. Samtidigt är det vanskligt att förlita sig på omnämmandet av skrän, eftersom skråväsendet inte var riktigt utvecklat för något yrke i Sverige förrän mot slutet av medeltiden. Dessutom kunde skråna ha en exkluderande – och på så vis potentiellt numerärt hämmande – funktion. Skråtvång kunde nämligen kombineras med bestämmelser för maximalt antal praktiker inom en och samma stad, så kallad *numerus clausulus*. Bestämmelsen om det maximala antalet kunde vara ett uttryck för en intern önskan om begränsad konkurrens, men kunde även motiveras av påbud från kungamakten för att garantera de verksammes inkomst och därmed fiskala bärighet.²⁰⁶ För bardskärerna i Malmö fanns exempelvis en *numerus clausulus* från 1544 som begränsade antalet bardskärsmästare till högst sex stycken. I Stockholm fanns en klausul från 1571, också med begränsning till högst sex och från Bergen år 1597 till högst nio. Detta kan jämföras med *numerus clausulus* för kannngjutarmästare, vilka i Stockholm år 1545 fick vara högst fem och

204. Qvarsell 2004, s. 371.

205. Kockum 1949.

206. Lindström 1991, s. 191ff.

för snickarmästarna i samma stad 1575, vilka fick vara högst åtta stycken.²⁰⁷ Jag återkommer till skråväsendet i kapitel 5.4.3.

Under renässansen och senare var bestämmelserna mot bönhasar (dvs. icke skråanslutna) stränga i många städer. Bönhasar ogillades av såväl de skråanslutna som av kungen, eftersom de för de förra innebar ovälkommen konkurrens och för den senare förlorade skatteintäkter. De noterades därför nogsamt. I en saköreslängd från Bergen från 1608/1609 finns två bardskärer noterade som bönhasar.²⁰⁸ På landsbygden och i mindre städer utgjorde bönhasarna säkerligen en stor andel, sannolikt ofta majoriteten.

När det, sammanfattningsvis, gäller de medeltida förhållandena tyder alltså mycket på att det på många håll i Sverige, åtminstone i städerna, under en stor del av den studerade perioden var förhållandevis gott om läkare i någon form. Antalet praktiserande läkare med olika inriktning och olika typer av utbildning påverkades av intensiteten och karaktären i kontakterna och utbytet med andra länder. Liksom inom andra hantverk och yrkesgrupper i det senmedeltida Sverige var många läkare, bardskärer och apotekare av tysk eller holländsk härkomst, vilka fått sin utbildning och träning i sina hemländer.²⁰⁹ Deras antal påverkades av den allmänna mobiliteten mellan olika regioner och innebar säkert ett positivt tillskott för yrkesgruppen i Sverige. De förde sannolikt också med sig nya idéer och kunskaper.

När man jämför landskapslagarnas omnämmanden av flera olika *laga läkare* under slutet av 1200-talet med skriftliga uppgifter om praktiker i Lund från 1500-talet är det också intressant att fundera kring hur det stod till med tillgången till läkare efter digerdöden och efterföljande pesters härjningar. Som redan nämnts bör epidemierna under 1300- och 1400-talen ha ansatt yrkesgruppen hårt och det är möjligt att den gynnsamma situation under vilken lagarna nedtecknades inte höll i sig medeltiden igenom. De många invandrade läkarna kan då ha fyllt ett viktigt tomrum i en annars kunskapspåver situation.

Den under renässansen kvantitativt tilltagande gruppen av praktiker, liksom de ökade regleringarna i och med skråväsendet och den tilltagande professionaliseringen, förefaller på sina håll ha lett till rivalitet som kunde ta sig allvarliga uttryck. I Nya Lödöses tänkeböcker finns en uppgift om att en bardskärsmäster har kallat en annan för kvacksalvare och dessutom av en annan bardskär själv blivit skälld för ”enn vth-stupat tiuff och skielm”.²¹⁰ Det finns även uppgifter om att en bardskärshustru ska ha stuckit en konkurrerande bardskärsmästare i ryggen med en kniv.²¹¹ Praktiker som

207. Ibid., s. 195f.

208. Ibid., s. 199ff.

209. Lindroth 1951, s. 45.

210. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 31 augusti 1603.

211. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 9 oktober 1589.

verkade inom olika läkeyrken förefaller däremot ha kunnat samsas bättre. Tomtförteckningarna från Lund visar till exempel att apotekare och bardskärer under 1600-talet inte sällan var grannar och ibland även övertog varandras stadstomter.

5.3.2. Läkarnas sociala ställning

Att män och kvinnor av kunglig börd ofta tillskrevs läkekunnighet och helande förmåga, liksom läkekunstens förmodade gudomliga ursprung i sagorna, har redan nämnts. Båda dessa förhållanden säger något om attityden till eller synen på de läkekunniga. Historikern Rosemary O'Day har med utgångspunkt i 1500-talets England diskuterat läkaryrket som ett av de tre gentlemannakallen. Hon tycker sig se stora likheter med andra lärda yrken, framför allt med prästerskapet och juristerna. Med sina altruistiska ideal konnoterade alla de lärda professionerna till samhällets aristokrati, och detta var en viktig del av yrkenas *ethos*, menar O'Day.²¹² Även läkaryrkets karaktär av hantverk och handel var långt ifrån nedsättande. Tvärtom förefaller det ha varit ett yrke med högt anseende och yrkesstolthet.²¹³ Apotekarna stod närmare handelsmännen och månglarna och hade därför, åtminstone i England, lägre anseende än övriga läkeyrken, ibland även lägre än barberarna.²¹⁴

Situationen i England var på många sätt annorlunda än den i Sverige (det fanns till exempel universitet med utbildning i medicin), men det goda anseendet verkar ha funnits även här. Det finns mångfaldiga exempel från den period O'Day studerat (från 1500-talet och ett par århundraden framåt) på att inte bara universitetsutbildade läkare, utan även bardskärer, njöt höga positioner i samhället. De var framstående och betrodda borgare, rådmän och borgmästare i städerna.²¹⁵ I Nya Lödöse fick en bardskär vid ett tillfälle till och med äran att föra hela stadens talan inför det kungliga majestädet.²¹⁶ Vissa bardskärer och läkare kunde även kosta på sig exklusiva begravingar. I 1500-talets Vadstena begrovs en bardskär, tillika *medicus*, inne i klosterkyrkan och i 1600-talets Lund begrovs en bardskär inne i domkyrkan.²¹⁷ Dessa exempel är sena, men den utbildade gruppen av läkare förefaller ha haft ett högt anseende även under medeltiden. Den redan omnämnde läkaren Hrafn Sveinbjarnarson ska ha umgåtts i

212. O'Day 2000, s. 25ff.

213. Jfr Rawcliffe 1995, s. 45ff., där hon diskuterar detta och anför historiska belägg från Storbritannien.

214. Gottfried 1986, s. 80.

215. Katalogen för kv. Apotekaren i Lund och för Nya Lödöse; Söderström 2000d, s. 363.

216. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 2 februari 1591; 12 april 1591.

217. Läkaren Johannes Medicus år 1560 i Vadstena (gravstenen är idag endast delvis synlig pga. fasta element med elementskydd som monterats utefter väggarna i kyrksalen) och Mäster Hans Arildsen i Lund; Katalogen för kv. S:t Clemens i Lund samt för Vadstena stad.

samhällets översta sociala och politiska skikt.²¹⁸ Han framställs som en riktig gentleman – excellent i ädla sporter, hjältemodig, moraliskt oklanderlig och föredömlig på alla sätt.²¹⁹ Samma upphöjda nimbus ges även den redan nämnde Skjöld och hans son Gram i Saxos krönika.²²⁰ De framställs som storartade personer; hjälte- eller helgonlika. När det gäller såväl Hrafn som Skjöld och Gram är deras kunskaper i läkekonst bara en av alla deras förtjänster. Denna tradition kan ha gått långt tillbaka. Utan att här göra jämförelser i övrigt, finns paralleller i indiska verk, vilka översattes till arabiska under nordisk sen järnålder.²²¹ Kanske kan man tänka sig att ett gudomligt ursprung och en närmast fulländad karaktär och fysik hos en läkare uppfattades främja hans eller hennes förmåga att stävja såväl sjukdomens onda väsen som dess fysiska ofullkomligheter.

De mest framstående läkarna kunde anlitas av samhällets mest bemedlade familjer eller av hovet. De översta sociala skikten kunde kosta på sig mer eller mindre privata läkare. Historiska exempel är kung Erik Magnussons livläkare Lars Johansson, som var gift med en av Ulf Gudmarssons och Birgitta Birgersdotters döttrar och den berömda läkaren Henrik Harpestreng, vilken var mycket väl ansedd och under några år på 1240-talet var kung Erik Plovpenning läkare.²²²

Läkaryrket hade även en viss juridisk status och läkarna kunde ha ett juridiskt skydd. Både *Upplandslagen*, *Hälsingelagen*, *Södermannalagen* och *Bjärkeöarätten*, det vill säga lagarna i de östra Svealandskapen, stadgar att en *läkare* ska vittna i skademål och bedöma omfattningen och karaktären på ett sår eller en skada.²²³ Det vanligaste i lagarna är annars att det endast krävs ett visst antal vittnen (män). Det antyder att läkaren i egenskap av specialist hade en juridiskt starkare röst. Den *laga läkaren* var inte kvalitativt utbytbar mot någon som saknade dennes speciella kompetens.

218. Tjomsland 1951, s. Xf.

219. *The Saga of Hrafn Sveinbjarnarson* 1951, kap. 1; *Hrafnis saga hin sérstaka* 1988, kap. 3.

220. Saxo Grammaticus 1 boken, kap. 3–4.

221. Enligt Susruta, vilken ska ha varit en indisk kirurg, skulle en student som önskade studera läkekonst vara ung, av god familj, vetgirig, stark, handlingskraftig, karaktärsfast, ha god självkontroll, en god förmåga att memorera, vara intellektuell och ha lätt att förstå, modig, ren (felfri?) till kropp och själ, ha god förmåga att förstå och vinna insikter i det som studeras. Han (eller hon?) skulle dessutom ha tunna läppar, små tänder, en smal tunga, rak näsa, stora ärliga intelligenta ögon och ha fina läppkonturer. Vidare skulle han (eller hon=?) ha ett nöjt sinnelag, vara angenäm i tal och handling och noggrann i alla sina göromål. Verket översattes till arabiska runt 800 e.v.t. (Ellis 2001, s. 16). Jfr även Solomon 2010, s. 60f.

222. Schmid 1951, s. 310; Kousgård Sørensen 1982, s. 76ff. Hos Plovpenning troligen mellan 1241 och 1244. Enl. Kousgård Sørensen följde Harpestreng den salernitanska traditionen, vilken åtminstone inledningsvis hade en mer praktisk orientering snarare än skolastisk, även om de filosofiska inslagen ökade med tiden.

223. UL, M XXIV fl. 2; HL, M XIV; SdmLM, III; Bj XIV fl. Detta kan jämföras med kirurger i London, vilka förväntades kunna ge sanningsenlig information till stadens konstuplar, något som övervakades av The Fellowship of Surgeons som bildades 1368–1369 (Gottfried 1986, s. 19).

Det är också intressant att jämföra med de eftermedeltida uppgifterna om bardskärer som rådmän; en praxis som mot slutet av 1500-talet troligen var mer allmänt utbredd.²²⁴ I den tidigmedeltida isländska lagen *Grágas* fanns också en lagstadgad ansvarsfrihet för dem som utförde läkande behandlingar, ifall behandlingen skulle misslyckas.²²⁵ Detta indikerar hur man värnade om läkekonsten och dess utövare. Ett motsvarande juridiskt skydd saknades dock i Sverige och på många andra håll i Europa. I England riskerade en läkare rättsliga påföljder om han eller hon misslyckades med en behandling. Läkaren kunde därför välja att avstå från att ta sig an fall där utsikterna för en lyckad utgång var små.²²⁶

Den dominerande bilden är alltså att läkare hade en god ställning och ett gott anseende. Emellanåt kan man emellertid skönja en mer skeptisk attityd. Saxos svidande kritik (vilken i och för sig troligen var politiskt färgad) av den läkekunnige abboten Johannes från Skåne, skulle kunna tolkas så: man ska inte lita på läkarna.²²⁷ Han skrev:

Ja, var det bare Sunes forudanelse og ikke lægens lærde forudsigelser der havde taget fejl! Aldrig så snart havde han lovet bedring før kongen gik bort – og dermed tydeligt beviste hvor lidt man skal stole på lægernes hjælp.²²⁸

Även en passage i Olaus Magnus historia om de nordiska folken andas en viss skepsis eller brist på samarbetsvilja från de potentiella patienterna. Han skriver att

[h]äraf kommer sig, att det i de nordiska rikena finnes högst få läkare, som kunna ägna de sjuka en god vård. Detta beror ingalunda därpå, att de [läkarna] hysa tvifvel om sin konst eller sin skicklighet att kureras sjukdomar, utan därpå, att de, som skola kureras, äro så oregerliga.²²⁹

224. I *Nya Lödöse Tänkeböcker* 15/8 1597 uppges t.ex. att mester Hans bådskier bedömer grad av skada i ett rättsligt fall. Han bedömer att det rör sig om två blodviten och ett sårsmål. I Stockholms stads tänkeböcker uppges vid några tillfällen att bardskärer synar skador eller besiktigar döda kroppar (1524–29: s. 30, 212; 16/7 1593); Katalogen för Nya Lödöse.

225. *Grágás Staþarhólsbók: Vigslóði*, 1879, flokk 364: "Ef maðR breNir maN. eða nemr bloð manne til heilendis honom."

226. Jfr Post 1972; Rawcliffe 1999, s. 70f., 142.

227. T.ex. Cinthio 2002, s. 157f. om politisk lojalitet; Saxo Grammaticus, 15 boken, kap. 6:9: "tydeligt beviste hvor lidt man skal stole på lægernes hjælp"; jfr med engelske diktaren Geoffrey Chaucers, vilken själv var utbildad inom bland annat astronomi, medicin och alkemi, raljerande i *Canterbury Tales* från 1300-talets andra hälft: "God's blessing on you, Doctor, not forgetting; Your various urinals and chamber-pots [eg. jurdones], Bottles, medicaments and cordial tots; And boxes brimming all with panaceas [universalmedel], God's blessing on them all and St Maria's! You look a proper fellow! Pills and pellets!"

228. Saxo 15 boken, kap. 6, vers 9.

229. Olaus Magnus 13 boken, kap. 18; 16 boken, kap. 50.

I *Nya Lödöse Tänkeböcker* kan man läsa att Scarias bådskers moder Karinn (Karinn bådskårs) blivit kallad trollkona och blivit slagen blå.²³⁰ Dessa passager skiljs åt av flera hundra år, men illustrerar möjligen en misstänksamhet mot yrkesgruppen eller kanske snarast gentemot en viss del av den.

5.3.3. Miljöer där läkare verkade

Var i samhället var då dessa läkare verksamma? Barmhjärtighetsinrättningar, som hospital, helgeandshus och själastugor, uppstod under medeltidens gång på kyrkligt och privat initiativ i eller nära de större städerna, men detta var ett i sammanhanget marginellt fenomen om man ser till hela den studerade perioden. Andra forskare har, för europeiskt vidkommande, visat att läkare under medeltiden endast i mycket liten utsträckning hade med dessa institutioner att göra.²³¹ Dessutom visar det här studerade arkeologiska materialet tydligt att det huvudsakligen var i andra, icke-institutionella, miljöer som läkare verkade. Jag kommer här först att uppmärksamma var i samhället *utanför* institutionerna de fanns. Därefter kommer jag att diskutera olika institutionsmiljöer och i vilken mån läkare verkade där.

ICKE-INSTITUTIONELLA MILJÖER

Läkarna var fler i mer tätbefolkade miljöer – det säger förnuftet och det visar det arkeologiska materialet – men de var förmodligen i någon mån verksamma även i glesbygden. De kan i så fall ha fört en delvis ambulerande verksamhet och det är möjligt att även städernas läkare gjorde hembesök på landsbygden (åtminstone före skråbildningarna i slutet av 1500-talet). Det är också troligt att städernas läkare, och kanske aristokratins läkare som var verksamma vid borgar och slott, söktes upp av patienter från omlandet. Utifrån sagamaterialet får man intrycket att det var mer vanligt att patienten – om möjligt – reste till läkaren än tvärt om, och att läkaren eller läkerskan i första hand var verksam hemma hos sig själv.²³² I sagan om Hrafn Sveinbjarnarson står det till exempel att han bjöd vård åt de behövande som besökte hans gård Eyri. Så gjorde även den läkekunnige biskop Gudmund den Gode, men han förefaller även ha gjort hembesök.²³³ I *Njals saga* står det uttryckligen att en skadad man *söker upp* den läkekunnige Hjalte Skägge-son i Tjorsådalen.²³⁴ I *Oddruns gråt*,

230. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 20 augusti 1599.

231. Agrimi & Crisciani 1998, s. 190f.

232. Även en passage i Saxos krönika (7 boken, kap. 2) illustrerar detta.

233. T.ex. *The life of Gudmund the Good, bishop of Holar* 1942, kap. 78.

234. *Njals saga* 2007, del III, "Njal och kristendomen", "Den stora branden på Bergtorsvål", kap. 36: "De dödas ben".

däremot, står det att den läkekunniga Oddrun *tillkallas* i en kritisk förlossningssituation; en situation då den nödställda alltså inte kunde flyttas. Vid fältslag fanns läkare på plats. I slaget vid Stiklestad upprättades en provisorisk fältsjukstuga i ett skjul.²³⁵ I de svenska arkeologiska materialen är emellertid de identifierbara läkeartefakterna från landsbygdsmiljöer mycket få, om man undantar rurala högreståndsmiljöer, och eventuella läkare på landsbygden förblir svåra att urskilja.²³⁶

Däremot är läkarna i städerna relativt väl synliga. Tittar man på Lund så visar den materiella kulturen tydligt att de läkekunniga huvudsakligen var verksamma i stadens mest centrala delar. Fyndens utbredning sammanfaller med stadens viktigaste merkantila stråk, där hantverks- och handelsnärings bedrevs och där flest människor rörde sig. Detsamma verkar gälla Vadstena stad, Gamla Lödöse, Sigtuna och Uppsala, och det kan därför antas gälla som allmän regel, även om källäget varierar kraftigt mellan de studerade platserna och inte alltid räcker för en självständig utsaga.²³⁷ Begränsar man analysen till instrument och annan utrustning som måste antas spegla praktikernas verksamhet, snarare än konsumenternas (patienternas), blir bilden ännu tydligare. En koncentration kan då för Lunds del tidigt skönjas precis väster om Stortorget. Jag tolkar det som att läkepraktikerna i Lund redan under medeltiden huvudsakligen verkade vid torget. Materialet från Sigtuna ger samma intryck, där en platskontinuitet verkar kunna skönjas helt centralt i staden under den tidiga medeltiden, och i materialet från Vadstena, som under medeltidens senare del framför allt kan knytas till tomter vid torget. Det eftermedeltida skriftliga materialet med uppgifter om tomtinnehav i Sigtuna och Lund visar tydligt samma bild. Sedan mitten av 1600-talet låg apoteket Svanen på samma plats i Lund som idag, nordväst om torget. Man kan därför konstatera en månghundraårig platskontinuitet av läkekunniga och deras praktik i Lunds centrum. Det var runt Stortorget som läkarna, bardskärerna och apotekarna bodde och verkade.²³⁸

Det förefaller även som om de kirurgiskt läkekunniga framför allt var verksamma i städernas profana miljöer. Den rumsliga spridningen av Lundamaterialet visar en tydlig avvikelse för artefaktmaterialet från de tomter som hyste kyrkor och kloster.²³⁹ I de fall material påträffats på kyrko- och klostertomter utgörs de av medikamentskärl och någon enstaka sond, samt av pincetter. Vid hospitalet har ett par åderlättningsjärn

235. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234; kap. 6.2.2.

236. T.ex. Lindholmens borg i Skåne, Eketorp på Öland, Vadersholms fäste i Västergötland, Ringstaholm och Borg säteri i Östergötland, Adelsö i Uppland.

237. Katalogen för dessa städer.

238. En liknande situation kan beläggas för Vadstena stad, se katalogen för Vadstena.

239. Fyndspridningen jämförs med Andrén 1982, s. 19, karta 1, där kyrkotomterna i det medeltida Lund är markerade. Det blir då tydligt att det läkerelaterade artefaktmaterialet huvudsakligen har påträffats på andra ytor.

påträffats. Uppsalamaterialet ger en liknande bild. Materialet från domberget (där Uppsala domkyrka ligger) består av kärl och pincetter, medan materialet från den profana borgarstaden även innehåller åderlättningsjärn och kirurgiska föremål. De skriftliga eftermedeltida beläggen för läkare och bardskärer i Uppsala kan dessutom alla knytas till borgarstaden.²⁴⁰

Det går för Lunds del att urskilja en viss kronologisk upplösning av denna bild, från den tidiga medeltiden till renässansen. Lund stad hade, så vitt vi vet, inte något egentligt torg förrän runt 1100. Däremot löpte den tidigare nämnda huvudgatan eller torggatan genom staden i nord-sydlig riktning, utmed vilken handel och hantverk idkades.²⁴¹ Man kan notera en tendens till en mer nord-sydlig spridning av de allra äldsta fynden (från 1000–1200-talen), från platsen för det medeltida torget och söderut (fig. 65). Fynden från medeltidens senare del (från 1300–1400-talen) har inte samma utbredning åt söder, utan visar snarare en viss spridning i öst-västlig riktning i höjd med torget (fig. 66). Detta torde spegla att torget då anlagts eller bildats, och att läkarna, liksom utövarna av annan merkantil näring, då koncentrerats dit. Det yngsta materialet (från 1500–1600-talen) har en något yvigare spridning i stadsrummet, men med en tydlig tyngdpunkt nordväst om Stortorget, där bland annat apoteket kom att ligga från mitten av 1600-talet, men där även bardskärer dessförinnan höll till (fig. 67, 68 och 69). Att läkeartefakterna följer samma spridningsmönster som övriga merkantila artefakter speglar att läkekonsten var ett hantverk och en handelsnäring och därför beroende av närheten till människor. 1600-talets läkare (begreppet läkare hade nu möjligen en annorlunda innebörd, sedan läkaryrket delats upp mellan bardskärer och apotekare, med flera) och medicine professorer i Lund däremot bodde inte huvudsakligen vid torget, även om de bodde relativt centralt. Det skulle kunna förklaras med att de inte alltid (även om det förekom) utövade klinisk verksamhet, utan var kopplade till universitetet. Därmed var de inte heller lika beroende av att kunna skylta med sin verksamhet.

Den verksamhet som kan identifieras på de vanliga stadsgårdarna är kirurgi och läkemedelshantering, genom skalpeller och andra kirurgiska instrument och genom läkemedelskärl. Åderlättningsjärnen uppvisar intressant nog ett delvis annat spridningsmönster, vilket talar för att åderlätning under medeltiden normalt sett inte var en del av den vanliga läkekonsten, utan utövades av andra typer av praktiker eller i andra miljöer.²⁴² Åderlättningsjärnen påträffas istället huvudsakligen vid badstugorna och vid de religiösa institutionerna, till vilka jag räknar medeltida hospital.²⁴³ Kanske var det därför snarare badare/baderskor eller särskilda kopperskor/åderlåterskor som

240. Katalogen för Lund respektive Uppsala.

241. Eriksdotter 1994; Carelli 2001, s. 124f.

242. Jfr kap. 6.2.4.

243. Katalogen för kv. Ambrosia i Linköping, kv. S:t Jörgen i Lund och kv. Kransen i Uppsala samt för klostren.

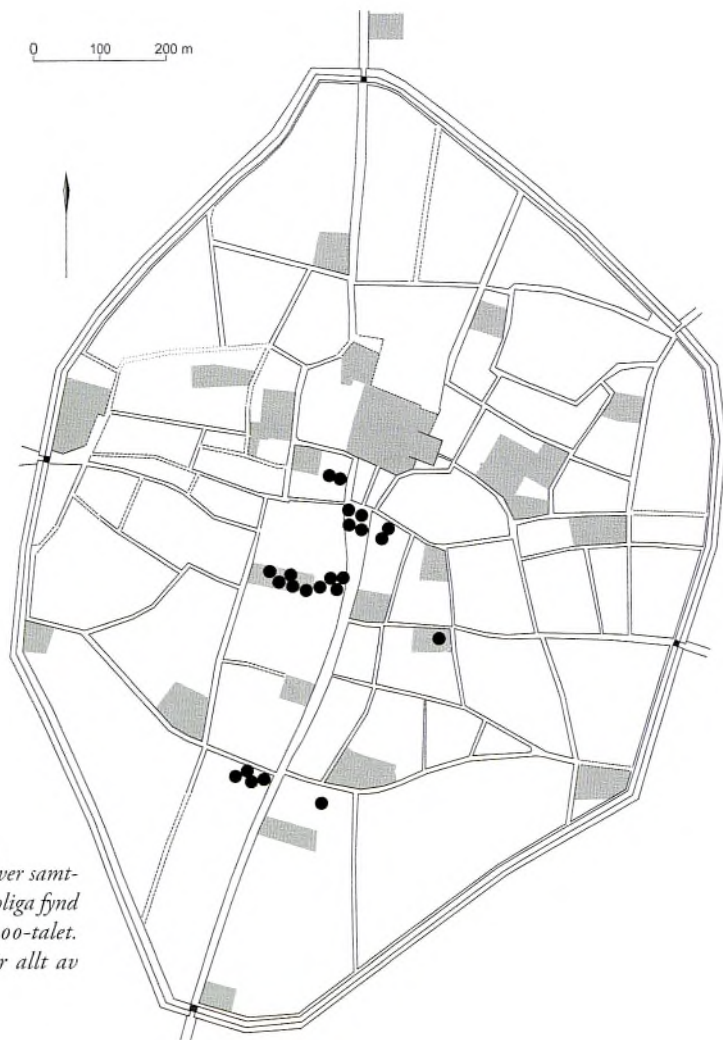


Fig. 65: Spridningskarta över samtliga daterbara säkra och troliga fynd från Lund från 1000–1200-talet. Materialet utgörs framför allt av epileringspincetter.

utförde denna typ av behandling; inte de som kallades läkare eller bardskärer. Att särskilda benämningar för dem som utförde åderlåtning och koppning fanns stärker denna tes. Under 1500-talets första år var ”Birgitta åderlåterska” och sedan ”Henrik koppare” föreståndare för badstugan på Helgeandsholmen i Stockholm, vilket illustrerar att dessa behandlingsformer vid denna tid kommit att bli viktiga vid badstugor och att det var särskilda personer (inte läkare) som utförde behandlingarna.²⁴⁴ Däremot påträffas sällan övriga typer av läkeföremål vid badstugorna.²⁴⁵ Det verkar därför

244. Dahlbäck 1983, s. 79.

245. Ätminstone inte de av oss genom arkeologiska undersökningar eller skriftliga uppgifter kända badstugorna.

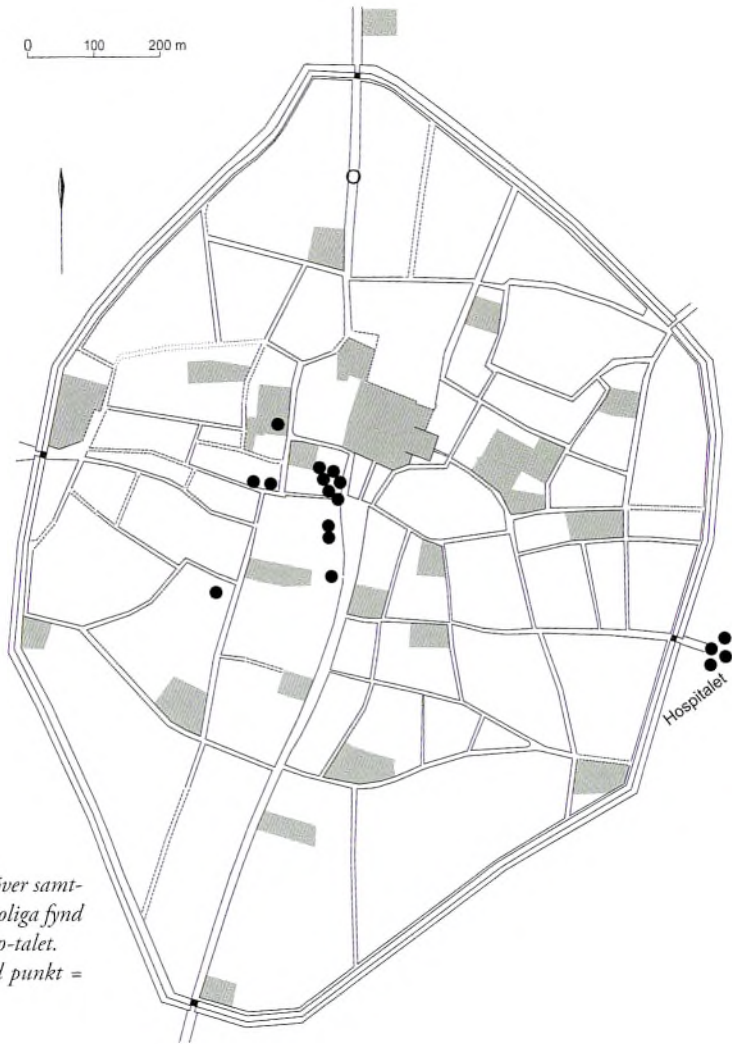


Fig. 66: Spridningskarta över samtliga daterbara säkra och troliga fynd från Lund från 1300–1400-talet. Punkt = fyndlokal. Ofylld punkt = ungefärlig fyndlokal.

inte som att läkarna och läkerskorna regelmässigt var knutna till badstugor, även om vi vet att det förekom. Från år 1444 finns till exempel en uppgift om att läkerskor behandlade Vadstenanunnorna i dessas badstuga.²⁴⁶ Inte heller i de eftermedeltida tomtförteckningarna över Lunds stad går det att se någon tydlig koppling mellan badstugor och läkare.²⁴⁷ Ett möjligt undantag är bardskären Johan Brochmand som i

246. Rajamaa 1992, s. 154; generalkonfessor Johannes Borkvardssons förmaning 1444: "oc somblica läkirschor gaanga in i systra badstuguo thän tiidh systrarna the som siwka ärw thär ärw nakna oc badha mädth them som thät sig". Från Tallin finns en uppgift som är intressant i sammanhanget, om en Gherdt Stromberch, som var verksam vid en badstuga som såriläkare, "Wundarzt" (Seeberg-Elverfeldt 1975, s. 62f.). Jag vill särskilt tacka Magdalena Naum, som gjorde mig uppmärksam på det sista.

247. Katalogen för Lund; Andrén 1982.

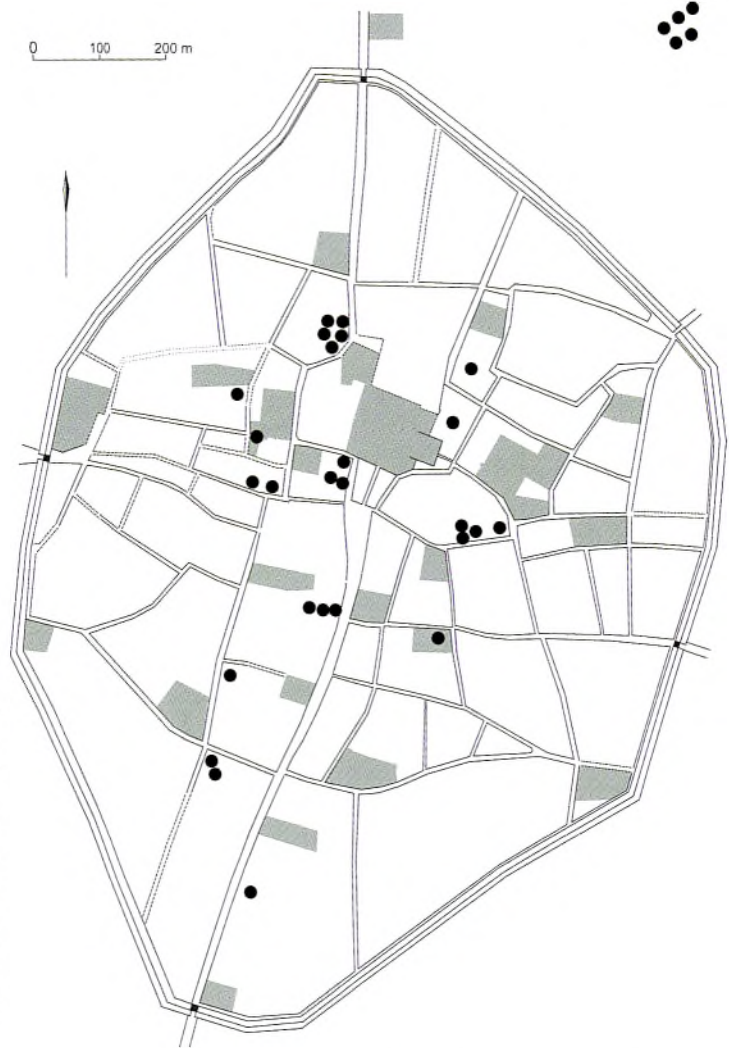


Fig. 67: Spridningskarta över samliga daterbara säkra och troliga fynd från Lund från 1500–1600-talet. Spridningsbilden har stora likheter med spridningen av kända bardskärers och apotekares tomtinnehav på 1600-talet, men skiljer sig från kända bardskärers tomtinnehav under 1500-talet, varför materialet kan tänkas spegla framför allt 1600-talet.

början av 1600-talet var verksam vid norra Bredgatans västra sida, där det åtminstone tidigare (i mitten av 1400-talet) hade legat en badstuga.²⁴⁸ Vid slutet av 1500-talet ingick åderlåtning i det som en bardskär skulle kunna.²⁴⁹

Läkekunniga personer krävdes naturligtvis även i fält vid stridigheter för att ta hand om de sårade. Sådana fältläkare, både kvinnliga och manliga, nämns på flera ställen i sagamaterialet och flera har redan nämnts tidigare.²⁵⁰ Som yrkesgrupp var bard- och fältskärerna av särskilt intresse för kronan, inte minst för krigstjänst. Tyvärr

248. Dock okänt om den fortfarande fanns under Brochmands tid.

249. Kap. 5.4.2.

250. T.ex. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234; *Magnus den godes saga* 1994, kap. 28.

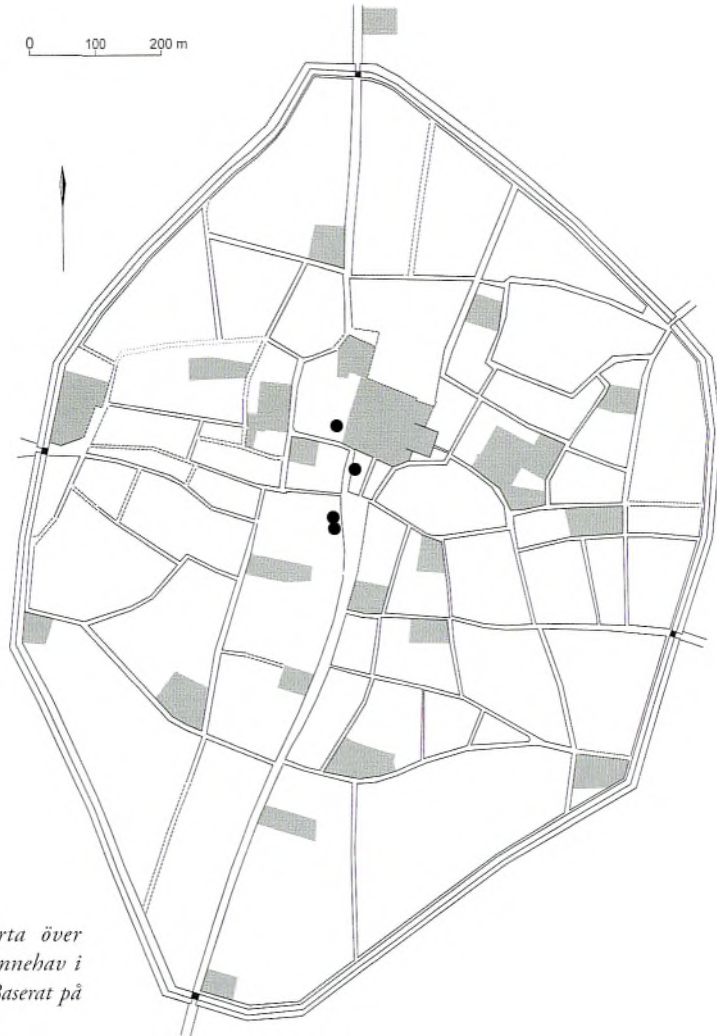


Fig. 68: Spridningskarta över bardskärers kända tomtinnehav i Lund under 1500-talet. Baserat på uppgifter i Andrén 1982.

finns det inte arkeologiskt underlag för att diskutera dessas praktik vid själva slagfältet. Däremot visar det fantastiska materialet från skeppet Kronan utanför Öland vad som kunde rymmas i en skeppsläkares kista.²⁵¹ Kronanmaterialet innehåller framför allt plåsterrullar, pilleraskar, apotekskärl, salveburkar och medicinflaskor.²⁵² De bevarade föremålen ger intressant nog intrycket av att det var en apotekare snarare än en bardskär som var med på skeppet, kanske för att ta hand om besättningen rent allmänt och inte bara vid eventuell strid. Möjligheten finns dock att instrument av järn

251. Utställningen om skeppet Kronan på Kalmar länsmuseum.

252. Vissa kärls innehåll är analyserade och publicerade, t.ex. Ohlson & Lindeke 2006; Lindeke et al. 2009.



Fig. 69: Spridningskarta över bardskärers, apotekares, läkares och medicine professorers kända tomt-innehav i Lund under 1600-talet. Punkt = bardskärer, stjärna = apotekare, ring = läkare och medicine professorer. Baserat på uppgifter i Andréén 1982.

(till exempel skalpeller) funnits, men att dessa tunna föremål helt rostas bort under den långa tiden på havsbotten.

Läkarna återfanns även i de mer välbesuttna miljöerna. Kungligheter hade från medeltiden och framåt egna livläkare, och senare bardskärer och hovapotekare.²⁵³ Från och med senare delen av 1500-talet är det också känt att kungar kunde rekquirera bardskärer från städerna för att tillgodose sitt eget eller huvudstadens behov. I både Malmö och Stockholm var bardskärsskråna skyldiga att vid behov ställa en mästare till sin respektive kungs förfogande.²⁵⁴

253. T.ex. MEST Kg Fl. XIX; Kockum 1949 om Vasahovet.

254. Lindström 1991, s. 181.

Man skulle kunnat tänka sig att borgar, med dessas funktion både som den besuttna elitens residens och som garnisonsmiljöer, skulle genererat ett arkeologiskt material som visar på närvaron av kvalificerade läkare, vilka även kunde tjänstgöra i fält vid strid. Så är dock sällan fallet. Särskilt lyser bard- och fältskärerna med sin frånvaro. Utifrån den materiella kulturen att döma förefaller det som att läkarna där ofta snarare verkade som *medici* eller *physici*, det vill säga inte kirurgiskt kunniga. Det arkeologiska fyndmaterialet från borgar och slott består så gott som uteslutande av salvekrus, flaskor och åderlåtningsjärn, även om undantag finns.²⁵⁵ Saxos berättelse om den läkekunnige abboten Johannes, vilken skickas efter till kung Valdemars sjukbädd och där behandlade honom enligt metoder som förefaller ligga en *physicus'* kunskaper nära, stämmer väl med den bild de arkeologiska borgmaterialen ger.²⁵⁶

HOSPITAL OCH HELGEANDSHUS

I eller invid de flesta mer betydande städer fanns hospital och/eller helgeandshus, själastugor och från och med en bit in på 1500-talet även sjukhus (t.ex. Mårten Skinnares "Siukahuss" i Vadstena, instiftat 1521).²⁵⁷ Hospitalen och helgeandshusen har endast undersökts arkeologiskt i mindre omfattning, och dessa undersökningar har inte givit mycket information om vilken läkekonst som eventuellt har funnits där. Detta kan till stor del – men inte helt – förklaras med att det som undersökts varit andra delar av anläggningarna än de lokaler där de sjuka och fattiga vårdades, då såväl kyrkogårdar och ekonomiområden som kapell och annan, mer profan bebyggelse, har berörts.²⁵⁸ Institutionerna var dock viktiga som allmänna vård- och barmhärtighetsinstitutioner, inte minst för samhällets mindre bemedlade. Genom att de innebar en fysisk ansamling på en och samma plats av människor i nöd utgjorde de dessutom ett slags föregångare till kliniken, vars betydelse för ett nytt sätt att se på sjuka och sjukdom redan har diskuterats. Som sådana kom institutionerna, särskilt efter reformationen,

255. Borg säteri i Östergötland (SHM 33910:1341); Dyngge borg i Bohuslän (GSM Dyngge borg, fnr 1396); Lindholmens borg i Skåne (LUHM 30563/21174:2164, LUHM 30563/21174:4350, LUHM 30563/21174:229, LUHM 30563/21174:1006, LUHM 30563/21174:281, LUHM 30563/21174:2305, LUHM 30563/21174:1952, LUHM 30563/21174:1790, LUHM 30563/21174:a+b, LUHM 30563/21174:a-h, LUHM 30563/21174:2963, LUHM 30563/21174:313); Ringstaholm i Östergötland (SHM 14767:67); Vädersholms fäste i Västergötland (SHM 20950:5). Från Aranäs borg i Västergötland finns några föremål som av Wilhelm Holmqvist (1961, s. 31ff., fig. 2) identifierats som skalpeller. Jag menar dock att de kan vara fiskekrokar. Från Läckö slott: extraktorn SHM 21682:IV:62, se fig. 29.

256. Saxo Grammaticus 15 boken, kap. 6:8; Kap. 4.2.3. i föreliggande volym.

257. År 1519 (Qvarsell 2000, s. 621).

258. Cnattingius 1929 (opubl.); Blomqvist 1950; Sigsjö 1985, s. 199ff.; Mogren 1989; Jacobsson & Arcini 2002; Bäck 2003; Konsmar 2010; Jonsson 2012, Ödman e-post 2012-01-31.

då många hospital och helgeandshus slogs ihop för att mer effektivt tjäna samhället, att få betydelse även för läkekonstens utveckling.²⁵⁹

Det arkeologiska artefaktmaterialet, inte minst materialet från Lund, men även den generella bild stadsmaterialen ger, visar emellertid tydligt att dessa miljöer för medeltidens del inte ska förstås som sjukhus eller sjukstugor. Man kan konstatera den relativa frånvaron av artefakter som har med läkekonst att göra. Detsamma förefaller gälla även för andra städer. Den vård som gavs vid hospital och helgeandshus bestod snarare i att de intagna fick mat, kläder, husrum och andlig spis. Ett par åderlättningsjärn från S:t Jörgens hospital i Lund utgör intressanta undantag.²⁶⁰ Från helgeandshuset på Helgeandsholmen i Stockholm finns också ett antal salvekrus som spår efter att de intagna kunde få medicinsk behandling.²⁶¹ Från helgeandshuset i Landskrona finns vissa skelett som tyder på att människor kan ha fått viss vård där, även om det är tveksamt hur kvalificerad den var. Det finns exempel på svåra huvudskador som läkt, men även på benbrott som läkt alldeles fel.²⁶² Det arkeologiska materialet verkar som helhet stödja uppfattningen att helgeandshus och institutioner inte i första hand var sjukvårdsinstitutioner, utan vårdinstitutioner i mer allmän betydelse.

Efter reformationen var dock situationen – eller kunde vara – delvis en annan, på grund av hospitalens nya ändamål. Gustav Vasa hade påbjudit att hospital och helgeandshus skulle slås samman i många städer och bilda en mer effektiv institution för samhällets sjuka. 1571 års kyrkoordning stadgar dessutom att varje hospital skulle ha en läkare knuten till sig.²⁶³ Vid Uppsala hospital var exempelvis bardskärer anställda under 1500-talet.²⁶⁴ Dessförinnan var hospitalsföreståndare som regel administratörer, snarare än läkekunniga personer. Antalet hospital under 1500-talet var dock ungefär detsamma som antalet medeltida hospital.

KLOSTER

I klostren bedrevs läkekonst som kom åtminstone klosterinvånarna till godo. Det är mer oklart vilken roll den spelade för det omgivande samhället, även om exempelvis franciskanerna i Lund kan ha haft en sjukstuga, vars läge antyder att den även var

259. Sandén & Westling *i manus*.

260. Förkomna; KM-nummer saknas, se dock Blomqvist 1950, s. 123. De båda åderlättningsjärnen kan även tolkas som uttryck för kroppsdisciplinering.

261. T.ex. ett urval i Dahlbäck 1983, s. 214.

262. Jacobsson & Arcini 2002, s. 176ff.

263. Sandén & Westling *i manus*.

264. Erik bardskärare, även benämnd doktor, bodde på en granntomt till helgeandshuset år 1528 (Dahlbäck et al. 1984, s. 275); bardskärsmäster Jakob Pommerning var anställd som föreståndare för institutionen år 1585 (Ljung 1954, s. 169f., 180ff.).

öppen för allmänheten. Läget ut mot gatan kan emellertid också tolkas som att profana läkare kom dit och vårdade bröderna.²⁶⁵ Flera kloster, såsom augustinerklostret Æbelholt och cisterciensklostret i Øm i Danmark och augustinerklostret (troligen) Skriðuklaustur på Island, har menats ha haft omfattande vårdverksamhet för utifrån kommande folk.²⁶⁶ Tolkningarna är framför allt baserade på osteologiska iakttagelser av skador och sjukdomar bland dem som begravts på klostrens kyrkogårdar. Man har menat att det i Æbelholt kloster bedrevs hospitalsverksamhet för utifrån kommande redan från cirka 1200 och genom klostrets hela existens.²⁶⁷ Då reviderade tolkningar i flera fall finns av de osteologiska iakttagelser som tidigare tolkats som behandlings-spår, är det dock oklart hur mycket det egentligen säger om huruvida folk specifikt och i större omfattning har sökt sig till klostren för vård, och vilken läkekonst som i så fall faktiskt fanns för dem. Kronobäck, nära Mönsterås, var dock ett hospital från 1200-talets senare del som i slutet av 1400-talet gjordes om till Johanniterkloster och, som det verkar, fortsatte att fungera som hospital under johanniternas ledning och ansvar.²⁶⁸

Av de kloster i Sverige som arkeologiskt undersökts mest ingående har läkevårds-instrument påträffats framför allt vid de manliga cisterciensklostren.²⁶⁹ Det är helt tydligt att läkekunniga personer med specialiserad utrustning, verkat där. Framför allt handlar det om utrustning för medicinering, sårbehandling och mindre kirurgi, men utrustning i form av skalpeller, brännjärn och hakar antyder att även kirurgiskt kunniga (lekbröder eller utifrån kommande kirurger?) personer verkat i dessa miljöer. Varken cisterciens- eller birgittinorden var emellertid omvitnat utåtriktad i sin sjukvård.

Cistercienserna följde S:t Benedicts regel. Där finns inget som säger att ett egentligt infirmarium måste finnas i ordens kloster. Däremot skulle ett enskilt rum för sjuka och svaga bröder finnas. Cisterciensordens infirmerier och tänkandet kring och regleringarna för dem var relativt detaljerade redan under 1100-talet, men utvecklades mycket under framför allt 1200-talet, då det är känt från engelskt håll att många klosterinfirmerier byggdes ut.²⁷⁰ Från och med denna tid uppfördes ofta särskilda påkostade infirmerier i sten och många gånger av ansenlig storlek i förhållande till övriga byggnader i klostren. Historikern David N. Bell har föreslagit att infirmeriehallen med sitt kapell längst fram i allt väsentligt uppfattades som en kyrka. När man byggde ett

265. Katalogen, Lund, kv. Gråbröder.

266. Isager 1936; Möller-Christensen 1958; Trabjerg 1993, s. 19ff., 29ff., 35; Kristjánsdóttir 2008; Kristjánsdóttir & Collins 2010.

267. Möller-Christensen 1945, s. 39ff., 55; Trabjerg 1993, s. 19.

268. Berntson 2006, s. 73.

269. Hit räknar jag de cisterciensiska institutionerna Alvastra, Varnhem, Vreta, Gudhem, dominikankonventet S:t Olof i Skänninge samt Vadstena kloster.

270. Bell 1998, s. 217; Cassidy-Welch 2008, s. 133.

infirmarium byggde man alltså i viss mening ytterligare en kyrka till klostret. Detta var, menar Bell, den främsta anledningen till att infirmariebyggnaderna var så påkostade. Även om profan läkekonst förekom där, var nämligen Gud den förste och mäktigaste läkaren och det var hans hjälp man främst sökte i infirmariet.²⁷¹

Precis som i England verkar infirmariearkitekturen i Sverige ha utvecklats från senare delen av 1200-talet och framåt. Då uppfördes de mer påkostade, idag identifierbara, stenbyggnader i klostren som jag menar kan tänkas ha fungerat som infirmarier.²⁷² Dessas dateringar är framför allt arkeologiskt grundade, men det finns även enstaka skriftliga uppgifter. Nydala kloster hade ett infirmarium som nämns 1299 i ett prästerligt testamente, angående sängar till infirmariet. Alvastra kloster hade ett infirmarium senast år 1385.²⁷³ Det verkar troligt att även Varnhem haft ett särskilt infirmarium, åtminstone för de egna invånarna. I Alvastra verkar flera byggnader i den del av klosterkomplexet som infirmariet bör ha legat ha uppförts under 1300-talet (fig. 70).²⁷⁴ Det är tänkbart att verksamheten då utvidgades till att omfatta även utifrån kommande sjuka, även om detta är svårt att belägga med säkerhet. Kanske kan man tänka sig att Alvastra och även andra kloster vid denna tid såg sin roll förändras. De stora pestepidemiernas framfart kan ha lett till en ny uppfattning om den egna rollen i förhållande till det omgivande samhället. Mängden byggnader runt infirmarieklostergården skulle kunna tolkas som att en särskild byggnad då tillhandahölls för vård av externa patienter, åtskild från de sjuka munkarnas infirmarium. Det är mer osäkert hur det förhöll sig med särskilda infirmariebyggnader vid de kvinnliga cisterciensiska institutionerna. Ett gästhärbärge för pilgrimer och andra vägfärande fanns vid Gudhems kloster och ett sådant kan ha funnits också i Vreta, även om det är mer osäkert. Fyndmaterialen från dessa institutioner tyder emellertid inte på någon omfattande läkeverksamhet, varken för de egna systrarna eller externt folk.²⁷⁵

Placeringen av infirmariet i den cisterciensiska klosterstrukturen kunde variera något, men oftast låg det öster om själva klosterkvadranten. I större europeiska kloster var inte sällan ett helt kvarter i sydöst ägnat infirmariets olika delar och tillhörande byggnader.²⁷⁶ Eftersom den sjuka kroppen avvek från balansen, från det ”normala”, skulle infirmariet och miljön omkring detta ligga avskilt från det egentliga klostret. Samtidigt fick det ofta en form som påminde om den centrala klosterkroppen, med byggnader arrangerade kring ett slags *claustrum*, en innergård, som en andra kloster-

271. Bell 1998, s. 218ff.

272. Katalogen för Alvastra, Varnhem, Vreta.

273. France 1992, s. 227.

274. Katalogen för Alvastra.

275. Katalogen för Gudhem och Vreta.

276. Bell 1998.



Fig. 70: Det sydöstra klosterområdet i Alvastra, sett från östra längan, vars södra del syns t.h. i förgrunden, med det lilla latrinhuset längst ned (t.h. i bild). Den mer välbevarade byggnaden med källarportalen är det s.k. Abbotshuset (Regners hus nr 5) och framför det i bild det ligger den östra innergården. Bortanför t.v. skimtar övriga byggnader (nr 3 och 4), vilka kan ha fungerat som infirmarier eller liknande. Foto den 17 juni 2011.

gård, ett infirmarieklaustrum.²⁷⁷ En skön klostergård ansågs dessutom vara viktig för de sjukas och svagas rekreation. I utbyggt tillstånd bestod huvudbyggnaden av en hall, vilken ofta var rejält tilltagen. Den kunde vara indelad i avdelningar och dessa i sin tur i bås eller alkover för ökad integritet för patienterna. I infirmariehallen skulle minst en eldstad för uppvärmning finnas. Dessutom fanns ofta kök, matkällare, kapell och infirmariernas bostad samt latriner i anslutning till hallen. Större kloster kunde ha en separat infirmariebyggnad för lekbröderna och eventuellt för utifrån kommande. De olika funktionerna kunde vara uppdelade i separata byggnader, men man kan tänka sig att de vid svenska kloster, som snarast var mindre eller mellanstora, delvis hystes i en och samma byggnad eller att vissa funktioner var förlagda till mer oansenliga intilliggande byggnader, kanske i trä.

Av de svenska cisterciensklöstren har Alvastra och till viss del Varnhem och Vreta rumsliga planer med en extra klostergård. I Alvastra, vars planlösning har mycket stora likheter med exempelvis cisterciensklostret Beaulieu i Hampshire, England, finns Östra innergården, sydöst om klosterkvadranten.²⁷⁸ Varnhem hade ingen tyd-

277. Kinder 2002, s. 361ff.

278. Bell 1998, fig. 1.

lig muromgärdad infirmarielostergård, men byggnaderna sydöst om klausuren är placerade på ett sätt som ändå påminner om en sådan planlösning. Vretas byggnader väst-sydväst om klostergården och de träbyggnader som troligen har avgränsat denna åt väster (alltså inte sydöst om, som i de båda manliga klostren), med det så kallade *klosterhuset* en bit avsides, följer i viss mån detta mönster. Där finns en liten klostergård med sin egen brunn. I Gudhem låg ett härbärke sannolikt sydöst om klausuren, men var sjuka systrar vårdades är oklart.²⁷⁹

Placeringen av infirmarier i öst eller sydöst, vilket var det vanligaste åtminstone för manliga institutioner, hade mångfacetterade praktiska och symboliska motiveringar med associationer till den kosmiska balansen, till den kristna andligheten och till den medicinska förståelsen av läkeprocessen, liksom till institutionernas kontroll över individen och förhållandet till det sjuka. Detta har diskuterats av bland andra religionsvetaren David Bell och medeltidshistorikern Megan Cassidy-Welch. Cassidy-Welch har påpekat att olika kroppsrelaterade aktiviteter rent allmänt framför allt ägde rum i den södra längan. Där åt man i refektoriet och värmde sig i calefaktoriet. Det var också där lavabon fanns, vilken gav tillgång till vatten för tvagning, och i södra korsgången tvagade bröderna varandras och de fattigas fötter. Det var även där den rituella rakningen och åderlåtningen företogs. Åderlåtning kunde vid behov även utföras i calefaktoriet, eftersom där var varmare.

Om man i den södra delen av klosterkomplexet ägnade sig åt kroppens underhåll och fysisk disciplinering, ägnades den östra åt den intellektuella och andliga stimulansen. Detta var en viktig anledning till att infirmarierna ofta låg i sydost. För god läkedom fordrades såväl fysisk omsorg som andlig. Förutom att öster förknippades med ljus rent generellt, symboliserade det inom kristenheten även Kristus som världens ljus. Av samma skäl som kyrkans kor låg i öster placerades därför infirmariet i öster. Väderstrecket öster framhölls dessutom i de antika medicinska skrifterna (de galenska och hippokratiska) som den mest förmånliga geografiska positionen för upprätthållandet av hälsa, genom dess tempererade och stabila klimat. En östlig placering av infirmariet var alltså helt i enlighet med synen på läkedom som en både fysisk och andlig läkeprocess. Söder och öster var även de väderstreck som förknippades med de livgivande egenskaperna ljus och värme enligt det klassiska kosmiska balanssystemet.²⁸⁰

Det fanns även rent praktiska skäl till infirmariernas placering i sydöst, där inte minst den nära tillgången till rinnande vatten spelade roll.²⁸¹ De cisterciensiska klostrens vattensystem löpte oftast genom de sydligare delarna, vilket var fallet både i Alvastra och i Varnhem. I Varnhem nådde det de troliga infirmariebyggnaderna först, för att

279. Katalogen för respektive kloster.

280. Bell 1998, s. 220ff.; Cassidy-Welch 2008, 137, 147ff., 160.

281. Jfr Bell 1998, s. 212ff.

därefter löpa vidare utmed klostrets södra länga och genom cellariet, på samma sätt som kunnat beläggas för många europeiska kloster.²⁸² I Vreta löpte vattenkanalen i det tidiga klostret längre åt norr, och nådde först klostrets nordöstra del, för att sedan rinna ut i klostrets västra del.

Den rumsliga spridningen av medicinska föremål från framför allt Alvastra, men även Varnhem, stärker tidigare tolkningar att dessa klosters infirmarier och andra rum för vård av sjuka och svaga låg i klostrens sydöstra delar.²⁸³ I Alvastra har inte minst sår-vårdsinstrument och medikamentskärl en koncentration till de sydöstra klosterregionerna. Skalpellerna har dock en mer västlig spridning (bland annat i lekmanälängan), vilket skulle kunna tolkas som att kirurgiska ingrepp huvudsakligen utfördes av andra än de (prästvigde) klosterläkare som annars var verksamma i infirmariet. Kanske såg man, som redan föreslagits, till att knyta bardskärer till sig i lekbrödragruppen, vilka kunde behandla klostrets invånare, men kanske anlidade man även utomstående läkare.²⁸⁴

Mer precist vilken byggnad som fungerade som infirmarium i Alvastra kloster har tidigare diskuterats av flera forskare och flera olika byggnader i sydöst har föreslagits. Att söka peka ut en specifik byggnad utgår dock sannolikt från felställd fråga, med tanke på att infirmarier ofta utgjordes av hela byggnadskomplex. Som framgår i katalogens genomgång varierar förutsättningarna för att tolka rumslig spridning av föremålen i klostren, men genom att kombinera fyndanalys från flera institutioner med andra tolkningsunderlag (framför allt arkitektoniska), går det att föra ett empiriskt grundat resonemang kring var i klostren vård av sjuka och svaga kan ha företagits. Jag menar att det är troligt att flera rum och/eller byggnader har använts för olika grupper av sjuka och svaga. Om det dessutom funnits infirmarier för utifrån kommande i klostrens regi innebär det att ytterligare utrymme har krävts, då dessa bör ha haft helt separata lokaler. För Alvastras del föreslår jag att flera – kanske alla – av byggnaderna kring den Östra innergården (infirmarielostergården) kan ha ingått i infirmariekomplexet och fungerat som sjukstugor för de egna och möjligen som kombinerade sjuk- och gästhem för utifrån kommande. Förmodligen har en viss förändring av byggnadernas disposition skett under deras brukstid. Möjligen har viss vård även bedrivits i de södra delarna av östra längan. Två hus i Alvastras sydöstra del (Regners hus 3 och 5, samt i viss mån hus 4) är extra intressanta i sammanhanget genom de spår av vattenledningar som påträffades i dessa byggnader.²⁸⁵ På Östra innergården fanns även rester av en byggnad som kan ha fungerat som bastu.²⁸⁶

282. Jfr *ibid.*, s. 212ff.; Cassidy-Welch 2008, s. 160.

283. Katalogen för Alvastra och Varnhem.

284. Jfr Cassidy-Welch 2008, s. 143ff. Före 1257 tilläts inte sekulärt folk att tjäna i klostren.

285. Regners klosterplan med husnummer återges i katalogen för Alvastra kloster.

286. Arkivmaterialet (kapsel för Alvastra kloster, ATA) från undersökningarna anger dock inga dateringar av denna byggnad. Möjligen är den eftermedeltida (Regner per mail 2011-01-25).

När det gäller Varnhem är artefakterna färre och fyndplatsangivelserna mindre precisa, men spridningsbilden påminner mycket om den i Alvastra. De olika byggnaderna diskuteras mer utförligt i katalogen. För de cisterciensiska kvinnoklostren är bilden än otydligare och inte lika samstämmig sinsemellan. Fyndmaterialen från de båda kvinnoinstitutionerna tyder som sagt inte på att någon särskilt omfattande sjukvårdsverksamhet förekommit, även om enstaka specifika instrument (till exempel kirurgisk hake och sond/lansett) måste tolkas som att personer med specialkunskaper åtminstone tidvis vistats och verkat där.

När det gäller Vadstena kloster ger inte fyndmaterialet någon vägledning när det gäller den rumsliga analysen. Inom Frälsarorden (birgittinerna) var särskilda lokaler för sjuka och smittsamma individer en självklarhet, stadgad i reglerna. I Vadstena kloster var sjukstugan i nunnornas del slutet mot omvärlden. Där vårdades endast systrarna. Var i klostret deras sjukstuga låg är något oklart. Flera tolkningsmöjligheter har föreslagits, men det mesta tyder på att den låg någonstans i systrakomplexets nordöstra del.²⁸⁷ I den manliga klosterdelen fanns också en eller flera sjukstugor som dessutom, åtminstone under 1400-talets första del, var delvis öppna för utifrån kommande personer. Externa präster och välsituerade personer, såsom riddare, nämns i diarier i anslutning till sjukstugan.²⁸⁸ Byggnadsantikvarien Ivar Anderson har menat att de låg i den nordöstra delen av klosterkomplexet, medan arkeologen Bertil Berthelson föreslagit den östra.²⁸⁹

Brödernas sjukrum låg väster om kyrkan. Kanske fanns även en sjukstuga för utifrån kommande i södra änden av brödernas byggnadskomplex. Brödernas sjukstuga låg väster om brödernas kor. Möjligen fanns dessutom en särskild sjukstuga för utifrån kommande, vilken kan ha varit placerad längre åt söder.²⁹⁰ Det birgittinska sättet att förstå och bemöta sjuka individer skiljer sig intressant nog från det cisterciensiska, med det senares avskiljande av sjukdelen från de centrala strukturerna i klostret. I Vadstena låg sjukavdelningarna istället helt centralt i byggnadsstrukturen och i reglerna för Birgittinsystrarna står uttryckligen att sjukavdelningarna ska ligga så till att de friska systrarna passerar där i sin dagliga rörelse genom klostret. Syftet är att de ska kunna muntra upp de sjuka och svaga när de går förbi.

287. Katalogen för Vadstena kloster.

288. DV 112 (14/3 1402); 329 (1/12 1421); 633 (17/4 1453).

289. Katalogen för Vadstena kloster. Även Berthelson 1928, s. 214; Berthelson 1946, s. 154 samt Pl. IV: 12, samt möjligen även 21; Anderson 1972, del 1, s. 79; del 2, Pl. 48 med beskrivning. Anderson utesluter inte att något av de föreskrivna sjukrummen legat i östlängans mellersta del, men det är inget han diskuterar vidare. Anderson 1972, del 1, s. 187.

290. Katalogen för Vadstena kloster.

5.4. Läkekonstens professionaliseringsprocess

I kapitel 5.1.4. diskuterade jag i vilken mån det är relevant att tala om professionalisering av läkekonsten för svenska förhållanden under den studerade perioden och hur man i så fall kan göra det. I det följande ska jag se närmare på hur en begynnande professionaliseringsprocess kan skönjas i lagstiftningar (landskapslagar, stadslagar och landslagar) och andra regleringar redan under den tidiga medeltiden, samt processens upp- och nedgångar fram till instiftandet av skrän och kollegier under det sena 1500-talet. I slutet av kapitlet kommer jag även att titta på hur den materiella kulturen, läkarnas utrustning, förändrades under den här processen, och hur utvecklingen av instrument och kärl förhåller sig till professionaliseringsprocessen.

Om man utgår ifrån att de medeltida lagarna i någon mån är uttryck för en praktiserad juridisk verklighet, det vill säga inte endast en eftersträvd men inte förverkligad praxis, kan vi utifrån lagarna få en viss uppfattning om den tidiga professionaliseringen inom läkekonsten.²⁹¹ Läkare figurerar redan i de äldsta lagarna, de från Skåne och Västergötland. Även i *Yngre Västgötalagen* och *Östgötalagen* nämns läkare och läkarelön, men det är lagarna från de östra Svealandskapen, stadfästa under tidsperioden från 1200-talets slut och till och med 1320-talet, som är mest preciserade och ambitiösa.²⁹² De stadgar

	SKL	GL	VgL I	VgL II	ÖgL	Bj	UL	DL	VmL	HL	Sdml	MEST	MEL
Läkarlön	■		■	■	■		■	■	■	■	■		
Bjuda läkedom, låta läka		■			■		■				■		
Läkare					■	■	■		■	■	■	■	
Läkare som vittne						■	■			■	■		■
Laga läkare							■				■		
Fler än en läkare							■				■		
Särskild flock om läkarlön										■			
	1100-talets slut	Ca 1220	1200-talets 1:a hälft	1200-talets slut	1200-talets slut	1200-talets slut	Ca 1296	1300-talets början/1:a hälft	1300-talets början/1:a hälft	1320-1330-talet	1327	Ca 1350	Ca 1350

Fig. 71: Omnämningen av läkare, läkarlön respektive läkare som vittne i de medeltida stads- och landskapslagarna (lagarna i så god kronologisk ordning som dateringarna av lagarna tillåter). Färgerna markerar lagarnas kronologiska indelning i tre grupper. Grafik: John Nelander.

291. Kap. 2.2.2.

292. MEL iofs. 1350.

även om läkarnas plikter och befogenheter (om de krävdes som kvalificerade vittnen eller ej), vad som krävdes av dem i fråga om yrkesskicklighet och vilken lön de hade rätt att erhålla för olika behandlingar. Genom att studera dessa olika kriterier utifrån den kronologiska skiktning av lagarna som jag presenterat tidigare, blir det möjligt att urskilja en fortskridande *professionaliseringsprocess* inom läkaryrket, från det sena 1100-talet och fram till mitten av 1300-talet, då lagstiftningen kring läkekonstens utövare blev alltmer detaljerad (fig. 71).²⁹³ Från 1400-talet och framåt speglas processen i privilegiebrev, skråordningar och professionella kollegier.²⁹⁴

5.4.1. Lön

Läkarna förefaller vara den enda yrkeskategori för vilken lön omtalas i de medeltida lagarna.²⁹⁵ Av landskapslagarna att döma fanns avlönade läkare att tillgå redan under medeltidens början; i Lund senast från och med slutet av 1100-talet, då *läkarelön* omnämns i *Skånelagen*.²⁹⁶ Även den *Äldre Västgötalagen* nämner läkarelön, men det gör däremot inte *Gutalagen*.²⁹⁷ Stadganden om läkarelön är den definition jag presenterade i kapitel 5.1.4. som ett tydligt belägg för att en viss grad av professionalisering av läkaryrket redan skett vid tiden för lagarnas nedtecknande.²⁹⁸ Vid slutet av 1200-talet och under 1300-talets första del nämns läkarelön i de flesta av lagarna.²⁹⁹ Detta tyder på att avlönade läkare då var allmänt förekommande. Även *Magnus Erikssons Stadslag* från 1350-talet nämner läkarlön indirekt genom att stadga om skattebefrielse för kungens läkare.³⁰⁰

293. Kap. 2.2.2. Enl. Modéer (1997, s. 46; 2004, s. 178) räknas Svealagarna till ett något senare kronologiskt skikt än Götalagarna.

294. Uppgifter om det senare är dock helt och hållet hämtade i sekundärlitteratur.

295. Schlyters ordbok för ordet för lön/gåva: *gæf* (*gief*, *gif*, *giff*). I övrigt förekommer ordet gåva/lön endast som hemgåva, hindradagsgåva, morgongåva, självgåva, tillgåva, utgåva, vängåva, kyrkogåva och för arrende. Jfr dock Dahlerup 1913, s. 90 som menade att ordet *lækirsgæf* avser något läkaren ger, snarast läkemedel, genom att likställa uttrycket *lin ok lækirsgæf* med uttrycket *spic oc spiær*, dvs. *balsam och bindel*.

296. SkL Om dråp och sår 105 i Holmäck & Wessén 1979b; 103 i Collin & Schlyter: *lægisgift*; *Codex Iuris Scandinici*, dvs. inte Andreas Sunessons latinska bearbetning. Lagen preciserar inte hur mycket läkarelön är.

297. Hasselberg 1953, s. 292 *lækisbot*.

298. VgLI I: *lækirsgæf*. Den läkarelön som nämns är 3 örar. Även från England finns relativt gott om uppgifter om läkares lön från tidigmedeltid och framåt. Kirurgernas lön var oftast mer specificerad än *physici*, enl. Hammond 1960.

299. VgL II V X & XIV: "*lækis gief*"; ÖgL V XVIII: "*lækis gæf*"; UL M XXIII fl. 4: "*lækiaers gieff*"; DL M XVII; VmL M XXI fl. 1 (Collin & Schlyter XVII fl. 1–2): "*öra at lækis bot*" & M XXIII & M XXIV; HL M XII: "*lækäris fä*" samt SdML M III: half mark "*til lækars/-bot*". VSt XXX (Collin & Schlyter): "*de arceden bekösteghen*"; GL, Sk Sr, Bj & MEL nämner dock inte läkarlön.

300. MEST Kg Fl. XIX: "Om skatt eller pålagor åläggas staden, huru de skola utgöras." Hans landslag nämner dock inte läkarlön. Enligt Sjöholm (1988, s. 203) syftade Magnus Erikssons landslag, liksom möjligen

Vissa lagar preciserar läkarlönens storlek. Den varierar då från två till tolv örar. Hälsingelagen från 1320–1330-talet är den enda lag som har en särskild flock *Om läkarelön* i *Manhelgdsbalken*.³⁰¹ Det står att: ”Detta är läkarelön: för högsta sår åtta örar, för små sår fyra örar.”³⁰² Denna intressanta passage i lagen visar att en lönegradering kunde göras utifrån skadans omfattning. Tyvärr tillåter inte lagarna en analys av läkarlönens storlek över tid, men man kan ana en geografisk skillnad genom att de västligare lagarna generellt sett anger en högre lön.³⁰³ I Västmannalagen och *Dalalagen* är läkarelönen vid sårsmål 12 örar oavsett vilken lem som skadats, och även *Yngre Västgötalagen* stiftar om 12 örans lön. *Hälsingelagen* uppger den näst högsta lönen, 8 örar.³⁰⁴ För att kunna värdera vad denna skillnad signalerar krävs dock ekonomihistoriska analyser av ett slag som inte låter sig göras inom denna studie. Man kan emellertid jämföra lönerna med andra belopp som figurerar i lagarna och på så vis möjligen få en uppfattning om deras storlek. I *Västmannalagen* uppgår den högsta lytesboten till tre marker, vilket torde motsvara 24 örar och alltså två läkarlöner för sårsmål. Boten för sår i fridstid och stympling av lemmar och viktiga organ uppgick enligt samma lag till 20 marker (dvs. drygt 13 läkarlöner).³⁰⁵ I slutet av 1500-talet kunde en bardskärs-lön vara några daler. I *Nya Lödöses tänkeböcker* nämns till exempel bardskärslöner på två respektive tre daler i olika sårsmål.³⁰⁶

Samtidigt som det alltså förefaller ha varit vedertagen praxis att betala för läkarvård, förefaller yrket ha haft ett altruistiskt drag som skymtar emellanåt.³⁰⁷ I sagan om Hrafn Sveinbjarnarson står det till exempel att han inte tog betalt för sin läkekonst och samma praxis är känd från internationella källor. Kanske ska man dock se uppgiften om Hrafn i ljuset av den allmänt hyllande tonen i sagan.

I ett dokument från Vadstena över de extraskatter som kunde åläggas stadens invånare i slutet av 1500-talet nämns såväl bardskärer som bardskärsgesäller. Där framgår

även Östgötalagen, i högre grad än de andra lagarna till att främja fiskala intressen. I jämförelse med de centrala svealagarna verkade dessa lagar i lägre grad som skydd för målsäganden och främjande av ekonomisk ersättning till denne. Detta skulle möjligen kunna vara en del av förklaringen till varför läkarlön i övrigt inte nämns i Magnus Erikssons lagar. Läkarlön nämns dock i Östgötalagen.

301. En flock är en underavdelning till balk i de gamla lagarna; ungefär motsvarande paragraf. Dat. enl. Ekholst 2009, s. 23; jfr Holmbäck & Wessén 1979c, s. IXff; efter 1319/1320.

302. HL M XII.

303. Jag har här dock inte beaktat valörernas faktiska värde i förhållande till varandra.

304. VgL II V. X: läkarelön 2 örar; VgL II V. XIV: 12 örar; ÖgL V XVIII: ½ mark = 4 örar; UL M XXIII: ej preciserat; DL M XVII 12 örar; VmL M XXI fl. 1 & M XXIII: 12 örar; HL M XII: 4–8 örar; SdML M III: halv mark = 4 örar; VSt XXX: ej preciserat.

305. VmL M XIII.

306. *Nya Lödöses Tänkeböcker* 10 januari 1587 resp. 29 juni 1597.

307. Jfr Hammond 1960, s. 154ff.

att en bardskärsge-säll kunde beskattas hälften så hårt som en färdigutbildad bardskär. Skattebördan på dessa båda yrkesundergrupper var jämförbar med de flesta andra hantverksgrupper, men något lägre än för guldsmeder, köttmåglare och bagare. Köpmän beskattades betydligt högre.³⁰⁸ En studie av engelska förhållanden under medeltidens senare del har visat att läkare ("doctors") där endast stod gentlemän och köpmän som handlade med exklusiva tyger, kryddor och andra finare specerier ("mercens, drapers, grocers") efter vad gällde förmögenhet.³⁰⁹ I gruppen läkare inkluderas då sannolikt *physici*, vilka ofta hade det mycket gott ekonomiskt ställt.

5.4.2. Kunskapskrav och utbildning

Upplandslagen och *Södermannalagen* ger uttryck för ytterligare en aspekt av professionaliseringsprocessen för läkaryrket, nämligen ett officiellt och lagstadgat kunskapskrav för en så kallade *laga läkare*.³¹⁰ En laga läkare var troligen en läkare vars bedömning tillmättes laga kraft och giltighet och som alltså kunde agera vid ett juridiskt spörsmål.³¹¹ Formuleringarna i de båda lagarna är mycket snarlika. Enligt *Upplandslagen* från 1290-talet är den läkare en laga läkare

som har läkt sår av huggvapen [*järnhugget sår*], sår med benbrott, sår i bröst eller mage [*hålsår; hullsår*], avhuggen hand eller fot, sår tvärs igenom med två mynningar.³¹²

Detta är intressant att jämföra med den lite äldre strofen i *Sången om Sigdrifa* i *Den poetiska Eddan*, där det står att den som vill bli läkare ska kunna bedöma olika typer av sår: "Vill du läkare bli, skall du lemrunor kunna och skönja skillnad på sår."³¹³

308. Westling 2000, s. 255f.; Pursche 2000, s. 407: Från 1664–1675 var en fältskär Nicolas Thebell verksam i Vadstena. Han efterträddes av Ignatius Reijmer, som omtalas död 1678. Befattningen som stadsbarberare gick vid hans död till en fältskär från Norrköping, Johan Wendt. En fältskär, Christian Schotte, finns 1696–1700 samt 1702–1703 upptagen som ingående i stadens styrelse. Pursche skriver: "Att en fältskär upptas bland ämbetena tycks vara en anomali. Det kunde inte gärna förväntas att vanliga borgare besatt de kunskaper som behövdes för uppdraget." Det är dock känt vara fallet från flera andra städer vid denna tid, t.ex. Lund och Nya Lödöse, och kan alltså *inte*, menar jag, betraktas som en anomali.

309. Gottfried 1986, s. 266.

310. Fsv. *laghe lakir/ Laghe lakira, Lagha laker* i Schlyters & Collins utgåvor av UL respektive SdmL.

311. Jfr Hellquist 2003.

312. UL M XXVII (Holmbäck & Wessén 1979e). I Collins & Schlyters utgåva från 1834: "*Þæt ær lagha lakir. helet hawar iarn huggit sar. ben brut .j. sarum. hulseri. giönum laghat sar. undir twar.*".

313. Sår *at sjá*. Hela strofen (nr 11 i utg. 1962) i *Sigdrifomál* lyder "*Limrúnar scaltu kunna ef þú vilt læcnir vera oc kunna sár at síá; á berki scal þær rísta oc á baðmi víðar. Þeim er líta austr limar.*" Enl. Collinders not till strofen i hans översättning motsvaras termerna 'lem' i 'lemrunor' och gren (grenar) i grundtexten av ett och samma ord: *limr*.

Formuleringen i *Upplandslagen* och *Södermannalagen* framstår som minimikrav på en laga läkares erfarenhet och skicklighet. Man kan då fundera över vem eller vilka som kontrollerade och bedömde den laga läkares skicklighet samt hur detta gick till rent formellt. Det bör rimligen ha kontrollerats och godkänts efter någon form av praktisk examination eller dokumentation och av auktoriserade personer inom verksamheten, även om inget formellt skrå existerade vid tiden för lagarnas instiftande. Man kan tänka sig att det gjordes av andra (laga?) läkare och andra betrodda personer. I England gjordes det av skråmedlemmar och lokala auktoriteter.³¹⁴ Den juridiska definitionen av laga läkare berättar indirekt att ett fungerande mästarelärlingsförfarande (inom familjen/släkten eller på annat sätt) måste ha funnits för att kunna utbilda dessa laga läkare. För att erhålla den kompetens som krävdes måste det ha fordrats en omfattande utbildning genom en avsevärd lärlingstid; både i tid och i innehåll. Definitionerna av laga läkare i *Upplandslagen* och något senare i *Södermannalagen* framstår därmed i allt väsentligt som tydliga uttryck för att professionaliseringsprocessen kommit en bra bit på väg.

Vi kan jämföra kraven på en laga läkare med kunskapskrav på en bardskär på 1500-talet, det vill säga knappt tvåhundra år senare. Vid den tiden var den inledande lärlingstiden tre år. Därefter kunde lärlingen söka sig till skrået i Stockholm och där avlägga examen i anatomi, kirurgins yrkesbegrepp, åderlätningskonst, inflammationslära, sårlära och benbrottslära. Klarade han detta kunde han få möjlighet att gå som gesäll i ytterligare fyra år. Gesälltiden ägnades huvudsakligen, men inte enbart, åt praktisk skolning och examineringen var utformad med såväl praktiska prov som muntliga förhör.³¹⁵ Man lade alltså vikt vid både *påståendekunskap* och *färdighetskunskap*, som jag diskuterar inledningsvis i detta kapitel.

Från andra länder har vi senmedeltida jämförbara uppgifter om utbildningars längd. 1484 års apotekarregleringar i Paris stadgade om ett minimum av fyra års lärlingskap för att en individ skulle få tillåtelse att verka som apotekare.³¹⁶ Flensborgs barberarskråförordning från 1515 krävde tre till fyra års lärlingstid och därefter ytterligare ett kvartals provotid, då lärlingens praktiska kunskaper kunde bedömas, för att denne skulle kunna ansöka om att få upptas i yrkesgemenskapen. Dessutom skulle han kunna tillreda nio sorters olika salvor och plåster.³¹⁷ Historikern Carole Rawcliffe uppger att fem till sex år var ett minimum för utbildningen i senmedeltidens England, Vern L. Bullough nämner två eller fyra till sju år för barberarkirurger i senmedeltidens Frankrike, varefter de av stadens borgmästare ("provost") examinerades i anatomi, hur

314. Rawcliffe 1995, s. 47.

315. Swärd 1971, s. 88ff.

316. Bullough 1966, s. 88ff.

317. Gotfredsen 1980 i KLNLM: *Bartskær*.

man behandlade sår, frakturer och leder ur led, bölder och allehanda sjukdomar.³¹⁸ Historikern Rosemary O'Day anger sju år som en vanlig längd på lärlingstiden för såväl hantverkare som handelsmän i England under samma tid och fram till mitten av 1700-talet.³¹⁹ Historikern Robert S. Gottfried uppger upp till tio eller till och med tolv år i England under 1400-talet.³²⁰ Ofta efterföljdes lärlingstiden av ett antal år som kringresande gesäll innan en person hade möjlighet att själv söka bli mästare.³²¹ De som hade råd tillägnade sig sin utbildning genom att under många år resa runt till olika universitet och läromästare, för att på så vis bredda sin kunskap och meritera sig. Inte minst var det värdefullt att få möjlighet till en breddad personlig erfarenhet genom en mångfald av självupplevda situationer och därigenom en ovärderlig inskolning i praxis, vilken inte kunde erhållas genom böcker.

Den ungerska medicinstudenten Laurentius Grill uppgav att just detta var den huvudsakliga poängen med hans *peregrinatio medica* (bildningsresa i medicin) i mitten av 1500-talet.³²² Han hade studerat vid italienska universitet, men fick rådet att därefter gå i undervisning hos franska läkare en tid innan han återvände till Tyskland, där han ämnade praktisera. Detta eftersom de franska läkarnas sedvänja, utbildning samt regionens klimat och levnadssätt (och därmed de sjukdomar folk drabbades av) mer påminde om dem i Tyskland än de italienska förhållandena gjorde. Han menade att om han hade rest direkt tillbaka till Tyskland och där praktiserat läkekonsten, sådan han lärt den i Italien, så skulle han kunnat hamna i knipa.³²³ Lärosäten som erbjöd bra möjligheter till praktiska studier blev därför populära.³²⁴ Historikern Hilde de Ridder-Symoens menar å andra sidan att den genomsnittliga längden på utbildningen i Europa blev allt kortare under loppet av 1600–1800-talet. Om den fram till och med 1500-talet i genomsnitt var 5–6 år, så minskade den under 1600-talet till 3–5 år och under 1700-talet till 3–4 år. de Ridder-Symoens avser utbildning vid universiteten.³²⁵

Utbildningen för läkare var under medeltiden i norra Europa alltså övervägande

318. Bullough 1959, s. 448ff.; Rawcliffe 1999, s. 126.

319. O'Day 2000, s. 22f. Historikern Andrew Cunningham menar dock att "sju år" var en klassisk tidsangivelse för lärandet av de flesta specialiserade hantverk eller yrken under 1500–1600-talet, vilken inte nödvändigtvis avsåg den precisa spenderade tiden (Cunningham 2010, s. 11).

320. Gottfried 1986, s. 25.

321. Bullough 1959, s. 450ff.

322. Cunningham 2010, s. 16.

323. Cunningham 2010, s. 13f.

324. Jfr Brockliss 2010, s. 30, som dock diskuterar 1700-tal. Jfr Gottfried 1986, s. 13 om de teoretiskt inriktade medeltida engelska universitetens svårighet att attrahera medicinska praktiker.

325. de Ridder-Symoens 2010, s. 47f.

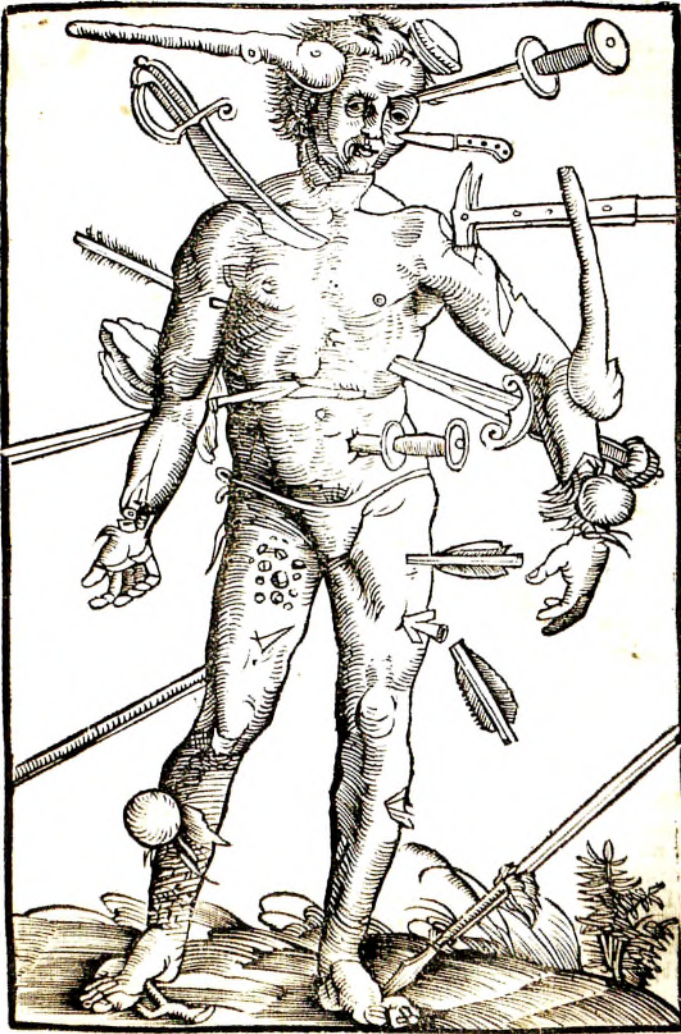


Fig. 72: Sårman ur fältskären Hans von Gersdorfs bok *Feldtbuch der Wundartzney ...* från 1542 (tryckt första gången 1517). Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

praktiskt inriktad. Att endast få studerade vid universitet berodde dels på att universitetet med utbildning i medicin låg långt bort (under medeltidens slut och 1500-talet grundades universitet allt närmre Sverige), dels på att det inte fanns någon tradition av den form av läkekonst som undervisades där. Man kan, som de Ridder-Symoens, tolka "ointresset" som att det faktiskt inte heller fanns något större upplevt behov av universitetsutbildade läkare i samhället.³²⁶ Detta ändrades dock i de övre klassikiten under loppet av renässansen.

326. de Ridder-Symoens 2010, s. 54.

I jämförelse med de eftermedeltida kunskapskraven som nämns ovan tyder de medeltida lagformuleringarna på att en lärlingstid av åtminstone motsvarande omfattning bör ha krävts för att en medeltida läkare skulle kunna kvalificera sig som *laga läkare*. Åderlätning, som uppenbarligen var viktigt i slutet av 1500-talet, nämns inte i de svenska medeltida lagarna (att jämföra med den isländska lagen *Grágás*, som nämner det uttryckligen). Däremot kan man tänka sig att förmågan att "läka sår av huggvapen, sår med benbrott, sår i bröst eller mage, avhuggen hand eller fot, sår tvärs igenom med två mynningar" någorlunda motsvarades av bardskärsskråets krav på kunskaper om kirurgins åtgärdsbegrepp, inflammationslära, sårslära och benbrottslära. Carl von Linnés sentens "Nomina si nescis est, perit et cognitio rerum", det vill säga "Om man inte känner till namnen saknar man också kunskap om tingen" var en sanning även innan hans tid. Vi kan inte se en formalisering av utbildningen med regleringar om antal år och examination förrän i slutet av 1500-talet, men det behöver inte med nödvändighet tolkas som en egentlig kvalitativ skillnad. I de högmedeltida lagarna står ingenting om var eller hur länge lärlingen i fråga skulle gå i lära eller vem som skulle examinera honom (eller henne?). Kraven är istället helt kvalitetsorienterade och är formulerade på ett sätt som låter oss förstå att de redan då var minst lika höga som de kom att bli under renässansen. Jag är benägen att påstå att de högmedeltida lagkraven på en laga läkare var minst lika höga som det sena 1500-talets krav på en bardskär (jfr fig. 72).

5.4.3. Yrkesorganisation

I diskussionen i kapitel 5.4.1 nämns det mer formella organiserandet och reglerandet av ett yrke som ett professionalitetskriterium för den medeltida och renässanstida läkekonsten. Utfärdandet av yrkesgruppsprivilegier, bildandet av skrän och instiftandet av statliga myndigheter är uttryck för sådan organisation. Trots att jag menar att detta inte får överbetonas som professionalitetskriterium för medeltida och renässanstida förhållanden i Sverige, kan vi ändå få en viss bild av processen mot ökande formalisering av läkekonsterna genom att studera yrkesorganisationen på detta sätt.

Historikern Dag Lindström menar att för att en yrkesgrupp skulle utkristallisera sig som en egen korporation inom staden krävdes det att verksamheten hade nått en viss kvantitativ omfattning. En förutsättning var också att den utövades av *bofasta* specialiserade praktiker. En skråorganisation kunde alltså inte fungera om de potentiella medlemmarna var ambulera. Inte heller fungerade organisationsformen för dem som endast utövade verksamheten som bisyssla.³²⁷ Utifrån dessa kriterier är alltså

327. Lindström 1991, s. 67, 74. I Stockholms stads tänkebok för åren 1524–1529 döms vid ett tillfälle bardskärsmästare Lucas för att ha bedrivit två olika ämbeten eller yrken, vilket alltså inte var tillåtet (1929–40, s. 188).

skråbildandet ett tydligt tecken på en långt kommen professionalisering och även på en kvantitativ omfattning av antalet praktiker.

För att ett antal praktiker skulle kunna vara verksamma i ett och samma samhälle krävdes att stadens eller bygdens befolkning nått en viss omfattning, så att ett tillräckligt befolkningsunderlag (dvs. potentiella patienter) fanns. Historikerna Talbot och Hammond, liksom historikern O'Day, menar att någon form av läkekunnig praktiker sannolikt har varit verksam därhelst något eller några få hundra (det vill säga inte särskilt många) människor var bosatta.³²⁸ Detta måste betraktas som en rik tillgång på praktiker och har tolkats som att den tidens patienter var mycket välinformerade och aktiva i att söka hjälp när de drabbades av olika åkommor.³²⁹ Orter av den storleksordningen blev allt fler under medeltidens första del, men minskade drastiskt genom digerdöden. Befolkningsmängden återhämtade sig inte under resten av den studerade perioden. Samtidigt tilltog urbaniteten. Flera städer, till exempel Lund och Visby, hade genom hela den studerade perioden flera tusen invånare, men även andra städer var tillräckligt stora för att tjäna som underlag för flera stationära läkare.

Olika yrkesgrupper organiserade sig emellertid även långt innan de bildade skrån, vilket privilegiebrev och hantverksgillen visar, liksom det faktum att vissa skråordningar uttryckligen hänvisar till regelverk som föregått dem. Enligt Lindström var skråna i Sverige inledningsvis framför allt sociala sammanslutningar med stora likheter med flera andra sociala organisationsformer i det medeltida samhället.³³⁰ Först senare började de mer aktivt och medvetet verka för sin verksamhets särskilda intressen.³³¹ Lindström har påpekat att skråordningar förefaller ha formulerats i större utsträckning i tider då yrkesgrupper upplevde en spänning eller konkurrenssituation vad gällde den egna verksamhetens rättigheter och befogenheter och därför kände ett behov av att stadfästa dessa. Som exempel nämner han skråordningarna för Bergens bardskärer 1597 och 1599, vilka ska ha tillkommit på skråets egen begäran för att förhindra

328. Talbot & Hammond 1965, s. VI; O'Day 2000, s. 205. Deras resonemang gäller det medeltida England. För 1500-talets London har siffran 1 per 400 invånare föreslagits, varav ungefär hälften ska ha varit olika former av praktiker utanför de mer reglerade grupperna, en femtedel ska ha varit kirurger av något slag, ungefär lika många varit apotekare, och resten *physici*. På landsbygden var praktikerna betydligt färre men ändå så pass många att de fanns väl tillgängliga (Pelling 2004a, s. 31f.). Siffrorna kan jämföras med en uppskattning av antalet läkare i Barcelona under 1300–1400-talet till mellan en till en och en halv läkare per tiotusen invånare och under 1500-talets första decennier i Venedig till mellan fem och sju, vilket alltså är helt andra siffror. (García-Ballester 1985, s. 247) Den största anledningen till differensen torde vara olika sätt att definiera vad som avses med *läkare*. Se även Lindemann 1999, s. 197 för siffror för tyska, franska och nederländska städer under 1500-talet som visar att tillgången (så gott det går att uppskatta) kunde variera kraftigt.

329. Pelling 2004a, s. 32.

330. Lindström 1991, s. 22.

331. *Ibid.*, s. 78ff., 218ff.

bönhaseri.³³² Problemet med bönhasar och det upplevda behovet av distansering från dessa förefaller således ha varit trängande i Bergen under 1500-talets sista år. Bildandet av skrán är därför så till vida ett tydligt professionaliseringskriterium. Samtidigt är de uttryck för en exkluderande tendens, vars konsekvenser för samhället inte behöver ha varit odelat positiva, vilket även Vern Bullough påpekat.³³³

Skrån i någon form började i Europa bildas på 1100-talet. Under 1200-talet började de formas i nuvarande Danmark. I nuvarande Sverige finns fenomenet belagt först under senare delen av 1300-talet (Malmö och Stockholm, bl.a. skraddare) och inte förrän från senare delen av 1400-talet finns det tätare belegg för skrán. De var då koncentrerade till Stockholm.³³⁴ Bardskärerna var den första yrkesgruppen bland läkekonsterna som i Sverige sammanslöt sig i en fastare organisation. Att det var just dessa bör ses i ljuset av att det var denna form av läkekonst som hade den starkaste traditionen i Sverige och som var bäst företrädd och mest utövad. 1496 utfärdades en skråordning för yrkets utövare i Stockholm (osäkert dock om ett skrå verkligen kom till stånd; ett bardskär-ämbete bildades 1571) och 1544 fanns ett bardskärsskrå i Malmö.³³⁵

Det kan vara intressant att göra en jämförelse med andra länder. Bardskärer som yrkesgrupp omnämns i Bergen redan 1447. Det första omnämmandet av en bardskär i Danmark är från Ribe från 1363 och ett flertal bardskärer finns namngivna i det danska hovets räkenskaper under slutet av 1400-talet och början av 1500-talet. Skrán bildades dock inte förrän senare. I Köpenhamn formades ett bardskärslag 1501 och 1506 bildade de ett skrå. I Flensburg dröjde det till 1515.³³⁶ I London nämns ett barberarskrå redan 1308 och 1312 fanns ett apotekarskrå. I Irland fanns ett barberarskrå 1446. I Paris är de äldsta kända regleringarna för barberare från 1371 och för apotekare från 1484.³³⁷

Flera historiker har för engelskt vidkommande kunnat se att de olika läkekonsterna, i jämförelse med andra yrkesgrupper, var förhållandevis sena att organisera sig i fastare former och strukturer. Segmenteringen av läkekonsten till olika yrken var en långsam process. I England var gränserna mellan de olika inriktningarna ännu under tidigmodern tid otydliga genom att många praktiker utövade flera olika former av läkekonst, detta trots att vissa skrán hade bildats där redan på 1300-talet.³³⁸ Likadant verkar det ha varit i Sverige och troligen ska man tänka sig att det var så i ännu högre grad, eftersom skråbildningen och yrkessegmenteringen skedde senare här.

332. Ibid., s. 88ff., 188f.

333. Kap. 5.1.4.

334. Lindström 1991, s. 19, 68ff., 79.

335. Ibid., s. 76, 99, 243.

336. Gotfredsen 1980.

337. Bullough 1966, s. 88ff.

338. Gottfried 1986; O'Day 2000, s. 183ff.

Genom tomtuppteckningar från Lund från sent 1500-tal och 1600-tal kan man se att bardskärer och apotekare var verksamma på tomter i omedelbar anslutning till varandra, och det förefaller troligt att de båda verksamhetsinriktningarna utövades i symbios.³³⁹ Den segmentering som med tiden ändå kom till stånd i linje med den allmänna samhällsutvecklingen kan alltså delvis ha motverkats av verksamheternas praktiska realiteter.

Universitetsstudier i läkekonst i Norden var en sen företeelse och ett marginellt fenomen under hela den här studerade perioden, men i Köpenhamn kunde man ta betyg i medicin redan från det att universitet grundades år 1479.³⁴⁰ Efter reformationen hade man emellertid stora problem med att få dit kvalificerade läkare och sådana saknades i flera decennier. Det drev studenter som ville studera medicin ut i Europa; under 1500-talet och början av 1600-talet främst till Leiden, Padua, Basel, Wittenberg och franska universitet.³⁴¹ Tendensen till en ökad differentiering och specialisering accelererade under 1600-talets början, då även de första nordiska medicinska universitetsfakulteterna grundades. I Uppsala knöts år 1613 en *physicus* i till universitetet och ett drygt decennium senare tillsattes två professurer, en i praktisk medicin och en i fysik, botanik och anatomi, det vill säga ungefär motsvarande det som under medeltiden kallades *physic*.³⁴²

Idéhistorikern Sten Lindroth har om bardskärernas utbildning under 1500-talet menat att ”Om deras utbildning stadgas bara, att lärlingarna skulle tjäna sina bestämda år, men säkert ägde 1500-talets hantverksmässigt skolade bardskärer en praktisk kompetens, som inte stod de akademiska läkarnas mycket efter”.³⁴³ Med stöd i de medeltida källorna som studerats här, åtminstone för nordiskt vidkommande, med dess långtgående tradition av hantverksskicklighet inom läkekonsten, vill jag gå ännu längre och hävda att det var de hantverksutbildade läkarna som var de skickligare och mest professionaliserade på området i Sverige och Norden.

5.4.4. Skicklighet, specialisering och yrkesethos

Att en successiv process mot professionalisering av läkekonsten tog sin början redan under tidig medeltid är alltså tydligt, som framgår av resonemanget ovan. Läkarlön, reglerade kunskapskrav och annan formalisering och organisation infördes under medeltiden och renässansen. Frågan är nu om och i så fall hur detta yttrade sig i den materiella kulturen, i de instrument och de kärl som de läkekunniga omgav sig med

339. Jfr kap. 5.3.3.; katalogen för Lund.

340. Möller-Christensen 1944, s. 84.

341. Cunningham 2010, s. 8; Grell 2010, s. 171, 174ff.

342. Lindroth 1976, s. 41ff.; I Lund tillsattes en professor i medicin (Erasmus Sackenschöld) samma år som universitetet invigdes, vilket var 1668; Bergqvist 2008, s. 46.

343. Lindroth 1997, s. 335.

i sin praktik. Det finns, som vi ska se, förvisso samband mellan utformandet av den materiella kulturen och professionaliseringen av läkekonsten, men detta samband är långt ifrån enkelt. Inte heller sambandet mellan den materiella kulturens form och läkarnas skicklighet är enkelt. Det förefaller i själva verket som om utformandet av läkekonstens materiella kultur släpade efter de mer formella uttrycken för professionaliseringsprocessen. Inte förrän denna var långt kommen blev den materiella kulturen radikalt annorlunda jämfört med hur den hade varit utformad under medeltiden.

Redan under den nordiska järnåldern användes specialiserad kirurgisk utrustning i mycket specifika sammanhang. De begränsade arkeologiska belegg vi har antyder att det företrädesvis var i kultiska eller krigiska kontexter.³⁴⁴ Under medeltiden och renässansen påträffas emellertid föremålen framför allt i städernas kulturlager. De förekom även vid klostren, men hade där en delvis annan karaktär, vilket jag återkommer till. Redan under den förra delen av medeltiden använde de profana läkarna skalpeller och pincetter med låsring och kanske små skedformade instrument. Det förhållandevis väldaterade materialet från Sigtuna, inte minst från kvarteret Trädgårdsmästaren, visar detta. Därifrån finns skalpeller med dateringar från 1000-talet och fram till och med 1200-talet.³⁴⁵ Även materialet från Lund visar att skalpeller användes av de profana läkarna under tidig medeltid. Skalpeller i liknande former användes även under resten av medeltiden. Pincetter med låsring förefaller emellertid då vara mer sällsynta. Under högmedeltiden, med stengodsets inträde, gjorde de (arkeologiskt bevarade och för oss identifierbara) specialiserade medicinkärnen sitt inträde i läkarnas utrustning. De små salvekrusens form var mycket gammal, men ny för våra breddgrader. De förefaller ha använts för mindre kvantiteter färdigtillredd medicin som kunde skickas med eller lämnas hos patienten. Även små glasflaskor för oljor eller tinkturer började förekomma under medeltidens senare del.

Den verkliga specialiseringen av utrustning i det profana samhället skedde emellertid inte förrän under 1500- och 1600-talet, det vill säga vid samma tid som de olika läkeyrkena slutligen professionaliserades. Det var till exempel först under (det sena?) 1500-talet som det började bli vanligare med de karaktäristiska större medikamentskärnen med form som efterliknade de eleganta albarellokärnen, vilka senare kom att bli så utmärkande för apoteksnäringens utrustning.³⁴⁶ Detta sammanfaller också, av allt att döma, någorlunda med att de första apotekarna blev verksamma i landet, men det föregår de första formella etableringarna med apoteksprivilegier, vilka dröjde till 1600-talets mitt.

344. Föremålen är påträffade i sammanhang med sådan konnotation, t.ex. vid kultbyggnaden i Uppåkra i Skåne (Rosengren 2006), vid stenläggningar som tolkats i kultiska termer i Säby i Närke (Graner, Knabe och Thorsberg 2008, s. 53f.) samt på Helgö (Zachrisson 2004), samt som krigsofferfynd i t.ex. Illerup (Frölich 2006; 2010).

345. Katalogen för kv. Trädgårdsmästaren i Sigtuna.

346. Kap. 2.1.1.



Fig. 73: Apotekskärl i stengods i olika former och storlekar från sent 1600-tal från apoteket Morianen i Stockholm. De större kärlen är mellan 15–20 cm höga och det minsta endast knappt 5 cm. Urval av kärl i låda nr 285.

Det förefaller dock vara först med de egentliga apoteksprivilegierna som den materiella kulturen blev rikare med avseende på både kvantitet och typer av kärl och annan apoteksutrustning. Från apoteket Svanen i Lund, som från mitten av 1600-talet låg i kvarteret Apotekaren, finns ett stort antal kärl i framför allt stengods.³⁴⁷ Det rikaste materialet av sådana kärl från svenskt område är dock tveklöst materialet från apoteket Morianen på Helgeandsholmen i Stockholm.³⁴⁸ Apoteket drevs på platsen endast några få år innan det flyttade till Stortorget under 1670-talets första del, men här har många hundra apotekskärl påträffats (fig. 73).³⁴⁹ Materialet innehåller också en mycket stor uppsättning av glasflaskor och glasburkar i olika storlekar (företrädesvis mindre, men även stora damejeanner) samt provrör, kolvar, trattar och mortelpistiller i glas.

Det är också först under 1500–1600-talen som mer specialutformade kirurgiska instrument dyker upp, inte minst i form av tänger för olika kirurgiska ingrepp (såsom

347. Katalogen för detta kvarter i Lund.

348. Materialet, som förvaras på Stockholms stadsmuseum, är preliminärt registrerat inom ramen för denna studie. Tidigare registrering av materialet var vid denna studies genomförande inte tillgänglig på grund av databasproblem.

349. Dahlbäck 1983, s. 346ff.; Apotekarsocieteten, Farmacihistoriska museet <http://www.swepharm.se/templates/SPTvaspaltsida.aspx?id=1446>, 2011-11-02.

litotomer, kuleextraktorer och enstaka exemplar av större brännjärn).³⁵⁰ Dessas inträde i de svenska bardskärernas utrustning sammanfaller i tid med att bardskärerna mer formellt började formera sig som en väldefinierad yrkesgrupp och så småningom bilda skrän. Då det inte skedde någon större förändring i kunskapskraven, är det intressant att söka andra förklaringar till den tämligen plötsliga förändringen av instrumenten. En växande yrkesmässig självmedvetenhet och samsyn kring de metoder man förväntades behärska och den utrustning man förväntades omge sig med, var sannolikt en viktig orsak. Den tilltagande professionella organisationen medförde också en större täthet i kommunikation och därmed i kunskapsöverföringen, såsom redan diskuterats, vilket förde verksamhetens utveckling framåt.

De nya instrumentens intåg sammanföll också med den vid denna tid framväxande litteraturen med beskrivningar av och förteckningar över kirurgiska ingrepp och instrument (ur vilka visst bildmaterial i denna avhandling är hämtat); en omständighet som sannolikt var mycket avgörande. Genom den stora mobiliteten inom bardskärsyrket (många bardskärer som var verksamma i Sverige kom från tyskspråkiga områden) fick sådana skrifter, men inte minst själva instrumenten och idéerna om dessa, förmodligen snabbt spridning även i de nordliga länderna. Även om det inte innebar att *förtroghetskunskapen* förbättrades, bör den ökade kommunikationen inom yrkesgrupperna ha inneburit en förändring av *påståendekunskapen* och möjligen även *färdighetskunskapen*. Det har föreslagits att förändringen av 1500-talets läkekonst i högre grad låg i en förändrad retorik och ideologi bland läkare, än i en förändrad praktik. Denna förespråkade inte minst en mer rationell, praktisk och observationsbaserad läkekonst än medeltidens skolastiska läkekonst.³⁵¹ Den nya materiella kulturen under 1500-talet bör ändå, menar jag, uppfattas som en del av denna tids nya retorik.

Vi vet i själva verket väldigt lite om vilka som tillverkade de profana läkarnas i Sverige – och annorstädes – utrustning. I romarriket kan det, enligt vissa forskare, ha varit smeder som tillverkade de kirurgiska instrumenten. Åtminstone antyds detta av en relief som avbildar en smed samt diverse medicinska och andra verktyg och instrument.³⁵² I det senmedeltida England förväntades att såväl åderlätare som kirurger själva skulle kunna tillverka de instrument de behövde i sin verksamhet samt hålla dem i god ordning (rostiga instrument var livsfarliga, vilket man var medveten om) och de svarade i detta inför sin mästare.³⁵³ Kanske var det inledningsvis så även

350. Se katalogen för Lund (särskilt kv. Apotekaren, kv. Döbeln, kv. Katedralskolan, kv. S:t Clemens, kv. Svartbröder samt under avsnittet om spridda artefakter i Lund) och för Nya Lödöse.

351. Jfr Wear et al. 1985, s. XI.

352. Scarborough 1969, fig. 36.

353. Gottfried 1986, s. 30f.; Rawcliffe 1995, s. 70, 74; 1999, s. 130, 141; jfr även Park 1997, s. 68 om att renässansens kirurger hade handel där de lagrade instrument av det slag de behövde för sin verksamhet.

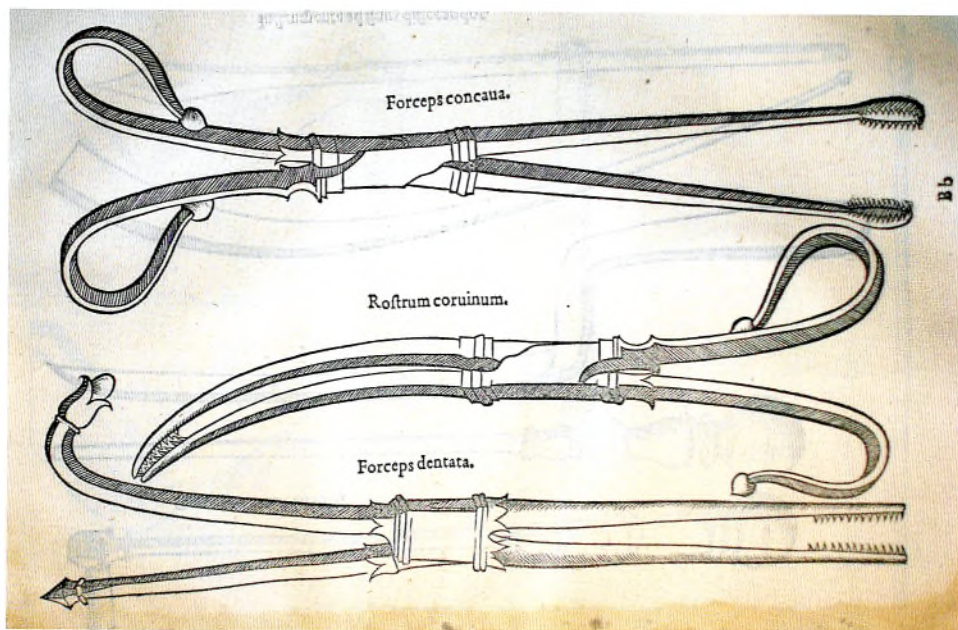


Fig. 74: Konkav tång, kornnäbbstång och tandad tång i instrumentbeskrivning i Konrad Gesners De Chirurgia ... från 1555. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

i Sverige. Kvaliteten i utföranden av såväl skalpeller som åderlåtningjörn varierade kraftigt. Vissa var elegant utformade och andra grövre och till synes mer amatörmässiga. Huruvida det speglar en yrkessmeds respektive läkarens egen tillverkning eller något annat är svårt att veta, men de kvalitativa skillnaderna kan vi observera. När instrumenten blev mer komplexa under 1500-talet är det dock rimligt att anta att det normalt sett var instrumentspecialister som tillverkade dem; inte läkarna själva (fig. 74). Det finns uppgifter från år 1600 om att den svenska kungens livläkare då åkte till Livland för att köpa kirurgiska instrument.³⁵⁴ Det antyder att tillverkningen och utbildningen av den typen av instrumenttillverkande hantverkare i Sverige inte hängde med i den snabba förändringen och ökande komplexiteten av instrumenten och att den inhemska tillgången inte helt mötte den nya efterfrågan.

Formaliseringen av läkaryrkena gick alltså inte hand i hand med utvecklingen av själva läkekonstens materiella kultur. Inte förrän under 1500-talets senare del, det vill säga när formaliseringen och professionaliseringen var långt gången, syns det tydligt i den materiella kulturen. Kanske var det också först då, i formandet av nya, differentierade yrkes-ethos, som behovet av nya former av utrustning som uttryck för dessa ethos, uppstod.

Hur förhöll sig då klostermedicinen med sina specialutformade instrument till pro-

354. Kockum 1949, s. 173.

fessionaliseringen av läkekonsten i samhället i stort? Var det professionell läkekonst som bedrevs där? Klostermedicinen förde i själva verket en parallell tillvaro till den profana läkekonsten. Det arkeologiska materialet tillåter inte en diskussion om huruvida utvecklingen av medicinsk praxis i svenska kloster föregick utvecklingen i det omgivande samhället, eftersom det arkeologiska klostermaterialet huvudsakligen är från medeltidens senare del (de äldsta lagren har inte alltid undersökts). Däremot är det tydligt att den medicinska kultur som fanns inom klostrens murar till stor del var sin egen, med andra idéer och andra kulturhistoriska rötter, än den som fanns utanför.³⁵⁵ Den materiella kulturen från klostren var specialiserad och många gånger professionellt utformad. Där fanns specialiserade skalpeller, men även instrument som sonder, kyretter och fina brännjärn, som inte användes i det omgivande samhället. Den materiella kulturen i särskilt de manliga klostren förefaller vidare ha varit mer eller mindre färdigutformad så långt tillbaka vi kan följa den (det vill säga huvudsakligen från medeltidens senare del) och har sina tydliga paralleller i den fornegyptiskt, antikt grekisk-romerska, tidigmedeltida arabiska och skolastiska medicinen. Där hade instrumentformerna redan funnit sin färdiga form årtusenden tidigare.

Som jag diskuterat för klostren är det mycket troligt att vissa institutioner, åtminstone de stora manliga cisterciensklostren, men i viss mån även Vadstena kloster, hade speciellt läkekunniga personer i sin tjänst. För att hantera de specialiserade instrumenten bör man ha haft specialkunskaper och utvecklade idéer om hur till exempel sår skulle behandlas. Där kan ha arbetat infirmarier, flebotomander (dvs. åderlätare), *medici* och *physici*, och en del av dessa hade förmodligen studerat medicin vid något europeiskt lärosäte och/eller genom klostrens egen verksamhet och egna bibliotek. Kirurgiskt kunniga personer kan ha anlitats från det omgivande samhället.

Intressant nog saknades emellertid särskilda regler för läkare i ordensreglerna, vilket annars hade varit att förvänta när det gäller en så speciell och i religiösa sammanhang laddad verksamhet som läkekonsten.³⁵⁶ I enlighet med det resonemang om professionalitetskriterier som jag fört här kan detta tolkas som att det, trots närvaron av instrument och litteratur, inte var frågan om en mer långt gången professionalisering inom klosterläkekonsten.

Det faktum att den specialiserade materiella kulturen som fanns i klostren inte spreds utanför den monastiska sfären och de speciella instrumenten var och förblev så gott som okända företeelser utanför klostrens murar, måste tolkas som att de idéer och metoder som användes där hade svårt att bryta sig ur den specifika kulturella sfären som klostermiljöerna (möjligen tillsammans med vissa andra religiösa institutioner, t.ex. hospital) utgjorde. Det gör att man starkt måste ifrågasätta hur stort inflytande klosterläkekonsten hade på den profana läkekonsten och hur stor roll den egentligen spelade för utveck-

355. Kap. 6.3. & 7.

356. Cassidy-Welch 2008, s. 147f.

lingen och professionaliseringen av läkekonsten i Sverige och Norden i stort och på lång sikt. Troligen var den betydelsen betydligt blygsammare än vi tidigare trott.³⁵⁷

5.5 En diskontinuerlig professionaliseringsprocess

De medeltida och renässanstida läkekonsterna i Sverige var i hög grad hantverk. Särskilt gällde detta den profana läkekonsten. Den bokburna kunskapen var dock en viktig del av skolastiken och av klostrens och de kyrkliga institutionernas kunskapstradition och -kommunikation. Läkekonsten i dessa miljöer kom bland annat av denna anledning att se annorlunda ut än läkekonsten i det omgivande samhället, där kunskaperna kommunicerades inom en hantverkstradition. All kommunikation av hantverksskunskap är komplex, eftersom den sker inom en personlig och tidskrävande process från en individ till en annan. När vi blir medvetna om denna komplexitet blir kvaliteterna hos den hantverksmässiga läkekonstens kunskapsprocess tydliga. Det hjälper oss också att leta efter och att identifiera kunskapsbärarna, de läkekunniga, i rätt sammanhang i källmaterialen och att förstå karaktären av deras kompetenser.

Genom att använda uttrycket *kunskapsbärarna* som en av detta kapitel huvudrubriker vill jag betona hur stor del av läketraditionen som utgjordes av individburen kunskap. Denna kunskap ska då förstås som delvis annorlunda än bokburen kunskap. Eftersom (nuvarande) Sverige under medeltiden och renässansen var ett låglitterat samhälle var den individburna kunskapen den huvudsakliga, medan den bokburna var relativt sett marginell. Individburen kunskap kan bestå av såväl påståendekunskap och färdighetskunskap som förtrogenhetskunskap. Till skillnad från den bokburna kunskapen rymmer den även stora mängder tyst kunnande, vilken inte kan förmedlas via böcker. Böcker lämpar sig däremot väl för att bevara och förmedla verbaliserad påståendekunskap.

En stor del av en hantverkande individs kunskap är tyst. Detta gäller inom alla hantverk, inte bara läkekonsten. Det tysta kunnandet inhämtas via kroppen och alla kroppens sinnen. Det kommuniceras därför också mest effektivt och med bäst resultat genom direkt mellanmänsklig kommunikation. Med kommunikation ska här förstås inte bara verbal sådan, utan även den form av kommunikation det innebär att utföra olika handlingar tillsammans eller att iaktta en annan människas handlingar och ta till sig, härma och utvärdera dessa. Denna form av kunskapskommunikation var helt essentiell inom den medeltida och renässanstida läkekonsten. Jag exemplifierar den med den isländske läkaren Hrafn Sveinbjarnarson och hans släkt, där släktled efter släktled på ett, som det verkar, mycket framgångsrikt sätt förde familjens hantverkstradition och speciella kunnande vidare.

Läkaryrket förefaller i hög grad ha uppfattats som ett kall där läkarens eller läkerskans fallenhet för yrket var viktig. Hans eller hennes personliga förmåga var av avgörande

betydelse. Man talade om läkande händer, *laecnishendr*; händer med en särskild förmåga att hela. Denna förmåga förefaller i viss mån ha uppfattats som ärftlig. I ljuset av det resonemang som förts i detta kapitel kring kunskaper och kunskapskommunikation vill jag emellertid föreslå att det som då uppfattades som en ärftlig förmåga i själva verket kan ha varit en *tät tyst kunskap*, kommunicerad i det täta sociokulturella sammanhang som exempelvis familjen (slakten) utgjorde, och som var det sammanhang i vilket de flesta läkare lärde sig sitt yrke. Innan klinikens födelse och före den organiserade läkarutbildningen var detta, jämte erfarenheter från krig och slagfält, det enda sättet att skaffa sig den kvantitativa erfarenhet som krävdes. Idén om den läkande handen (den läkande förmågan) kan i själva verket ses som ett uttryck för förtroghetskunskap; som ett resultat av en lyckad tät mellanmänsklig (även tyst) kunskapskommunikation. Förtroghetskunskapen var så helt avgörande för läkarens praktik och så ”tyst” att den av den medeltida samtiden rentav förstods som en medfödd, ärvd, förmåga.

De läkekunniga utgjorde en heterogen grupp av praktiker som besatt olika former av kunskap, erhållen inom olika sammanhang och praktiserad under olika omständigheter. Det var kvinnor och män, prästvigda och profana, specialister och allmänt kunniga personer och människor ur alla olika samhällsskikt. Det är viktigt att framhålla denna heterogenitet, eftersom den delvis står som en kontrast till den successivt homogeniserande effekt professionaliseringsprocessen, särskilt under medeltidens senare del och renässansen, kom att ha på de läkekunniga.

I de skriftliga källorna, framför allt från medeltidens tidigare del, framgår det tydligt att de kvinnliga läkarna utgjorde en betydande del av gruppen av läkekunniga, även av dem som mer specifikt benämndes läkare. Förutom att kvinnosjukdomar och förlossningskonst huvudsakligen (om än inte uteslutande) förefaller ha varit de kvinnliga läkekunnigas domän, utförde de diverse olika medicinska och kirurgiska behandlingar. Faktum är att de flesta av de mest komplicerade kirurgiska ingrepp som omtalas i sagamaterialet uppges utföras av kvinnor. Under 1500-talet hade emellertid läkekonsten i stort blivit en i hög grad manlig domän. Kvinnorna verkar ha ”försvunnit” någonstans under vägen. Trots att universitetsmedicinen (från vilken kvinnorna var exkluderade) inte blev särskilt viktig i Sverige eller Norden under den studerade perioden förefaller det alltså som om själva professionaliseringsprocessen hade en homogeniserande och exkluderande effekt. Det resulterade i att läkekonsten blev ett alltmer manligt yrke. Även nya normer kring den offentliga sfären, där kvinnor inte gavs lika mycket plats som män, bidrog förmodligen till detta. Kvinnor kunde fortfarande vara verksamma som jordemödrar, men hade blivit förpassade till ett lägre professionellt anseende än de manliga läkarna.

Även prästerna verkar ha varit en viktig grupp inom läkekonsten under medeltidens förra hälft. De sörjde då inte bara för själens hälsa, utan även för kroppens. De metoder de använde hade stora likheter med den profana läkekonstens, men man kan även skönja en skillnad genom att de förefaller ha använt sig av ett större inslag av

metoder hämtade ur skolastisk eller ”lärd” medicin. Som den grupp i samhället som besatt störst läskunnighet och skolastisk träning (teologi var den främsta skolastiska grenen) kunde de ta till sig den läkekonst som kommunicerades inom den latinspråkiga lärda världen; den bokburna kunskapen. Vissa förbud för det högre prästerskapet mot att spilla blod, skära och bränna, bidrog också till att skolastisk läkekonst på olika sätt låg dem närmre. Under renässansen verkar det emellertid som om prästläkarna inte längre var lika viktiga för samhällets *fysiska* läkekonst, utan att även de till viss del reducerades bort genom professionaliseringsprocessen.

Inom klosterväsendet, särskilt det manliga, fanns infirmarier, flebotomander och medicinskt kunniga munkar och bröder, nunnor och systrar. Det är möjligt att vissa munkar trotsade förbudet mot blodspillan, men det är kanske troligare att läkare anlätades utifrån för sådan verksamhet. Klostrens läkekunniga använde specialiserad utrustning enligt antika modeller och kan ha varit drivna inom den läketraditionen. Läkare förefaller annars framför allt ha funnits i städerna, men kanske även i andra folktäta regioner, där de kan ha fört en mer ambulerande praktik. Människor kom även resandes till läkare för att få hjälp om sådan saknades i deras närhet. Såväl den materiella kulturen som de skriftliga uppgifterna från städerna antyder att ett flertal läkekunniga kan ha varit verksamma i en stad samtidigt. De skriftliga källorna omtalar också många gånger läkare i pluralis. De läkekunniga förefaller alltså i högsta grad ha varit närvarande i samhället och deras tjänster tillgängliga.

Redan de äldsta lagarna nämner läkarlön. Det kan tolkas som att formandet av läkaryrket tog sin början redan under den tidiga medeltiden. Under loppet av medeltidens första del blev sedan den lagstiftning som berörde läkekonsten alltmer detaljrik och kom att inkludera regleringar av vem som kunde anlitas i juridiska spörsmål och vem som ansågs kvalificerad nog att ta hand om allvarliga skador. Det var de *laga läkarna*. De läkare som nämns i sagorna botar både sjukdomar och skador. De läker såväl kroppen som själen. *Läkare* eller *läkerska* var alltså bredare begrepp än *laga läkare*, som definieras i samband med juridiska konsekvenser av allvarliga fysiska skador. Det nordiska begreppet läkare var också bredare – eller mindre specialiserat – än de europeiska begreppen kirurg, *medicus* och *physicus*.

Någon gång under medeltidens senare del eller slut förefaller yrket eller yrkena att ha tagit en ny riktning. Renässansen såg en ökande segmentering av yrkesområdet, vilket mot periodens slut resulterade i gränsdragningar mellan framför allt apotekare och bardskärer. Segmenteringen och den tydligare definieringen främjade sannolikt utvecklingen av yrkena på sikt, men det kan under en övergångsperiod ha verkat begränsande och hämmande, genom att utestänga ett stort antal praktiker, vilka inte passade inom de nya regelsystemens ramar. Såväl den materiella kulturen som de skriftliga källorna från tidig- och högmedeltid bör emellertid tolkas som att specialkunniga individer, *läkare*, fanns redan då. De bedrev sin praktik bland annat i städernas centrala delar. Läkaren hade tagit tydliga steg mot en professionalisering flera hundra år innan differentieringen av yrket och formaliseringen av läkekonsten ägt rum.



6. Läkekonster

Vi har i de två föregående kapitlen tittat på förståelse av sjukdomar och skador samt vilka som verkade som läkare och hur deras verksamhet utvecklades mot en profession. Frågan är nu vilka handlingar, det vill säga åtgärder av olika slag för att läka, bota och lindra, som rymdes inom denna verksamhet; inom de *medicinska kulturerna*, för att återknytta till det begrepp som diskuterades i kapitel 3.

Läkandets handlingar formas delvis utifrån det som uppfattas som orsaker att bemöta och delvis utifrån de kunskaper som finns om hur man kan bota eller åtminstone lindra en åkomma. Dessa kunskaper kan vara tillgängliga för det stora flertalet eller hållas inom en begränsad grupp. Olika former av kunskap har också olika förutsättningar att fortleva, utvecklas, tas emot och föras vidare i olika sammanhang. De fundamentalt olika förutsättningarna för teoretisk respektive praktisk kunskap i det låglitterata medeltida och renässanstida Norden har redan diskuterats. Kunskaper kan även i olika grad inkluderas eller negligeras av ett samhälle beroende på hur de stämmer med rådande paradigmer i aktuell sociokulturell kontext.

Läkandets handlingar formas emellertid också utifrån det jag i kapitel 4 benämner *sjukdomsförståelsen*. Även denna är i sin tur, som vi redan har sett, en produkt av sociokulturella faktorer och kan variera kraftigt med tid och rum; från samhälle till samhälle, från kultur till kultur. Den kan också variera inom ett samhälle, exempelvis mellan olika miljöer eller grupper. Relaterat till sjukdomsförståelse är även uppfattningar kring sjukrollen och vilka som under vissa omständigheter tillåts och/eller förväntas inträda i denna. Även detta har diskuterats tidigare.

I det följande kommer jag att anknytta till dessa idéer när jag undersöker hur olika medicinska kulturer formas. Jag kommer att återigen fördjupa mig i sinnenas betydelse för läkarens uppfattning av en åkomma, och vilken betydelse detta har för valet av eventuell (be)handling, liksom hur läkarens förståelse i hög grad är handlingens förutsättning och grund.

Efter den mer teoretiskt resonerande inledningen kommer jag att undersöka vilka olika behandlingsmetoder som kan urskiljas i den svenska medeltidens och renässansens skriftliga och materiella källor.

6.1. Läkande handlingar

I det följande kommer jag att först resonera kring sinnenas betydelse för hur läkaren (läs: den som ska behandla) uppfattar och registrerar en åkomma. Det som inte noteras, genom läkarens perception eller genom patientens berättelse, blir över huvud

taget inte föremål för behandling. Det, tillsammans med den bakomliggande sjukdomsförståelsen. Det är den som avgör om något uppfattas som en åkomma som behöver behandlas eller inte och som motiverar *vilken slags behandling* som i så fall är lämplig och ändamålsenlig. Ytterligare en faktor är mycket nära kopplad till sjukdomsförståelsen, nämligen den *medicinska kulturen*. Denna kan sägas konstitueras av såväl förståelse och därav följande praktik, som av de individer som representerar denna förståelse och står för denna praktik.

Här diskuterar jag hur dessa komplex formas och förändras inom ramen för sociokulturella sammanhang. I förra kapitlet har jag framhållit människorna som bar kunskaperna och som utövade läkekonsterna. I det här kapitlet kommer jag att i högre grad tala om kulturer, men jag vill poängtera att detta inte ska uppfattas som en kulturskrivning där aktörerna är frånvarande. Tvärtom är det aktörerna, kunskapsbärarna, som också är bärare av de medicinska kulturerna eller läkekonsterna. Begreppet *medicinsk kultur* används emellertid för att synliggöra att enskilda aktörer verkade inom *sociokulturella sammanhang*. Metoder och förståelser inom en sådan kontext får ofta större relativa likheter än med metoder och förståelser i kontexter med annan sociokulturell profil.

6.1.1. *Sinnenas betydelse*

De fem sinnen är av fundamental betydelse i den praktiska läkekunskapen och i läkarens avläsande eller tydande av den skadade eller sjuka kroppens tecken. När läkaren undersöker kroppen noterar och registrerar han eller hon dessa tecken med hjälp av sina sinnen; medvetet och undermedvetet. För att kunna göra det krävs en sensibilitet och kunnighet i alla sinnen, där kunnigheten eller intelligensen rent av kan uppfattas som ett sjätte sinne.¹ Patienten i sin tur förlitar sig på att läkaren verkligen ser och uppfattar och registrerar allt det som är viktigt för att han eller hon ska kunna förstå vad som felas.² Dessa intryck och läkarens analys och förståelse av dem utgör grunden för eventuella behandlingar. Med *behandling* avses i detta sammanhang en mer specifik handling, vilken inbegriper ett större mått av medveten intention om avsett resultat än en handling i allmänhet. När det gäller läkekonst avser behandling en handling med syfte att bota, kurera, lindra, medan läkekonstens handlingar omfattade betydligt mer. Gränsen är dock många gånger oskarp.

Även i dagens kliniska medicin spelar denna sinnenas kunskap en viktig roll, men

1. Jfr Jouanna 1998, s. 54f. om hippokratisk läkekonst och diagnostisering med hjälp av inte bara syn, hörsel, lukt, känsel och smak utan även *förnuft/intelligens/bedömningsförmåga*.

2. Jfr Bergers (1987, s. 57) intressanta resonemang om tillitsrelationen mellan den goda porträttfotografen och hans eller hennes fotoobjekt, där det senare "förlitar sig på att han [fotografen] kan *se* deras livs historia" och på ett bra sätt förhålla sig till denna, fänga och återge den, i sitt porträtt.

kanske var det ännu viktigare före modern tid. Historikern Jacques Jouanna har föreslagit att skickliga läkare med väl tränad blick (till exempel dem han benämner ”Hippocratic physician”) förr förmodligen hade en mer utvecklad och förfinad förmåga att se och notera detaljer, att läsa kroppen, än läkare av idag. Han eller hon kunde uppfatta signaler som dagens läkare inte längre förmår urskilja.³ Anledningen är att moderna instrument i så hög grad har ersatt undersökandet med hjälp av sinnen. Därför finns inte längre samma behov att öva upp denna förmåga eller hypersensibilitet eller att föra kunskaperna om kroppens subtilare tecken vidare till unga läkare och därför har kunskapen och förmågan försämrats, fallit i glömska. Kanske har även inställningen till sinnenas kunskap ändrats, så att den anses mindre tillförlitlig än moderna maskiner och analysmetoder.

Att denna *seendets konst* kan ha varit mer utvecklad förr är en intressant tanke. I förmodern tid var det det ojämförligt främsta mediet för att inhämta kunskap och för att förbättra denna. De medeltidslatinska ord som motsvarade verbet diagnostisera var *cognoscere* (*cognosco*) som kan översättas med *lära känna, känna igen, erfara*, och *agnoscere* (*agnosco*) som betydde *märka, se, höra, kännas vid*.⁴ Det är alltså ord som speglar en med sinnenas inhämtad kunskap; *förtrogenhetskunskap*, och kännedom om det specifika fallet.

Det finns ett slags sinnenas hierarki, vilken verkar ha varit densamma sedan långt tillbaka i tiden. Synen lyfts ofta fram som det viktigaste sinnet för vår förmåga att orientera oss i världen och för att inhämta kunskaper. Kanske hänger detta delvis samman med att jag-perceptionen, vilken styrs av hjärnan, av de flesta upplevs vara belägen någonstans bakom våra ögon. När vi tänker på var själva jaget finns i vår kropp, är det inte i fingertopparna eller någon annan lem. Inte heller är det i bålen, i hjärtat. Vi säger också att ögonen är själens spegel och att vi talar med ögonen. Samtidigt har luktsinnets fundamentala betydelse för våra upplevelser av vår omgivning och våra medmänniskor avslöjats av modern forskning. Luktsinnet förefaller emellertid att i högre grad än synen att fungera undermedvetet. Våra näsor tar emot, registrerar och tolkar olika kemiska molekyler, men många gånger är vi inte helt medvetna om subtila signaler om personkemi, åtrå, rädsla eller sjukdom. Smaken är intimt sammanhängande med luktsinnet och det vi upplever som smak består i själva verket huvudsakligen av doftintryck, vilka hjärnan får oss att tolka som smaker.

Inom läkekonsten har ofta synen och känslan lyfts fram som viktiga sinnen för att undersöka och ställa diagnos, men många har också poängterat att det är sinnenas sammanvägda intryck som är betydelsefulla.⁵ Även i nordiska medeltida källor återkommer denna sinnenas förtrogenhetskunskap och det verkar även här ha funnits

3. Jouanna 1998, s. 54, även Nicolson 1993, s. 806.

4. Wallis 2000, s. 275f.

5. Bynum & Porter 1993.

en liknande hierarki sinnena emellan. Synen, känseln och lukten framstår som mer betydelsefulla än smaken och hörseln. På flera ställen i sagalitteraturen talas det till exempel om att *se* eller *skönja* skillnad på sår (*sjá sár*). Sigdrifas råd till den som ville bli läkare har redan refererats: en blivande läkare måste kunna se (och förstå) skillnad på olika former och grader av sår.⁶ Samma betydelse av seendet finns även uttryckt i senmedeltida kontext i den heliga Birgittas *Uppenbarelser*, där det står att sjuka systerar behöver "*badhe skodas oc belas*", det vill säga både skådas och helas. Skådandet ska här troligen förstås som att systrarna undersöktes. I *Hrómundar saga Greipssonar* förekommer uttrycket "*Kanna sár*".⁷ "Känna" förefaller här innebära att känna till och har alltså en snarlik betydelse som *sjá*. En läkare ska kunna se såren och dessutom tolka det han eller hon ser utifrån en kunskap om sår och hur de betar sig.

Detta att se eller känna (till) såren, skadan, sjukdomen, handlar om en speciell form av seende som närmast verkar kunna jämföras med vad Michel Foucault kallar *le regard – blicken*.⁸ Denna *blick* avser inte bara själva seendet, betittandet, utan framför allt ett kvalitativt seende; ett aktivt, kunnigt, analyserande, reflekterande, intentionellt iakttagande, snarare än ett ytligt eller oreflekterat tittande. Foucault diskuterar blickens utveckling under tidigmoderna förhållanden, men jag menar att samma form av blick användes långt tidigare. Synen uppfattades exempelvis inom såväl hippokratisk som galensk läkekonst som det främsta sinnet, genom vilket läkaren kunde förstå vad som fattades patienten. Denna uppfattning fortlevde genom medeltiden och fram i tidigmodern tid i det skolastiska arvet.⁹

Även känseln var ett viktigt sinne och har, precis som seendet, ofta framhållits som ett betydelsefullt diagnostiskt hjälpmedel inom läkekonsten under olika tider.¹⁰ Det är då frågan om samma aktiva användande av känselsinnet som ovan beskrivs för seendet. Det är ett intentionellt kännande, ett palperande (det vill säga undersökande med händerna), för att inhämta viktig information. I *Sturlunga saga* beskriver uttrycket "*preifa í sárit*" just detta att känna i såren, med händerna, för att förstå och bedöma. I kapitel 5.1.3. diskuterade jag tron på den – som man tänkte sig – delvis ärftliga läkande förmågan och den stora vikt som i det lades vid *de läkande händerna*. De läkande händerna skulle vara mjuka, sägs det i sagan om kung Magnus.¹¹ Jag tol-

6. *Edda* 1962: *Sigdrifomål*, strof nr 11; även kap. 5.4.2.

7. Berthelson 1946, s. 96 återger ett citat ur *Uppenbarelserna* IV: "*Thz tridbia for siwka systra skuld som tarffuas badhes kodas oc belas*", dvs. *För det tredje för sjuka systrars skull som behöver både skådas och belas*; Reichborn-Kjennerud 1928, s. 99. Även i *Biskupa sögur* står om hur läkaren undersöker med händerna (Steffensen 1980, s. 101).

8. Foucault 2003, s. 28ff., 78: "this bright, distant, open naivety of the gaze". Sheridan översätter Foucaults franska *regard* med engelskans *perception* och *gaze*.

9. Kemp 1993, s. 105f.; Lawrence 1993, s. 170; Nutton 1993, s. 8, 13; Sears 1993, s. 23.

10. Lawrence 1993, s. 155f., 170; Sears 1993, s. 22ff.

11. *Magnus den godes saga* 1994, kap. 28.

kar det som att de inte bara skulle vara lena och varsamma, utan även *känsliga* och därmed förmögna att känna efter. De skulle vara skickliga i att undersöka, palpera.

Användandet av de andra sinnen framgår inte lika tydligt i de källor jag undersökt, men *luktsinnets* betydelse som undersökande sinne kan sägas figurera indirekt i den redan refererade episoden om slaget vid Stiklestad. Där matar fältskärerskan de patienter som misstänks ha skadade bukorgan med en gröt innehållandes lök. Om inälvorna var perforerade kunde den skarpa löklukten urskiljas i såret.¹² Metoden kan låta banal, men är i själva verket briljant med tanke på de begränsade möjligheter som stod till buds för att bedöma så komplicerade skador; skador där varken synen eller känseln förslog.

Undersökandets handlingar krävde alltså en både intellektuell och sinnlig-fysisk kunskap. Liksom färdighet i diverse behandlingsmetoder krävde praktisk övning, förutsatte förmågan att uppfatta och tyda tecken och att avgöra vilken åkomma en patient led av kvalitativ och kvantitativ praktisk erfarenhet. De tecken som noterades under undersökningen måste dessutom tolkas och förstås inom ramen för rådande sjukdomsförståelse. Under medeltidens senare del blev avläsandet av kroppens tecken till och med bestämmande för hur sjukdomar förstods och benämndes. Detta i sin tur bestämde formen på den läkande (be)handlingen.

6.1.2. Förståelse och handling

Läkekunstens (be)handlingar är, som sagt, de praktiska tillämpningarna av dess utövares (läkare och andra) kropps- och sjukdomsförståelse, i syfte att bota, läka och lindra. Tillämpningarna kan vara medvetna och avsiktliga eller följa gamla rituella handlingsmönster och traditioner, på ett mindre medvetet och reflekterat sätt. Oavsett vilket menar jag att den underliggande förståelsen styr och formar. Sjukdomsförståelsen kan därför sägas vara det underliggande teoretiska perspektivet som bestämmer behandlingsmetoderna. Av detta följer att läkekunstens praktiska, faktiska handlingar varierar beroende av den bakomliggande sjukdomsförståelsen. Rengöring och förbindande av sår respektive åderlåtning, liksom för den delen magiska och religiösa åtgärder (vilka dock uteslutits i denna studie), är exempel på handlingar som alla är rationella handlingar grundade i sina respektive förståelser av kroppen och dess åkommor. I kapitel 4 diskuterade jag vad jag kallar *orsaksorienterad* respektive *symptom-/teckenorienterad* sjukdomsförståelse. Båda dessa förståelser fanns i Sverige under medeltiden och renässansen, men med vissa skillnader vad avser sociokulturella sammanhang och kronologisk tyngdpunkt. Jag föreslår att den förra var en äldre tradition i Norden, medan den senare kom hit med det latinska arvet och främst förekom inom den kyrkliga eller monastiska sfären samt blev vanligare mot slutet av den studerade

12. *Ólaf's saga Helga* 1991, kap. 234.

perioden. Eftersom dessa förståelseformer var olika, var även många av de (be-)handlingar som genererades av dem olika.

Inom en *orsaksorienterad* sjukdomsförståelse formas handlingarna av förståelsens grund i orsak och konsekvens. Vad som menas orsaka en viss åkomma avgör då också hur man försöker häva eller motverka den. Man iakttar orsak och handlar utifrån dessa iakttagelser. Man skulle kunna säga att själva handlandet därmed ligger implicit i den orsaksorienterade förståelsen. Därmed blir den läkekonst som denna förståelse ingår i i hög grad empirisk. Inom en mer *symptom-/teckenorienterad* sjukdomsförståelse, däremot, blir förhållandet ett annat. Behandlingsformerna inom ett sådant paradigm behöver inte ha en lika tydlig inriktning mot upphävandet av orsak. Snarare blir den inriktad mot ett reducerande eller motverkande av de symptom och tecken som uppfattas som det sjuka. Detta förhållningssätt innebär en högre grad av abstraktion och är därmed i viss mening mer komplicerat. För att omsätta denna mer abstrakta sjukdomsförståelse i handling (behandlingsmetoder) behövdes därför ett mer utvecklat teoretiskt system som kunde fungera som brygga mellan iakttagandet av tecknet och behandlingen av detsamma. Ett sådant teoretiskt system blir då den rationella motiveringen till förståelsens handlingar.

Ett mer sentida exempel som illustrerar detta förhållande mellan symptom/tecken, teoretisk förklaringsmodell och (be)handling är den homeopatiska föreställningen att *lika botar lika* (*similia similibus curentur*). Det var en sjukdomsförståelse som utvecklades under 1700- och 1800-talet och som i hög grad var symptom-/teckenorienterad, genom att man tänkte sig att de olika tecknen eller symptomen kunde upphävas eller reduceras med hjälp av substanser som också kunde orsaka liknande symptom och tecken eller kanske ägde visuella likheter med tecknet eller det drabbade organet i fråga. Även humoralpatologin var en delvis symptom-/teckenorienterad förståelse, men med en nästan motsatt teoretisk grund om man jämför med homeopatin. Den innebar istället att botemedlet stod att finna i kontrasten eller motsatsen, för att återupprätta en rubbad balans. För hög kroppstemperatur motverkades därför med svala substanser eller nedkylande behandlingar och en kropp med för hög fuktighet behandlades med uttorkande eller dränerande behandlingar. Samtidigt utvecklades detta teoretiska system bortom ett enkelt förhållande mellan symptom/tecken och åtgärd, så att även de bakomliggande *orsakerna* söktes i obalansen i kroppens system.¹³

Det faktum att handlingarna följer av förståelsen innebär att en ny metod förmodligen inte anammas eller inkluderas om den inte har en rationell grund i den rådande förståelsen. För att det ska finnas utrymme och anledning att inkludera en metod från ett annorlunda teoretiskt system eller en annorlunda kropps- och sjukdomsförståelse måste alltså även en (föregående) förändring ske inom den rådande sjukdomsförståelsen. Att förändra förståelsen av kroppen och dess åkommor är emel-

lertid en komplicerad process. Det har, som vi redan sett, djupa existentiella och sociokulturella implikationer. Att en kultur anammar en ny läkekonst (eller enstaka drag av en sådan), är därför en betydligt mer komplicerad och därmed nödvändigtvis långsammare process än, låt säga, anammandet av en utifrån kommande teknologisk uppfinning, som exempelvis vattenkvarnen. Samtidigt är det en ständigt pågående process varhelst olika uppfattningar och förståelser möts.

Inom de senaste decenniernas kulturhistoria har kulturmöten diskuterats utifrån idéer om kontaktzoner och mötesplatser, snarare än gränser.¹⁴ I ett möte mellan kulturer eller idéer (egentligen mellan människorna som bär kulturerna och idéerna) kan de inblandade parterna välja att ta till sig och influeras av det nya, men de kan också välja att inte (eller sakna motivation för att) göra det.¹⁵ Detta är viktigt att ha i åtanke när man diskuterar exempelvis spridningen av den antika eller skolastiska läkekonsten. Jag berörde denna problematik redan i kapitel 3. När det gäller exempelvis diskussionen kring hur den skolastiska läkekonsten togs emot i Norden under medeltiden är det alltså viktigt att förstå att den mycket väl kan ha befunnits både irrelevant eller ointressant om den inte upplevdes som förenlig med den läkekonst och förståelse som redan fanns, eller inte svarade mot ett teoretiskt eller praktiskt behov.

När åderlätning som behandlingsmetod, vilken har sin teoretiska grund i en humoralpatologisk förståelse av kroppen och dess åkommor, börjar förekomma i profana sammanhang inom svenskt område under medeltiden har det alltså sannolikt föregåtts och åtföljts av en förändring när det gäller förståelsen av hur kroppen fungerar, vad sjukdomar är, vad de beror på och hur de därmed kan behandlas. Därmed inte alls sagt att hela det humoralpatologiska systemet anammades i oförändrat skick. Eftersom ett inkluderande av en ny metod alltid sker i relation till äldre förståelser, innebar processen en förändring inte bara av den äldre och föregående förståelsen, utan även av de nya elementen. Humoralpatologisk förståelse i det senmedeltida Norden var alltså inte identisk vare sig med den som fanns i det antika Grekland, i det romerska riket, i det medeltida eller renässanstida Europa eller i den tidigmoderna svenska folkmedicinen, vilket är viktigt att bära i minnet. Den kom istället att ingå i en *ny medicinsk kultur*, formad i en specifik sociokulturell kontext; en process som diskuterats i det följande.

6.2 Behandlingsformer

Jag talar ovan om behandlingar, men läkekonsternas olika handlingar inkluderar inte bara eller kanske ens främst *behandling*. Förebyggande kroppsvård i form av hygien, diet och motion, var en viktig del inom den antika och skolastiska medicinen och det

14. T.ex. Morris 2000.

15. Burke 2007, s. 129 med referens bl.a. till Braudels diskussion om motståndszoner och ”vägran att låna”.

är möjligt att den var det även inom äldre nordisk läkekonst, även om det är svårt att belägga. Även *vården* av den sjuka eller skadade var en viktig del. Detta har för svenskt och nordiskt vidkommande har redan behandlats i kapitel 4.4. i diskussionen kring sjukroller. I samhällen eller kulturer där läkekonstens förmåga att bota kroppens många åkommor trots allt var oerhört begränsad, var vårdandet och lindrandet många gånger det enda som stod till buds. Vårdandet var därför helt centralt. Sett i detta sammanhang var naturligtvis institutioner som hospital och helgeandshus betydelsefulla, även om där inte bedrevs mycket av egentlig läkekonst i meningen behandlingar utförda av läkekunniga personer. Även vad vi idag skulle kalla psykosomatiska hjälpmedel var viktiga. Hade patienten förtroende för den som skulle behandla henne eller honom, var mycket vunnet. Historikern Michael Solomon menar att den medeltida läkarens viktigaste hjälpmedel för en lyckad behandling var att få patienten att tro på läkarens yrkesmässiga skicklighet och att denne använde de absolut bästa metoder och mediciner som fanns att tillgå. Solomon menar att läkarna var väl medvetna om att en behandling hade större chanser att ge goda resultat om patienten såg optimistiskt på situationen och verkligen trodde på behandlingens effektivitet.¹⁶ Ett exempel på detta är att den engelske kirurgen John Arderne på 1300-talet poängterade skratets betydelse för ett lyckat behandlingsresultat, vilket alltså även gällde så handfasta behandlingar som de kirurgiska.¹⁷

Samtidigt är det tydligt att man inte nöjde sig enbart med detta förhållningssätt, utan att man försökte finna former för att aktivt bemöta, förhindra och bota sjukdomar, skador och ohälsa, och det är dessa aktiva handlingar som kommer att diskuteras i det följande. Skötseln av den personliga hygien kan i viss mening sägas gränsa till läkekonsten och får inleda den följande genomgången av olika behandlingar som kan beläggas inom den svenska och nordiska läkekonsten.

6.2.1. Hygien och domesticering av kroppen

Hygien och kosmetik/kroppsdmesticering kunde skötas av den enskilde, utan specialkunskaper, men gränsen mellan det och läkekonst var, som redan påpekats, flytande. Ibn Fadlan förfärades på 900-talet över rusernas smutsiga vanor. Han menade att många individer i tur och ordning tvagade sig i samma tvättvatten, vilket blev allt smutsigare.¹⁸ Hans uppgifter om hur varje man snöt sig och spottade i vattnet skulle kunna uppfattas som negativ retorik – särskilt det omotiverade spottandet och snyttandet i vattnet – och det kanske det var. Att inte byta vatten för varje individ, utan låta flera personer återanvända det, påminner emellertid om en vanlig familjs lögarordning

16. Solomon 2010, s. 2, 7.

17. Ferm 2002, s. 126f.

18. Ibn Fadlan 2006, s. 65.

i det gamla svenska bondesamhället och förefaller därför inte vara en helt osannolik praxis bland ruser på resa. Kanske hade man samma praktik kring den dagliga eller veckovisa vasken under medeltiden och renässansen, men enstaka berättelser som Ibn Fadlans riskerar också att få oproportionerligt stor betydelse för den bild vi skapar oss av medeltiden och dess hygien tänkande eller brist på detsamma.

I Norden förefaller bastubadandet (ordet bastu av ordet badstuga) ha varit relativt utbredd och populärt under större delen av medeltiden, vilket snarast vittnar om en vilja att tillhandahålla möjligheter för folk att hålla sig rena. Att renhet gynnade hälsan på olika sätt bör inte ha varit okänt. Enskilda gårdar kunde ha egen bastu och i städerna fanns ofta ett flertal både privata och allmänna badstugor, vilka kunde ägas av en kyrka och vara knutna till en socken.¹⁹ Som sådana var de en inkomstkälla för den ägande institutionen, men också en tillgång för det sockenfolk som saknade en egen badstuga. Bastubadandet hade även sociala dimensioner, men viktigast var det sannolikt av hygieniska skäl.²⁰

Inom mycket av den antika läkekonsten och inom den salernitanska hälsoläran var hygienföreskrifter en viktig del. Därmed var det så även inom cisterciensorden, som delade det arvet genom medeltidens lärda kultur. Trots tankar kring fysisk asketism inom orden skulle munkarna, enligt cisterciensernas regelverk, bada en gång i månaden och tvätta varandras fötter varje lördag. För de sjuka var bad en viktig behandlingsmetod och infirmarier var ofta försedda med bad (bastu?).²¹ I Alvastra kloster har en trolig bastu undersökts arkeologiskt på den Östra innergården, vid det troliga infirmariekomplexet. Dateringen av anläggningen är oklar, men det är inte omöjligt att den kan kopplas just till infirmarieverksamhet och annan kroppsvård i den sydöstra delen av klosterområdet.²²

Örslevar (de allra minsta av miniatyrskedarna) användes av läkare, men hade också en funktion för skötseln av den personliga hygien.²³ De var dock långt ifrån allmänt förekommande. Faktum är att de är påtagligt få från profana miljöer. I de rikt fyndförande kulturlagren från medeltidens förra hälft i Sigtuna är de relativt välrepresenterade, ofta sammansatta med pincett och sticka i så kallade toalettuppsättningar, men ändå rör det sig bara om en handfull föremål.²⁴ Under medeltiden påträffas örslevar istället framför allt i manliga cisterciensklöster (i de kvinnliga klostren saknas de helt) och då oftast som enskilda objekt (dvs. inte ihopsatta med andra föremål). Enstaka exemplar har även påträffats vid enstaka kyrkor, vid förmögna lantgods och

19. *The life of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 28; Katalogen för Linköping, Lund, Uppsala, Vadstena.

20. Jfr Olaus Magnus 15 boken, kap. 35.

21. Ortved 1927, s. 42; Sores 1998, s. 312.

22. Katalogen för Alvastra.

23. Kap. 2.1.2.

24. Katalogen för kv. Professorn, Sigtuna.

i slottsmiljöer.²⁵ I stadsmaterial från senare delen av medeltiden och renässansen är de så gott som helt frånvarande.

Att peta öronen framstår alltså som en praktik som endast förekom i vissa specifika kulturkretsar eller sociokulturella miljöer i det medeltida och renässanstida Sverige. Det praktiserades, som redan nämnts, inom antik kroppskultur och nämns i Ibn Sinas (Avicennas) hälsoföreskrifter från tidigt 1000-tal. Det förefaller som att bruket att peta öronen med små skedinstrument kom till Norden via flera olika vägar; dels som en profan tidigmedeltida praxis, dels som en del av manlig monastisk praxis. Den senare, liksom upptagandet av praktiken inom högreståndskultur under medeltidens senare del, kan förmodligen tillskrivas inflytande från Ibn Sinas skrifter och den skolastiska litteraturen. Att öronpetning med speciella små skedar praktiserades inom den manliga monasticismen är intressant med tanke på idealet om fysisk asketism, vilket alltså inte förefaller ha uteslutit denna form av kroppsvård. Praktiken som speglas i exempelvis det tidigmedeltida Sigtunamaterialet fortlevde dock inte medeltiden igenom. Inte heller spreds den från de manliga klostren till profana miljöer eller adopterades inom den kvinnliga monastiska sfären, vilket kan tolkas som att den kulturella motivering och bakomliggande förståelse som motiverade användandet av örslevar, inte var allmänt vedertagen.

Pincetter av epileringsmodell påträffas främst i tidigmedeltida kontexter, särskilt i kulturlager i städer samt i cisterciensiska kvinnokloster. Medicinsk och kirurgisk epileringspincetter förekom, och då på såväl kvinnor som män, men den tydliga övervikten av epileringspincetter i de kvinnliga klostermaterialen (och frånvaro i de manliga) antyder att de även var kosmetiska artiklar för kvinnor. Historikern Montserrat Cabré menar att könsmissiga skillnader i det medeltida skönhetsidealet framför allt låg i hur man förhöll sig till kroppsbe håring. Det kvinnliga skönhetsidealet var, särskilt under den tidiga medeltiden, ett slätt anlete, fritt från hårväxt. Mäns kroppsbe håring förstods däremot som resultatet av manskroppens högre fysiska fulländning och ansågs signalera maskulinitet. Avsaknaden av kroppsbe håring – huvudhåret undantaget – ansågs således, som maskulinitetens motsats, signalera femininitet. Därför var det vanligt (åtminstone, får man nog tillägga, i vissa sociala skikt) att kvinnor epilerade ansikts- och kroppsbe håring.²⁶

6.2.2. Förlossningskonst

Havandeskap och förlossning är, om allt går bra, inte en sjuklig åkomma. Däremot är det ett sårbart och potentiellt farligt tillstånd och kvinnan blir svag som i sjukdom. Komplikationer kräver dessutom kunskaper som kan sägas ligga inom läkekonstens

25. Östra Sallerup (MK 50:300703); Läckö slott (SHM 21682:VII:1199); Lagnö gård, Aspö, Sörmland (SHM 20749:4); Domkyrkan i Västerås (VLM:28547:137). Se även katalogen för Linköping och Visby.

26. Tuchman 1994, s. 68; Cabré 2010, s. 127.

område. Som regel förefaller det ha varit kvinnor som assisterade vid förlossningar, men även män kunde ibland ha de nödvändiga kunskaperna.

I de skriftliga källor som studerats i denna undersökning nämns havandeskap och förlossningskonst vid ett antal tillfällen.²⁷ I berättelsen om *Oddruns gråt* ligger kungadottern Borgny i svåra förlossningssmärtor och förlossningen förefaller mer komplicerad än vanligt. Med den läkekunniga kvinnan Oddruns hjälp går den emellertid bra och det visar sig vara en tvillingfödsel. Det framgår att Borgny föder ståendes på knä i sängen, med Oddrun sittandes vid hennes knän för att hjälpa och stödja.²⁸

Den poetiska Eddan innehåller flera detaljer kring förlossningsarbete: vilka runor som ska ristats och vilka galdrar som ska kvädas.²⁹ I *Sången om Sigdrifa* är det valkyrian själv och diserna som har kunskapen, och hon kväder:

Lär dig bärgerunor, om du bärga vill
och lösa en kvinnas livsfrukt;
du skall rista dem på lovarna och lederna fatta
och be om disernas bistånd.³⁰

Versen som citeras ovan är spännande då den preciserar hur hjälperskan ska göra. Tillammans med uppgifterna från berättelsen om Borgny och Oddrun får vi en bild av hur den födande kvinnan står på knä i sängen. Hjälpkvinnan sitter framför henne och stöttar och spjärnar emot genom att hålla hårt om föderskans handleder, där de skyddande och livsfrämjande runorna ristats. I samma källa förekommer uttrycket ”förlösningens love och lindringens fjät”, som möjligen också syftar på förlossningshjälperskans gärning.³¹

27. Se t.ex. i *Olav den heliges saga* (1993, s. 174) i berättelsen om Karla-Magnus födelse, där modern ligger nära döden vid födseln och det inledningsvis är oklart om det nyfödda barnet alls lever; *The Saga of Bjorn, Champion of the Hitardal People 1997*, kap. 20 vers 27–28.

28. *Edda* 1962, *Sigurðarqviða in scamma*, strof 32: ”blóðuct sár, undir dreyrgar, knættir yfir binda” alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Det korta Sigurðskvædet*, strof 32.

29. *Edda* 1962: *Sigrdrifomál*, strof 19: ”þat ero bócrúnar, þat ero biargrúnar oc allar qlrúnar”; alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Sången om Sigdrifa*, strof 19: ”Det är bokrunor, det är bärgerunor och alla ölrúnar”. Kontexten med bokrunor och det läkande ölets runor är intressant här.

30. *Edda* 1962: *Sigrdrifomál*, strof 9: ”Biargrúnar scaltu kunna, ef þú biarga vilt och leysa kind frá konum; á löfa þær scal rista oc ofliðu spennu oc biðja þá disir duga.” alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Det korta Sigurðskvædet*, strof 8; Motsvarande återfinns i *Völsunga saga* 1965, kap. 21, strof 12, där Brynhild råder Sigurd: ”Bjargrúnar skaltu nema, ef þú vill borgit fá ok laysa kind frá konu. Á löfa skal þær rista ok um liðu spennu ok biðja disir duga” alt. *Völsungasagan* 1991, s. 90, där Brynhild råder Sigurd: ”Hjálprunor skall du kunna, om du hjälpa vill, och lösa livsfrukt från kvinnor. I handen skall du dem rista och om handlederna spänna och bedja diserna giva dig hjälp.” ”Bärgerunor” nämns även i *Edda* 1962: *Sigrdrifomál*, strof 19 alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Sången om Sigdrifa*, strof 19.

31. *Edda* 1962: *Sigrdrifomál*, strof 16: ”á lausnar löfa oc á lícnar spori”.

Kirurgiska ingrepp vid förlossning, exempelvis kejsarsnitt eller fetoklasi, då fostret är dött men måste tas ut ur modern för hennes hälsas skull, omnämns inte i de källor jag studerat. Det finns kontinentaleuropeiska avbildningar av scener där ett barn skärs ut ur modern. Huruvida det visar ett egentligt kejsarsnitt på en levande kvinna eller ett försök att rädda ett foster ur en död moder, för att åtminstone hinna döpa detta, är dock oklart. Om kejsarsnitt över huvud taget förekom torde det på grund av riskerna ha varit extremt ovanligt.

Man talade under medeltiden om *barn siang*, *barn siuk* och *barn sot*.³² När man idag talar om att ligga i barnsäng menar man att den nyförlösta kvinnan ligger till sängs. I den norska *Borgartingslagen* stadgades att nyförlösta mödrar inte skulle lämnas ensamma. Enligt historikern Jon Geir Høyesteren berodde det på att man var medveten om nyblivna mödrars potentiella mentala labilitet (i sin svåraste form så kallad *post partum*-psykos) och att man var rädd för att hon i den situationen skulle ta livet av sitt barn.³³ Flera andra tolkningar är naturligtvis också möjliga, som att nyförlösta helt enkelt ofta är fysiskt mycket svaga, kan lida av blodförlust och chock och vara allmänt utmattade, och därför i behov av hjälp. Det är oavsett vad intressant att notera omsorgen om dem.

6.2.3. *Behandling med läkemedel*

Medicinska behandlingar med olika läkande substanser (framför allt inhemska växter, men även exotiska växter, animalier och mineraler) förefaller ha varit en viktig del av den svenska och nordiska läkekonsten under hela den studerade perioden. De tidigaste källorna som studerats inom denna undersökning är mycket vaga angående *vad* som behandlades på detta sätt, men de ordalag i vilket örter och andra växter omnämns antyder att kunskapen om dem var viktig. De används bland annat för att läka sår, ställa skadediagnos och skydda mot ont mer allmänt. Möjligen kan vi även skymta skydd mot missfall alternativt oönskad graviditet. Allt detta är den typen av åkommor vilka man hanterade utifrån den empiriska, orsaksorienterade sjukdomsförståelsen vid den tiden. Renässansens läkeböcker är mer specifika. En svensk örtabok från 1500-talets första del nämner kurer mot så vitt skilda åkommor som olika former av smärtor, ohyror och inälvsparasiter, ändtarmsutfall, menstruationsproblem, livmodersmärtor och missfall, fallandesot, olika ögonproblem, sår, hundbett och sting av olika slag, tandvärk, vattusot, blodspottning, svullnader, spetälskesår, bölder, hosta och heshet, feber, lungсот, sömnlöshet och dålig andedräkt.³⁴ Många av dessa åkommor avser snarare vad som kan benämnas tecken och

32. Schlyters ordbok för dessa ord i lagarna.

33. Høyesteren 2007, s. 326.

34. Herjulfsdotter 1993.

symptom, vilket speglar den vid den tiden begynnande förändringen av sjukdomsförståelsen.³⁵

Jag kommer i det följande framför allt att försöka urskilja äldre inhemska kunskaper och förhållningssätt respektive sådant som förefaller ha inkorporerats under medeltidens och renässansens gång, och på så vis försöka urskilja olika medicinska kulturer. Först undersöker jag vilka substanser man använde från växtriket, från djurriket och av mineraler, samt av alkoholer. Därefter undersöker jag i vilken form läkemedel tillreddes och användes samt vad medikamentskärlens form kan säga oss. Slutligen gör jag ett försök att urskilja drag av olika medicinska kulturer vad gäller medikamentsanvändandet.

LÄKEMEDEL FRÅN VÄXTRIKET

De flesta läkesubstanser hämtades, som det verkar, från växtriket. Lökväxter, olika örter och bär preparerades eller användes som de var. Det är inte alltid möjligt att förstå vilka växter som avses i texterna, men vissa kan vi urskilja. Tidiga, för oss bevarade, inhemska namn på läkeväxter är tämligen fåtaliga. Inger Larsson, språkvetare med inriktning på nordiska språk, har undersökt växtnamn i medeltida handskrifter.³⁶ Hon menar att frånvaron av namn på växter ska tolkas som att man inte hade behov av att namnge dem. Hon menar till och med att ”det ger [-] en antydning om, att det kanske inte var nödvändigt för den medeltida människan att i vardagslag skilja så många växter åt inbördes med olika beteckningar”.³⁷ Jag ställer mig mycket tveksam till Larssons tolkning och menar istället att behovet av och kunskapen om ett stort antal växter sannolikt var stor och ansågs nödvändig, att det var en spridd kunskap och att man också var noga med namngivning. Jag finner det mer troligt att förklaringen till de få bevarade namnen ska sökas i att skriftkulturen inte började slå igenom i landet förrän under 1300-talet och att de källor vi har från tidig- och högmedeltid inte är av det slaget som nämner inhemska läkeörter i större utsträckning. Läke- och örtaböckerna började dyka upp under medeltidens slut, men berörde då i hög grad främmande växter. Larsson menar att läke- och örtaböckerna i hög grad noterar växter som ”varken kan växa eller har införts för odling i vårt land” och att de därför inte i särskilt hög grad kan förväntas spegla inhemska förhållanden.³⁸

Jag menar att man ändå måste utgå ifrån att det fanns en omfattande inhemska

35. Jfr kap. 4.5.

36. Larsson 2009. Hon baserar en väsentlig del av sin studie på bibliotekarien Gustaf Edvard Klemmings utgåvor, som under 1880-talet tillgängliggjorde medeltida handskrifter i form av örta- och läkeböcker i tryckt format (*Läke- och Örtaböcker från Sveriges medeltid*). Utgåvan utgörs till stor del översättningar och bearbetningar av utländska läkeböcker.

37. Larsson 2009, s. 216.

38. Ibid., s. 215.

muntlig tradition kring läkeväxter. När örtböckerna började skrivas var dessa kompilat av utländska böcker i ämnet, men med vissa inslag av folklig medicin. Kanske ska de snarare ses som en vilja att i renässansens anda införa ”den lärda” medicinen i landet. Folklivsforskaren John Granlund har identifierat tydliga paralleller mellan Olaus Magnus uppgifter om läkemedel och den samtida lärda litteraturen på området. Både Olaus Magnus referat och kompilerandet av läke- och örtböcker är uttryck för renässansens nyväckta intresse för äldre tiders lärdom och vetande. Detta ska dock inte likställas med att det var först då kunskap om läkande örter började spridas, att läkeörterna dessförinnan var namnlösa eller att kunskaperna om dem var obetydliga. Innan den inhemska kunskapen om de användbara läkeväxterna så småningom alltmer blev en skriven kunskap, uppblandad med europeiska källor, fördes den vidare muntligen och genom delad erfarenhet från person till person.

Lök är den läkeväxt som nämns oftast i de tidiga inhemska skriftliga källorna.³⁹ I *Völsungasagan* står att ”[h]an hade också en *vinlök* [min kursivering] som han gav henne att äta av; den sortens lök har den egenskapen att man kan leva länge av den, fastän man inte har någon annan föda.”⁴⁰ Här tillskrivs alltså löken även närande egenskaper. Den var en viktig ingrediens i mathållningen och odlades i särskilda lökgårdar eller i örtagårdarna.⁴¹ Olika tecken (runor) förefaller ha kunnat användas för att förstärka den ontavvärjande verkan av själva löken, vilket antyds i *Sigríðfomál*:

Gör tecken [runor?] över bågaren, som skydd mot ont
och lägg i lagen en lök,
jag vet att då varder dig aldrig
mjödet blandat med men.⁴²

Även en snarlik strof ur *Völsungasagan* verkar syfta på kombinationen magi och lök:

Fyllda bågarn signa
och för fara dig akta,
du skall lägga i lagen lök;
då vet jag,

39. *Edda* 1962: *Sigríðfomál*, strof 8; *Völsunga saga* 1965, kap. 21, strof 11: *lauk*; lökväxterna omnämns mer specifikt i örta- och läkeböckerna, men i sagorna oftare enbart som ”lök” eller ”vinlök”. Enligt Larsson hade man under medeltiden i Norden gul- eller röd lök, vitlök, gräslök och möjligen purjolök (Larsson 2009, s. 67ff.). Jfr även kap. 3.1.

40. *Völsunga saga* 1965, Appendix B: Aslaug and Heimir: *vinlauk*; alt. *Völsungasagan* 1990, om Heimer och Aslaug.

41. Larsson 2009, s. 54.

42. *Edda* 1962: *Sigríðfomál*, strof 8: ”Full skal signa oc við fíri síá oc verpa lauki i lög: þá ec þat veit, at þér verðr aldri meinblandinn mjöðr.”

att det varder dig aldrig
något menligt i mjödet blandat.⁴³

Både lök och *läkande gräs* (örter) nämns i samband med fältsjukstugan vid slaget vid Stiklestad, som redan refererats flera gånger. En läkande och samtidigt diagnostiserande gröt kokas då på krossad lök och ”annat gräs” (*ónnor grös*) för att ges till de sårade.⁴⁴ Vad för annan sorts gräs som avses vet vi inte. I en fabel i *Völsungasagan* nämns dock *läkande blad* (på fornsvenska *läkisblad* eller *groblad*), det vi i modern svenska benämner *groblad*.⁴⁵ Det berättas om två vesslor som slåss så att den ena blir biten i strupen. Den springer då in i snären och hämtar ett *blad* som den lägger över såret, och blir så helt återställd. Det berättas även om en korp som kommer flygande med ett sådant blad. När man drar bladet över såret på den skadade blir denne genast frisk och stiger upp som om han aldrig varit sårad.⁴⁶ Människan har fått kunskapen om de viktiga bladen från djuren. Det fornnordiska ordet *gro* betyder just växa igen, läka. Groblad ansågs även senare under medeltiden ha starkt läkande och närmast magiska egenskaper.⁴⁷ Idé- och lärdomshistorikern Per-Gunnar Ottosson menar att användandet av groblad inom läkekonsten kan ha spridits från Norden och sedan söderut. Även Angelica ska, enligt honom, vara en växt med ursprung som läkeväxt i Norden.⁴⁸

I *Fjölsvinismål* i *Den poetiska Eddan* nämns brännandet av något slags bär med läkande egenskaper:

I brasan kastar man bär av det trädets
till bot för kvedsjuka kvinnor,
då det kommer ut som skall innantill vara –
slik makt har det över människor.⁴⁹

Trädet som avses här är i och för sig världsträdet Mimameid, men då askträdet inte får bär, kan man spekulera lite kring vad för slags bär som åsyftas. I sin översätt-

43. *Völsunga saga* 1965, kap. 21, strof 11. Samma vers återfinns i *Edda* 1962: *Sigrdrifomål*, strof 8, se föregående not.

44. *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234: ”*Hún hafði þar gert í steinkatli, stappað lauk og ónnor grös og vellt það samman*” alt. *Olav den heliges saga* 1993, strof 234.

45. Jfr med Larsson 2009, s. 203. Groblad har genom modern forskning visat sig innehålla flera olika kemiska substanser som främjar sårhäkning (Pressmeddelande från SLU, hämtat 2012-09-10).

46. *Völsunga saga* 1965, kap. 8: ”*bláit*”.

47. Herjulfsson 1993, s. 15ff.; Larsson 2009, s. 204.

48. Ottosson 1977, s. 143f.

49. *Den poetiska Eddan* 1993: *Fjölsvinismål*, strof 16. Isländsk text i Steffensen 1975, s. 162: ”*Út af hans aldni skal á eld bera fyr kelisjúkar konur; útar hverfa þaz þar innar skyli sá er hann með mönnum mjötuðr.*”

ning av texten föreslår Björn Collinder att bären som avses är idegransbär och att det som ”kommer ut” syftar på livmoderframfall.⁵⁰ Idegransbär ska enligt Collinder i folkmedicin ha använts i samband med reglering av barnafödande. Hur de giftiga idegransbären (om det är dem som avses) skulle kunna ha en positiv effekt mot livmoderframfall är emellertid oklart och det tycks mig vara en något långsökt förklaring. Livmoderframfall kanske inte heller är en typ av problem som gavs specifik uppmärksamhet i *Den poetiska Eddan*.

Jag menar att en rimligare tolkning är att det är enbär som avses. Dessa har använts för att stimulera menstruation och provocera fram abort, liksom för att förhindra havandeskap.⁵¹ Det är vanskligt att dra paralleller mellan tidigmedeltida nordisk praxis och skolastisk litteratur, men det kan kanske ändå ge en antydning om en vitt spridd praxis med inbördes kopplingar eller som uppstått oberoende av vartannat på flera ställen. Flera medeltida och renässanstida läkare omtalar enbärs användning för detta syfte. Amatus Lusitanus, grekisk läkare verksam i mitten av 1500-talet, menade att enbär kunde döda ett levande foster eller driva ut ett dött. Guglielmo da Saliceto (ca 1210–ca 1280), italiensk kirurg och präst, menade att även enbär som fumigant, det vill säga som rök, kunde användas i detta syfte.⁵² Att kasta bären på elden, som beskrivs i *Fjölsvinns-mål*, kan ha syftat till att skapa enbärsrök för en sådan effekt. Även andra tolkningar är naturligtvis möjliga. Kålfrön kunde enligt arabiska källor användas för att förhindra havandeskap, liksom enligt Dioscorides (vilken ofta refereras till i 1500-talets örtaböcker) bär från murgröna.⁵³ Möjligen skulle även de mycket giftiga bären från tibast kunna vara en kandidat här, även om det annars framför allt var barken som användes i läkemedel.⁵⁴ Oavsett om de bär som avses är enbär, idegransbär eller andra, menar jag att det ligger närmare till hands att tolka passagen antingen utifrån den förmodligen större och ständiga rädslan för missfall eller den förmodligen lika stora rädslan för oönskad graviditet, särskilt då versen i *Fjölsvinns-mål* har koppling till världsträdet själv.⁵⁵

50. Historikern Jón Steffensen ansluter sig till denna tolkning, men föreslår att det som avses med ”*kelisjúkar*” är kvinnosjukdomar i den tradition som under modern tid kom att kallas hysteri (1975, s. 163).

51. Rowland 1981, s. 121.

52. Riddle 1992, t. ex. s. 115, 136ff., 151.

53. Ibid., s. 128, 147; Herjulfsdotter 1993, t.ex. s. 10, 19, 54.

54. Jfr Reichborn-Kjennerud 1928, s. 210.

55. Anisfrön menades få igång mens som uteblivit. Andra närliggande problem var hur man skulle få ut ett dött foster ur moderlivet, vilket åtminstone enligt en örtabok från det tidiga 1500-talet kunde uppnås med libbstickfrön: ”Att skiljas från dött barn i moderlivet. Tag libbsticka frö och lägg i vin om natten och giv henne det om morgonen, det hjälper snarligen.” (Herjulfsdotter 1993, s. 31). Här rör det emellertid inte brännandet av bär/frö.

I *Skånelagen* förekommer uttrycket ”*bast oc band*”.⁵⁶ Reichborn-Kjennerud menar att det som avses är barkbast och drar paralleller till att bastbindning inom nordisk folketro allmänt har ansetts hålla ont borta från ett sår både som förband och läkemedel och som magiskt skydd.⁵⁷ Almbast som insamlas tidigt på våren innehåller garvsyra och växtslem som har sammandragande och sårlikande verkan, så denna tolkning är fullt rimlig.⁵⁸ I en läkebok från det tidiga 1500-talet nämns askbark för samma ändamål: ”Tag färsk bark av askträ, bind honom på nytt sår, han helar och drager samman.”⁵⁹ En annan tolkningsmöjlighet är att lagens *bast* ska jämföras med sagornas *läke/gräs*.⁶⁰ Bast kan också helt enkelt syfta på de långfibriga växter (lin, hampa eller brännässla), vilka användes till textil, och på så vis knyts till följeordet *band* (förband). Hampa och nässlor tillskrevs även i sig själva läkande egenskaper och hampa menades vara giftutdragande.⁶¹

Lök, läkande gräs, groblad, utdrivande bär (enbär?) och möjligen bast från bark, är alltså exempel på inhemska läkande substanser från växtriket som nämns i skriftligt material från medeltidens tidigare del. Under denna tid förefaller även vissa exotiska och sannolikt importerade växtläkemedel att figurera, nämligen lavendel(olja) och opium.

I götalogarna förekommer uttrycket *spik ok spiar*.⁶² Att *spiar* avser bandage eller tamponering av lin förefaller flera filologiska forskare vara överens om.⁶³ Större oenighet har däremot rått om ordet *spik*. Det har i äldre forskning dels tolkats som ”ett spetsigt instrument till undersökande av djupa sår”, dels som *balsam*, vilket är Holmbäcks och Wesséns översättning.⁶⁴ Även filologen Verner Dahlerup hade dessförinnan menat att *spic* avser olja (han föreslår nardusolja) eller salva.⁶⁵ Jag menar att de senare

56. SkL 112: ”Vällar någon, att bast och band lägges på annan man” (Holmbäck & Wessén 1979b); Collin & Schlyter: Codex Iuris Scanici 109 ”*Raper man bast oc band ofna annæn*”.

57. Reichborn-Kjennerud 1924, s. 120; 1928, s. 209f. Han uppger att bastbindning nämns i *Rigspula* men utan att precisera var eller om det uttryckligen är almbast som nämns.

58. Lindgren 1986, del 1, s. 6.

59. Herjulfsson 1993, s. 6.

60. T.ex. i *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

61. Larsson 2009, s. 91.

62. VgL I S fl. I; VgL I V fl. IV. ”balsam eller binda” (Holmbäck & Wessén 1979d); jfr med Collin & Schlyter: Af vaþæ Jarum IV: ”*uiþ spik allar spær*”; VgL II V XII ”balsam eller binda” (Holmbäck & Wessén 1979d); jfr med Collin & Schlyter: ”*spik allar spiar*”; ÖgL V. VI ”balsam och bindel” (Holmbäck & Wessén 1979e); jfr med Collin & Schlyter: ”*Skær udder ok eg. Þorf uiþ lin ok laki. Spik ok spiar*”.

63. Dahlerup 1913, s. 91; Holmbäck & Wessén föregående not.

64. VgL I S fl. I; VgL I V fl. IV (Holmbäck & Wessén 1979d); Hasselberg 1953, s. 285; Schlyters ordbok för de gamla svenska lagarna: *Spik*, f. (Isl. *Spik*, f. en tunnsliten lie) ett spetsigt instrument till undersökande av djupa sår, ”*Spær, spær*”: spjut, ett instrument till undersökande av sår, se *spik*.

65. Dahlerup 1913, s. 91ff.

förmodligen har rätt i sin tolkning och vill föreslå att det ska utläsas som *spikolja*. Spikolja, på 1200-talslatin *spic* eller *Oleum spicae*, framställdes ur lavendel och var en välkänd och viktig läkesubstans under medeltiden. Den användes i balsamer både för att tvätta sår och för att behandla värk och allehanda sjukdomar samt för att balsamera kroppar.⁶⁶ Spikoljan var dyrbar. Den framställdes, åtminstone under 1500-talet, framför allt i södra Frankrike, varifrån den exporterades.⁶⁷ Det är möjligt att den importerades därifrån redan under 1200-talet. En annan möjlighet är att man även i Sverige odlade lavendel och förstod att utvinna den läkande och lugnande oljan ur växten. Det odlades åtminstone vid S:t Olofs konvent i Skänninge på 1300-talet och av Vadstena klosterbröder på 1520-talet.⁶⁸ Förutom vissa oljors specifikt läkande egenskaper var en viktig generell egenskap att bakterier inte växer i olja samt att den förhindrar bandaget att fastna i såret.⁶⁹

En annan exotisk och dyrbar substans var opium. Frön från opievallmo är påträffade i jordprover redan från 1100-talet i Danmark och 1200-talet i Finland. I Norge är de dock inte belagda förrän under 1400-talet och i Sverige inte förrän under 1500-talet. Det paleobotaniska materialet från Norden antyder därför att bruket av denna växt inte blev vanligare förrän tidigast under 1500-talet.⁷⁰ En svensk örtabok från 1500-talets början nämner vit, röd och brun vallmo. Av de tre är det endast den röda som är inhemsk. Man var mycket medveten om vallmons starka effekt och örtaboken varnar: ”Ett penningsvärde skall man av detta frö taga, tager man mera då får man sin död.”⁷¹ Använt i rätt doser kunde det dock råda bot mot exempelvis sömnlöshet: ”Tag vit vallmo frö och bolmörtsfrö och blanda det med det vita av ägget och kvinnomjolk. Det gör sakteliga att du sova.”⁷² Paleobotaniska studier påvisar framför allt förekomsten av frön eller andra fibrer. Vallmofrön var en läkesubstans i sig, som framgår av citatet ovan. Förekomsten av frön kan antingen tolkas som att man odlat växten eller att man importerat frön. Även opievallmons saft, vilken utvinns genom att man snittar den omogna frökapseln, var emellertid en effektiv substans. I torkat

66. Jfr Lindgren 1986, del 2, s. 84; Kockum 1949, s. 131, 208, 305f. Se även Hellquist 2003 för spik: *spica*; *spikolja*; McKinnell et al. 2004, s. 97ff. samt för *spikolja*: lavendelolja, Benedictus Olai 1578: *spica olio*, *spijk*; I England praktiserades balsamering av kungar och andra i de högsta sociala skikten, varvid inälvorna togs ur kroppen (Chamberlain & Parker Pearson 2001, s. 25ff.). Jag har inte funnit några uppgifter på att detta praktiserades i Sverige eller Norden under medeltiden men däremot under 1500-talet: Gustav Vasas kropp balsamerades av apotekaren Lucas (Lindroth 1997, s. 331).

67. Cordus & Coudenberg 1590, s. 329.

68. Lindeblad 2010, s. 292; Heimdahl *i manus*.

69. Manjo 1975, s. 53.

70. Hjelle 2007, s. 167; Karg 2007a, s. 146; Lämpiäinen 2007, s. 107; Viklund 2007, s. 123.

71. Herjulfsdotter 1993, s. 51f.

72. Ibid., s. 51f.

tillstånd påminner opiesaften om kåda, och denna skulle inte lämna lika påvisbara spår efter sig i arkeologiskt material. Huruvida man använt sådan är alltså oklart. Kanske importerades också den i små, dyrbara kvantiteter. I vilken mån opium användes för smärtlindring är relativt okänt. Det ingick i panacean (universalläkemedlet) *teriak*, men vi vet inte när detta började saluföras i Norden. Kanske var det först under 1500-talet.⁷³ Kanske användes istället bolmört i högre grad. Bolmört, som nämns tillsammans med vit vallmo ovan, var inte en inhemska ört i Norden, men hade kommit till våra breddgrader redan under järnåldern och växte här under medeltiden (fig. 75). Liksom opievallmon var den giftig, men kunde i mindre doser användas för smärtlindring.⁷⁴



Fig. 75: Blommande bolmört. De verksamma substanserna finns i bladverket.

Inkluderandet av nya medicinalväxter och -substanser förefaller ha skett successivt och under lång tid, men vissa, som bolmört och lavendelolja, tycks ha varit väletablerade redan under högmedeltiden.⁷⁵ Under 1500-talets mitt hävdade Olaus Magnus emellertid att inhemska växter var mer populära än importerade för att de ansågs mer verksamma, då de importerade hann bli gamla och försvagade under den långa transporten.⁷⁶ Importerade växter kunde dessutom bli väldigt dyra, varför inhemska alternativ kunde förskrivas även i tryckta örtaböcker. I en bok från 1500-talet står till exempel att ”De fattige som icke förmå köpa dyra örter i Apoteken, de må taga ...”⁷⁷

MINERALER OCH ANIMALIER

Läkemedel hämtades inte bara ur växtriket, utan även bland animalier och mineraler, även om belägg för detta är betydligt färre och även senare.

Kanske ska den så kallade *Skovnungstenen* som nämns i *Laxdæla saga*, uppfattas

73. Karg 2007b, s. 188f.

74. Heimdahl 2009, 2011.

75. Bolmört har intressant nog påträffats i bottensediment i en brunn vid Skänninge hospital (Jonsson 2012, s. 102).

76. Olaus Magnus 16 boken, 50 kap.

77. Herjulfsson 1993, s. 20.

som ett exempel på bruket av mineraler. Det var en sten som gneds mot ett sår och bands mot en ond arm, varefter all sveda och svullnad upphörde.⁷⁸ Stenen tillskrevs visserligen rent magiska egenskaper, men sättet på vilken den används gör att den också skulle kunna tolkas som ett tryckförband.

Användandet av jord kan vara ett annat exempel på mineralt läkemedel. I *Hávamál* står:

ty jorden tar emot öl,
elden sjukdomar,
eken förstoppning (diarré),
axet trolldom⁷⁹

Historikern Ingjald Reichborn-Kjennerud menar att jord i detta sammanhang ska förstås som *terra sigillata*, det vill säga formpressade brända kakor av lera. Han framhåller som stöd för sin tes att ätandet av jord mot baksmälla efter öldrlickande fortfarande under tidigt 1900-tal var en folklig tradition i Tyskland.⁸⁰ Hur det var med detta i 1920-talets Tyskland ska jag låta vara osagt och parallellen är naturligtvis alltför långsökt, men tolkningen att jord avser *terra sigillata* har senare fått stöd av historikern Jón Steffensen. I sin tolkning lutar sig Steffensen bland annat mot omnämmanden i *Pharmacopeia Danica* från 1772.⁸¹ *Terra sigillata* finns även belagt som läkemedel i hovapotekare Antonius Busenius förteckningar över medicinalier i Stockholms hov- och stadsapotek från slutet av 1500-talet. *Terra sigillata* köptes då som små för ändamålet specialstämplade kakor och användes mot till exempel förgiftning, blödningar och diarré men även för att stryka på sår.⁸² Frågan är dock hur långt bak i tid bruket kan beläggas på dessa breddgrader. Möjligen är det en renässanstida praktik.⁸³

78. *Laxdæla saga* 1934, kap. LVIII: ”þorkell sér, at Grim mæðir blóðras; tekr Skofnungs-stein ok riðr ok bindr við þönd Gríms, ok tók þegar allan sviða ok þröta ór sárinu.”; alt. 1979, s. 332: ”Torkel ser, att Grim blir matt av blodflödet från sitt sår [i armen ovanför handleden]. Han tar Skovnungsstenen, gnider såret och binder den vid armen. Genast upphörde all sveda och svullnad.”. Läkande stenar, så kallade *lyfsteinar*, nämns enligt Reichborn-Kjennerud på flera ställen i sagorna (1928, s. 176, 252).

79. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137: ”hvars þú ǫl dreccir, kíós þú þér iardar megin! Þvíat iorð teccr við ǫlðvi, enn eldr við sóttom, eic við abbindi, ax við fjolkyngi, þoll við hýrógi – heiptom scal mána qveida – beiti við bitsóttom, enn við þolvi rúnar, fuld scal við flóði tacá”. Ordet *abbindi* är förmodligen felöversatt som förstoppning av Collinder. Reichborn-Kjenneruds (1924, s. 106f.; 1940, s. 135) förslag är att det avser *blóðsött*, dvs. dysenteri, vilket orsakar kraftig diarré. Ek har inom folkmedicin använts mot diarré, vilket stöder Reichborn-Kjenneruds tolkning, snarare än Collinders.

80. Reichborn-Kjennerud 1924, s. 103ff.

81. Steffensen 1975, s. 168.

82. Förteckning återgiven i Kockum 1949, s. 203f., 298f.

83. Jag känner inte till någon arkeologisk studie om förekomsten av *terra sigillata*-skärvor i medeltida eller renässanstida kontexter.

Även beläggen för användandet av animalier är relativt sena. Olaus Magnus nämner applicerandet av duvkött mot allehanda bett, förtärandet av detsamma mot flegmatiskt temperament, duvträck mot värk, honungsblandad duvträck mot vårtor och duvblod mot gikt i foten, mot fläckar på ögonen (starr?), ögonsvaghet samt mot näsblod.⁸⁴ Han uppger även att älgklövar kunde användas mot fallandesjuka, på ett vis som närmast verkar magiskt.

Den yttre klöfven på högra bakfoten af en lefvande älgthane, som icke aflat, afhuggen medelst en yxa eller med ett annat instrument afskild efter midten af augusti månad, botar oförtöfvadt kramp eller fallandesot, om den föres intill den sjukas kropp.⁸⁵

Receptet har något av brasklapp över sig. Fungerade det inte fanns det många möjliga förklaringar i bristande tillredning.

Från 1600-talsapoteket Morianen på Helgeandsholmen i Stockholm finns en liten glasflaska innehållandes ett större antal Spanska flugor (fig. 76).⁸⁶ Spansk fluga är en skalbagge som i pulvriserad form användes i olika läkemedel, som blåsdragande (för att dra ut onda vätskor ur kroppen) i salvor och plåster och för förtäring. Skalbaggarna har stark lukt och skarp brännande smak. Det är oklart om Spanska flugor användes i Sverige redan under medeltiden, men de förekom åtminstone delvis lokalt som art och behövde i så fall inte med nödvändighet importeras från Spanien (vilket senare var vanligt, därav namnet). Skriftliga källor antyder dock att Spanska flugor blev vanligare i läkemedel först under 1600-talet.⁸⁷

Till animalier kan också föras ister och bivax, vilka var viktiga bindesubstanser, vilket jag återkommer till. Dessa substanser var genom sin mjukgörande effekt även läkemedel i sig. Precis som honung har bivax dessutom vissa antiseptiska egenskaper.



Fig. 76: Liten glasflaska innehållandes Spanska flugor (även i påse), från 1600-talsapoteket Morianen i Stockholm (SSM fnr 00154, denna lokal).

84. Olaus Magnus 19 boken, kap. 18.

85. Olaus Magnus 18 boken, kap. 2. I norsk folkmedicin från 1600-talet användes amuletringar av älg-horn eller -klöv mot epilepsi, enl. Reichborn-Kjennerud 1928, s. 109, 236.

86. SSM Morianen, fnr 00154; lat. för Spansk fluga är *Lytta vesicatoria*; torkade baggar gick under namnet *Cantharis* (Lindgren 1918 (1986), del 2, s. 240f.) Spanska flugor innehåller det giftiga ämnet *kantaridin* som är hudretande, och som historiskt har använts som afrodisiakum, men numera helt saknar farmakologisk användning.

87. Lindgren 1986, del 2, s. 240ff.

ALKOHLER

Läkesubstanser kunde lösas i fett eller vax för att skapa salvor och plåster eller i olja för mer lättflytande medel, men även i olika alkoholhaltiga vätskor. Öl med lök har redan nämnts ovan. Öl var i sig själv en viktig substans, inte bara som dryck, utan även för att det tänktes bringa läkedom.⁸⁸ Det är sannolikt att öl även användes för att tvätta sår. Dels innehöll det en del alkohol och dels har flera av ingredienserna (humle och honung) antiseptiska egenskaper.

Brännvin började användas i Norden under 1300-talet. Man visste vid denna tid hur det kunde framställas genom destillation av vin eller öl, även om det senare krävde större mängder ursprungsvätska. Från år 1348 finns uppgifter om en borgar Hennichius dictus "Brænnewatn" i Lund, och den heliga Birgitta använder destillationsprocessen som liknelse i en av sina uppenbarelser.⁸⁹ Hade inte processen varit någorlunda allmänt känd hade liknelsen varit poänglös och att hon använder sig av den kan därför tas som belägg för att medlet och tillverkningsprocessen var relativt välkänd vid hennes tid. Hon skriver: "... upphettat vin (*vinum ardens*) eller upphettat vatten (*aquam ardentem*), som bereds av vin. Denne fabrikör [Gud] har flera rör, av vilka somliga gå uppåt och andra nedåt, så att vinet genom dem än stiger uppåt, än nedåt, till följd av eldens hetta, tills det blir färdigt."⁹⁰ Den äldsta bevarade skriften från nusvenskt område, där medicinskt bruk av brännvin nämns är från 1400-talets första del och fanns vid Vadstena kloster. Brännvin kan enligt denna användas bland annat mot förlamning ("*paralisis*").⁹¹

Från Alvastra och Roma kloster finns små fragment av raka glaströr, vilka möjligen kan ha ingått i tidig destillationsutrustning.⁹² Däremot har jag inte kunnat belägga glaskolvar från medeltiden. Kanske användes keramikårl istället. Bland de arkeologiska artefakterna från apoteket Morianen finns däremot ett flertal glaströr, trattar och kolvar, vilket är föga förvånande. Under det sena 1600-talet var destillation och bruket av alkohol sedan länge väl etablerat i beredningen av läkemedel och destillationsutrustning troligen en del av apotekarnas standardutrustning.

Vin och vinäger var förmodligen mer sällsynt än brännvin under medeltiden, då det inte tillverkades lokalt. Vin nämns endast på något enstaka ställe i sagorna.⁹³ Under renässansen började det bli vanligare och Olaus Magnus talar om det på flera ställen. Bland annat nämner han att spanska viner ("*Bastardviner*") anses ha läkande egenskaper.

88. Se t.ex. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 249: "bär lök och öl till mannen".

89. Ottosson 1977, s. 153ff.

90. Ur Birgittas Uppenbarelser, citerat i Ottosson 1977, s. 154.

91. Ottosson 1977, s. 154f.

92. SHM 17237:715 (detta glas ser dock yngre ut); SHM 18802:168; GLM Roma kloster Dnr 421-3188-1996.

93. *Edda* 1962: *Sigrdrifomål*, strof 17: "*i vini oc virtri oc vilisessi*"; alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Sången om Sigdrifa*, strof 17: "*i vin och vört och viloläger*".

Det återgifver slappa inälvor deras spänstighet, uttorkar vätskande sår, botar svagt bröst, korteligen: hvad knappt någon med konst sammansatt dryck mäktar uträtta, det kommer detta utifrån hämtade naturalster åstad.⁹⁴

Vinet intogs alltså både som medicin och användes externt för att rengöra sår.

LÄKEMEDLENS FORMER

Själva de beredda läkemedlen är sällan bevarade i arkeologiskt material, men salvor omtalas på flera ställen i sagamaterialet och salvekrusen har förmodligen ofta rymt sådana tillredda, komposita, mer eller mindre flytande, läkemedel. De kan också ha varit till för oljor, som exempelvis spikolja, som nämns ovan. Blandningar av lök i öl och lök tillsammans med andra läkeörter till en gröt har redan nämnts, liksom duvträck blandat med honung.

Olaus Magnus menade att folket i Norden föredrog *enkla* läkemedel och att de läkare som förskrev sådana plögade komma mest ”i ropet”.⁹⁵ Ser vi här möjligen en kritik mot den lärda europeiska medicinens högkomposita läkemedel, som exempelvis universalläkemedlet *teriak*? Det utvecklades i det antika Grekland och bestod till exempel av ett mycket stort antal (cirka 70) olika ingredienser. När det kom till Sverige är oklart, men verkar, som nämnts, ha funnits åtminstone i vissa mycket förmögna miljöer under 1500-talet.⁹⁶

Ett mycket spännande och ovanligt fynd av ett tillrett och komposit läkemedel utgörs av de plästerrullar som påträffats i det sjunkna örlogsfartyget Kronan som förläste utanför Öland 1676 (fig. 77). Rullarnas innehåll håller fortfarande på att analyseras,



Fig. 77: Plästerrulle från örlogsskeppet Kronan (KLM Kronan 14717).

94. Olaus Magnus 13 boken, 19 kap.

95. Olaus Magnus 16 boken, 51 kap.

96. Kockum 1949, s. 194, 327. Teriak kunde köpas på svenska apotek ännu under 1980-talet, då det ingick i ett preparat som kallades *Hjärnes testamentes droppar*.

men består av rullar av fett och vax innehållandes läkande substanser. Plåsterrullarna fungerade så att skivor skars från dem, förmodligen i mer eller mindre uppvärmt skick, och kunde bindas mot det ställe på kroppen som skulle behandlas.⁹⁷

MEDICINSKA BAD

Det är välkänt att karbad och bastubad var populära och vanligt förekommande i Norden under medeltiden och blev allt populärare i hela Europa från och med 1200-talet. Dessa bad, vilka motiverades av hygien, av njutning och av sociala skäl, ska emellertid inte förväxlas med medicinska bad. Beläggen för medicinska bad är tvärtom mycket få i de nordiska källorna. Ett av de få beläggen för att det alls praktiserades finns i sagan om biskop Gudmund Gode, där det berättas om hur Hallbera ligger allvarligt sjuk på gården Borg. Läkaren Dalk erbjuder sig att bereda henne ett bad som kan bota henne, om hon bara kan uthärda det.⁹⁸ Hallbera är villig att göra ett försök, men efteråt försämras hennes tillstånd och hon dör.⁹⁹ Sagan uttrycker ingen uttalad skepsis mot behandlingen, men konstaterar att den misslyckas.

Olaus Magnus antyder att man i mitten av 1500-talet framför allt badade för njutnings skull och att medicinska mineralbad inte var särskilt populära i Norden. Han skriver att:

det finns inga sådana bad, som naturen tillblandat, jag menar svafvelhaltiga källor. Ej heller pläga rikets inbyggare ens i största nödfall uppsöka sådana, enär de af kunniga mäns utsago veta, att sådant vatten, när det ljufligen tränger in, förtär märgen i benen och är till föga gagn mot de i landet gängse sjukdomarna.¹⁰⁰

Det är intressant att uppmärksamma hur han, precis som för bruket av örter, noterar en skillnad i praxis mellan Norden och det kontinentala Europa. Medan man på kontinenten från och med tidigmedeltid upplevde en renässans för bad i mineralhaltiga källor för behandling av diverse åkommor, förefaller det i Norden ha funnits en misstro mot sådan behandling som varande verkningslös och till och med menlig. Annars skulle man kunnat tänka sig att de isländska källorna inbjöd till en egen tra-

97. Muntlig uppgift Max Jahrehorn, Kalmar Länsmuseum 2008-05-20.

98. "Dalk kuaz kunna at gera henne laug. Þa er henne munde batna ef þonfenge staðiz." *Guðmundar Sögur Biskups* 1983, kap. 245; *Gunnlaug Ormstungas saga* 1992, s. 306f.; alt. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap.13; DV 198 (24/4 1411), 215 (14-15/9 1412), 454 (26/3 1436), 470 (22/1 1438), 968 (9/11 1505). Långvarig sjukdom nämns i ytterligare ett stort antal fall i *Vadstenadiariet* (se kap. 4.4.3), men det framgår då inte att det gjorde de drabbade individerna sängliggande. I ett fall (DV 625 11/2 1452) står uttryckligen "Hon hade nämligen under lång tid varit sjuk, dock utan att ha varit sängliggande". Jfr även GL, S XIX, fl.35.

99. *The life of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 99.

100. Olaus Magnus 15 boken, kap. 35.

dition av minerala hälsobad. Det generella intrycket av de nästan obefintliga omnämningarna av medicinska bad i de skriftliga källorna, tillsammans med Olaus Magnus kommentar om folkets och de kunnigas skepsis mot mineralbad är dock att det ska tolkas som att medicinska bad inte var vanliga i Norden.

MEDIKAMENTSKÄRLEN

Formella apotek fanns inte i landet förrän under 1600-talet, men redan tidigare förefaller det ha funnits folk som specialiserat sig på läkemedelsberedning och som saluförde de dyrbara substanserna i kurmässigt anpassade mindre kvantiteter. Personer finns omnämnda som apotekare före det äldsta apoteket (i Lund), men även de praktiker som utförde diverse behandlingar kunde distribuera de läkemedel de använde och rekommenderade. Särskilda kärl för läkemedel utgör en allt större del av det medicinska arkeologiska materialet ju längre fram i tiden vi kommer. Framför allt blev de vanliga under 1600-talet, vilket jag tolkar som en konsekvens av etablerandet av apotek, men redan under medeltid specialiserades kärlen så att de blir identifierbara för oss.

Bruket av särskilda små salvekrus från framför allt 1300-talet och framåt var en del av en mer allmän ny materiell kultur av importerade stengodskärl, framför allt större krus av olika slag, i hushåll och dryckeskultur. De små kärlen är emellertid inte jämnt spridda i olika miljöer, utan är mer välrepresenterade i städer, klostermiljöer (de flesta institutioner som undersökts arkeologiskt) och borgar (till exempel Dyngeborg i Västergötland, Borgholms slott på Öland samt Lindholmens borg och Falsterbohus i Skåne). De påträffas endast undantagsvis i landsbygdsmiljöer och vanligast är då vid kyrkor på fastlandet samt vid medeltida gårdar på Gotland, vilka i hög grad ägdes och beboddes av stadens borgare.¹⁰¹ Det förefaller alltså vara miljöer, som man kan tänka sig hade en mer urban livsstil, som använde de små salvekrusen.

Samtidigt är det troligt att de visar på ett nytt sätt att hantera läkemedel (och andra dyrbara substanser som konsumerades i små kvantiteter). Medan de örter och andra substanser som bereddes inom hushållet och för det egna behovet förmodligen förvarades i vanliga hushållskärl, kan närvaron av de små specialutformade salvekrusen tolkas som att mindre mängder av kanske framför allt komposita och färdigtillredda läkemedel hade börjat saluföras. En intressant tanke, som jag dock inte har undersökt närmare, är att salvekrusen importerades och/eller distribuerades med läkemedel i. I landskapslagarna nämns exempelvis balsam och spikolja (lavendelolja), substanser som, jämte opium, förmodligen importerades i små, kostbara kvantiteter. Kan salvekrusen ha använts till det, även om det inte var deras enda funktion?

101. Salvekrus finns från Alebäck sn, Bertels i Stenkumla sn, Bingeby i Visby sn, Hallute i När sn, Hellvi prästgårdsruin i Hellvi sn, Krokstade i Tofta sn, Langhammars i Färö sn, Odvalds i Linde sn samt Sandäskes i Sanda sn.



Fig. 78: Förändring av salvekrusens form mellan 1400-talet (ÖLM, Söderköping, A13590; längst t.v.) och 1600-talet (de två t.h.: SSM, Helgeandsbolmen, fir 00873 och SSM 16810).

Förändringen av salvekrusens form över tid är intressant, eftersom den, som jag tolkar den, signalerar en förändring i influenser och förståelser av läkemedel. Detta har redan kort diskuterats i kapitel 2.1.1. De äldsta salvekrusen och medikamentsflaskorna har sina formförebilder i fornegyptiska och antika kärl, vilka i sin tur lånat sin form från opievallmons frökapsel. Opiumets betydelse inom den antika läkekonsten var enorm, och även om det dröjde innan dess användning ökade i Norden, signalerar de frökapselformade kärlen att den materiella kulturen hämtat intryck från den antika läkekonsten. Själva kärlformerna refererar alltså på så vis till den antika medicinen.

Under det sena 1500-talet och tidiga 1600-talet, ungefär samtidigt med den begynnande professionaliseringen av medikamentshanteringen, började helt andra influenser synas i de små salvekrusens form (fig. 78). De fick cylindrisk kropp med form inspirerad av de större albarelloliknande kärlen som kom samtidigt. Albarellon var ursprungligen en muslimsk kärlform för läkemedel, vilken hade hämtat sin form från bambun och därför var rakt eller svagt konkavt cylindrisk. Under 1400-talet och framåt började rikt utsmyckade albarellokärl tillverkas i Italien och så småningom spreds kärlformen norrut. I Sverige verkar de dyka upp under 1500-talet, men blev vanligare först under 1600-talet i och med att apoteksväsendet formades. De äldre kärlen har dock endast formmässiga likheter med egentliga albarellos. De var tillverkade i stengods och enkelt brunglaserade. Först under 1700-talet började mönstrade kärl i fajans att användas i Sverige.

Ungefär samtidigt med eller något senare än de albarelloliknande små salvekrusen kom de degelformade. I kapitel 2.1.1. föreslår jag att dessas form ska förstås mot bakgrund av den paracelsiska medicinens större fokusering på kemisk framställning av läkemedel. Den schweiziske läkaren och kemisten Paracelsus (1493–1541) utvecklade sina idéer under förra delen av 1500-talet, men det var först under 1600-talet som

de fick mer allmän spridning. Inom alkemiska processer var degeln viktig och min tolkning är att de små salvekrusen speglar detta. Till skillnad från de tidigare käriformerna, som hämtat sina former i naturen, har dessa sin förståelsemässiga grund för vad läkemedel kunde eller skulle vara inom kemin och alkemin. Alkemin handlade vid denna tid om kemi, med visst inslag av astrologi och ockultism.

Kärlen reflekterar alltså förändringarna i medicinska influenser under loppet av medeltiden, renässansen och den tidigmoderna tiden, från antik egyptisk-grekisk och romersk läkekonst, via arabiskt influerad läkekonst och italiensk renässans, till nordeuropeisk alkemi. De olika käriformerna kommer emellertid hit utifrån och kan därför inte påstå reflektera egentliga intellektuella eller förståelsemässiga förändringar i influenser här, utan snarare anammandet av ny materiell kultur. Dessutom är en viss tidsmässig eftersläpning i käriformerna tydlig, med undantag från de degelformiga kärlen. Ändå utgör de ett tydligt avtryck av utifrån kommande medicinska kulturer i den lokala materiella kulturen. Det vore intressant att följa de olika käriformernas successiva spridning norrut från sydligare delar av Europa; något som dessvärre inte ryms inom denna studie.

FÖRÄNDRING AV TRADITION

Under medeltidens första del verkar det som om de läkande substanserna i viss mån tänktes ha en närmast magisk förmåga att läka. De effekter som förmodligen noterats empiriskt verkar åtminstone delvis ha förklarats i övernaturliga termer. Om de i *Fjölsvinnsål* omtalade bären, som nämnts ovan, sägs till exempel "slik makt har det över människor".¹⁰² Ordet för lök är ett annat exempel. Det förekommer i en rad ordkombinationer, såsom *sárlaukR*, *benlaukuR* och *blöðlaukR*, och förefaller i överförd betydelse ha haft innebörden *helande* och *för välbefinnande*.¹⁰³ I *Den poetiska Eddan* får människorna kunskaper om lökens och ölets egenskaper från valkyrian, och människornas kunskap om de viktiga grobladen tillskrivs genom en fabel ett mytologiskt förfluter. Kunskaperna om de viktiga läkeörterna förefaller vara "uråldriga" och starkt rotade i den inhemska medicinska traditionen.

Under senmedeltiden och 1500-talet verkar förståelsen för läkemedel vara delvis annorlunda. I reglerna för Birgittinorden märks influenser från den antika/skolastiska medicinen i synen på kryddor, vilka inte tydligt skildes från läkemedel. Där står till exempel att man ska vara försiktig med heta kryddor.

102. *Den poetiska Eddan* 1993: *Fjölsvinnsål*, strof 16. Isländsk text i Steffensen 1975, s. 162: "Út af hans aldni skal á eld bera fyr kelisjúkar konur; útar hverfa þaz þær innar skyli sá er hann með mönnum mjötuðr."

103. Wessén 1927, s. 15.

[E]ftersom heta ting uppväcka skörhet är det bra att inte alltför ofta nyttja peppar, kummin o dyl, utan man bör nöja sig med de vanliga örter som jorden bär där klostret ligger. Men de sjuka och svaga människorna må man inte vägra skarpa kryddor.¹⁰⁴

Detta verkar handla om att läkemedel och livsmedel fungerar genom att verka kompenserande, allt enligt det humoralpatologiska balanssystemet. I svenska örta- och läkeböcker från 1500-talet, liksom i Olaus Magnus verk, hävdas auktoriteten för örtva-len genom referenser till lärda namn, som Constantinus Africanus och Dioscorides.¹⁰⁵

Det verkar alltså ha skett en förändring från en inhemsk tradition, där sedvänjan och den sociokulturellt nedärvda kunskapen sedan "urminnes" tider (utan upphovsman och i ett mytologiskt förflutet) i sig är auktoriteten, till en ny förståelse. I den nya förståelsen fungerar läkemedlen inte genom magisk inneboende kraft, utan till exempel genom att de återställer kroppens rubbade balans. Valet av örter vilar inte heller i lika hög grad på nedärvd kunskap med självklar eller till och med gudomlig auktoritet. Istället återropas främmande lärda auktoriteter från litteraturen eller en annan, utifrån kommande, muntlig tradition för att skapa en motsvarande tilltro och tyngd. Det är, på grund av källäget, svårt att säga mer precist när denna förändring sker, men troligen är det en långsam process. Möjligen kan pesten ha inneburit ett avbrott i äldre kunskaper och i människors tilltro till äldre metoder, vilket i högre grad nödvändiggjorde och öppnade upp för nya tankar. Det är emellertid också möjligt att den avgörande och mer genomgripande förändringen kom med renässansen och dess nya idéströmningar och ideal från 1400-talets senare del och framåt.

6.2.4. Åderlätning och koppning

Åderlätning är en behandlingsmetod som har sitt ursprung i humoralpatologin. Som diskuteras inledningsvis i detta kapitel innebär därför anammandet av denna metod att också tankarna om kroppens vätskebalans på något sätt upptagits. Det är därför intressant att undersöka denna praktiks spridning och att försöka utröna hur den teoretiska förståelsen eller föreställningen, som var kopplad till praktiken, såg ut.

Tyvärr saknas goda dateringar för nästan samtliga arkeologiskt påträffade åderlättingsjärn. De flesta förefaller emellertid ha en datering till hög- eller senmedeltid eller ännu senare. Det har föreslagits att åderlättingsjärn påträffats även i järnålderskontex-

104. Rajamaa 1992, s. 7.

105. Herjulfsson 1993, s. 3.

ter, men jag ställer mig tveksam till denna föremålstolkning.¹⁰⁶ I stadsmaterialen (från vanliga stadsgårdar) finns det sammanlagt tio stycken åderlättningsjärn från medeltid och tidigmodern tid.¹⁰⁷ Det äldsta förefaller vara ett exemplar från kvarteret Humlegården i Sigtuna, mycket grovt daterat till 1100–1200-talet.¹⁰⁸ Åderlätning förefaller alltså ha utövats i vissa städer under 1200-talet eller kanske något tidigare. Från cisterciensklostren finns nästan lika många järn som från alla andra miljöer sammantaget, men trots att flera av klostren i fråga grundades redan under 1100-talet, är det (av skäl som har med metodiken vid de arkeologiska undersökningarna att göra) inte möjligt att knyta åderlättningsjärnen till deras tidigaste period.¹⁰⁹ De förefaller istället huvudsakligen vara hög- eller senmedeltida. Att åderlätning var en viktig praktik inom den cisterciensiska miljön är hur som helst tydligt.

Några av stadsfynden har påträffats i anslutning till badstugumiljöer, vilket visar att åderlättningsbehandling åtminstone under medeltidens senare del praktiserades i dessa miljöer.¹¹⁰ Åderlättningsjärnen från stadstomter har vanligtvis förhållandevis långa och grova skaft, jämfört med de flesta järn från religiösa institutioner.¹¹¹ Eggarna är emellanåt lika fina (särskilt ett järn från Söderköping är mycket fint), men grövre eggar är vanligare.¹¹²

Åderlättningsjärn har även påträffats vid ett hospital, nämligen det i Lund. Även om de idag är förkomna finns avbildningar som visar att de var små och hade en utformning som påminner om flera av järnen från cisterciensklostren, snarare än järnen från andra stadsmiljöer och borgar.¹¹³ Ett järn med ben- eller hornhylsa har påträffats på Helgeandsholmen i Stockholm, men det är oklart om det kan knytas till någon av institutionerna där (helgeandshuset, badstugan eller apoteket).¹¹⁴ Det finns även enstaka, företrädesvis grövre, åderlättningsjärn från rurala högreståndsmil-

106. Ett föremål från Uppåkra finns utställt som åderlättningsjärn på LUHM.

107. Identifierade inom denna studie: Gamla Lödöse (Lödöse museum MK 347); kv. Minerva 20, 21 i Helsingborg (LUHM 30489:535); kv. Ambrosia i Linköping (ÖLM C6221:66, fnr 79); kv. Humlegården i Sigtuna (Sigtuna museum ID 109974, fnr 9967), kv. Ödåker i Sigtuna (Sigtuna museum Sf 1684); kv. Iris 1–5 i Skara (Västergötlands länsmuseum, fnr 3007); kv. Von Platen i Söderköping (SHM fid 621652); kv. Kransen 3 i Uppsala (SHM 34821:8519), kv. Rådstugan i Uppsala (SHM Dnr 1776:80:00574).

108. Katalogen för kv. Humlegården, Sigtuna. Frölich (2010, s. 82, fig. 25) har tolkat ett föremål från Uppåkra som åderlättningsjärn, men jag ställer mig mycket tveksam till denna tolkning.

109. Jfr katalogen för de olika klostren.

110. Dels från kv. Kransen i Uppsala, möjligen eftermedeltida, dels från kv. Ambrosia i Linköping, ej närmare daterat; möjligen medeltida; jfr kap. 5.3.3.

111. De är mellan 7 och 13 cm långa.

112. T.ex. SHM Fid 621652 från kv. von Platen i Söderköping.

113. Blomqvist 1950, s. 123.

114. SSM UP0717-78, fnr 22132.

jöer, som borgar och kungsgårdar.¹¹⁵ De kraftiga eggarna på vissa av dessa gör att en veterinär tolkning ligger nära till hands, även om framför allt ett järn som funnits på Borgs säteri mycket väl kan ha använts även på människor.

Åderlättningsjärn från religiösa institutioner har generellt sett ett mer förfinat och arbetat utförande än järn från stadsmiljöer och rurala högreståndsmiljöer, även om undantag finns åt båda hållen.¹¹⁶ Det är möjligt att klostren i hög grad importerade järn, medan man i andra miljöer i högre grad lät tillverka dem lokalt. Det finns exempel på örslivar från kloster som har sina exakta paralleller i t.ex. arkeologiskt material från London, vilket visar att föremål för kroppsvård ibland importerades långväga ifrån. Klosterjärnen saknar dessutom oftare stopp framtill. Stoppiggarna hjälpte den som åderlät att inte snitta för djupt, och järn med sådana bör därför ha varit lättare att använda. Undantag från den nättare utformningen av klosterjärn är ett järn från Varnhems kloster, som mer liknar stads- och borgjärnen i storlek och form. Det finns även grövre järn från Sko kloster (dock oklart om detta är klostertida eller yngre) och ett från S:t Olofs dominikankonvent i Skänninge.¹¹⁷ Ett par av järnen från Varnhem respektive Sko kloster har arbetade hylsor av metall.

Jag tolkar skillnaderna i utformning av instrumenten som ett uttryck för skillnader i skicklighet hos dem som använde dem. Att använda de små klosterjärnen bör ha ställt högre krav på skickligt handlag. Kanske höll sig åderlåtarna och -låterskorna i städerna framför allt till de större venerna, till exempel i underarmen, medan man i klostren hade ett annat och mer utvecklat teoretiskt kunnande och resonemang bakom praktiken, som innebar att man åderlät olika kärl (även de mindre) och i olika mängder beroende på vad den önskade effekten var.

Stads- och borgjärnen ger som sagt i de flesta fall ett något grövre intryck och kan tänkas ha tillverkats av den lokala by- eller borgsmeden. De längre och ofta grövre skaften bör ha givit ett stadigare grepp än de korta skaften på järnen från framför allt klostren, vilka ibland dessutom var försedda med vassa hakar i ändarna. Jag tolkar därför skillnaderna i järnens utformningar som att den praktiska kunskapen i åderlätning var mer driven vid de religiösa institutionsmiljöerna än i det omgivande samhället. Grader av skicklighet är emellertid inte synonymt med grader av professionalitet, vilket är viktigt att betona i sammanhanget.

115. 1 från Lindholmens borg, Skåne (LUHM 30563/21174:2164); 2 från Vädersholms fäste i Västergötland (SHM 20950:5); 1 från Ringstaholm i Östergötland (SHM 14767:67) (tidigare identifierat som "del av gångjärn" Helmfrid 1999, s. 22); 1 från Borg säteri i Östergötland (SHM 33910:1341).

116. T.ex. LUHM 30489:535 från området för Dominikankonventet i kv. Minerva 20, 21 i Helsingborg; SHM 20395:911, SHM 20395:1312, SHM 20395:1312, SHM 22111:Da II från Alvastra kloster; SHM 18939:525 från Varnhems kloster; SHM 18011:245, SHM 18011:280 från Vreta kloster samt 2 st från S:t Jörgens hospital i Lund (KM-nummer saknas, Blomqvist 1950, s. 123).

117. Sko kloster: SHM 28883:138. Då själva järnet är infällt i sin hylsa är det emellertid inte möjligt att se exakt storlek på eggen. Det är även oklart om föremålet ska knytas till själva klostret eller till senare aktiverter på platsen; S:t Olof i Skänninge: UV Öst/RAÅ ID 200302, fnr 283.

I de isländska skriftliga källorna omnämns åderlåtning vid några tillfällen.¹¹⁸ Vissa passager i både den isländska lagen *Grágás* från tidigt 1100-tal och i norska *Gulatingsslagen* från senare delen av 1200-talet skulle kunna tolkas som att det var en utbredd praxis i dessa samhällen.¹¹⁹ Det arkeologiska materialet talar emellertid, som framgått ovan, inte för att så var fallet även i Sverige. I sagan om Hrafn Sveinbjarnarson finns den kanske tidigaste berättelsen från Norden som beskriver åderlåtning. Det är den prästutbildade (*nota bene*) läkaren Hrafn som åderlåter en kvinna ("Hrafn tók henni æðablóð") som känner sig förtvivlad och har en tung känsla i bröstet, vilket gör det svårt för henne att andas. Han åderlåter henne då i armen i en åder kallad *þrotandi* (oklart vilken ven som avses), varefter hon tillfrisknar.¹²⁰ Även i *Hakon Hårdabreds saga* nämns åderlåtning.¹²¹

Svenska medeltida skriftliga belegg för åderlåtning finns i *Vadstenadiariet*. Där nämns åderlåtning vid två tillfällen under det tidiga 1400-talet, dels i syster Margareta Larsdotters eftermäle, där det står att hon kunde åderlåta, och dels i en incident som låter oss komma klosterlivet nära:

Vidare, samma år, på lördagen under Jungfru Marie födelsedags oktav, som då inföll på en tisdag, inträffade en olyckshändelse vid högaltaret under högmässan. En broder, den som stod i tur, gick fram till altaret för att hålla mässan. Då han hade kommit till offertoriet och bröderna sjöng *Credo*, blev han så sjuk [*incurrebat debilitatem*] att han inte kunde fullfölja mässan. Istället ersattes han genast av en annan broder, som då inte hade hållit någon mässa ännu. Det är troligt att han drabbades av denna sjukdom [*debilitas*] till följd av en åderlåtning [*habuit minucionem sanguinis*] som han genomgått dagen före; för övrigt var han inte heller före denna händelse särskilt stark: Han hade nyss – under Petri kedjors fest oktav – återvänt från en ansträngande resa. Han kom då hem från Florens, där han varit i två år i ett av heliga Birgittas kloster för att verka för ordens utbredning.¹²²

Det är oklart om brodern i fråga blev åderlåten för att han kände sig svag eller om skribenten syftar på att mannen åderlåtits ändå och att det av uppenbara skäl var mindre

118. *Olav den heliges saga* 1993, kap. 25 (dock om åderlåtning "blóðláti" som utförts i England med dödlig utgång); *Haakon Herdebreds saga* 1994, kap. 12: "Eigi vilda ek svá verða við blóðlátit fisbleikr sem þú ert".

119. *Grágás* 1879: *Staparhólsbók: Vigslóði*, flokk 364: "nemr blóð manne til heilendis honom"; Schia & Molaug 1990, s. 265.

120. *Hrafnis saga hin sérstaka* 1988, kap. 4: "Kona sú kom á fund Hrafnis er mikið hugarvolað hafði. Hún grét löngum og var svo bróstþungt að nær hélt hennit il örvinunur. Hrafn tók henni æðablóð í hendi í æði þeirri er hann kallaði þrotandi. En þegar eftir það varð hún heil."

121. *Hakon Hårdabreds saga* 1994, strof 12.

122. DV 114:2 (12/6 1402); 131:2–3 (12/9 1405).

lämpligt att åderlåta någon som redan kände sig svag. Historikern Megan Cassidy-Welch har diskuterat åderlåtning som en framför allt disciplinerande metod inom medeltida cisterciensismiljöer. Hon analyserar fenomenet mot bakgrund av Foucaults tankar om disciplineringen av kroppen och menar att reglerandet av kroppens motsträvighet och dess instabila element genom bland annat åderlåtning var en viktig disciplinär åtgärd hos cistercienserna. Genom åderlåtningen implementerades, enligt henne, instituti-
nella och spirituella grundvärderingar i den individuella kroppen.¹²³ Möjligen förekom samma praxis bland birgittinerna och kanske är det ett sådant fall som gått fel och som vi skymtar i diariet. Samtidigt ger birgittinernas regelverk snarare intryck av att ha haft en omsorgsfull attityd till kroppens väl. När det gäller förekomsten av åderlätningssjörn vid hospital (endast vid Lunds hospital) skulle även de kunna tolkas i termer av disciplinering av kroppen i monastisk anda, men de kan också ha medicinsk grund. Ett sätt att försöka diagnostisera lepra var nämligen genom analys av blodprov.¹²⁴

Att åderlåtning inte var helt ofarligt framgår, förutom av ovan nämnda incident, av ett par fall i svenska mirakelberättelser. I *Helga lösen* nämns en man som har värk i armen efter att ha blivit åderlåten och bland den heliga Katarinas mirakler nämns en kvinna som blivit förlamad till följd av åderlåtning.¹²⁵

Enligt Olaus Magnus var åderlåtning och till viss del även koppning en allmän praktik i Norden vid mitten av 1500-talet.¹²⁶ Han uppger att behandlingen användes mot olika hudåkommor och att det var säkrast och bäst att få behandlingen i barberarstugorna.

Koppning eller åderlåtning brukas af bägge könen till fördrifvande af skabb (som kommer af kölden) och klåda under huden, oftast dock åderlåtning; emellertid företages sådan *helst och säkrast i barberarstugorna* [min kursivering].¹²⁷

123. Cassidy-Welch 2008, s. 147ff., 150.

124. Rawcliffe 2009b, s. 160ff.

125. Samtliga fall rör 1400-talet. Myrdal & Bäärnhielm 1994, s. 146, 149.

126. Jag har gjort ett försök med att undersöka belägg för koppning genom tidiga ortnamn, såsom Koppare-måla och Kopparebol. Det är dock problematiskt genom att förleden koppare kan ha flera olika betydelser. Det kan även vara avlett från ordet kopp rent allmänt och en koppare kan avse exempelvis en tillverkare av kopparföremål, laggkärl eller kokkärl i allmänhet. Ordet kan även syfta på kopparröd eller på metallen koppar, även om det från tidigt 1500-tal finns belagt i betydelsen att utföra koppning (Söderwall 1984–1918: koppare). Även dateringsmässigt finns problem, bl.a. genom att koppare-namnen ofta har efterleder som indikerar mer eller mindre perifer småbebyggelse. Ortnamn som betecknar sådan bebyggelse tenderar att vara instabila vad gäller förlederna. Jag vill särskilt tacka Alf Ericsson (muntligen 2012-02), Ola Svensson (e-postkorrespondens och muntligen 2012-02) samt Jan Paul Strid (den senare via e-postkorrespondens 2012-02-15) för hjälp att undersöka och diskutera dessa namn. Namnen verkar inte kunna avskrivas helt, men inte heller användas som belägg för koppningspraxis.

127. Olaus Magnus 15 boken, kap. 36.



Fig. 79: Badstuguinteriör. Den fotbadande mannen till höger har kopphorn fästa på ryggen. Interiören med det rundade badhuset har större likheter med italienska bad än de nordiska, vilka som regel förefaller ha varit fyrkantiga och ofta timrade byggnader på stensyll. Ur Olaus Magnus 15 boken, kap. 35.

Han skiljer alltså mellan koppning (som inte nödvändigtvis behövde inkludera blödning, men troligen ofta gjorde det) och åderlätning. Koppning var lättare att utföra och innebar betydligt mindre risker än regelrätt åderlätning. Varken koppglas eller kopphorn finns emellertid representerade i det genomgånga arkeologiska materialet. Kopphornen tillverkades av det yttre skiktet av nötdjurens slidhorn. Koppglas tillverkades i glas och användes för att med undertryck – antingen genom att de hettades upp, vilket skapade undertryck när luften inuti svalnade, eller genom att man med munnen sög i ett hål i änden på hornet – dra blod till hudens yta. Syftet var att öka den ytliga blodcirkulationen och på så vis värma huden och öka blodflödet, eventuellt inför åderlätning eller rispning.

Det är intressant att Olaus Magnus uppger barberarstugorna och inte badstugorna som den miljö där åderlätning utfördes. Barberarna var den yrkesgrupp som under medeltiden i Europa utvecklades eller förändrades till att bli barberarkirurger eller bardskärer. I mitten av 1500-talet tänker jag mig emellertid att det bör vara hårskärare som avses med barberare i Olaus Magnus text, eftersom han även använde termen fältskär i andra sammanhang, men gränsen var sannolikt flytande. I slutet av 1500-talet skulle emellertid även en bardskär kunna utföra återlätning.¹²⁸ I kapitlet precis före i Olaus Magnus bok redogör denne för de talrika allmänna baden, men säger i det sammanhanget inget om åderlättningsbehandling. Träsnittet som illustrerar det kapitlet visar dock en badstuguinteriör med en person med kopphorn över hela ryggen (fig. 79). Precis som när det gäller träsnittet av läkarna i Olaus Magnus historieverk (en *physicus* och en barberarkirurg, fig. 55) måste man emellertid beakta att

128. Swärd 1971, s. 88ff.; kap. 5.4.2.

träsnitten gjordes av konstnärer som troligen aldrig satt sin fot i Norden utan använde sig av europeiska bildförlagor. De kan därför inte okritiskt användas som belägg för nordiska förhållanden. Fynden av åderlättningsjärn i närheten av badstugor i Uppsala och Linköping visar emellertid att det förekom även där.

Genom skotteböcker (det vill säga räkenskapsböcker) för Stockholm framgår det att både kvinnliga och manliga åderlätare och koppare kunde vara knutna till badstugor.¹²⁹ Under 1600-talets första hälft uttalade sig den franske legionssekreteraren Charles Ogier, som år 1635 var på besök i Stockholm, om praxis med koppning i en badstuga i Stockholm. Han skriver: ”Mången lät placera koppningshorn över hela ryggen för att frigöra sig från det överflöd han ådragit sig genom flitigt bruk av dryckesvaror. Kroppen blev helt övertäckt med blod – en gräslig syn.”¹³⁰ Kanske var det möjligheterna till bättre hygien i badstugorna som gjorde att de ansågs som lämpliga för dessa behandlingar. Åderlåtning kan i så fall sägas ha praktiserats *vid sidan av* den huvudsakliga läkekonsten, snarare än som en integrerad del av den, som redan föreslagits.¹³¹

Det är, som sagt, svårt att få en tydlig bild av när åderlåtning som behandlingsmetod slog igenom på bredare front i Sverige. Fynd av ett enstaka järn med trolig datering till 1100–1200-talet visar att praktiken förekom under medeltidens tidigare del, men det är tveksamt om den var särskilt vanlig. Från medeltidens senare del är järnen fler, det finns skriftliga åderlättningsråd och uppgifter om att det praktiserades.¹³² Det finns anledning att fundera över om det var först vid denna tid (kanske 1400-talet, möjligen dess senare del) som åderlåtning började bli vanligare. Metoden var då väletablerad i de monastiska miljöerna, men det verkar inte som att det var klostren som införde praktiken i det profana samhället. Denna tes stöds av att övrig klosterpraktik när det gäller kroppsvård inte verkar ha spridits i någon nämnvärd omfattning till det omgivande medeltida samhället.

En alternativ tolkning är därför att åderlättningspraktiken under medeltidens senare del spreds som en mer folklig praktik (fig. 80). Åderlåtning var en vitt spridd praxis på många håll i Europa, långt innan det blev vanligt i nusvenskt område och det är inte omöjligt att metoden vid det laget så att säga delvis frigjort sig från sitt ursprungligen lärda sammanhang och komplicerade teoretiska system, sådant det praktiserades av de universitetsutbildade *physici*.¹³³ Kanske spreds åderlåtningen istället som en egen praktik, inom ramen för en mer folklig humoralpatologi eller blodsmystik. Från Gamla Lödöse finns en träpinne, daterad till omkring 1200, med inristade runor. Runolog Helmer

129. Olaus Magnus 15 boken, kap. 36; Dahlbäck 1983, s. 79.

130. Återgivet i Bergmark 1991 (1959), s. 107f.

131. Kap. 5.2.3.

132. Ottosson 1977.

133. Siraisi 1990, s. 137ff.; möjligen kan man tänka sig att det spreds från Engelska öarna till Island.



Fig. 80: Folklig åderlättningspraktik i Mangskog, Värmland, vid förra seklets början. Foto: Nils Keyland. Bilden förvaras på Nordiska museet.

Gustavson har uttytt runorna till "hagormirhialgar - rli - unski - l -" och "þuntbloþorrinorær : bloþor: - rinoræ -". *Hagormir* kan vara ett personnamn, men kan också vara ett sjukdomsnamn (-benämning). Den senare textdelen kan tolkas som "tunt blod ur rinn, ur". Gustavsson menar att det skulle kunna syfta på åderlätning, där det var av vikt att iakttä om blodet var tunt eller tjockt, men att inskriften är ofullständig och att någon fullständig tolkning av den inte kan göras.¹³⁴ Inskriften skulle visserligen lika gärna kunna handla om att stämma blodflöde i sår, att frammana skada på fiender

eller syfta på korsfästelsen och den därmed utvecklade blodsmystiken, men om den har med åderlätning att göra kan den vara ett uttryck för en åderlätning med förenklad förståelsekontext. Något som ytterligare talar för åderlätning som en praktik som var delvis oberoende av sin ursprungliga humoralpatologiska kontext, är att övrig utrustning som borde ha följt med en sådan sjukdomsförståelse (såsom exempelvis jordaner och koppglas) inte påträffats i det arkeologiska materialet.

6.2.5. Mindre kirurgi

Småsår och olika sårbildande hudåkommor drabbade förmodligen de flesta och utan behandling kunde även sådana blesstyrer få allvarliga och kanske kroniska konsekvenser. Långvarig infektion kan leda till att bölder och fistlar bildas. Sådant kan låta trivialt för oss idag, men i frånvaro av antibiotika och specialiserade läkemedel var det ett reellt och potentiellt mycket allvarligt problem. De plågor det kunde föra med sig

134. Gustavson i Gustavson et al. 1984, s. 236ff.

figurerar till och med hos hjältekaraktärerna i sagamaterialet. I *Hrafnkel Freysgodes saga* står till exempel:

Han har haft en böld på foten, ända sedan han kom på tinget, och har därför inte fått sova mycket om nätterna, men i natt sprack bölden, och böldkärnan är ute och efter det har han somnat, och nu ligger han med foten på fotbrädet utanför skinnfällan, för hettans skull.¹³⁵

Om Gunnlaug Ormstunga berättas hur blod och var sipprar ur en böld vid vristen när han går, så att det tränger igenom hans vita strumpbyxor.¹³⁶

Bölder kan orsaka stor smärta så länge de är slutna och spända. För att läkas behöver de öppnas. För att punktera bölder behövs strängt taget ingen specifik utrustning, men i det arkeologiska artefaktmaterialet förekommer enstaka instrument som kan ha använts mer specifikt för just detta ändamål.¹³⁷ Det är små, böjda, lansettliknande instrument. Paralleller till dessa finns i senare historisk tids krumma böldknivar med konkav egg. Även åderlåtningjärn, små skalpeller eller andra vassa föremål kunde användas för att punktera bölder.

När bölden öppnats behövde den, på samma sätt som fistlar, rensas. En typ av instrument som användes för detta var kyretter. Det är tydligt att användandet av specialiserade kyretter var ett kloster- och kyrkomiljörelaterat fenomen. De tydligaste exemplaren har påträffats i manliga kloster (hos cistercienser, franciskaner, dominikaner samt premonstratenser).¹³⁸ Endast undantagsvis förekommer de i profana stadsmiljöer.¹³⁹ Den huvudsakliga förklaringen till detta ligger, menar jag, i det faktum att det var klosterkulturen som bar med sig dessa instrumentformer, vilka hade rötter i antiken, och med dem förmodligen också ett speciellt sätt att hantera småsår, fistlar och bölder, genom att rensa dem med hjälp av små skedinstrument. Kyretterna var specialiserade instrument och en del av den medicinska kultur som företrädde vid klostren.

135. *Hrafnkel Freysgodes saga* 1990, s. 17; även *Gunnlaug Ormstungas Saga* 1990, s. 276.

136. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 6.

137. KM 49215 från Bredgatan i Lund; SHM 18393:552 från Varnhems kloster. En intressant notering i detta sammanhang är den funktion Skarphedens spjut fyller i *Njals saga*. När Torhall stöter spjutet i sitt inflammerade ben öppnas bölden och varet forsar ut och kvar på spjutet sitter själva "böldkärnan". *Njals saga* 2007, del III: Njal och kristendomen. Rättssaken om mordbrännarna, kap. 48. Slaget på alltinget.

138. SHM 20748:5, 21530:45 från Alvastra; SHM 18393:548, SHM 18393:514; 18393:547 från Varnhem; KM 16.575 från Gråbrödraklostret i Lund; Dnr 413-2502-1998 från S:ta Katarina i Visby; ett instrument som möjligen ska knytas till S:t Olof i Skänninge: ÖLM Dnr 484-04, fnr 1168 från kv. Östanå 6, öster om klostret. Från S:t Gertruds vång 149:1+154:1/Vårfrukyrkan i Vä finns ännu ett instrument (LUHM 30325; inget fnr), dock eg. mer av en spatel, men som möjligen skulle kunna ha koppling till det kortvariga premonstratensklöster på platsen.

139. Sf 342r från kv. Kammakaren i Sigtuna; LUHM 30039:33 från kv. Norden i Helsingborg.

Även användandet av specialiserade sonder var ett klosterfenomen. Det arkeologiska materialet visar att inte heller specialiserade sonder hade någon egentlig spridning utanför manliga cistercienskloster och att de inte förekom i profana miljöer. Skriftliga belägg från Norden för användande av sond för att undersöka sår är få eller obefintliga.¹⁴⁰ Om sonder användes förefaller de alltså i så fall inte ha varit specialutformade.

Även pincetter – både epileringspincetter och de med rundade skänkelspetsar – var en viktig utrustning för mindre och enklare kirurgiska ingrepp. Epilering av hår kunde göras av medicinsk-kirurgiska skäl, till exempel vid vissa former av ögoninfektioner. Pincetten användes även för att rengöra sår, dra ut stickor och liknande.

Då både krum lansett, kyrett, sond och pincett var viktiga instrument för sådan mer allmän sårkirurgi, är det intressant att det är just dessa föremål som ofta återfinns tillsammans i de små så kallade toalett-föremålsuppsättningarna. Jag menar därför att vi bör omvärdera dessa föremål. Konstellationerna i de små knippena av instrument talar för att de är att likna vid portabla sårvårdsetuier, snarare än kosmetiska artiklar. De var förmodligen viktiga i den vardagliga sårvård som var och varannan bör ha varit i behov av. Den mindre sårkirurgin var viktig, men utfördes förmodligen inte bara av läkare, utan i ännu högre grad av medlemmar i hushållet, troligen framför allt kvinnor, med kunskaper i detta.

6.2.6. Större kirurgi

Mindre kirurgi var förmodligen vanligt, men hur vanligt var det egentligen med större kirurgiska ingrepp i en tid före anestesi och antibiotika och med begränsade anatomiska kunskaper?¹⁴¹ Medan ett kirurgiskt ingrepp måste ha setts som en sista utväg, var det samtidigt i vissa avseenden en mer konkret och på så vis kanske i viss mening mer begriplig metod än många andra. I ett huvudsakligen illitterat samhälle som det här studerade är det väsentligt att notera att kirurgi i lägre grad än låt säga skolastiska resonemang kring sjukdom var beroende av teoretisk förståelse. Å andra sidan var lyckosam kirurgi helt beroende av omfattande praktisk erfarenhet för att den enskilde läkaren skulle kunna tillägna sig och vidmakthålla sina kunskaper.

Den materiella kulturen respektive de skriftliga källorna vittnar om sinsemellan

140. Møller-Christensen (1944, s. 105 m. ref. t. *Stadsråholsbók* 321) menar visserligen att sond nämns i *Grågård* och Schlyter tolkade landskapslagarnas *spik ok spier* som ord för spetsiga instrument för undersökande av djupa sår. Se Schlyters ordbok för de gamla svenska lagarna: *Spik*, f? (Isl. *Spik*, f. en tunnsliten lie) ett spetsigt instrument till undersökande av djupa sår, ”*Spier*, *spær*”: spjut, ett instrument till undersökande av sår, se *spik*. Senare forskare, t.ex. Holmbäck & Wessén, men även jag själv, tolkar dock orden annorlunda, se kap. 6.2.3.

141. Man använde visserligen bolmört och vallmo för sövning (kap. 6.2.3.). Dissektion var sannolikt inte vanligt i det medeltida Sverige men anatomiska kunskaper kunde erhållas vid skador, i krig eller vardag samt vid slakt av djur.

tämligen skilda former av kirurgi. Endast undantagsvis möts de olika källmaterialen i belägg för en viss form av behandling. Denna diskrepans har framför allt källkritiska orsaker. Den materiella kulturen är till exempel i högre grad spår efter en vardagskirurgi medan behandling av stridsskador är vanliga i sagorna. Detta ska emellertid inte uppfattas som motsättningar materialen emellan. Tillsammans ger de istället en fylligare bild av de former av kirurgi som förekom.

Engelska skriftliga och ikonografiska källor låter oss veta vad kirurgerna där under medeltidens slutskede kunde göra. Figur 72 i föregående kapitel visar en så kallad *sårman* från en tysk fälthandbok som trycktes för första gången 1517. Liknande schematiska bilder förekom i många kirurgiska handböcker från slutet av 1400-talet och in på 1600-talet. Sårmannen uppvisar olika typer av skador och trauman som en kirurg eller bardskär skulle kunna hantera.¹⁴² En bevarad dokumentation av licensieringen av en engelsk mästernkirurg år 1497 berättar att han skulle behärska

new wounds, olde soris and other lesyons what so euer they be; also in drawing of teeth, ventosyng [koppning], scarificacons and suche other manwall operacions [---] cansers, fystelis, vlceracions and many other disessis and dyuers.

I en skrift av en mästernkirurg från 1519 nämns

stanching of blod, serchyng of woundes with irons and with other instrumentes, in cutting of the sculle in due proporcyon to the pellicules of the brayne with instrumentes of iron, cowchyng of catharactes, takyng owt bonys, sowyng of the flesshe, launchyng of bocchis [lancing boils], cutting of apostumes [svullnader], burning of cankers [kräftsår i munnen] and other lyke, setting in of joyntes and byndyng of theym with ligatures, letting of blod, drawing of tethe, with other suche lyke, which restyth onely in manuall operacon.¹⁴³

Kirurgen och bardskären tog alltså hand om öppna skador, sår, benbrott och skullskador samt drog ut tänder och stillade blodflöde. Han opererade fistlar, tumörer, bölder, svullnader, grå starr och urinsten (fig. 81). Han åderlät, koppade och skarifierade. Det är troligt att mycket av detta gjordes även av svenska läkare och bardskärer, även om åderlåtning inledningsvis verkar ha utförts även av andra än läkarna och bardskärerna. Däremot undveks radikalare metoder i form av större ingrepp i bröstet eller magen, liksom amputationer, i det längsta. Riskerna var för stora och sådana ingrepp gjordes därför inte om det inte var absolut nödvändigt för patientens överlevnad.¹⁴⁴

142. Kap. 5.4.2.; även, som det verkar när man läser landskapslagarna, en läkare i det medeltida Norden.

143. Rawcliffe 1995, s. 47, 51.

144. Jfr även Lindemann 1999, s. 217.



Fig. 81: Även tandutdragning ingick i kirurgens eller bardskärens sysslor. Här syns S:ta Apollonia med en tång med utdragen tand; symbolen för hennes martyrskap. Målning i Brunnby kyrka, Skåne. Detalj. Foto den 7 oktober 2012.

Den materiella kultur som redovisas i katalogen visar att kirurgiskt kunniga personer var verksamma i många städer under hela den studerade perioden. Även i klostren fanns denna form av kunskap, även om det är oklart vilka personer där som besatt just den kunskapen. Jag har ovan föreslagit läkekunniga lekmän eller externa läkare.¹⁴⁵ I sitt arbete använde de kirurgiskt verksamma läkarna och bardskärerna framför allt skalpeller med olika utformning och funktion, men även kirurgiska pincetter och extraktorer samt, ibland, kirurgiska hakar, sonder, kyretter och brännjärn. Jag kommer i det följande att diskutera vilka olika former av kirurgisk behandling som kan beläggas genom de studerade källmaterialen, men det är inte alltid enkelt att översätta belägg i form av instrument till utförda handlingar. Många instrument kunde användas till flera typer av ingrepp och i flera sammanhang och gränserna mellan olika former av kirurgi är glidande.

För att skapa någon form av struktur i det följande har jag valt att dela in den större kirurgin i *Behandling av större sår och skador* och *Skärande kirurgi*. Med det förra avses här framför allt behandling av skador uppkomna genom yttre åverkan, exempelvis benbrott, skärskador eller skottskador. Med *Skärande kirurgi* avser jag ingrepp som i högre grad innebar ett aktivt öppnande av den slutna kroppen, till exempel genom skärande med skalpell, för att åtgärda något på insidan av kroppen (t.ex. avlägsnande av urinsten, operation av fistlar), men även för att avlägsna tumörer och hemorrojder. Även behandling av större sår och skador kunde inbegripa skärande moment, till exempel för att få ut skjutprojektiler som fastnat, och pincetter som användes för att avlägsna benfisar vid krosskador kunde användas i samband med skärande kirurgi.¹⁴⁶ Det handlade då emellertid inte om att på samma sätt öppna kroppens yta. Gränsen mellan de två områdena av kirurgi var dock flytande.

BEHANDLING AV STÖRRE SÅR OCH SKADOR

Det är kanske föga förvånande att behandlandet av sår och skador omnämns relativt ofta i sagamaterialet, eftersom där är gott om våldsskildringar. Det är även väntat i lagmaterialens balkar om straff för våldsbrott. De berättelser som mer ingående skildrar händelserna är emellertid förhållandevis få. Ofta nämns stympningar eller penetreringar utan närmare detaljer kring behandlingar eller konsekvenser för den drabbade. Genom diverse fragment kan vi ändå få en relativt god bild.

Det verkar som om man redan under tidigmedeltid kunde hantera tämligen all-

145. Kap. 5.2.6.

146. T.ex. för att knipa om kärl för att stoppa blodflöde vid amputation samt för att dra fram kärnen så att de inte kröp in i muskulaturen och där fortsatte blöda, utan kunde hållas fast tills de knutits av med tråd. Råd från fältskären och kirurgen Ambroise Paré, praktikern som förespråkade empiri framför teori och "logik", efter Keynes 2004, s. 261.

varliga skador. Mest komplicerade var hugg-, stick och krosskador i bröstet, buken, huvudet eller mörghenen.¹⁴⁷ I flera svenska landskapslagar krävs för sådana sår full mansbot, det vill säga lika höga böter som om skadan skulle haft dödlig utgång.¹⁴⁸ Historikern Jón Steffensen har tolkat detta som att sådana skador ansågs så allvarliga att de i princip uppfattades som synonyma med dödlig utgång, och därför inte lönade sig att behandla. Steffensen baserar sin tes på paralleller till den så kallade *Papyrus Smith* från 2000–1400 f.v.t. och de hippokratiska *Aforismerna*, där dessa typer av sår anges som mycket svåra eller rent av dödliga.¹⁴⁹ De större sårerna används emellertid i svenska landskapslagar för att definiera en *läga läkare* och vad denne faktiskt skulle behärska, som redan nämnts. I motsats till Steffensen menar jag därför att det bör tolkas som att man utgick från att sådana skador kunde läkas och att chanserna att lyckas faktiskt bedömdes som befintliga, om en skicklig läkare fanns att tillgå.

När det gällde skador i huvudet eller buken var man mycket väl medveten om att det var av kritisk betydelse om den skyddande buk- respektive hjärnhinnan blev penetrerad eller förblev intakt. Skadades dessa hinnor, minskade överlevnadschanserna markant. Även om patienten överlevde kunde emellertid huvudsår vara svåriläkta. Saxo Grammaticus berättar om Starkad, som fått ett allvarligt sår i huvudet, vilket inte ville läka tillfredsställande. Huden växte samman, men kvar under huden fanns blodutgjutelse, varbildning och ”förruttelse”.¹⁵⁰

Osteologiskt material har tolkats som att man under förhistorisk (framför allt neolitisk) tid använde sig av trepanation, kanske för att lätta på trycket mot hjärnan efter kraftiga slag mot huvudet som resulterat i lesioner och blodsutgjutelse (hematom). Metoden förekom under nordisk medeltid och renässans, men förefaller inte ha varit vanlig.¹⁵¹ Olof af Acrel, framgångsrik svensk kirurg på 1700-talet, menade att trepanation tillhörde de svåraste operationerna, och det torde inte ha varit enklare under tidigare århundraden. Små sågtandade verktyg för trepanering har, som redan nämnts, påträffats i yngre järnålderskontexter, men jag har inte identifierat några sådana i det medeltida eller renässanstida materialet.¹⁵² Vid krosskador i huvudet var det viktigt att avlägsna lösa benbitar och flis för att främja läkningen, vilket gjordes med pincett. Det är däremot möjligt att renskärande av kanterna för att ytterligare

147. Nämnts även i *Njals saga* 2007, del III: ”Njal och kristendomen. Rättssaken mot mordbrännarna”, kap. 38 och kap. 44, där dessa kategorier nämns i en juridisk process som ”hjärnsår, inälvssår eller märgsår” respektive ”inälvssår, hjärnsår eller märgsår”.

148. T.ex. ÖgL & Bj.

149. Steffensen 1980, s. 95ff.

150. Saxo Grammaticus 6 boken, kap. 5.

151. Bennike 1985, s. 65ff.; 2008, s. 354; Jennbert 1991, s. 366f., 374; Bennike & Brade 1999, s. 45f.

152. Acrel 1965 (1759), företal; Frölich 2003, 2004, s. 51ff.

främja läkningsprocessen gjordes mer sällan. En intressant fråga är då i vilken grad – och i så fall i vilket syfte – trepanering och/eller renskärande av skallfrakturer gjordes under den yngre järnåldern. Åtföljdes de enstaka påträffade instrumenten av praktik eller var de delar av trofégoods? Osteologiskt material verkar antyda att det då var något vanligare än det senare kom att bli.¹⁵³

I *Sagan om biskop Gudmund Aarson* berättas om en kvinna, helt tydligt kunnig i avancerad kirurgi, som behandlar en skallfraktur. Skadan beskrivs som allvarlig – tre fingerbredder vid – men med intakt hjärnhinna, ”tack vare Gud”, som det står. Kvinnan skär rent runt skadan, tvättar rent och avlägsnar benflis så djupt hon törs, ända ned till hjärnhinnan. Därefter tamponerar hon såret med vattenmossa (vitmossa, som är antiseptisk?) från biskop Gudmunds brunn, innan hon binder om. Hon låter sedan förbandet sitta tills det har gått tre nätter. När hon avlägsnar är läkeprocessen på god väg. Förutom hennes skicklighet och mossan från Gudmunds brunn (med helbrägdagörande egenskaper eftersom han var en gudsman?), anges det faktum att det var flod (inte ebb) som en gynnsamt medverkande faktor, eftersom hjärnan och hjärnhinnan då ansågs ligga tätt in under skallbenet, medan ebb ansågs förorsaka ett mellanrum som skulle försvårat operationen.¹⁵⁴ Detta är en intressant koppling till månen som kan jämföras med den redan nämnda åkallan av månen mot raseri i *Havamål*.¹⁵⁵

Det kritiska förhållandet med intakt eller penetrerad bukhinna illustreras i sagorna med detaljer kring huruvida inälvorna var skadade och trängde ut ur buken eller inte.¹⁵⁶ I *Gunnlaug Ormstungas saga* berättas om hur Tore blir mycket allvarligt skadad under slaget i Gårdarrike. ”Då såg kongen att hela buken var på honom uppristad och höll intet mer ihop än bara livhinnan [bukhinnan].” Kungen undersöker honom och konstaterar: ”Du haver fått ett gräseligt sår [---], att det står näppeligen att läka, men om inälverna [sic] intet ligga ute, vill jag söka dig läkedom och bjuda till att läka dig.”¹⁵⁷ Den intakta bukhinnan gjorde alltså att Tore ändå bedömdes ha en rimlig chans att överleva. I *Eyrbyggja saga* likställs ”inälvsblod” med en dödligt skadad persons blod.¹⁵⁸ Det förekommer också att skador på andra specifika organ, särskilt levern eller hjärtat,

153. Jennbert 1991, s. 361ff.

154. Møller-Christensen 1944, s. 116; Helgadóttir 1985, s. 24ff.

155. Kap. 4.2.5.; *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137: ”*heiptom scal mána queiðia*”.

156. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 46 alt. *Eyrbyggjarnas saga* 1979, s. 114ff.: ”Striden på Vigráfjordens is”; *Götriks och Rolfs saga* 1990, ”Slaget i Gårdarrike”, kap. 31; *Laxdela saga* 1934, kap. 49: ”*pá fell An ok hafði hann o barizj um hrið svá, at úti lágu iðrin*.” I svensk översättning 1979 i ”Kjartans död”: ”Då föll An och hade dessförinnan slagits en stund med inälvorna trängande ut genom såren.” *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234: Slaget vid Stiklestad; Saxo Grammaticus 6 boken, kap. 8.

157. *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 31.

158. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 45–46; alt. 1979, s. 114ff.: ”Striden på Vigráfjordens is”.

omnämns.¹⁵⁹ I *Olav den heliges saga* i *Heimskringla* samt i *Flatøyarbók* återfinns den tidigare refererade berättelsen om de skadade i slaget vid Stiklestad.¹⁶⁰ I vad som framstår som ett enkelt fältsjukhus inhyst i en kornlada, tas kungens sårade män om hand.¹⁶¹ De ges, som redan nämnts, en slags gröt kokt på lök och andra örter att äta. Syftet är att kunna avgöra om huruvida magsäcken skadats ("holsár?") eller inte. Genom lökens skarpa lukt kunde man nämligen märka om mag-tarminnehållet trängde ut genom buksåren. Gjorde det så, var bukhinnan penetrerad och magsäcken eller tarmarna skadade. Det innebar kraftigt försämrade chanser att kunna läka skadan. Man skulle kunna tänka sig att individer med så allvarliga skador prioriterades bort i behandlingen i en kritisk fältsituation, till förmån för dem med bättre utsikter att kunna räddas till livet. Den, vars inre organ hade skadats, var svår att klara.

Amputation förefaller ha varit sällsynt – komplikationsrisken var sannolikt alltför stor – men det förekom. Enstaka osteologiska belägg finns som visar spår efter amputation av benet nedanför knäet eller i ankelhöjd samt av överarmen.¹⁶² Ett överarmsben från en kvinna från Helgeandshuset i Næstved i Danmark visar spår av att ha kapats med *såg*.¹⁶³ Kvinnan överlevde ingreppet, men dog några veckor senare, möjligen på grund av infektion. Kanske var blodförgiftning det som föranledde amputationen, och också det som tog hennes liv. Amputation nämns endast någon enstaka gång i sagamaterialet vid värk i sår.¹⁶⁴ Lemmar som skadades eller stympades i olyckor, som straff eller strid omtalas däremot oftare, men det har inget med läkekonst eller kirurgisk amputation att göra.¹⁶⁵ När de svenska landskapslagarna nedtecknades i slutet av 1200-talet och under 1300-talets första hälft, tillhörde emellertid behandlingen av sådana stymplingar det som en *laga läkare* skulle kunna utföra.¹⁶⁶

159. Edda 1962: *Hergaquivða Hjórvardzonar*, strof 40: "hiarta"; Edda 1962: *Dráp Niflunga*: "lifriar"; *Den poetiska Eddan* 1993: *Kvædet om Helge Hjórvardsson*, strof 40 och "Dråpet på niflungarna"; *Laxdæla saga* 1934, kap. 49; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234; Saxo Grammaticus 6 boken, kap. 5. Enligt den humoralpatologiska (och därmed även enligt delar av den skolastiska) medicinen menades kroppens vitala vätskeströmmar löpa samman i dessa organ: blodet i hjärtat och urinen i levern. Schmid 1951, s. 319.

160. Helgadóttir 1985, s. 21f.; *Ólaf's saga Helga* 1991, kap. 234; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

161. *Fóstbræðrasaga* 1997 kap. 24, strof 31.

162. Bennike & Brade 1999, s. 47ff.; Dahlbäck 1983, s. 128; Jacobsson & Arcini 2002, s. 176; Arcini 2003, s. 112; Bennike 2008, s. 354; e-postkorrespondens med Petter Nyberg, ÖLM, angående fynd vid Hospitalstorget, Linköping 2011-09-16 samt 2011-12-15. Fyndet från Hospitalstorget är daterat med hjälp av ¹⁴C till 417±30BP, kalibrerat 1435–1485 e.v.t. (1 sigma). De publicerade källorna anger tyvärr inte närmare dateringar än till medeltiden eller senare delen av medeltiden. I ett fall är dateringen så vid som 1300–1800-tal.

163. Helgeandshuset var dock i bruk från 1300-talet till 1700-talet och det är oklart om amputationsfyndet är medeltida. Bennike & Brade 1999, s. 47ff.; 2008, s. 354.

164. Helgadóttir 1985, s. 26 m. ref. till *Biskupa sögur I*.

165. *Snorres Edda* 1997: *Háttatal*; kap. 10 i nämns "lim lýti", sår i lemmar.

166. Se kap. 5.4.2.

Viktigt var naturligtvis att få stopp på blödningen innan den skadade hade förlorat alltför mycket blod, men minst lika kritiskt var att få ett så stort och öppet sår att läka utan komplikationer i form av infektion eller kallbrand. Lyckades man med detta kunde sedan en protes appliceras. I sagamaterialet möter vi i personliga tillnamn som Tore träben ("þóri viðlegg"), Onund träben ("Onundr tréfót") och Eirik björkben.¹⁶⁷ I *Eyrbyggarnas saga* uttrycks det som att "Torleiv kimbe gick hädanefter med träben" ("tréfót") och om Onund står att han fick benet avhugget nedanför knäet av en av kungens stamboar.¹⁶⁸ "Onunds sår blev läkt, men han gick sedan med träben hela sitt liv."¹⁶⁹ Vid Uppsala hospital fanns under 1500-talet en *Anna träfot* och en *Påvel knägubbe*.¹⁷⁰ Även medfödda lyten kunde naturligtvis innebära behov av protes, så egennamnen som nämns här är inte i sig belägg för stympning eller amputation.

Benbrott var en annan form av skada som en *laga läkare* skulle kunna behandla. Nyare osteologisk forskning visar emellertid att även om en person fick hjälp att behandla en sådan skada, så blev resultatet inte alltid så bra.¹⁷¹ Osteologiska fynd antyder att man inte alltid var särskilt medveten om hur viktigt det var att fixera benen ordentligt. Forskningen går dock isär. Vissa forskare menar att benbrott ofta läkts väl, vilket tyder på kunnig vård, medan andra gör jämförelser med benbrott hos vilda schimpanser, som läker ungefär lika väl. Det verkar inte heller ha förelegat någon skillnad i kvalitet i läkresultatet mellan stad och land.¹⁷²

När det gäller behandling av skador av mjukvävnader framgår tydligt att man kände till de viktigaste parametrarna. Kraftiga blödningar behövde för det första stillas, eventuellt med tryckförband, vilket vi skymtar i Saxo Grammaticus krönika:

Men ingen bind blir trycket mod
flængernes blodige gab,
og aldrig skal hans dybe sår
lægges og heles igen.¹⁷³

167. *The Saga of Gudmund the good, bishop of Hólar* 1942, kap. 93; *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 52–55; alt. 1979, kap. 53, s. 132ff.

168. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 45–46 alt. 1979, s.119f.

169. *Grettis saga* 1936, kap. 2 alt. 1990, s. 79ff.; i gravnamnet "Träbenshögen". Blev läkt: "varð græddr".

170. Ljung 1954, s. 217. Knägubbe uttolkar av Ljung som "en som går på knäna".

171. T.ex. Jacobsson & Arcini 2002, s. 176.

172. Dahlbäck 1983, s. 132; Arcini 1999, s. 150; Bennike 2008, s. 354. Jfr med äldre uppfattningar, t.ex. Isager 1936, s. 50f.; Arcini muntligen 2009-12-14.

173. Saxo Grammaticus 1 boken, kap. 9. Jfr även med liknelsen i *Edda* 1962: *Helgaqviða Hundingsbana önnor*, strof 42: "at þú sárdropa svefia scyldir"; *Den poetiska Eddan* 1993: *Det andra kvädet om Helge Hundingsbane*, strof 41: "att du skall stämma det strömmande blodet".

Ytterligare omnämmanden av tryckförband eller tamponering förekommer i sagorna, och oftast förefaller det ha varit linnetyg som använts.¹⁷⁴ Man var också medveten om vikten av att hålla ett sår rent för att det skulle kunna läka ordentligt.¹⁷⁵ Den huvudsakliga rengöringen av sår gjordes troligen med varmt vatten, så som berättas i *Sagan om Tord reda* och om slaget vid Stiklestad, där vatten värms över en eld på golvet.¹⁷⁶ Även vin och öl, liksom sprit, förekom, som redan nämnts.

Man visste också att det var viktigt att eventuella benflisor eller främmande kroppar avlägsnades.¹⁷⁷ Flera av landskapslagarna talar om *benlösning*, det vill säga avlägsnandet av benflis ur sår.¹⁷⁸ I *Biskop Gudmunds saga* berättas om hur läkaren Helge behandlade ett benbrott som inte ville läka eftersom en benbit stack ut ur foten. Helge bearbetade eller masserade området kring såret ("bakaðe Helge fotinn mioc") tills det blev möjligt att dra ut benbiten. Därefter förband Helgi såret som sedan äntligen kunde läka.¹⁷⁹ En liknande incident återfinns i *Vadstenadiariet* om riddaren herr Torkel Haraldsson. En spjutspets har fastnat i ett sår, vilket förhindrar läkning.¹⁸⁰ Först efter ett par månader kan spjutspetsen avlägsnas ur såret så att det kan läka ordentligt. "Men järnspetsen på spjutet som han sårats av var kvar i såret; och där bar han det under mer än 8 veckor. Slutligen kunde spjutspetsen dras ut och han återfick hälsan; efter detta levde han i nästan 16 år."¹⁸¹ Den redan nämnde stridskämpen Tormod vid Stiklestad fick ett svårt sår i sidan och kanske kände han att det var ett banesår. Läkaren undersöker såret och känner att en pilspets ("járnid") fortfarande sitter kvar. Såret är svullet och det är därför svårt att få tag i spetsen med tången för att dra ut den. Läkaren måste skära upp kring

174. Möller-Christensen 1944, s. 105.

175. *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

176. Helgadóttir 1985 med ref. till *þórdar saga hredu*; *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

177. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 45, alt. *Eyrbyggjarnas saga* 1979: Striden på Vigráfjordens is; *The Saga of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 8; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234.

178. SkL Om dråp och sår 117 (Holmbäck & Wessén 1979b); Schlyter I (CIS) 114: "Uetær man andrum þæt sar er ben taks af"; SkL Sk str fl. 42 (övers. av Koch, i Holmbäck & Wessén 1979b); ÖgL V XIX (Holmbäck & Wessén 1979e); Collin & Schlyter: "Nu lösir ben ur skenu"; UL M XXIV fl.2 (Holmbäck & Wessén 1979e); Collin Schlyter "Takær man ben or sari. Pa a lekir vita mæþ ens sins epe"; Bj 14 fl. 5; DL M XIII (Holmbäck & Wessén 1979a); Collin & Schlyter VmL MB 13: "Um benlösning J. sarum. lösir man ben i höfþi"; HL M IX (Holmbäck & Wessén 1979c); Collin & Schlyter HL Manhæliæs B. IX "Lösir man been vr saari"; SdmL M III (Holmbäck & Wessén 1979c); Collin & Schlyter "Takas síþan ben v sare"; ME L S I: V (Holmbäck & Wessén 1962); ME S I S I: IX "utan att benskräva löses ut" (Holmbäck & Wessén 1966). Uttrycket förekommer även i Visby stadslag.

179. *Guðmundar sögur Biskups* 1983, kap. 14: "bakaðe Helge fotinn. mioc"; Turville-Petre & Olszewska översätter "bakaðe mioc" (*The Saga of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 8) med "kneaded hard", dvs. knådade kraftigt/hårt.

180. Jfr även *Eyrbyggja saga* 1935, kap. XLV.

181. DV 112 (14/3 1402).

den varpå Tormod själv drar med tången: Han säger: "Skär dig in till järnet så att du kan få tag med tången. Ge den sedan till mig och låt mig dra." Pilspetsen har dock hullingar och trasar sönder organ och vävnader när han drar: "Det var krokarna på den och på dem satt trådar från hjärtat, en del röda och en del vita." Han överlevde inte.

Att avlägsna stickor, pilspetsar eller bensplitter var alltså avgörande för att undvika långvarig infektion och nekros, vilket var mycket allvarligt när infektionshämmande och antiinflammatoriska medel var sällsynta. "Ben ur sår" var dessutom ett juridiskt sätt att mäta sår i lagarna. Man måste alltså ha instrument att extrahera sådant. Man använde dels pincetter, dels tänger. Medan de grövre tångerna från medeltiden många gånger är svåridentifierade är pincetterna lättare.¹⁸² I kapitel 2.1.3. diskuterar jag de olika funktionerna för en pincett och hur de delvis kan utläsas ur pincettens form. De som har rundade nypen kan till exempel inte ha använts för att epilera hårstrån utan endast för extraktion eller för att hålla fast, medan även epileringspincetter naturligtvis kunde användas för extraktion, särskilt av mindre föremål som stickor. Skänklarnas form, längd och kraftighet avgjorde sedan den mer specifika potentiella användningen, hur djupt in de kunde nå, med mera.

Den forskning som gjorts om krigskirurgi i äldre tid antyder att en hel del av den senmedeltida och renässanstida kirurgin var nära förbunden med den typ av skador som vapenutvecklingen innebar.¹⁸³ Under 1500-talet började man tillverka och använda specialformade extraktorer för uttagande av projektiler. Denna instrumentutveckling har föreslagits delvis vara ett svar på den kraftiga utvecklingen av krigsföring och vapen, inte minst muskötan, under samma period.¹⁸⁴ Enstaka exemplar av dessa återfinns i det arkeologiska materialet. Fynden visar tillsammans på den ökande sofistikeringsgraden av instrument av det här slaget. Även om de skiljer sig något åt sinsemellan är det troligt att de alla använts för att avlägsna skjutprojektiler och/eller urinsten. Äldre tiders pilformade projektiler drogs förmodligen ut med vanliga tänger eller kraftiga pincetter. I *Eyrbyggarnas saga* och i *Olav den heliges saga* nämns *spennitång* och i sagan om biskop Gudmund gode nämns *tang*.¹⁸⁵ Ordet *spennitång* förefaller syfta på någon form av låsbar tång eller pincett, kanske med låsring eller annan låsanordning.¹⁸⁶

Större öppna sår kunde sys med nål och tråd.¹⁸⁷ Huruvida man använde en metallnål

182. Undantag finns, t.ex. SHM 5995/75 från Uppsala.

183. Keynes 2004; Mitchell 2004.

184. Nutton 1985, s. 76.

185. *Eyrbyggja saga* 1935, kap. XLV, översätts med "kniptång" av Alving i utg. fr. 1990; samma ord i *Ólafs saga Helga* 1991, kap. 234, översätts av Johansson i utg. 1993 med "griptång" samt "tönginni" längre fram i samma kapitel med "tången"; *Guðmundar Sögur Biskups* 1983, kap. 14.

186. Jfr fig. 24 & 25 kap. 2.1.3. och fig. 31 i kap. 2.1.4.

187. Möjligen indirekt i *Edda* 1962: *Helgaquíða Hjörvarðssonar*, strof 8: "vi gnesta boþ" alt. *Den poetiska Eddan* 1993: *Kvædet om Helge Hjörvarðsson*, strof 8: "sárnålssövande".

med öga och sömmade eller om man använde flera nålar eller stickor och band ihop såret i åttaformade öglor är osäkert. Arkeologen Anette Frölich har föreslagit att det var den senare metoden som användes. Som stöd för detta lyfter hon fram ett mossfynd från Illerup i Danmark, daterat till yngre romersk järnålder eller folkvandringstid, i form av en stor mängd törnen invid andra medicinska instrument. Hon tolkar dessa som nålar för att binda sår.¹⁸⁸ Inget motsäger att båda metoderna användes, men en passage i *Götriks och Rolfs saga* beskriver hur ett sår sys med nål och tråd och *därefter* förbinds.¹⁸⁹ Det talar för att *bindandet* av sår i det sammanhanget snarare avser *bandagerande*. Tråden kunde vara av silke, som i ovan nämnda incident i *Götriks och Rolfs saga*, eller av lin, som läkaren Hrafn Sveinbjarnarson använder vid en urinstensoperation.¹⁹⁰ Även andra material kan ha använts, som hampa, nässlor eller andra växtfibrer, eller hår, kärl eller senor från djur, vilket är historiskt känt från andra håll.¹⁹¹

När ett sår hade rengjorts och förslutits kunde läkande örter eller annan läkande substans läggas på och *därefter* bandage av något slag.¹⁹² Kungen i *Götriks och Rolfs saga* smörjer, efter att han sytt ihop såret, på ”den smörjelse som han tänkte bäst skulle kunna läka” innan han binder om såret.¹⁹³ När det gäller vad som användes för att förbinda sår nämner vissa av de götäländska medeltida lagarna *spiær*; ett ord som av Hasselberg översätts med *förband* och av Holmbäck och Wessén med *bindel*.¹⁹⁴ De södra svealagarna samt götalogarna nämner även *lin* eller linne, det vill säga bandage (kanske även linneskav, dvs. sönderrepat linne för att tamponera, och linsutur?) av lin/ne.¹⁹⁵ *Skånelagen*, som tillhör det äldre tidsskiktet bland lagarna, nämner bast i

188. Frölich 2004, s. 57ff.

189. *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31.

190. *The Saga of Hrafn Sveinbjarnarson* 1951, kap. 4; *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31.

191. Jfr även Saxo Grammaticus 6 boken, kap. 8: ”... stoppede de tarme der var revet ud af maven, ind hvor de hørte til, igen og snørede hele klumpen af udfaldne involde på plads med vidjer.” Jfr Reichborn-Kjennerud 1928, s. 209.

192. *Edda* 1962: *Sigurðarquíða in scamma*, strof 32: ”blóduct sár, undir dreyrgar, knettir yfir binda”; *Den poetiska Eddan* 1993: *Det korta Sigurðskvædet*, strof 32: ”med drypande sår, som du fick förbinda”; *Eyrbyggja saga* 1935, kap. 45, 63 alt. 1979, Striden på Vigrafjordens is, Om tjuren Glásir; *Gisle Surrsons saga* 1990, s. 42 alt. *Gisli Surrson's Saga* 1997, kap. 20; *Grettis saga* 1936, kap. 78, alt. 1990, kap. 70; *The Saga of Gudmund the good, bishop of Holar* 1942, kap. 8, 86; *The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge* 1997, kap. 10, 12; *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31, 40; *Laxdæla saga* 1934 alt 1990, kap. 46, 49; *Olav den heliges saga* 1993, kap. 234; *Volsunga saga* 1965, kap. 26: ”binda sár”.

193. *Götriks och Rolfs saga* 1990, kap. 31.

194. VgL I S I; VgL I S V IV; VgL II V XII; ÖgL V. VI; Hasselberg 1953, s. 285.

195. Bj 12: fl. 2; SdmL, M 3; UL, M 13; VgL I, S 1; ÖgL, V 6; Lindgren 1986, del 2, s. 89. Användandet av linfrö för att göra grötomslag av samt linolja för att läka brännsår, finns belagt från senare tid och kan ha använts även under medeltiden och renässansen (Lindgren 1986, del 2, s. 88f.).

uttrycket ”*bast oc band*”.¹⁹⁶ Ordet diskuteras i det tidigare kapitlet om läkemedel, där en tolkning är att bast avser förband med hjälp av bastbildande, långfibriga växter.

SKÄRANDE KIRURGI

Vi vet att man även utförde viss skärande kirurgi, även om det är osäkert hur vanligt det var. *Skärande* ska här förstås i betydelsen att man på något sätt *öppnade* kroppen (till skillnad från att skära i redan öppna sår för att exempelvis få ut en pilspets) genom att skära hål på hud och underliggande vävnader. Vad man kan ha opererat är till stora delar oklart. I sagan om Hrafn Sveinbjarnarson beskrivs urinstenssnitt och i *Sturlunga saga* beskrivs operation mot harmynthet.¹⁹⁷

I de skriftliga källorna nämns skalpeller (knivar) mycket sällan, men en kniv (*knif*) nämns i samband med Hrafns urinstensoperation.¹⁹⁸ Det arkeologiska materialet innehåller desto fler skalpeller av olika storlek och form, vilka kan ha använts för olika former av ingrepp. Om man ser närmare på de olika typerna så kan de mycket grovt delas in i skalpeller med rak egg och skalpeller med rundad egg. Gemensamt för de rakeggade är, som nämns i kapitel 2.1.8., att de lämpar sig för att punktera exempelvis bölder eller blodkärl, men de kan även användas för att lägga ett snitt i huden eller i muskulaturen. Det finns även enstaka skalpeller med konvex egg som kan ha använts för att lägga snitt. De flesta av dessa har emellertid en så pass rundad egg att de inte lämpar sig lika väl för att punktera. De flesta skalpellerna är små, med eggar som är endast några centimeter långa. Det säger möjligen något om kvaliteten på de ingrepp man gjorde. Det förefaller ha varit smått, fint och försiktigt och i den meningen skickligt. Vi kan sannolikt avfärda myten om den onödigt grymma, blodiga och slafsiga medeltida kirurgin.

I den kirurgiska litteraturen från medeltiden och framåt figurerar ofta olika typer av kirurgiska hakar. Dessa var multifunktionella instrument och kunde användas för att öppna eller sära på vävnad. De kunde vara skarpa och smala eller trubbiga och breda, dubbla eller enkla och hade följaktligen olika funktioner. Större hakar kunde användas vid förlossningar och större operationer. De små användes vid många olika former av mindre ingrepp, som exempelvis starrstick, tonsillektomi (dvs. bortoperandet av tonsillerna) och vid opererandet av hemorrojder.¹⁹⁹ De skarpa kunde också fungera som sårhakar vid små och delikata kirurgiska ingrepp (dvs. för att hålla isär sårkanter), som undersökande instrument och för applicering av medikament vid

196. SkL 112: ”Vällar någon, att bast och band lägges på annan man” (Holmbäck & Wessén 1979b); Collin & Schlyter: Codex Iuris Scanici 109 ”*Raper man bast oc band ofna annan*”.

197. Møller-Christenson 1944, s. 118f.; Tjomsland, 1951, s. XX; Holck 1986, s. 7.

198. *The Saga of Hrafn Sveinbjarnarson* 1951, kap. 4; *Hrafns saga hin sérstaka* 1988, kap. 4.

199. Jackson 1995, s. 194.

tandvård. Olof af Acrel använder till exempel små hakar i samband med en ögonoperation.²⁰⁰ I det genomgångna materialet finns det endast två stycken kirurgiska hakar och båda dessa är *små enkla skarpa* hakar.²⁰¹ De två exemplaren är påträffade i mycket olika miljöer, den ena i bardskärskvarteren vid torget i Lund och den andra vid Vreta kloster. Båda bör vara medeltida. De framstår som något av främmande fåglar, samtidigt som de visar att personer med specialiserade kirurgiska kunskaper och med speciella kunskaper om förhållandevis sofistikerade kirurgiska instrument, har verkat i dessa miljöer.

MILJÖER FÖR KIRURGISKA BEHANDLINGAR

Det är intressant att konstatera att stads- och i viss mån borgmaterialen uppvisar fler olika typer av skalpeller och andra kirurgiska instrument än klostermaterialen. Med klostermaterial ska här förstås materialen från de manliga klostren. De kvinnliga innehåller endast något enstaka kirurgiskt föremål. Det är även i stadsmaterialen som de flesta riktigt små och fina skalpellerna (med eggjar som mäter runt 2 cm eller mindre) finns. Bland dessa finns både rundeggade skalpeller och skalpeller med triangulärt blad och rak egg. De torde ha använts för små och delikata ingrepp, troligen för bölder, hemorrojder, nekroser och liknande. Möjligen förekom även enklare ingrepp i ögonen. Likaså återfinns de flesta fällknivarna (som inte är rakknivar) och

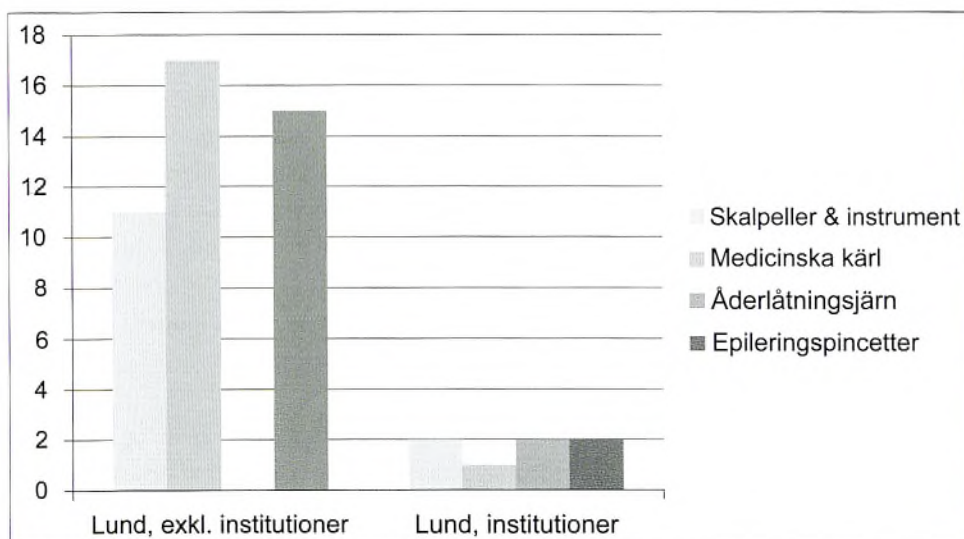


Fig. 82: Föremål från Lund, fördelade på olika materialgrupper. Fynd ur grupperna "Småskedar och stickor" samt "Övriga pincetter" saknas från Lund. Att jämföra med fig. 59, kap. 4.

200. af Acrel 1965 (1759), s. XII.

201. KM 19.361; SHM 18011:398a:1.

andra större skalpeller i stadsmaterialen. Förutom den större variationen kan man konstatera att kirurgisk utrustning utgör en något större del av stadsmaterialen än av klostermaterialen (fig. 59 och 82).

Det verkar alltså som om kirurgiska behandlingar i något högre grad utfördes i profana miljöer än vid religiösa institutioner. Även den större variationen och typrikedomen i de kirurgiska stads- och borgmaterialen i jämförelse med klostermaterialen kan tolkas som att det var i städerna och vid vissa borgar eller högsäten, exempelvis Eketorp och Adelsö, som den huvudsakliga kirurgiska kompetensen fanns. Möjligen fanns även en större bredd i kunskaper kring olika ingrepp. Av den anledningen föreslår jag att kirurgi var en viktigare del av den profana läkekonsten än av klostrens läkekonst.

6.2.7. Värmebehandling och bränning

Bränning (kauterisering) och värmebehandling är delvis olika saker, med olika möjliga bakomliggande motiveringar. Det är dock inte alltid möjligt att urskilja vad av detta som avses i det skriftliga materialet och därför behandlas dessa olika fenomen här tillsammans.

Det äldre skriftliga materialet talar på flera ställen om eldens helande kraft och om bränning för bot. Frågan är då om det finns anledning att tolka det som bränning med brännjärn eller värmebehandling eller om det är något annat som åsyftas. Vissa omständigheter tyder på det förra, men det kan också ha handlat om bruket av eld på andra sätt. I *Hávamál* förekommer uttrycket ”*enn eldr við sóttom*” (eld mot sjukdom).²⁰² Det kan alltså avse eld på andra sätt än via glödande järn. I *Det andra kvädet om Gudrun* står det ”bränna dig skall jag, till bot för ont, lena och läka, fast led du är mig”.²⁰³ Även denna formulering om att *bränna någon till bot* kan tolkas på flera sätt. Kombinationen med orden om att *lena och läka* kan tyda på att det är frågan om bränning med brännjärn, men det skulle även kunna syfta på föreställningar om eldens genom riter och magi allmänt renande kraft och förmåga att avvärja det onda.

En passage i den isländska lagen *Grágás* placerar emellertid brännandet i en annan idékontext genom att nämna det tillsammans med åderlåtning.²⁰⁴

Hvis man brænder en mand eller tager blod af ham for at helbrede ham, og hvad som man gør for at helbrede en anden mand således at man ønsker at den anden

202. *Edda* 1962: *Hávamál*, strof 137.

203. *Edda* 1962: *Guðrúnarkviða önnor*, strof 39: ”*þat er fyr eldi, er iárn dreyma, fyr dul oc vil drósar reiði; mun ec þic við þolvi brenna ganga lícna oc lena, þótt mér leiðr sér.*”

204. Möjligen nedskrivna så tidigt som 1117, men de bevarade versionerna är från 1200-talets andra hälft enligt (*Grágás* 2000, s. 13ff.).

skal få helbredelse og ikke mén deraf, så er han som ville helbrede, ikke skyldig efter loven selv om den anden dør eller tager skade af det.²⁰⁵

Det är emellertid fortfarande tveksamt om det är kauterisering som avses. Det har nämligen föreslagits att praktiken spreds till Västeuropa från arabiskt område framför allt efter det att en kirurgisk manual författad av Abū al-Qāsim Khalaf ibn al-Zahrāwī (på latin kallad Albucasis; berömd arabisk läkare, som ska ha levat 936–1013 e.v.t.) översattes till latin på 1100-talet.²⁰⁶ *Grágás* nedtecknades under det tidiga 1100-talet och det verkar tveksamt att praktiken redan då hunnit bli så vanlig att det varit motiverat att lagstifta om den.

Samtidigt finns det berättelser om hur läkaren Hrafn Sveinbjarnarson ska ha använt sig av bränning som mycket påminner om medeltida schematiska bilder för bränning med brännjärn. Han behandlade en man som led av kraftig kroppsvullnad genom att bränna honom korsvis på huvudet, på bröstet och mellan skulderbladen och använde även bränning mot sinnesförvirring, genom att bränna den sjuka på flera ställen på huvudet.²⁰⁷ Han förefaller även ha använt annan värmebehandling, men då kallas det för något annat. De fornisländska termer som används är dels *brendi* och dels *græddi*.²⁰⁸ Den förra termen verkar syfta enbart på den punktvisa brännande behandlingen medan den senare avser mer allmän värmebehandling. Hrafn, som levde på 1100-talet (han dog 1213), hade, som redan nämnts, genom studieresor i Europa eventuellt tillägnat sig delar av den lärda medicinska kultur som fanns där.²⁰⁹ Det går inte att utesluta att bränning med brännjärn ingick i vad han tog till sig, vilket i så fall bör ha varit inte långt efter det att Abū al-Qāsim Khalaf översattes till latin.

Även en passage i *Njals saga* skulle kunna tolkas som spår efter denna praktik. Handlingen är förlagd endast några årtionden senare än Hrafn's levnad. Där skildras hur Skarpheden, Njals son, hade blivit innebränd i den stora branden på Bergtorsvål och återfanns död, men kroppen i övrigt mirakulöst oförstörd av elden. Det står att man då noterade att han hade korsformade brännmärken på bröstet och mellan skulderbladen, vilka folket trodde att han själv hade bränt in.²¹⁰ Det är möjligt

205. *Grágás Staparhólsbók: Vígslóði*, fl. 364: "Efmadr breNir maN. eða nemr bloð manne til heilendis honom."

206. Siraisi 1990, s. 137.

207. *Hrafn's saga hín sérstaka* 1988, kap. 4: "En Hrafn brenni hann marga díla, bæði í kross fyrir brjósti og í höfði og meðal herða."; "Þorgils hét maður er tók vítfirring. Hann var svo sterkur að margir karlar urðu að hala honom. Síðan kom Hrafn til hans og brenndi hann í höfði díla nakkvara og tók hann þegvar vit sitt. Litlu síðar varð hann heil."

208. *Hrafn Saga Sveinbjarnarson* 1967, s. 7 (B2:6–9; 18–21).

209. Tjomsland 1951, s. X.

210. *Brennu-Njáls saga* 1954, kap. 132: "annan meðal herðanna, en annan á brjóstinu, ok var hvárrtveggi brenndr í kross, ok ætluðu menn, at hann mundi sik sjálfri brennt hafa".

att man i beskrivningen av Skarphedens trots branden förstörda döda kropp med de korsformade brännmärkena kan spåra en viss påverkan från helgonlegender och annan utländsk medeltida litteratur, så att Skarphedens död fick drag av martyrdöd.²¹¹ Branden tolkades nämligen också som ett uttryck för Guds försyn. Det faktum att det var just på bröstet och mellan skulderbladen Skarpheden var bränd ger emellertid fallet intressanta likheter med berättelsen om hur Hrafn påstods ha bränt en man mot kroppsvullnad. Hade Skarpheden fått en liknande behandling?

De isländska medeltida skriftliga källorna förefaller alltså tidigt tala om medicinsk bränning, men ingen utbredd praktik kan beläggas i svenskt arkeologiskt material. Möjliga instrument är få och finns endast i miljöer som kan identifieras som kloster eller klosterstäder, och kanske var det endast i dessa kulturer det praktiserades på nusvenskt område under medeltiden.²¹² Dateringarna av dessa fynd är dock inte tidigmedeltida utan snarare från medeltidens senare del. Det är möjligt att bränning, om det var vanligare, utfördes med icke-specialiserade instrument eller föremål, som därför inte är identifierbara. Jag menar dock att om metoden hade varit vanlig, kan man förmoda att specialiserade instrument skulle ha varit mer vanligt förekommande.

Äldre osteologiska tolkningar, som gjorde gällande att bränning med brännjärn praktiserades, har på senare år ifrågasatts och många av de märken som tidigare menats vara spår efter bränning med brännjärn har getts andra förklaringar.²¹³ Osteologen Pia Bennike menar att de istället ofta är spår efter *osteomyelitis* (benröta) och att brännbehandling åtminstone inte förefaller ha använts in på själva skelettet, inte heller i sårssammanhang.²¹⁴ Det osteologiska materialet talar i och för sig endast om behandlingar som satt spår på skelettet, men det arkeologiska artefaktmaterialet från svenskt område stödjer uppfattningen att det var en ovanlig behandlingsmetod. Att den var mycket smärtsam och inte riskfri kan vara en anledning till att den användes restriktivt.

Vad som inte kan beläggas varken i de medeltida skriftliga eller materiella källorna är kirurgisk bränning för att stoppa blödning. Det är däremot känt från kontinenten och brittiska öarna, och från 1500-talet från nuvarande Sverige (fig. 83).²¹⁵ Dessutom finns ett troligt svängt dubbelspatelbrännjärn från Vadstena klostrets krigmanshustid, det vill säga efter att anläggningen slutat fungera som kloster och gjorts om till militär kasern under det sena 1500-talet.²¹⁶ Det finns också ett brännjärn från 1500-talet från Nya Lödöse.²¹⁷ Det är ett större brännjärn med rund brännkropp och trähandtag. Det

211. Jfr Lönnroth 2006, s. 10.

212. Katalogen för Vadstena stad samt Alvastra kloster.

213. Möller-Christensen 1958, s. 207, 254ff.; Bennike 2008, s. 352.

214. Bennike & Brade 1999, s. 45.

215. Rawcliffe 1999, s. 77.

216. SHM 28813:A:326; kap. 2.1.6. samt katalogen för Vadstena kloster.

217. Nya Lödöse (GSM 1916:3127); kap. 2.1.6. samt katalogen för Nya Lödöse.



Fig. 83: Bränning med brännjärn. Ett extra brännjärn ses ligga på värmning i fyrfatet. Ur Hans von Gersdorfs fälthandbok *Feldtbuch der Wundartzney ...* från 1542 (publicerad första gången 1517). Gersdorff var själv en berömd och skicklig fältskär. Boken förvaras på Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet.

har sannolikt framför allt använts för att stilla blödningar och för att, som man trodde, främja god sårhäkning. Dess motsvarigheter återfinns på ett stort antal avbildningar i kirurgiska skrifter från samma tid. I dessa framstår denna typ av brännjärn som en del av kirurgens och bardskärens standardutrustning. Frågan är hur vanligt det var i

Sverige, med tanke på det magra arkeologiska underlaget, men kanske ska frånvaron av fler fynd främst förklaras med de sparsamma arkeologiska undersökningarna av kulturlager från eftermedeltid.

6.3. Medicinska kulturer och dess handlingar

De olika behandlingsmetoder som har beskrivits ovan kan inte göra anspråk på att ge en helhetsbild av de medeltida och renässanstida läkekonsterna i Sverige. Däremot täcker det tämligen väl det som kan skönjas i de olika material som använts i den här studien. Utöver de beskrivna behandlingsformerna fanns även olika magiska och religiösa metoder, vilka dock faller utanför studiens ramar. Säkerligen fanns även fler profana metoder, men dessa har inte avsatt lika tydliga spår.

Den bild av läkandets handlingar som framträder är inte enhetlig eller homogen i samhället. De beskrivna behandlingsmetoder och den materiella kultur som kan urskiljas är olika väl representerade i olika miljöer. Det skiljer sig i själva verket så pass mycket åt med avseende på såväl teoretiska förförståelser som praktiker att man inte kan tala om *en* läkekonst, utan måste se det som *flera olika läkekonster* eller – som jag benämner det i kapitel 3 – *medicinska kulturer*.

Behandling med olika läkemedel, framför allt från växtriket, var visserligen en mycket viktig del av läkekonsten i alla olika delar av samhället. Kunskaperna i örtmedicin var sannolikt betydande både i klostermiljöer och i det omgivande samhället, men de kan ha rört delvis olika flora. Med hitflyttande klosterfolk och med utvecklade handelsnätverk kom nya växter till våra breddgrader, men i det omgivande samhället fanns otvivelaktigt en lång tradition kring vilka inhemska örter och andra växter som var användbara som läkemedel. För ändamålet specialiserad materiell kultur var däremot under hela medeltiden relativt sett mer väl företrädd framför allt inom klosterkulturen och i vissa borgmiljöer, samt i viss mån i urbana miljöer. Samma typer av kärl som återfinns där (framför allt salvekrus och glasflaskor) fanns visserligen även i det övriga samhället, men kvantitativt mer sparsamt. Det som förekomsten av salvekrus och glasflaskor antyder är sannolikt inte närvaro respektive frånvaro av läkemedelshandling, utan att man i vissa miljöer begagnade sig av en speciell materiell kultur, tillverkad i material som bevarats arkeologiskt, i sitt hanterande av dem. Kanske speglar de små kärlen även konsumtionen av eller handel med färdigblandade, komposita läkemedel.

Flera olika typer av skalpeller, liksom små sårhakar, är spår efter att även kirurgi förekom och att det var en inte helt obetydlig del av läkekonsten. Instrumentens antal och variation visar att personer med kirurgisk kompetens och förmodligen även en viss kunskapsbredd i fråga om kirurgiska ingrepp verkade i samhället. Fynden antyder att denna kunskap och denna kirurgiska praktik förekom i de flesta miljöer, möjligen särskilt i det profana samhället. Instrumenten antyder också att kirurgiska ingrepp, trots de begränsade möjligheterna till såväl bedövning som infektionshämmande

åtgärder, var vanligare än vi hittills har trott. Kirurgi förefaller vidare ha praktiserats även vid klostren, trots stark motvilja mot handlingar som fragmenterade kroppen och förbud inom kyrkan för det högre prästerskapet att befatta sig med skärande och brännande behandlingar.

En grupp instrument som nästan uteslutande förefaller ha använts inom de manliga (cisterciens-)klostren är sonder, kyretter och andra specialiserade instrument som användes vid sårvård, behandling av fistlar, bölder och liknande. Dessa instrumentformer hade klosterkulturen tagit i arv efter den antika grekisk-romerska samt arabiska medicinen. Det är emellertid uppenbart att bruket att använda dessa instrument inte spreds till det omgivande samhället på svenskt område. Häri ligger i själva verket en av de allra tydligaste skillnaderna i den materiella kulturen mellan de manliga klostren och andra miljöer. I de fall då sådana instrument, samt i hög grad även hygienartiklar i form av örnslevar, påträffas utanför klostermiljöer, kan de under medeltiden nästan alltid kopplas till kyrkliga miljöer.²¹⁸ Prästerskapet kan tänkas ha stått klosterkulturen något närmare än gemene man, bland annat genom att vissa studerat teologi vid europeiska universitet och där eller på andra sätt kommit i kontakt med den medicinska litteratur som även invånarna vid (de manliga) klostren tog del av. Instrumenten bör ha underlättat behandlingarna av nämnda åkommor och det är därför förvånande att användandet av dem inte fick större spridning. Jag har inget svar på frågan om varför, men skulle vilja föreslå att det ska sökas i det faktum att den medicinska kulturen i kloster respektive i det omgivande samhället var alltför olika för att dessa former av instrument skulle uppfattas som motiverade att inkluderas i den icke-monastiska medeltida kulturen.

En praktik som däremot spreds var åderlåtning. Källmaterialens vaga dateringar försvårar ett mer detaljerat kartläggande av hur och när praktiken uppstod i olika miljöer, men utformningen av de åderlåtningssjären som påträffats antyder att praktiken var mer utvecklad eller förfinad vid klostren än i de flesta andra miljöer. Antalet järn från olika miljöer antyder också att det var en relativt sett viktigare behandlingsmetod i klostren och att den där praktiserades mer flitigt. I det profana samhället förefaller praktiken framför allt kunna knytas till badstugor och hospital, men även i viss mån till högreståndsmiljöer, som borgar. Ett enstaka tidigt järn från Sigtuna visar att praktiken kunde förekomma redan under 1200-talet, men det verkar inte ha blivit en mer utbredd praktik förrän under slutet av medeltiden.

Frågan är hur den profana åderlåtningsspraktiken kom till Sverige. Det faktum att klostrens övriga medicinska materiella kultur inte spreds till det omgivande samhället gör att man kan ifrågasätta om det främst var via dessa. Kanske var det snarare via den profana läkekonsten på kontinenten. Praktiken kan i så fall ha skiljt sig något

218. Katalogen för t.ex. Linköping och Visby. Undantag är det tidigmedeltida Sigtuna, där örnslevar förekommer i toalettuppsättningar.

från klostrens vad gäller idéer och teoretiska resonemang förknippade med den, och snarare haft karaktären av en slags folklig humoralpatologi. Åderlättningspraktiken verkar ha skiljt sig från den övriga profana läkekonsten genom att det inte främst var läkare som utförde åderlätning och koppning, utan snarare särskilda åderlätare och åderlätterskor, framför allt i badstugorna. Under 1500-talet kom det att bli en del även av bardskärernas metoder.

Den breda överblick som givits ovan indikerar att skillnaderna mellan olika socio-kulturella miljöers läkekonster kunde vara betydande. Det handlade om såväl vilka former av behandlingar man föredrog, som i vilken omfattning de praktiserades, med vilken skicklighet de utfördes, vilken förståelse och vilka värderingar som styrde och vilken materiell kultur som användes. Dessa skillnader bestod under hela medeltiden, men under dess senare del kan en viss homogenisering ha ägt rum, bland annat genom att vissa humoralpatologiska metoder blev mer spridda i samhället. Efter reformationen försvann klostren; först de manliga och under loppet av 1500-talet även de kvinnliga.²¹⁹ Samtidigt utvecklades den profana läkekonsten, både med avseende på kirurgi och medicinering, vilket hängde samman både med renässansens nya sätt att se på kroppen och på vetenskapen, och med den tilltagande professionaliseringen av läkeyrkena. Detta speglas i utvecklingen och specialiseringen av den materiella kulturen, men även i översättandet av örtaböcker och i ökade förväntningar på läkekonsten och på vad dess utövare skulle kunna åstadkomma.

219. Vreta kloster fanns kvar i någon form till 1580-talet och systrarna i Vadstena till 1595.



7. Läkare, läkande och förändring

I slutet av de tre föregående kapitlen diskuterar jag möjliga tolkningar av det empiriska underlaget med avseende på olika aspekter av läkekonsten. I slutet av kapitel 4 diskuterar jag hur sjukdomsförståelsen verkar ändras under medeltidens gång. Jag diskuterar också hur sjukrollen kunde ta sig olika uttryck och former i olika miljöer, beroende på kroppsuppfattning och andra sociokulturella faktorer. I monastiska miljöer verkar det exempelvis ha funnits genusmässiga skillnader när det gäller vem som tilläts och/eller förväntades gå in i sjukrollen och vilka konnotationer den kunde ha beroende på vilken åkomma det rörde sig om. I Vadstena kloster kan det ha varit så att överviktiga systrar inte tilläts gå in i sjukrollen och förnekades den medkänsla som en åkomma annars kunde stimulera. Det verkar snarast som om man (åtminstone från brödernas håll) menat att de fått skylla sig själva om de drabbades av olyckor och sjukdom. Kanske kan det kopplas till det kvinnliga religiösa idealet, den heliga anorektikern. Å andra sidan kan det tålmodiga uthärdandet av lepra och liknande åkommor ha uppfattats som särskilt fromhetshöjande för nunnorna. Stumhet och förlamning verkar ha uppfattats som särskilt notervärt för bröderna. Kanske berodde det på att dessa tillstånd förhindrade dem i deras religionsutövning, vilken till stor del bestod i förrättandet, sjungandet och läsandet av mässan. I slutet av kapitel 5 diskuterar jag gruppen av läkare och läkerskor och hur denna ursprungligen heterogena grupp förändrades och homogeniserades, bland annat till följd av professionaliseringen av läkeyrkena. En professionaliseringstendens kan skönjas redan under medeltidens tidigare del, men tog en ny riktning under medeltidens senare del och renässansen. I slutet av kapitel 6 diskuterar jag de metoder för läkande som kan beläggas och hur även dessa delvis förändrades under medeltidens senare del och renässansen.

Vilken bild framträder då när resultaten vägs samman? För att tydliggöra de förändringar och processer som sker under den studerade perioden, vill jag i detta sista kapitel i högre grad anlägga ett kronologiskt perspektiv. Det blir då tydligt att flera genomgripande förändringar skedde mellan medeltidens förra del och dess slutskede. Jag vill föreslå att senmedeltidens försvårande livsomständigheter fundamentalt påverkade läkekonstens innehåll i form av såväl abstrakt förståelse som konkret handling. Kanske påverkade det även yrkesgruppens/-gruppernas förändrade sammansättning under medeltidens senare del.

Läkekonsten var, som redan poängterats, under hela medeltiden och renässansen heterogen, liksom sammansättningen av den grupp människor som praktiserade eller utövade den. Det fanns flera läkekonster och flera olika grupper eller typer av prak-

tiker. Olika läkekonster, med olika sjukdomsförståelser och olika praktik, dominerade inom olika miljöer eller sociokulturella sammanhang. Det fanns vissa tydligare tendenser eller medicinska kulturer, så som läkekonsten i klostren och andra ”lärd” miljöer respektive den i det omgivande samhället mer utbredda erfarenhetsbaserade och hantverksbetonade praktiken. Att generalisera alltför hårt blir dock lätt stereotyp. Verkligheten var mer komplex i fråga om vad läkekonsterna innebar i termer av förståelse och handling och hur dessa förhöll sig till varandra. De olika läkekonsterna eller medicinska kulturerna påverkade och beblandades också med varandra i olika grad och på olika sätt inom de strukturer för kunskapskommunikation som fanns i olika sociokulturella miljöer. Detta var långt innan formaliseringar av utbildning och kunskapskrav kom till stånd och heterogeniteten var en naturlig följd av de strukturella förutsättningarna.

Samtidigt kan man urskilja en process mot tilltagande formalisering av de yrken som sysslade med läkekonst. Denna process var emellertid inte linjär, utan diskontinuerlig. Då det empiriska underlaget i denna studie är kronologiskt vagt och dateringarna många gånger svepande och vida, är det svårt att få en mer precis uppfattning om när olika förändringar skedde. Det går emellertid att urskilja en skillnad mellan medeltidens förra och senare del. Tydligast är förändringarna inom den profana läkekonsten (att förstås till skillnad från klostrens läkekonst, som möjligen var mer konservativ). Under medeltidens tidigare hälft kan man urskilja en hantverksmässig läkekonst som utövades av en delvis professionaliserad yrkesgrupp. Kunskaperna var individburna och erfarenhetsmässigt grundade och personligen vidarekommunicerade i ett mästare-lärlingsförfarande. Yrkesgruppen *läkare* verkar ha varit tämligen framgångsrik i betydelsen att deras specialkunskaper värderades högt och efterfrågades. Denna framgångsrika yrkesgrupp och deras praktik är svårare att urskilja i källmaterialen under 1300- och 1400-talet. Det kan visserligen till viss del förklaras utifrån källkritiska aspekter, men det intressanta är att det som trots allt ändå kan urskiljas både i form av praktik och praktiker har en delvis annan karaktär och inriktning under denna senare period.

En annan förklaring kan därför finnas i den påverkan på samhället som digerdöden och de efterföljande epidemier, som återkom med några års mellanrum under hela 1400-talet, hade.¹ Möjligen började svårigheterna redan under 1300-talets tidigare del på grund av hungersnöder och därmed försvarade livsomständigheter. Läkekonsten hade inte varit oföränderlig eller dess förändringsprocess linjär utan dessa 1300- och 1400-talets katastrofer, men kanske hade den varit mer kontinuerlig. Med tanke på vilka kunskapsformer som så totalt präglade läkekonsten under medeltidens förra

1. Epidemier drabbade 1404, 1405, 1407, 1409, 1413, 1421–1422, 1439–1440, 1449, 1451, 1455, 1464–1465, 1472–1474, 1484 och 1495 (DV 228; 328; 338; 493; (595); 599; 668; 759; 765; 857; 915; 916; 917; 918; 919; V 920); Myrdal 2003, s. 85.

del, är det ofrånkomligt att senmedeltidens katastrofer och befolkningsminskningar hade omfattande och djupgående konsekvenser. Den franske 1300-talsläkaren Guy de Chauliac konstaterade bittert, efter att digerdöden dragit förbi, att en av pestens konsekvenser var att ”välgörenheten dog”.² Folk kände inte längre samma incitament som tidigare och hade kanske inte heller längre samma ork att ta hand om och måna om andra än de närmaste. Kanske kunde man märka av en sådan attitydförändring även i Norden, men frågan för detta sista avhandlingskapitel är vilka andra och mer specifika konsekvenser senmedeltidens höga dödlighet och svåra levnadsförhållanden kan ha fått för läkekonsten som sådan.

7.1. Medicinska kulturer, förståelse och handling

I slutet av kapitel 4 föreslår jag att det sätt på vilket man förstod och försökte bemöta olika åkommor, det vill säga sjukdomsförståelsen, under loppet av medeltiden ändrades från att vara mer grundad i de olika åkommornas iakttagbara (eller tänkta) orsak eller konsekvens till att i högre grad utgå ifrån de iakttagbara symptom och tecken som åkomsten yttrades i. Jag menar att sjukdomsförståelsen förändrades från att vara huvudsakligen *orsaksorienterad* (och konsekvensorienterad) till att bli mer *symptom- och teckenorienterad*. Grunden för resonemanget är att de fornnordiska sjukdomsnamnen oftast förefaller ha varit bildade ur ord för en åkommans orsak eller konsekvens, såsom orsakerna sår/skador, ålder, barnafödande eller urinsten och konsekvenser i form av hospitalsvistelse eller behovet av en viss behandling. Man skulle kunna säga att försöken att förstå en åkomma i hög grad tog sin utgångspunkt i observerandet av orsaker och i erfarenheter av de fysiska konsekvenser man kunde iaktta och förvänta sig. Inom ramen för denna sjukdomsförståelse tog sig en stor del av de behandlingar man kunde erbjuda sin utgångspunkt just i orsaken, vilken kunde motverkas, upphävas, avlägsnas.

De latinska namnen och sjukdomsbenämningarna, å andra sidan, förefaller oftare ha avsett symptom eller tecken, så som feber, svullnad, hosta eller smärta. Jag tolkar det som uttryck för en symptom-/teckenorienterad förståelse. Symptom avser det patienten själv beskriver för läkaren, medan tecken avser det som läkaren observerar hos patienten. Distinktionen dem emellan är dock inte alltid möjlig att urskilja i det studerade materialet och därför använder jag begreppen tillsammans. Det förefaller som om symptom- och teckenbenämningarna, åtminstone inledningsvis, huvudsakligen förekom i latinskspråkiga miljöer och den latinska litteraturen, framför allt inom den monastiska sfären och andra ”lärdas” miljöer.

Den orsaks-/konsekvensorienterade sjukdomsförståelsen kan ha främjat en erfarenhetsbaserad läkekonst av behandlingar som direkt motverkade orsaken. Den hade

2. Agrimi & Crisciani 1998, s. 194.

inte nödvändigtvis en mer omedelbar koppling till handling, så till vida att förståelsen automatiskt ledde till handling än den symptom-/teckenorienterade förståelsen, men den krävde inte heller någon högre grad av teoretisk abstraktion. En viktig skillnad gentemot den symptom- och teckenorienterade förståelsen var att den inte heller hade samma potential för teoretisk systematisering utifrån det man iakttog på den sjuka kroppen. Den symptom- och teckenorienterade, för nordiskt vidkommande, nya förståelsen krävde i högre grad ett teoretiskt resonerande eller systematiserande, utifrån vilket de olika symptomen och tecknen kunde grupperas, tydas och förstås. Först därigenom kunde en sådan sjukdomsförståelse ge underlag för konkret och praktiskt (be)handling.

Det humoralpatologiska tankesystemet, som byggde på de antika tankarna om kroppens balans mellan vätskor, temperaturer, fuktigheter och element, var ett sådant teoretiskt översättningssystem mellan symptom/tecken och behandling. Det var förhärskande inom den "lärdas" medicinen i Europa. Uppfattningen att en åkomma berodde på en fysisk obalans av vätskor och andra element i kroppen utgick i högre grad ifrån att motverka ett visst symptom- och tecken (såsom för hög eller låg temperatur, för hög eller låg fuktighet). Den symptom-/teckenorienterade sjukdomsförståelsen hade en inneboende potential för systematisering och strävan att se mönster som kunde hjälpa läkekonsten att finna rätt behandlingsmetoder bortom motverkandet av de rent uppenbara orsakerna. Den skulle så småningom utvecklas till 1700-talets sjukdomslära, *nosologin*.

Förändringen eller förskjutningen i sjukdomsförståelse måste ha skett successivt och vid olika tidpunkter i olika miljöer. Det är därför svårt att få en tydligare kronologisk uppfattning av förloppet, men det förefaller att ha skett huvudsakligen under medeltidens senare del. Från senmedeltid finns dessutom exempel på symptom- och teckenorienterade sjukdomsbenämningar på fornnordiska, som *hórunsvide*, som syftar på sveda i köttet. Det verkar alltså som om trenden var en successivt allt större orientering gentemot att observera enskilda symptom och tecken och försöka förstå och åtgärda dessa, snarare än att förlita sig på det man kunde iaktta och förstå i fråga om orsaker. Det kan tolkas som att den sjukdomsförståelse som traderades inom den medicinska litteraturen under medeltidens senare del började påverka och färga av sig på den äldre, inhemska sjukdomsförståelse som speglas i de äldre fornnordiska sjukdomsbenämningarna.

En liknande förskjutning som kan noteras i sjukdomsförståelsen kan anas även i läkekonstens praktik, det vill säga dess behandlingsmetoder, under ungefär motsvarande period. Det syns i förändringen av den materiella kulturen, framför allt genom att vissa instrumentformer, som åderlättningsjärn, började bli vanligare i profana miljöer. Dessutom började man i högre grad använda specialiserade medicinska kärl, salvekrus. Att förändrad förståelse ledde till förändrad praktik kan tyckas självklart, men relationen däremellan är inte enkel och det är inte självklart att praktik följer

förståelse. Handling styrs nämligen av så mycket mer än förståelse, såsom tradition och teknisk skicklighet. Det kan förmodligen ibland även ha varit tvärt om, så att en praktik infördes och en förändrad förståelse följde med tiden. Vilket som styrde vad under medeltidens senare del är inte möjligt att klarlägga utifrån de material som jag har studerat. Övergången mellan de olika sjukdomsförståelserna och dessas praktik var komplex och tog sig olika uttryck i olika sociokulturella miljöer, där relationerna mellan kunskap, förståelse och handling såg olika ut. Ändå verkar det som om förståelse och handling i hög grad följdes åt.

När det gäller åtminstone den profana läkekonsten under medeltidens tidigare del förefaller de behandlingsmetoder som, utifrån skriftliga källor att döma, användes, många gånger ha varit konkreta och handfasta. Det var en i hög grad erfarenhetsbaserad och praktisk läkekonst. De kunskapskrav som ställdes på laga läkare i vissa landskapslagar tyder dessutom på att man framför allt värdesatte färdighets- och förtrogenhetskunskap, det vill säga skicklighet byggd på erfarenhetsgrundad, praktisk kunskap. Det förefaller ha funnits läkare som utförde viss (framför allt mindre) kirurgi, som medicinerade med örter, alkoholer och andra substanser, men också som kunde hantera mycket allvarliga sår och skador.

Man skulle lite försiktigt kunna ringa in denna läkekonst utifrån dess sjukdomsförståelse och dess behandlingsmetoder, som *en* medicinsk kultur, även om man ska vara medveten om att den inte för den skull var helt enhetlig. Till denna medicinska kultur knöts också de som praktiserade och utövade den, men dessa återkommer jag till.

En annan medicinsk kultur som är möjlig att urskilja och ringa in kan framför allt skönjas i klostren, men i viss mån även i högreståndsmiljöer, som borgar. Det är troligt att den huvudsakligen kom till Norden med de första klosterordnarnas etablerande under den tidiga medeltiden och sedan upprätthölls av den monastiska kulturen och i viss mån även av en bildad och berest överklass. Den hade ursprungligen sina rötter i den antika läkekonsten runt Medelhavet och underhölls och studerades inom den skolastiska eller lärda medicinen under medeltiden. Kroppen förstods i termer av ett humoralpatologiskt balanssystem. Det var en läkekonst som i hög grad var litterär i meningen att den var verbaliserad i och studerades genom den lärda skriftliga kulturen. Den var dessutom, som redan nämnts, i högre grad systematiserande och schematiserande. Att även dess praktik höll sig inom dessa medicinskulturella ramar visar fyndmaterialen från klostren. Källåget gör att det framför allt är möjligt att uttala sig om cisterciensklostren, men inom denna orden visar de arkeologiska materialen att återlåtning med små fina och specialutformade åderlättningsjärn var relativt vanligt. Även sårvårdsutrustning i form av sonder, kyretter och brännjärn konnoterar tydligt till de instrumentformer som användes runt Medelhavet redan under antiken, men inte användes i det omgivande svenska samhället under medeltiden och renässansen. Dess existens i klostren vittnar om att den medicinska kulturen där inte bara handlade om en teoretisk kunskap, eller en

påståendekunskap, utan om en praktik med metoder för läkande som inkluderade bland annat sårvård, viss kirurgi och medicinering.

Böcker var mycket dyrbara objekt som inte byttes ut mot nya. Det låg dessutom i skolastikens natur att värdera gamla auktoriteter högt. Det uppfattades därför sannolikt inte som ett problem att den skolastiskt medicinska litteraturen som fanns i svenska kloster också med tiden blev gammal och att den läkekonst den representerade och de tankar den beskrev inte nödvändigtvis speglade aktuell praktik i det omgivande samhället. Den litteratur som ägdes av det rika Vadstena kloster bestod exempelvis inte av de för samtiden moderna verken, utan av verk som redan hade uppnått en ålder. Detta kan ha uppfattats som förtroendeingivande och auktoritativt i sig, och kan ha haft en konserverande effekt.

Utöver dessa två medicinska kulturer fanns säkert ytterligare andra. Dessutom fanns mellanformer och hybrider av de nämnda, även om de inte är lika tydligt urskiljbara i källmaterialen. Inte minst gäller det läkekonst baserad på magi och religion, vilket jag valt att inte behandla i denna studie. Det bör därför än en gång poängteras att realiteten inte var enkelt tudelad. Om man ska hårdra det hela – vilket naturligtvis alltid har sina risker – skulle man emellertid kunna tala om en inhemskt erfarenhetsbaserad och orsakorienterad läkekonst som var tämligen vitt utbredd i det nordiska samhället, respektive en mer boklärd och teoretiserande läkekonst med antika rötter och skolastisk prägel, vilken under medeltiden fanns i vissa särskilda miljöer, framför allt klostren.

Det är intressant att fundera kring hur dessa två större eller mer övergripande medicinska kulturer förhöll sig till varandra. Under 1900-talets förra hälft ville flera forskare framhålla klostrens framträdande roll i den svenska medeltida läkekonsten och menade att det huvudsakligen var inom klostren som det över huvud taget fanns någon läkekonst värd namnet. Läkarna Kristian Isager och Vilhelm Møller-Christensen samt arkeologerna Wilhelm Holmqvist och Otto Frödin strävade alla efter belägg för detta och deras argument har fått ett seglivat fäste både inom populärvetenskapen och bland fackmän. Inte minst har cisterciensordens kloster traditionellt framhållits som innovatörer och teknikspridare i Norden. Detta har dock senare ifrågasatts av vissa forskare. Historikern Anna Götlind menar att det inte finns något som tyder på att de tekniker för exempelvis vattenförsörjning och avloppssystem som användes vid manliga cistercienskloster i Sverige fick någon spridning utanför dessa i många avseenden mycket speciella miljöer. Avloppssystem fanns visserligen i exempelvis Visby, men det finns inget som pekar mot att klostren tjänade som förebilder för det. Götlind förklarar den uteblivna teknikspridningen med att det i samhället i övrigt inte upplevdes finnas något behov för dessa tekniker och att de därför inte anammades. Hon menar att cisterciensernas roll som teknikspridare i det medeltida nordiska samhället kraftigt överdrivits.³

3. Götlind 1988, s. 2, 32ff.

Även med avseende på läkekonsten kan man ifrågasätta cisterciensernas roll som innovatörer i det nordiska samhället. Det stämmer, som redan framhållits, att det fanns en läkekonst i klostren, men den var av ett särskilt slag; en i hög grad egen medicinsk kultur. Frånvaron av denna specifika medicinska kultur i andra delar av det medeltida samhället misstolkades i tidigare forskning ofta som frånvaro av läkekonst över huvud taget. Jag vill emellertid hävda att det är en felaktig slutledning. Utanför klostrens murar fanns en annan läkekonst, en annan medicinsk kultur. Vad Isager, Møller-Christensen, Holmqvist, Frödin och andra inte gjorde var att jämföra klostermaterialen med andra material för att kunna sätta in dem i ett större perspektiv. Den bredare studie som gjorts här visar att signifikanta delar av den specialiserade materiella kultur som fanns i klostren i själva verket inte spreds utanför den monastiska sfären, utan att många specialiserade instrumenttyper under medeltiden var och förblev så gott som okända företeelser utanför de manliga cisterciensklostrens murar. Mendikantordnarna var inte särskilt framträdande eller drivande inom läkekonsten över lag. De arkeologiska materialen från hittills undersökta konvent har heller inte genererat något artefaktmaterial som vittnar om läkekonst, med undantag från något enstaka åderlättningsjärn från S:t Olofs konvent i Skänninge. Annars hade man kunnat tänka sig att dessa mer missionerande institutioner kunde ha spelat en roll i spridandet av monastisk läkekonst.

Det gör alltså att man starkt måste ifrågasätta hur stort inflytande klosterläkekonsten hade på den profana läkekonsten, och hur stor roll den egentligen spelade för utvecklingen av läkekonsten i Sverige och Norden på längre sikt. Troligen var dess betydelse under medeltiden betydligt mer blygsam än vi tidigare trott. Möjligen ändrades cisterciensklostrens roll under medeltidens slutskede till att bli mer öppen mot samhället rent generellt och deras levnadssätt kanske mer världstillvänt.⁴ Det är till exempel möjligt att kirurgisk kompetens tillkallades från det omgivande samhället, eftersom de prästvigda bröderna inte fick skära eller bränna. Detta är känt från engelska cisterciensklöster. De kirurgiska skalpellernas mer västliga spridning (bl.a. i lekmanalängan) i Alvastra klosterområde, kan tolkas som att det var så även där. Den större öppenheten kan även ha haft till följd att man i högre utsträckning erbjöd vård för utifrån kommande. Utvidgningen av det sydöstra klosterområdet i Alvastra under 1300- och 1400-talet, med flera möjliga infirmariebyggnader som kan ha avlöst varandra eller hyst olika grupper av sjuka och svaga, skulle kunna förklaras med utvidgningen av en sådan verksamhet. Vissa kloster kan redan tidigare ha tagit emot sjuka och vägfarande pilgrimer, men i vilken omfattning dessa fick egentlig sjukvård är ännu mycket oklart.

En möjlig större öppenhet förändrar emellertid inte det faktum att den form av läkekonst man utövade i klostren i princip förblev en intern praktik. De cisterci-

4. Jfr t.ex. Regner 2005, s. 138, 153, 160, 182, 225 för analys av den materiella kulturen från Alvastra kloster.

siska klostermiljöernas relativa isolering från det omgivande samhället kan ha varit en bidragande orsak, men ännu mer avgörande var förmodligen det faktum att den monastiska kulturen och det omgivande samhället hade alltför olika förståelse av hur kroppen fungerade och hur dess åkommor alltså skulle förstås, förklaras och behandlas, för att en överföring skulle vara vare sig påkallad eller upplevas som motiverad. De medicinska kulturerna var för olika för att ett möte dem emellan skulle vara enkelt, och de idéer och metoder som användes inom den monastiska sfären hade svårt att bryta sig ur den specifika sociokulturella sfär som klostermiljöerna utgjorde. I den mån föremål som småskedar i form av exempelvis kyretter arkeologiskt påträffats utanför klostermiljöer så är det i kyrkliga miljöer. Man kan tolka detta som att prästerskapet antingen tog till sig viss praktik och materiell kultur från klostersfären eller att de anammade den direkt via den kontinentala lärda världen och dess litteratur genom sina egna kontakter med och studieresor ut i Europa.

Samtidigt som klostrens medicinska materiella kultur alltså i stort sett förblev en intern angelägenhet kan man konstatera att enstaka behandlingsmetoder med ursprung i den antika läkekonsten, som åderlätning och koppning, blev allt vanligare i det omgivande, profana samhället under medeltidens senare del. Åderlätning kan beläggas i mycket begränsad omfattning i Sverige under 1200-talet (eller möjligen något tidigare), men förefaller inte ha blivit en mer spridd praktik förrän under medeltidens slut (sannolikt under 1400-talets senare del). I kapitel 6 föreslår jag att metoden togs upp inom ramen av ett slags folklig humoralpatologi, snarare än som en spridning av klostrens eller den lärda medicinens åderlättingspraxis.⁵ Den folkliga åderlättingspraktiken var alltså inte nödvändigtvis förknippad med hela det teoretiska resonemang, i vilket metoderna hade sin ursprungliga motivering.

Behandlingsmetoden kan istället ha kommit till Norden genom profana praktiker från kontinenten, vilka kom hit för att arbeta som barberare, bardskärer, läkare eller specialiserade åderlätare. Jag har inte i medeltida material kunnat spåra andra behandlingsmetoder, såsom kauterisering och urinskådning, som man skulle kunna förväntat sig skulle ha åtföljt blodtappningsbehandlingarna om de spridits inom ramen för en skolastiskt lärd läkekonst eller klosterläkekonst. Åderlätning förefaller alltså ha upptagits i en delvis ny praxis- och förståelsekontext. Vidare verkar det faktiskt inte som att åderlätning under medeltiden blev en integrerad del av den övriga profana läkekonsten i Sverige/Norden, utan att det var en praktik lite vid sidan om. Åderlättingsjärn påträffas nämligen vid arkeologiska undersökningar oftast vid badstugor – inte tillsammans med annan medicinsk eller kirurgisk utrustning. Det är därför troligt att det snarare var särskilda åderlätare och åderlätterskor, senare koppare och

5. Historikern M. K. K. Yearl (2007) har pekat på att åderlätning av strikt religiösa (munkar och nunnor) i själva verket hade en helt annan grund (religiös och disciplinerande, snarare än medicinsk) än åderlätning bland lekfolk.



Fig. 84: Krucifix från cirka 1400 i S:t Nicolai kyrka i Sölvesborg, Blekinge, tillverkat av sydkandinavisk verkstad. Foto: Lennart Karlsson, 1991, vilken varit vänlig nog att låna mig bilden i diaformat.

kopperskor, som var verksamma i dessa miljöer som utförde behandlingarna – inte läkare eller bardskärer.

Åderlätning – och dess materiella kultur – kan ha frigjort sig från den ursprungliga förståelsen eller kunskapskontexten och spridits som en egen praktik inom ramen för en förenklad humoralpatologisk förståelse. Möjligen var den inspirerad av den

allmänna fascinationen för blod, vilken förefaller ha stegrats under senare delen av 1300-talet och 1400-talet (fig. 84).⁶ Åderlåtning är alltså ett intressant exempel på komplexiteten i relationen mellan förståelse och handling, som visar att förhållandet inte nödvändigtvis är helt symmetriskt. Längre fram i tiden skulle åderlåtning komma att bli en väl integrerad del av den professionella läkekonsten, men det förefaller inte ha skett förrän mot slutet av den studerade perioden.⁷

Historikern Debby Banham, som forskat på gammalengelsk medicinsk litteratur, menar att auktoriteter som Hippokrates, Galenos eller andra stora auktoriteter på området mycket sällan eller aldrig citeras i gammalengelska medicinska texter. Hon har föreslagit att den medeltida engelska läkekonstens texter så att säga var auktoriteter i sig själva och genom den egna traditionen, utan att behöva hänvisa till auktoriteter i ett avlägset förflutet.⁸ Banhams studiematerial är visserligen äldre än det som jag studerat, men det finns ändå anledning att på ett mer generellt plan ifrågasätta och tona ned den antika och/eller den skolastiska läkekonstens betydelse för läkekonsten i stora delar av norra Europa, inklusive Sverige och Norden, framför allt under medeltidens tidigare del. Först genom renässansens intresse för de ursprungliga antika grekisk-romerska källorna och dessas mer praktiskt (i jämförelse med den medeltida skolastiska tolkningens) inriktade humoralpatologi, verkar detta medicinska kulturarv ha fått större genomslag i den nordiska läkekonsten.

Den lärda medicinska kulturen förefaller dock att ha efterfrågats alltmer av samhällets övre skikt under medeltidens slut och 1500-talet. Det blev under denna period något vanligare att svenskar studerade annat än teologi vid utländska universitet och detta bör ha påverkat upptagningen av nya strömningar i samhället. Man kan också tänka sig att universitetskulturens framväxt i norra Europa spelade en betydande roll i förmedlandet av de värderingar och de kunskapsstrender som överklassen anammade, varav den lärda läkekonsten var en del. Samtidigt kvarstod behovet av – och förtroendet för – den handfasta, empiriska hantverksläkekonsten.

Intressant i detta sammanhang är uppgifter från tidigt 1500-tal om att medicinsk utbildning vid sydeuropeiska universitet, trots ett egentligen alltför litet studentunderlag, valde att behålla vissa praktiska moment, inom exempelvis kirurgi, enbart på grund av att dessa utbildningar var så populära bland de studenter som kom till-

6. Jfr tankar kring t.ex. blodsband och blodsmystik samt avbildningar av den korsfäste Kristus med överdrivet mycket framvällande, stänkande och levrande blod. Se t.ex. Bynum 2007, s. 6f. om blodets ökande betydelse i kyrkokonst, i from religiös litteratur och i legender samt om våldsamma debatter om blodsreliker och den blodiga hostian under just denna tidsperiod. Bynum menar att dessa företeelser accelererade betydande från och med 1300-talet, särskilt dess senare del, och under 1400-talet.

7. I Sverige använde sig Olof af Acrel på 1700-talet flitigt av åderlåtning för att ”förbereda” patienten inför diverse kirurgiska ingrepp.

8. Banham 2011, s. 62f., 67.

resande från norr om Alpena.⁹ Många medicinska professorer från norra Europa valde dessutom att fokusera på praktik, snarare än teori eller skolastik.¹⁰ Intresset för praktisk, hantverksbetonad läkekonst verkar alltså ha varit stort bland studenter med nordlig eller nordeuropeisk härkomst; ja, större än bland dem med sydeuropeisk härkomst. En möjlig anledning till det kan ha varit att läkekonsten i norr hade annorlunda kulturella rötter och kroppsuppfattning och att den grekisk-romerska, arabiska och skolastiska teoretiska förståelsen av kroppen och dess sjukdomar därför inte uppfattades som fullt lika relevant eller intressant. Däremot fanns ett stort intresse för praktisk, erfarenhetsgrundad läkekonst, vilken kan ha uppfattats ligga den inhemska nordeuropeiska läkekonsten närmre.

Den materiella kulturen visar dessutom att instrument som användes vid kirurgiska ingrepp, framför allt olika former av extraktionstänger, men även läkemedelskärlen, utvecklades och specialiserades under renässansen. Jag återkommer till detta och hur det kan tolkas i termer av kunskap kontra yrkesethos. Oaktat det kan man emellertid säga att instrumentens förekomst signalerar den praktiska läkekonstens fortsatta blomstring.

7.2. Senmedeltidens befolkningsnedgång och kunskapsbrottet

Som jag redan nämnt kan man skönja en skillnad i läkekonsten mellan medeltidens tidigare del respektive medeltidens slut och renässansen. Den förra perioden inkluderar tiden fram till och med 1200-talet, vid vars slut flera av landskapslagarna nedtecknades. Det finns flera aspekter som pekar på att en förändring äger rum någon gång mellan dessa två perioder. Att sjukdomsförståelsen ändrats har nämnts. Andra exempel är att örtkunskaperna i det tidigare skedet vilade på urgammal hävd och tradition. Under den senare perioden är det inte längre så. Istället hänvisas till utländska och antika auktoriteter. Åderlätning kan beläggas i mycket begränsad omfattning från 1200-talet, men förefaller inte ha blivit en mer spridd praktik förrän under medeltidens slut (gissningsvis 1400-talets senare del). Det framgår även att relativt avancerad kirurgi finns belagd under medeltidens tidigare del, men någon vidareutveckling eller förändring av instrumenten är inte skönjbar förrän under 1500-talet, då nya instrumentformer uppkommer. Dessa tecken på förändring och stagnation bör beaktas tillsammans, då de flesta kan beläggas under perioden från mitten av medeltiden till dess senare del. Det förefaller inte sannolikt att detta är en slump.

9. French 1985, s. 47f. French uppger t.ex. att detta gäller studenter från Polen och Tyskland vid universitetet i Bologna. Ev. gällde det även tyska studenter i Paris, se Jacquart 1998, s. 211. Gottfried (1986, s. 7) påtalar det generellt sett större intresset för praktisk medicin i norra Europa och England, jämfört med södra Europa. Skandinaviska studenter tillhörde ibland egna nationer och ibland exempelvis den germanska eller anglo-germanska nationen (de Ridder-Symoens 1992, s. 283f., 292; Ferm 2012-10-18).

10. Nutton 1998, s. 90ff., 94f. Detsamma verkar ha gällt England (Murray Jones 1998, s. 156).

Det sammanfaller i själva verket med den kraftiga befolkningsreduceringen under 1300- och 1400-talen, vilket bör ha haft en fundamental påverkan. Min tolkning är att den hämmade den relativt framgångsrika läkekonst som bedrevs fram tills dess, så att inte mycket nytt skedde under seklet närmast efter digerdöden. Dessutom måste en katastrofalt stor del av den individburna kunskapen ha gått förlorad. De under 1400-talet återkommande epidemierna bör också ha inneburit att återhämtningsförsöken hämmades ordentligt genom att förutsättningarna för kunskapsöverföring och kunskapstillväxt ständigt rycktes undan. Detta bör ha gällt inte bara läkekonsten, utan stora delar av samhället. De samhällstraumatiserande skedena kan också ha skapat behov av förändring, nyorientering, format nya värderingar och stimulerat nya sätt att handla. Den kraftiga reduceringen av befolkningens mängd innebar att samhällsstrukturer helt enkelt kollapsade. De efterföljande århundradena präglades därför i hög grad av försök att återhämta sig från katastroferna och finna en ny riktning.¹¹

Man har i modern forskning föreslagit att Sveriges befolkningens mängd under mitten av 1300-talet reducerades med så mycket som 70 %, lokalt kanske ännu mer.¹² I början av 1300-talet kan Sverige ha haft ungefär 1,1 miljoner invånare. Hundra år senare, i början av 1400-talet, kan det ha varit så lite som cirka 347 000. Det var alltså en enorm minskning och en förändring som landet inte återhämtade sig från förrän under 1700-talet, då antalet människor åter nått samma nivå som före pestepidemierna. I slutet av 1500-talet hade dock befolkningens mängd närapå fördubblats sedan början av 1400-talet. 1400- och 1500-talet var alltså en period av kraftig expansion och befolkningsökning. Så småningom började befolkningens mängd även växa om den siffra som uppskattats för medeltidens tidigare del.¹³ Stora delar av Europa drabbades, förutom av pesten, av upprepade multiregionala svältkatastrofer under 1300-talets tidigare del. Det har av vissa forskare förklarats som en följd av att livsmedelsproduktionen inte hängde med den omställning av dieten till mer cerealie- och mejeribaserad, som ägde rum under tidig- och högmedeltid.¹⁴

Inom den medeltida profana läkekonsten i Sverige var kunskapen uppbyggd av många läkargenerationers erfarenheter. Dessa kunskaper fördes vidare från person till person, från generation till generation, genom en nära och personlig kunskapskommunikation, där den lärande individen lyssnade på och iakttog den mer erfarne och på så vis tillägnade sig dennes kunskaper. Ofta skedde det inom familjen, så att förmågan att läka – de läkande händerna – nästan uppfattades som något som ärvdes och som man föddes med. Ett intressant uttryck för detta är den isländske läka-

11. Harrison & Eriksson 2010, s. 10f.

12. Myrdal 2003, s. 19; Lagerås 2006, s. 79ff.; Harrison & Eriksson 2010, s. 224.

13. Andersson Palm 2001, s. 13ff.

14. Carmichael 2010, s. 44f.

ren Hrafn Sveinbjarnarson och hans familj, där kunskaperna och förmågan gick i arv från generation till generation, från den förste läkaren och åtta led framåt. Kunskapskedjan börjar i denna släkts fall på slagfältet, där den förste läkaren i ledet lär sig grunderna. Hrafn själv är det fjärde ledet i det man kan pussla samman ur sagorna. Det som den medeltida människan kan ha uppfattat som en nedärvd förmåga eller fallenhet skulle, med ett modernt kunskapsteoretiskt perspektiv, snarare kunna förstås som resultatet av en tät och gedigen mellanmänsklig kunskapsöverföring inom familjens eller släktens ramar.

Kunskaper av det här slaget var helt och hållet individburna, vilket vill säga att de endast existerade genom de människor som besatt dem. De var inte nedskrivna i böcker och kunde därför endast vidareförmedlas genom mellanmänsklig kontakt och lång lärlingstid. Läkekunsten var följaktligen oerhört sårbar för sådana brott i kedjan av individburen kunskapsöverföring som befolkningsminskningen under 1300–1400-talen måste ha orsakat. Under pestutbrotten spelade de läkekunniga, liksom prästerna, med all sannolikhet en viktig (om än relativt hjälplös) roll i försöken att stå emot epidemiernas framfart. Dödligheten bland dem var förmodligen mycket hög; kanske ibland ännu högre än bland vanligt folk, även om vissa forskare menar att de kan ha haft ett bättre utvecklat immunförsvar och därför klarade sig bättre.¹⁵ Med tanke på att läkekunskaperna var individburna måste den enorma dödligheten med nödvändighet ha inneburit ett oerhört kunskapstapp. Kunskaperna som förlorades på detta sätt var förlorade för gott och tog avsevärd tid att åter bygga upp eller ersätta genom nya erfarenheter.

Befolkningsminskningen innebar inte bara en reducering av gruppen läkekunniga. Den innebar även en kraftig reducering av det potentiella patientunderlag som var så nödvändigt för att de läkekunniga skulle kunna tillägna sig den erfarenhet som var oumbärlig för en kunskapsuppbyggnad och för att en individ skulle kunna utveckla förtrogenhetskunskap. I viss mån förefaller det som om folk i sviterna efter digerdöden alltmer sökte sig samman, till städer och områden med fruktbara jordar, medan gårdar i högre grad och mer permanent övergavs i skogsbygder och områden med magra jordar.¹⁶ Detta kan ha hjälpt upp situationen genom att en kritisk massa kunde skapas i vissa städer, men förslog inte helt.

Kanske är det därför i ljuset av detta som vi ska förstå de förändringar som skedde under medeltidens senare del: som en nyorienteringsfas, nödvändiggjord av att den äldre läkekunstens själva fundament i stort sett hade ryckts undan. Samtidigt som det var en smärre katastrof för läkekunsten kan det alltså ha skapat utrymme för nytän-

15. Det finns få siffror på detta, men man kan jämföra med siffror för Venedig, där 20 av 24 läkare kan ha dött vid pestens första utbrott (Tuchman 1994, s. 112).

16. Lagerås 2006, s. 79ff. Jfr dock Myrdal 2003, s. 239 som menar att folkmflyttningarna var begränsade.

kande och förändring.¹⁷ Denna förändrings- och förnyelseprocess bör dock ha skett med viss fördröjning, särskilt i ett låglitterärt samhälle som det nordiska. Att fylla den kunskapslucka som uppstått med ny kunskap tog lång tid. Under hela andra hälften av 1300-talet och under hela 1400-talet återkom dessutom mindre epidemier med några års mellanrum, ofta på våren eller hösten, vilket inte gav mycket andrum för att återuppbygga vad som gått förlorat.¹⁸

Gustav Vasas påbud om att slå samman hospitalen och helgeandshusen till sjukhus med mer sjukvårdande funktion under 1500-talets första del kan ha haft betydelse inte bara för de enskilda individer som fick hjälp vid dessa institutioner.¹⁹ Genom att läkekunniga i högre grad än vad som tidigare varit brukligt kom att knytas till dessa nya hospital – enligt 1571 års kyrkoordning skulle läkare knytas till varje hospital – förbättrades förutsättningarna något för dessa praktiker att öva upp sin förmåga och erfarenhet; sin *färdighetskunskap* och *förtrogenhetskunskap*. Nästa motsvarande reform genomfördes av Gustav II Adolf år 1624, då antalet inrättningar minskades från 21 till 11 stycken, genom sammanslagningar till större enheter.

Jag har redan föreslagit att det faktum att klostrens läkekonst, eller åtminstone den materiella kultur som användes inom densamma, inte spreds utanför den monastiska sfären, kan ha berott på att man i det omgivande samhället inte var mottaglig för (eller inte upplevde ett behov av) denna form av läkekonst. En annan bidragande orsak till att klosterläkekonsten inte spreds kan ha varit att även klostren drabbades mycket hårt av digerdöden och de efterföljande epidemierna.²⁰ I Alvastra dog till exempel 33 av 41 munkar, det vill säga 80 %, i digerdöden och i *Vadstenadiariet* är *pestilencia* en av de vanligaste uppgivna dödsorsakerna under 1400-talet, även om det endast noteras för sju individer.²¹ Anledningen till att klostren drabbades så hårt är oklar. Klosterfolket levde tätt ihop och tog hand om sina egna sjuka (vilket kan ha underlättat smittspridning), men detsamma gällde i samhället utanför och kan alltså knappast vara den enda förklaringen. Den höga dödligheten kan hur som helst ha verkat hämmande på incitamentet till och förmågan att sprida idéer om läkekonst (om sådan önskan alls funnits) och kanske även på den interna tron på den egna läkekonstens effekt.

I och med att klostren försvann i samband med reformationen och under loppet

17. Jfr Gottfried 1983, s. 104ff. för europeiskt vidkommande.

18. I *Vadstenadiariet* finns epidemier noterade år 1413, 1421, 1422, 1439, 1449, 1455, 1464, 1465, 1484 och 1495.

19. Inom nuvarande Sveriges gränser fanns 21 medeltida hospital och lika många nämns i 1624 års hospitalsordning, enligt Sandén & Westling *i manus*. Spridningen av inrättningar i landet var då ungefär densamma som under medeltiden.

20. Enligt Harrison & Eriksson 2010, s. 28 drabbades klostren allra hårdast av digerdöden.

21. Regner 2005, s. 40; de flesta dödsfallen i pest vid Vadstena kloster skedde under loppet av en månad hösten 1495: DV 765 (22/8 1465); 915 (11/9 1495); 916 (12/9 1495); 917 (25/9 1495); 918 (25/9 1495); 919 (8/10 1495); 920 (1495).

av 1500-talet var dessa inte längre bärare av den lärda läkekonsten i Sverige. Möjligen hade de då redan trätt tillbaka något i rollen som litterärt skolad elit. I viss mening kan man kanske säga att den bokliga läkekonsten istället fördes vidare av renässansens lärda män, även om det tog sig delvis andra uttryck. Dessa intresserade sig bland annat för översättandet av utländska örta- och läkeböcker till svenska. Böckerna kunde innehålla praktiska råd och föreskrifter, men hamnade sannolikt endast undantagsvis i händerna på dem som utövade läkekonst. Böckerna var dessutom författade i en europeisk kontext och inte självklart användbara i Sverige, med dess annorlunda flora och medicinska kulturarv; en divergens som Olaus Magnus vid upprepade tillfällen noterar i sitt historieverk.

Vissa örta- och läkeböcker verkar ha kombinerat råd från utländsk litteratur med inhemsk praxis, men det är tydligt att auktoriteterna på området har bytts ut sedan medeltidens tidigare del. Människans kunskaper om örterna verkar, som redan nämnts, inte längre ha tillskrivits ett mytiskt förflutet och urminnes hävd. Örterna troddes inte längre verka genom sin inneboende kraft eller sitt mytologiska ursprung. Vid sidan om gammal hävd refereras alltmer till den medicinska litteraturens auktoriteter, som Constantinus Africanus och Dioscorides, vilka tagit den gamla traditionens, gudars, valkyriors och andra fornnordiska auktoriteters plats i förespråkandet av olika läkande substanser.²² De nya auktoriteterna åberopas dock på ett liknande sätt, i generella termer, som de äldre. Med tanke på nordbors i allmänhet förmodligen ringa eller obefintliga kunskap om dessa nya auktoriteter, kan man tänka sig att de har framstått i liknande mytologiskt respektingivande dunkel som de äldre auktoriteterna.

När de äldre kunskaperna bokstavligen gick i graven genom 1300- och 1400-talets olika katastrofer behövde kunskapstomrummet fyllas med något annat. Detta något verkar åtminstone delvis ha hämtats i den bokliga traditionen, där kunskapen ju fanns bevarad, konserverad, oavsett om någon läste den eller inte. I England kan man urskilja en markant ökning i översättandet av medicinsk litteratur, ofta i förkortad och förenklad form, under 1300-talets tredje kvartal.²³ Att detta skedde direkt efter pestens framdragande kan tolkas som ett uttryck för det upplevda behovet av att på olika sätt främja läkekonsten rent generellt. Det skulle även, menar jag, kunna tolkas som ett akut upplevt behov av att rädda det som fanns kvar, eller att ersätta förlorad kunskap med ny där man kunde finna sådan, vilket var i den medicinska litteraturen.

22. Herjulfsson 1993, s. 32, 53f.: "det hjälper mycket/ säger Constantinus", "det hjälper säger Dioscorides".

23. Rawcliffe 2009a, s. 164. Jfr även Gottfried 1986, s. 9, 259f. om den ökande institutionaliseringen av läkekonsten i England efter pesten.

7.3. Professionalisering, homogenisering och formandet av yrkesethos

Inte heller professionaliseringen av läkekonstens yrken var linjär eller kontinuerlig, utan verkar ha kommit av sig – och delvis tagit en annan riktning – någon gång under hög- eller senmedeltiden. Flera historiker har för Englands del menat att de kan urskilja drag av professionalitet inom läkaryrket från slutet av 1400-talet och särskilt från 1500-talet framåt. Jag menar att en motsvarande rörelse av tilltagande professionalisering kan skönjas även för svenskt vidkommande under 1500-talet, det vill säga ungefär samtidigt som eller möjligen något senare än i England. Det var då läkeyrkena började formera sig tydligare, segmenteras i olika yrken och avgränsa sig mot grupper av icke professionella praktiker. En studie av det arkeologiska artefaktmaterialet från hela den historiska tiden har också visat att det var vid denna tid professionaliseringen började ta sig uttryck i – eller uttrycka sig i – en alltmer specialutformad och avancerad materiell kultur av instrument och kärl.

Jag menar emellertid att denna professionaliseringsfas föregicks av en tidigare våg av professionalisering, vilken hade tagit sin början senast under den tidiga medeltiden och fortsatte under 1200-talet och möjligen förra delen av 1300-talet.²⁴ 1100-talet var en dynamisk period av befolkningstillväxt och snabba förändringar i samhället. Redan då (kanske ännu tidigare, även om skriftliga källor saknas) fanns praktiker som kallades läkare och läkerskor, vilka var specialiserade i sitt yrke, vilka förefaller ha haft en yrkesidentitet i utövandet av läkekonsten och vilka anlätades och betalades för sina tjänster och specialkunskaper, vilka också delvis var reglerade i lagar. De var varken organiserade i skrän eller reglerade av formaliserade kollegier, men deras kunskaper fördes vidare i en gedigen hantverkstradition.

Redan under medeltidens första del uppfylldes alltså flera av de kriterier för professionalisering som jag uppställer i inledningen till kapitel 5, det vill säga specialkunskaper för vilka betalning erhöles, yrkesidentitet samt viss yrkesmässig kvalitetskontroll. Såväl det arkeologiska materialet som de skriftliga källorna tyder dessutom på att yrkesgruppen var relativt talrik och stark under 1200-talet. Läkare omtalas ofta i pluralis i de skriftliga källorna. Även den materiella kulturens spridningsmönster i olika miljöer, inte minst i Lund, där det arkeologiska materialet rent allmänt är rikt, antyder att läkare var verksamma på flera håll i staden. Det arkeologiska materialet från Lund visar dessutom att läkare under hela medeltiden och renässansen var verksamma i stadens centrum, vid huvudgator och torg, där många människor var i rörelse. Detta bör ha utgjort en god grogrund för en sådan begynnande professionaliseringsprocess.

Det har för europeiskt vidkommande föreslagits att pestens katastrofala och ohejdade framfart gjorde att förtroendet för den äldre läkekonsten undergrävdes och att det

24. Det fornnordiska ordet *lekir* verkar ha upptagits i de nordiska språken någon gång under senare delen av järnåldern.

försatte hela yrkesgruppen i kris.²⁵ Hur det var med detta i Sverige är oklart. Oavsett om det allmänna förtroendet för yrkesgruppen försvagades (vilket inget egentligen tyder på) eller bestod, kan man dock förutsätta att blotta den numerära minskningen av såväl antalet läkare som av patientunderlaget i den reducerade befolkningen fick långtgående konsekvenser i form av kunskapsstapp. Trots att det sedan visserligen tog två och ett halvt sekel för befolkningmängden att återhämta sig, förefaller dock professionaliseringsprocessen ha kommit igång igen redan under medeltidens slut. Det vi då kan skönja är alltså en andra våg av professionalisering.

Det verkar ha varit i denna andra professionaliseringsvåg som kvinnorna successivt trängdes undan från yrket, även om betalda läkerskor och möjligen bardskärerskor undantagsvis förekom ännu i början av 1500-talet. En huvudsaklig anledning till att denna under medeltidens tidigare del så viktiga grupp bland de läkekunniga exkluderades kan ha varit att kvinnor generellt sett alltmer utestängdes från betalda yrken, från den offentliga sfären och i viss mening från penningekonomin, och alltmer hänvisades till den privata sfären.²⁶ Även det faktum att allt större vikt lades vid boklig lärdom, från vilken kvinnor delvis var utestängda, har föreslagits som förklaring till deras försvinnande från yrkeslivet. Kvinnor var inte heller självklara skråmedlemmar, vilket kan ha varit ytterligare en bidragande faktor.²⁷

Europeiska studier visar att kvinnornas försvinnande från den offentliga yrkessfären var en trend som gällde inom de flesta yrken och i många delar av Europa. På vissa håll, exempelvis i Paris, förefaller det dock som om läkekonsten var en sfär, ett av få yrkesområden inom vilken de faktiskt fortfarande kunde vara yrkesverksamma. Flera av de ovan nämnda faktorerna kan säkert ha spelat en viss roll även i Norden. Att kvinnorna besatt lägre grad av boklärd kunskap kan dock knappast ha varit en viktig faktor eftersom samhället i stort och läkekonsten mer specifikt, inte var särskilt beroende av alfabetism. Frånvaron av utvecklat skråväsende gör att inte heller utestängning från ett sådant kan ha varit en starkt bidragande orsak här.

Jag vill därför återvända till den stora dödlighet och befolkningsminskning som digerdöden och andra katastrofer under 1300- och 1400-talet orsakade. 1400-talet har ibland kallats för "barnens århundrade". Barn förekommer till exempel ovanligt ofta på kyrkomålningar från detta århundrade. Det kan i sig ha många förklaringar, men en tolkning är att barnen och dessas överlevnad blivit ännu viktigare som följd av all död och reduktion av familjer.²⁸ Kanske kan kvinnornas förändrade roll i samhället, med deras allt större anknytning till den privata, husliga och barnaalstrande sfären, i

25. T.ex. Agrimi & Crisciani 1998, s. 196; Le Goff & Truong 2011, s. 105.

26. Jfr Radford Ruether 1998, s. 115 om motsvarande situation i England vid denna tid.

27. Green 2009, t.ex. s. 129ff.

28. Forsmark 2001, s. 97; jfr även Österberg 1985, s. 156 samt Myrdal & Bäärnhielm 1994, s. 48ff. om barnens framträdande plats i mirakelberättelser under senmedeltiden.

så fall också ha med detta att göra. Kanske ska det förstås som ett uttryck för att allt större vikt och omsorg lades vid samhällets fortbestånd genom barnafödande och omhändertagande av barnen i hushållet. Om detta rent allmänt uppfattades som högt prioriterade och värderade uppgifter för kvinnor under medeltidens senare del, kan det ha gjort att attityden gentemot kvinnor i det offentliga arbetslivet betraktades med andra ögon; kanske sågs det som mindre passande eller åtminstone mindre angeläget.

Även prästerskapet förefaller emellertid ha fått en något minskad betydelse inom den fysiska, profana läkekonsten, även om de fortsatte att utöva viss läkekonst. En studie av läkare i England under århundradena efter digerdöden har visat att präster och klosterfolk då i själva verket även där utgjorde en försvinnande liten del av antalet praktiserande läkare.²⁹ Även i detta avseende förefaller det alltså som att professionaliseringsprocessen i sin andra våg ledde till en ökad homogenisering av gruppen av yrkesutövare genom exkluderingen av vissa grupper. Kanske ska prästernas minskade betydelse på området förstås som en följd av en ökande sekulär medvetenhet. En annan förklaring kan kanske vara att det alltmer uppfattades som opassande att de sysslade med fysisk läkekonst och den förgängliga kroppen, och att de borde hålla sig till den själsliga sfären. Även bönhasar och kvacksalvare urskildes ur den grupp som ansågs seriös och som åtnjöt yrkesmässig status. Hur bönhasars och andra icke skråanslutna praktikers kunskaper förhöll sig till mer reglerade yrkesgrupperingar under renässansen är oklart; säkert kunde deras skicklighet variera mycket. Att de utskiljdes och motarbetades hade till viss del fiskala orsaker, men kan också ses som ett uttryck för att allt tydligare yrkesethos började ta form.

Samtidigt som det alltså i vissa avseenden skedde en homogenisering av yrket, så skedde under senmedeltiden och renässansen en segmentering. De som förut kallats *läkare*, med en gemensam och ospecificerad benämning, kom att delas upp i specialiserade praktikerområden. Läkare fanns fortfarande, men nu tillkom bardskärer, apotekare, koppare/kopperskor, med flera. Det blev allt viktigare för dessa olika grupper att hävda en egen yrkesidentitet, vilket formulerades och reglerades genom praxis och så småningom i olika stadgar. Samverkan mellan olika yrkesgrupper kunde dock vara fortsatt god, vilket visar att det inte var helt lätt att separera de olika verksamhetsområdena i praktiken. Bardskärens patient behövde mediciner och apotekarens kund kunde behöva undersökas och få mer handgripliga behandlingar. De olika yrkesgrupperna var därför i många avseenden beroende av varandras näringar och de tjänade förmodligen många gånger mer på att samarbeta än på att konkurrera. Så kan ha varit fallet med de bardskärer och apotekare som hade sina verksamheter på tomterna omedelbart invid varandra i 1600-talets Lund. De valde att vara grannar. Samtidigt kan det tolkas som att de olika grupperna sinsemellan inte upplevde någon alltför hotfull konkurrens, utan själva ansåg sig komplettera varandra.

29. Gottfried 1986, s. 25.

Den materiella kulturen visar att läkare redan under den tidiga medeltiden använde sig av viss specialiserad utrustning – och det är endast den vi kan identifiera i det arkeologiska materialet. Det var dock inte förrän formaliserings- eller professionaliseringsprocessen var tämligen långt kommen i den senare professionaliseringsvägen, som det skedde en tydlig förändring i utrustningens former och variation. Nya instrument- och kärlformer utvecklades och togs i bruk från det sena 1500-talet och framåt. Detta kan förstås som svaret på ett behov av att uttrycka de nya yrkes-ethos, som då var under formerande, med en specialisering av bardskärer och apotekare och med en ökande distansering mot det man uppfattade som kvacksalvare och bönhasar. Förmodligen ska det även förstås som en ökad eller förnyad tilltro till det praktiska läkehantverket och dess verktyg.

Specialiseringen av den materiella kulturen kan alltså tolkas som en del av en ny retorik som började föras av läkekonstens olika yrkesgrupper under denna period, där de specialiserade instrumenten och apotekskärlden signalerade yrkesidentiteten och den professionella tillhörigheten. Det är också troligt att boktryckarkonsten och den vid samma tid ökade cirkulationen av medicinsk och kirurgisk litteratur med tecknade beskrivningar av instrument och kärl, påverkade den materiella kulturen, genom att de mer professionella praktikerna i högre grad såg till att införskaffa sig de nya formerna av utrustning. Den materiella kulturen kan alltså sägas avspegla en tämligen långt kommen professionalisering. Den ska däremot inte nödvändigtvis ses som en förbättring i kunskap eller teknik, det vill säga av själva läkekonsten som sådan. De krav som ställdes redan på högmedeltidens laga läkare ligger inte de krav som ställdes på det sena 1500-talets bardskärer efter, utan är mycket väl jämförbara.

Den ökande segmenteringen av läkeyrkena främjade sannolikt utvecklingen inom läkekonsten på sikt genom ökad tydlighet och specialisering av olika inriktningar. Under en övergångsperiod kan dock restriktionerna ha verkat begränsande och hämmande, genom att de utestängde och nedvärderade ett stort antal praktiker, vilka inte passade inom nya yrkesnormer och formella ramar.

Slutreflektion

En betydande del av denna avhandling utgörs av presentation och redovisning av det arkeologiska material som ligger till grund för studien. Läkekonstens materiella kultur har tidigare varit relativt osynlig inom svensk och nordisk forskning och synliggörandet av den är därför, som jag ser det, ett resultat i sig. De gånger den tidigare har studerats, vilket framför allt var under 1900-talets första del, har det ofta rört sig om mindre studier, ofta av yvigare kulturhistorisk karaktär, där begränsad hänsyn tagits till det mer specifika tidsmässiga, geografiska eller idémässiga sammanhanget. Ofta studerade man utvalda miljöer eller mindre material, där frånvaron av kunskaper om en nära kontext kompensterades med en kulturhistorisk utblick på det sätt som var vanligt under den tiden.

I föreliggande studie har istället en kontextuell metod använts, där källornas närhet i

tid och rum till det studerade ämnet varit viktigt. Olika kategorier av tillgängliga material har studerats för att tillsammans ge så täta kontexter som möjligt. Detta arbetssätt har givit delvis nya resultat och framför allt ett nytt perspektiv på ämnet. Istället för att framhäva en viss miljö eller framgångsrik metod, har läkekonsten studerats som en del av det dåtida samhället. Det är alltså en sociokulturell studie i betydelsen att läkarna, deras verksamhet och kunskaper studerats i relation till det samhälle i vilket de verkade. Studiet av sjukdomsförståelse och samhällets attityder gentemot sjuka och sjukdom kan rent av sägas gränsa till mentalitetshistoria.

Man har inom den tidigare, särskilt den historiska, forskningen i mycket liten grad uppmärksammat läkekonsten under den förra delen av medeltiden. Därför har man inte heller kunnat urskilja digerdödens och efterföljande epidemiers eventuella konsekvenser. Istället har man förutsatt en linjär utveckling. Denna föreställda linjäritet har varit ett problem, eftersom det gjort att man har generaliserat från senare perioder och bakåt. Den senare medeltidens läkekonst har förutsatts vara mer utvecklad än den tidigare medeltidens. Man har då inte sett den tidigare medeltiden och inte heller 1200-talet; ett århundrade som i föreliggande studie framstår som en period då läkekonsten var högst vital och då en professionaliseringsprocess redan var på gång, då samhället förefaller ha varit relativt väl försett med läkekunniga personer och då en betydande kunskap på området verkar ha funnits. Allt var inte bättre förr, men när det gäller läkekonsten förefaller den ha varit bättre under medeltidens förra del än under stora delar av medeltidens senare del.

De viktigaste slutsatserna i denna studie skulle kunna sammanfattas i följande sju punkter:

- Den medeltida läkekonsten var heterogen och bestod av flera olika läkekonster eller medicinska kulturer.
- Sjukdomsförståelsen började under medeltidens senare del förskjutas från en inhemsk orsaks- och konsekvensorienterad till en i högre grad symptom- och teckenorienterad förståelse, genom att den förståelse som fanns inom mycket av den lärda medicinska litteraturen och kulturen började färga av sig på den inhemska.
- Sjukrollens karaktär och förutsättningar varierade mellan olika grupper i samhället, mellan kvinnor och män, mellan fromma och "vanliga" människor, mellan fattiga och rika.
- De kunskaper som värderades hos de profana läkarna rörde framför allt färdighets- och förtrogenhetskunskap, det vill säga erfarenhetsgrundad, individburen kunskap, snarare än boklärdd och bokburen påståendekunskap. De svåra levnadsomständigheterna och den kraftiga befolkningsreduceringen under 1300- och 1400-talet ledde därför till ett oerhört kunskapsstapp, vilket fick genomgripande konsekvenser för den riktning utvecklingen av läkekonsten som kunskapsfält och profession sedan tog.

- Den skolastiska läkekonstens betydelse var sannolikt mycket begränsad, framför allt under medeltidens tidigare del. Åderlätning verkar ha tagits upp i det profana samhället först under medeltidens senare del, och då som en slags folklig humoralpatologisk praktik, snarare än genom spridandet av en lärd humoralpatologi. Det förefaller inte ha blivit en riktigt integrerad del av resten av läkekonsten förrän tidigast under 1500-talet.
- Den profana läkekonsten skilde sig väsentligt från den monastiska läkekonsten. Att den monastiska läkekonsten hade begränsad påverkan *extra claustrum* antyds av att dess materiella kultur inte i nämnvärd omfattning spreds i det omgivande samhället.
- Professionaliseringen av läkeyrkena var inte linjär. En tydlig tendens till begynnande professionalisering kan urskiljas under tidig medeltid och fram t.o.m. 1200-talet. En ny våg förefaller ha tagit fart under medeltidens senare del, vilken ledde till en tilltagande formalisering av yrkena under 1500-talet, formandet av ett nytt yrkesethos och utvecklingen av en ny därtill hörande materiell kultur. Klostrens betydelse för utvecklingen och professionaliseringen av läkekonsten i det svenska profana samhället var förmodligen mycket begränsad.

Inledningsvis talade jag om läkekonstens existentiella dimensioner och om sjukdom som existentiell nod (fig. 85). Jag har bara delvis utvecklat detta vidare i de därpå följande kapitlen, och vill därför avslutningsvis helt kort återanknyta till det. Min förhoppning är att de materialanalyser och de diskussioner som fyller denna bok kan bidra till vår allmänna förståelse för människorna under medeltiden och renässansen genom att belysa en viktig aspekt av deras livsvillkor. Min personliga reflektion är att det hela tiden fanns en stark strävan efter att förstå kroppen och dess olika åkommor och att finna sätt att bota, lindra och läka. Vid sidan av att lägga lyckan i Guds händer förefaller det att, i det i grunden religiösa medeltida och renässanstida nordiska samhället, även ha funnits en vilja och en drivkraft att aktivt och efter bästa förmåga bemöta och förhålla sig till sjukdom och skador, att förbättra läkekonsten och livsvillkoren. Man har lutat sig mot erfarenhetsgrundad kunskap och teoretiska resonemang, allt medan de yttre förutsättningarna för praktik och kunskapers fortlevnad och framsteg har skiftat, genom norm- och paradigmskiften. Att människan behöver ”de där vilja som läkare leva”, som det står i den även tidigare citerade strofen ur *Hávamál*, verkar ha varit en grundläggande uppfattning under hela den studerade perioden.



Fig. 85: Människan på livshjulet. Målning av Albertus Pictor i Sollentuna kyrka, Uppland. Detalj. Foto den 25 augusti 2012.

Summary

Leeches and leechcraft

The professionalization of the art and craft of healing
in Sweden during the Middle Ages and Renaissance

Chapter 1: Framework and previous research

The arts of healing in the Swedish and Nordic region during the Middle Ages (from the late eleventh century until the Reformation) and the Renaissance is an issue which has previously been studied to a very limited extent. Existing research, most of which was done during the first half of the twentieth century, has habitually been done within a paradigm focused on the "grand story" and prosperous male medical doctors.

Material culture has played a restricted role in this research. This is generally true of research in the history of medicine in the Nordic countries, as well as in a broader international perspective. It is also valid for the specific periods of interest here (the Middle Ages and Renaissance) as well as for other periods. Recent decades' international (not least Anglo-Saxon) medical historical research has to a greater extent paid attention to the art of healing in its *sociocultural context*, as social history of medicine, and it is within this paradigm that medical archaeology as a field of study has been born and shaped. This dissertation, too, is a product of this trend and the will to study the art of healing and its practitioners as an integrated part of society.

This study examines the arts of healing performed in the area of Sweden (and to some extent the other Nordic countries) during the Middle Ages and Renaissance. The chronological starting point dictated by the availability of relevant source materials (both written and artefactual). The choice of terminus is justified by the rapid change of both society and the art of healing during the seventeenth century, which gave historiography from that time onwards quite a different character. The geographical limitations are pragmatic. When it comes to the material culture from within the boundaries of modern Sweden, this is primarily available from the southern part (Götaland and Svealand) because that is where contract archaeology has been carried out. Material from the north of the country (Norrland) is very limited. Southern Sweden is thus the core area of the study. However, the written sources from Sweden from the Middle Ages are so few that I have chosen to broaden the geographical span to include material from the rest of the Nordic region as well.

The study analyses the perception and comprehension of disease, illness and afflictions,¹ the healing and curing forms of action which followed from these perceptions and the persons who performed these actions, all within existing sociocultural contexts. It focuses on secular arts of

1. The Swedish word used is *sjukdom*, which encompass both the English terms of the diagnosed disease and the patient's experience of illness, without distinction. Such a distinction is, moreover, not visible in the studied materials, and therefore the Swedish word is translated here by several terms in English.

healing, rather than the magic or religious ones, and the arts of healing concerned with the body rather than the soul. An important subsidiary aim has been to identify, document and problematize the material culture of these arts of healing and make it visible and available for future research. The material culture and the written sources, which together constitute the source materials of this study, are both equally valued for their information potential. Using source materials that are as chronologically and geographically close as possible to the studied period and area is methodologically important. The aim of this is to avoid an uncritical transfer of knowledge of the (perhaps better known) arts of healing of other regions and times, for example, classical or early modern medicine, as has often been done in previous studies.

The questions asked in this study can be grouped in three main themes. These are *Perceptions² of disease, affliction and injury*, *Practitioners of the arts of healing* and *Arts of healing*. Within the first of these three themes I examine the underlying perceptions or comprehensions of disease and afflictions as well as attitudes towards the afflicted. I explore this mainly from designations of disease and attitudes towards the afflicted in the written materials. Within the second theme I examine the persons who practised arts of healing of different kinds; their roles and positions in society and how this changed and was professionalized in the course of the studied period. Within the third theme I examine the actions of these practitioners in terms of treatments and other actions to cure and provide relief. In a final chapter I discuss how several medical cultures or traditions of arts of healing co-existed in society and related to each other, and how this changed over time. I also discuss the incipient professionalization of the related occupations and the consequences of this process. An important question is how the severe difficulties and decrease in population due to the Black Death and subsequent frequent outbursts of epidemics affected the course of change.

Chapter 2: Materiality, written sources and thick contexts

Previous studies of Nordic medieval arts of healing have to a high degree concerned specific milieus (e.g. monasteries) or phenomena (e.g. phlebotomy and humoral pathology). This has often led to an affirmation of expected results. To avoid this, the data collection for this study has been extensive, covering a broad chronological and geographical span, as well as various sociocultural milieus of bygone society, within the above-mentioned chronological and geographical frames, in order to avoid ungrounded enforcements of comprehensions of where and how art of healing was practised. Extensive archaeological materials from southern Sweden have been gone through, and the relevant finds documented and studied in detail. A vast written material in published form has also been explored.

An important criticism of the material sources, which is discussed in detail, concerns what kinds of artefacts are possible to *identify* with such certainty that they allow a well-founded analysis and discussion. It is important to be aware of the qualities and possible difficulties connected with various find categories. Another point of discussion concerns what the artefacts *represent*; that is, what the presence or absence of a certain type of artefact tells us. Every artefact category thus has its specific complex of problems, which needs to be discussed and

2. The Swedish word used is *förståelse* as in *sjukdomsförståelse*. *Förståelse* means understanding or perception, and can be verbalized and intellectual, but can just as well be non-articulated and tacit.

to be taken into consideration. Some tools, for example, are not identifiable because they were not yet always specialized at the time (even if specialized forms existed) – for example, knives, needles or tongs – and are therefore anonymous in the archaeological collections. Specialized instruments or vessels are more unproblematic to identify, but the question then remains of what their presence represents in terms of knowledge, skill and/or practise, as well as in terms of sociocultural heritage, occupational ethos and/or professionalism.

A wide selection of the documented material culture from towns and monastic institutions is presented in an extensive catalogue at the end of this volume, which constitutes the latter half of the dissertation. The selection of town materials is intended to ensure quantity as well as geographical and chronological spread, in order to cover the studied area and period. The selection of monastic materials is based on quantitative parameters only. The vast majority of finds are illustrated by photographs.

The selection of written sources has been based on two primary criteria, namely, the fact that the studied society had very low literacy on the one hand, and my intention to write a *social* history of medicine on the other. Foreign medical books, not used in Sweden during the studied period, are consequently of less relevance. To illustrate and explain my choice of written sources in relation to my study, I divide them into two categories, namely *the medical literature* and *the sociocultural sources for medical history*. The former consist of the contemporary medieval and Renaissance literature which deals specifically with aspects of the arts of healing and which was written or compiled in order to document or transmit knowledge and ideas within the field. This can be, for example, leech books or herbals. *The sociocultural sources for medical history*, on the other hand, consist of sources not primarily concerned with the arts of healing, but rather about other aspects of society, where leech craft or its practitioners are discernible as ingredients of that society, for example in histories, descriptions or laws. From these sources it is thus possible to study the arts of healing as part of a sociocultural whole, that is, in close relation to the society and the culture in which it was formed and practised. I use the Old Norse saga material, the chronicle of Saxo Grammaticus (*Gesta Danorum*), the medieval provincial laws of Sweden, the monastic diary of Vadstena (*Vadstenadiariet*) and Olaus Magnus' *Historia de gentibus septentrionalibus*. I also use the court records (*Tänkeböcker*) and catalogues of city plots of some cities.

Chapter 3: Medical cultures and their encounters

The Nordic medieval and Renaissance culture was neither homogeneous nor static, but heterogeneous and in constant change – and so were the arts of healing. Some traditions are, however, discernible as more homogeneous, with more distinct framework of perception, understanding, practice and material culture. I call these *medical cultures*. Multiple medical cultures can exist in parallel in a society, as was the case in the medieval and Renaissance Nordic region. Various inconstant or changeable medical cultures met and influenced each other. New and alien cultural elements could be merged or included through processes of hybridization and creolization, but could also remain extraneous or isolated in a specific milieu if there was no foundation or motivation for hybridization/creolization in the prevailing perception of the body, its ailments and man's responsibility in the acts of healing in the surrounding society.

In the course of the Middle Ages and Renaissance, several (to us) discernible medical cultures met and mingled in the area of present-day Sweden, to form the arts of healing prevailing

there. To be able to sketch a tangible and apprehensible image of these medical cultures, I have defined them as the art of healing in the Nordic region during later Iron Age, and the scholastic and partially university-based (later on, more popular) art of healing, with its roots in the area around the Mediterranean in antiquity and the early Middle Ages. The opinions of the church as to how to relate to the body and its ailments were also to play an important role. These various medical cultures were cardinal ingredients, and had a great impact on the arts of healing that developed in Sweden and the Nordic region during the Middle Ages and Renaissance. At the beginning of the studied period it was primarily the Iron Age Nordic arts of healing that constituted the starting point. During the eleventh to the thirteenth centuries the norms and values of the Church became increasingly important, at the expense of the older indigenous cosmology, and mainly during the later part of the Middle Ages, classical and scholastic ideas were picked up and negotiated into practice. To what degree, along which paths and in what way the various medical cultures were to be influential is discussed in the following chapters.

Chapter 4: Perceptions of disease and injury

The perception (or perceptions) of disease and illness embraced by a society – that is what is perceived and recognized as a disease or affliction, what causes it, how disease and other afflictions behave and are manifested – is socioculturally formed. It is not an objective approach towards abnormal or unwanted physiological or biological manifestations in the body, but a product of sociocultural circumstances, dependent on experience-based knowledge and abstract reasoning on multiple levels – such as existential matters, perceptions of the body, and scientific paradigms. Therefore studies of the perception(s) of disease and afflictions in a society are a good point of entrance to reach a better understanding of the society as a whole. The way in which disease and ailments are understood and how people relate to them and to the people who are troubled or afflicted by them, and therefore might have the right to (and are expected to) enter the sick role, reveals a great deal about the society.

A society can, as previously pointed out, encompass a variety of perceptions or understandings of disease, in the same way as an individual can adhere to several different understandings or ways of explanation. The various medieval and Renaissance expressions of perceptions of disease and other ailments, which are visible in the sources studied here, are mainly constituted by names or less settled designations of ailments, as well as expressions of (or attitudes towards) sick roles. This provides a possibility to discuss the perceptions of disease and other afflictions in the Swedish or Nordic region, and also how this might have changed over time during the studied periods.

Literacy was low in medieval and Renaissance Swedish society, and books were very rare. As the written material studied here is not primarily medical books, but sources for a socio-cultural medical history, they reflect the understanding(s) and perceptions of disease and other afflictions encompassed not only by the practitioners in particular, but by ordinary people as well. One must, of course, assume that generally known names and designations of diseases and afflictions were far more numerous than what we can trace in the written sources, and furthermore that they were often not linguistically permanent and stable, but rather varied, not least amongst dialects. This does not prevent us from analysing the names and designations that are preserved to us in order to understand the formative perceptions of disease, ailments and methods of healing, which had initiated them.

If we scrutinize the various Old Norse designations, it seems as if these were often constituted by the word for ill health (*sótt*) and a word expressing the (believed) reason (or sometimes its consequence). Within the magical sphere or tradition (which is not covered in this study), a disease or affliction could be named from the magical spirit that was believed to have caused it. In the more secular tradition the naming factors could instead be, for example, old age (as in *árs sótt* or *ánasótt*), delivery (as in *barnsótt*) or urinary stone (as in *steinsótt*). The reasons are thus diverse, but have in common that they reflect the believed cause. In exceptional cases it is instead the consequence, such as methods of treatment called for or a stay in hospital (i.e. leproseria), that gives the name. It could be argued that designations of this form were *cause- and consequence-oriented*. Also the terminology of wounds and injuries seems to a certain extent to have been formed from words illustrating the believed cause, such as "cut by iron", or consequences, such as "visible and disfiguring scars". Wounds are, however, often also designated with reference to their symptoms or signs, such as bruising or localization of tissue penetration. These kinds of designations can rather be characterized as *symptom- and sign-oriented*, as opposed to the *cause- and consequence-oriented* understanding, which I will come back to.

What all the Old Norse names and designations have in common is that they reflect a to a high degree an empirical art of healing and understanding of ailments, with a way of reasoning focused on cause and consequence and what is clearly observable. There is no tendency – perhaps with the exception of some of the juridical terms for wounds and injuries mentioned in laws – to systematize ailments with regard to their manifestations (symptoms and signs). There were many strengths and benefits of such an empirically based understanding, not least because it focused on what could actually be handled and treated. On the other hand, it became mute and powerless when it came to ailments for which no clear causes were discernible. As one could only discern causes visible to the naked eye and other bodily senses, it was therefore something of a dead end. What could not be seen or otherwise sensed could not be understood – and consequently not purposefully treated. Complementary explanations based on rational reasoning were instead sought within religion, magic and astrology.

In the course of the Middle Ages, primarily during its later part, a change, however, seems to have come to pass concerning the construction of names and designations of ailments. This can be interpreted as an expression of a change also of the underlying understanding. If we consider the Latin sources from the same geographical area, which were often part of the literate ecclesiastical and monastic culture sphere, we can establish that among these it is far more common to find names and designations constructed from symptoms and signs; that is how the affliction was manifested. It might be, for example, coughing, fever, muteness, swollen skin or lameness. During the later Middle Ages we can also trace a few Old Norse names formed out of the words for symptoms and signs, such as *hörunsvide* (probably the same as the English *brenning of the pyntyl* or French *chaudepisse*), which refers to a firing or burning sensation of the flesh (in the genitalia).

These designations reflect a fundamentally different perception of disease and afflictions, which can be characterized as symptom- and sign-oriented, rather than cause- and consequence-oriented. It was probably a new way of perceiving disease and afflictions in the Nordic region. The empirical base of this study, due to the sources, is limited, but as the symptom- and sign-oriented designations are first traceable in the Latin sources and only later in Old Norse, it is possible that the explanation for the new perception is to be found in an increased

influence from scholastic medicine and the Latin cultural heritage. It seems as if the perception of disease and afflictions was changed gradually from cause to symptom and sign; from a more empirical to a more abstract and systematizing approach.

When it comes to the role and situation of the sick person, it seems as if the older indigenous attitude made no clear distinction between, for example, infirmity because of old age and other kinds of disease or injury. This fluid boundary between different categories of ailments actually reflects the very core of what we in modern language call *the sick role*. It seems as if the most important thing was whether the afflicted individual could or couldn't perform his or her most important duties towards himself/herself and his/her household. According to the Danish *Law of Sjælland*, a person was ill if *he* could not defend his case at the thing or if *she* could not be responsible for the household keys and the management of domestic duties. The attitude towards sick or wounded individuals, as expressed in the *Law of Sjælland*, might seem harsh, but we have to remember that it is in that case a question of legally valid states. As a matter of fact the attitudes towards afflicted persons seem to have been rather tolerant and accepting. This goes for at least those who were seriously ill or wounded, who could receive care and tending for a considerable time, without being questioned. The ideal was to be grateful for what one had and not complain to no purpose, but on the other hand there was an understanding that healing and recovery sometimes needed extensive care and considerable time.

At the same time, there were differences between groups or sociocultural milieus in society. This was partly because of the socioculturally coloured connotations that certain diseases and illnesses had, which could give a state of illness a more or less positive or negative aura. Leprosy, for example, had a strong and clearly double value in medieval Christianity. It could be perceived both as the result of sin and thereby as shameful, and as a way to personal repentance through pious endurance and thereby as venerable and beneficial for the spiritual (and social) status of the afflicted individual. Which one of these connotations was assigned to the subject depended on the afflicted individual's sociocultural context and on his or her own actions in relation to the affliction. That the afflicted individual was viewed by him/herself and the surrounding society as a punished sinner was perhaps more common in some environments, for example among the poor and socially outcast. At the same time, he or she could have an important pedagogical or moral function in warning of what might happen if you did not lead a good life. The disease or affliction could also bring secondary gain for the afflicted, in the form of an elevated status of piety. The latter may have been more common at religious institutions and perhaps in particular amongst pious women. It seems as if the endurance of bodily ailments and disease to a higher degree might have been used as a means of pious expression by women than by men in monastic institutions.

In the monastic sphere various afflictions and the sick role seem to have had different connotations from the ones in the surrounding secular world. Something that reflects this is the different expressions of pain. Physical pain, for example, is very seldom mentioned in the sagas, where we can instead trace a stoic ideal. In the double monastery of Vadstena, however, it seems as if it was more accepted to admit to pain, to speak of it – and to note it in the obituaries of the inhabitants of the institution. Perhaps this can be explained by the fact that the endurance of pain was appreciated in that context as a virtue in itself (in the likeness of Christ), which therefore could be advantageous to point out and to verbalize. During the latter part of the Middle Ages – especially in pious milieus – strong ideas of the good, slow

dying (*Ars Moriendi*) flourished. A slow death was believed to provide time for spiritual preparation, and so disease or affliction could be seen as a profitable ingredient.

Furthermore, it seems as if there were, at least in pious milieus, some differences in the sick role related to gender. This might have affected when and how an individual could enter an accepted and perhaps respected or even venerated sick role, and when a person was denied this. Variances in the material culture between male and female Cistercian institutions can be interpreted to show that physical asceticism was more common among nuns than monks. This seems to have concerned personal hygiene and tending of, for example, wounds, boils, sores, fistulas and the like, as specialized equipment for this is completely lacking in the female institutions, but quite abundant in the male ones. The neglect of these issues might have been a part of the pious practice among nuns, but not among monks.

Notes in the *Vadstena Diary* can be interpreted to mean that being a leper was an attractive sick role especially for pious nuns, and could connote a female pious ideal, perhaps formed and accentuated by pious mystics, who may have served as role models and sources of inspiration. On the other hand, it seems as if obese or heavily overweight sisters (at least considered so by the brethren who kept the diary) might sometimes have been denied the sick role, even if they were fatally ill. A possible explanation for this is that among pious persons, and especially women, there was an anorectic ideal, where the haggard and emaciated body was seen as an expression, or even a sign, of spiritual profundity and refinement. There was thus a close connection between the sisters' physicality and their spirituality.

The male sick role reflected in the monastic diary can, with support from other research, be interpreted as being perceived as especially serious if the capacity of a monastic brother to speak or act was affected, for example by muteness or lameness, sudden ill health during mass or practical work. The male sick role may to a large extent have been connected to the inability to perform the religious rites that were a central part of the monastic brethren's life and *raison d'être* in the Vadstena monastery. Male spirituality was connected to the capacity for speech and action, and so too was the sick role.

Chapter 5: Practitioners of the arts of healing

The medieval and Renaissance arts of healing in the Swedish region were to a large extent a craft. This was especially the case when it came to the secular practices. The Literate knowledge was an important part of the art of healing within the scholastic, monastic and ecclesiastical traditions and modes of transmitting and communicating knowledge. This was a major reason why the art of healing in these milieus differed from the craft-like art of healing in the surrounding society, where knowledge was instead communicated in an intimate and time-consuming process between individuals. Transmittance of knowledge within any craft is complex. By becoming aware of this complexity its qualities and obstacles become more apparent. This also helps us to search the source materials in order to identify the *carriers* of this knowledge, the individuals skilled in the arts of healing, and to understand the character of their competence.

The expression *carriers of knowledge* aims here to emphasize how large and important a part of the healing tradition was constituted by individually possessed or *carried* knowledge. This knowledge is to be understood as different from the knowledge carried by books. As the studied region was not very literate, this kind of individually carried knowledge constituted

the lion's share, while the knowledge carried by books was relatively marginal. Individually carried knowledge can consist of *knowing that* as well as *knowing how*, as opposed to book-carried knowledge, which is best suited for *knowing that*. Individually carried knowledge also contains vast amounts of *tacit* knowledge, which can never be communicated via books.

A large part of a craftsman's knowledge is tacit. This goes for all crafts, not only leech craft. Tacit knowing is acquired through the body and all its senses. It is therefore also best and most efficiently communicated through direct communication between individuals. By communication I mean not only verbally, but also in the act of performing the craft together or observing another person's actions and imitating and reflecting upon them. This form of communication of knowledge was essential in the medieval and Renaissance art of healing. I exemplify it by the Icelandic leech Hrafn Sveinbjarnarson and his family, who transmitted their craft secrets and special knowledge from generation to generation over the centuries, in a seemingly very prosperous fashion.

The skill of healing seems to a certain degree to have been perceived as a calling, where the individual's propensity was important. His or her personal talent was decisive. People spoke of healing hands, *laecnishendr*, with a special ability to heal. This ability seems to have been thought of as partly inherited. In the light of the discussion concerning different forms of knowledge and knowledge communication, however, I would suggest that what was thought of as inherited was rather a *thick tacit knowledge*, communicated and transmitted in the compact or dense sociocultural context of, say, a family, which was the kind of context in which most healers seem to have learnt their craft. Before the birth of the clinic and organized medical education, this, besides experience of war and the battlefield, was the only way to gain the necessary quantitative experience. The idea of the healing hand (the healing capability) might actually be interpreted as an expression of skill or craft knowledge,³ as a result of a successful (also tacit) interpersonal communication of knowledge. Craft knowledge was so utterly essential for the successful practice of a doctor, and so tacit, that it was understood by its contemporaries as an inherent gift or ability.

Those who were skilled in healing constituted a heterogeneous group of practitioners, who possessed different forms of knowledge, gained within various contexts and practised in varying circumstances. They were men and women, lay people and priests with medical knowledge, specialists and individuals with general knowledge, and people from most levels of society. It is important to emphasize this heterogeneity, as it contrasts to the increasingly homogenizing effect of the process of professionalization, discernible especially during the latter part of the Middle Ages and the Renaissance.

From the written sources, especially from the earlier part of the Middle Ages, it is clear that the female healers constituted a considerable share of the group of practitioners, also among those literally mentioned as leeches (*laeknir*). Tending to women's diseases and obstetrics seem to have been mainly (but not solely) a women's domain, but apart from that they also performed a diversity of medical and surgical treatments. As a matter of fact, the major part of the most complicated surgical operations mentioned in the sagas is performed by women. In the sixteenth century the art and craft of healing had, however, become a highly male domain. The female practitioners seem to have "disappeared" in the course of events. Although uni-

3. The Swedish concept used is *förtrogenhetskunskap*, which means skill or well-versed knowledge gained from considerable quantitative and qualitative experience; here best translated as *skill* or *craft knowledge*.

versity medicine (from which women were excluded) did not become very important in the Swedish or the Nordic region during the periods studied here, it seems as if the process of professionalization in itself had a homogenizing and excluding effect. This resulted in making the art of healing a male profession. New norms concerning the official sphere as a whole, where women were not given as much space as men, also added to this.

Priests active as healers also seem to have been an important group during the Middle Ages. They tended not only to the well-being of the soul, but also to that of the body. The methods they used were similar to the ones used by secular practitioners, but also seem to have included some elements of scholastically influenced or learned medicine. Being the group in society with the best reading abilities and scholastic training (theology was the prime scholastic genre), they could adopt the ideas communicated by the medical literature within the Latin learned world: the knowledge carried by books. During the late Middle Ages and Renaissance, however, it seems as if the priest doctors were no longer as important for physical caring as they had once been, but that they too were reduced in the process of professionalization and relegated to the area of religion and magic.

Within the monastic culture there were infirmarians, phlebotomists and medically trained monks and brethren, and less often nuns and sisters. It is possible that certain monks defied the church's prohibition on priests shedding blood and burning, but it might be more probable that the institutions engaged practitioners from *extra claustrum* for such treatments. The medically skilled people of the monasteries used special equipment of classical model, signalling which medical culture dominated there, and they may very well have been skilled within that tradition. For the most part, however, practitioners seem to have been active in towns and the more densely populated regions, where they may have run ambulatory practices. People in need also came travelling to receive treatment if leeches were not available in their neighbourhood. The material culture as well as the written sources from cities, indicate that several practitioners may have been active within a town at the same time. The written sources also repeatedly speak of doctors in the plural. People skilled in the arts of healing thus definitely seem to have been present in society and their services seem to have been available.

Even the earliest laws to be written down mention payments to leeches. This can be interpreted to show that the formation of the occupation had already begun during the early Middle Ages. In the first half of the Middle Ages the legislation concerning the art and craft of healing became more detailed, to include regulations about who could be employed in juridical matters and who was qualified enough to tend to severe injuries. These were the lawful leeches (*laga läkare*). The healers mentioned in the sagas cure both disease or illness and injury. They healed the body as well as the soul. The term *læknir* (female and male) thus denoted a broader concept than *laga läkare*, as the latter was defined for juridical reasons in connection with serious physical injuries and *læknir* was applied to different kinds of practitioners. The Nordic *læknir* was also a broader concept than the European concepts of surgeon, *medicus* and *physicus*.

The Renaissance saw an increasing segmentation of the occupation, which towards the end of the period resulted in more distinct borders, especially between apothecaries and barber surgeons. The segmentation and the clearer definition probably promoted development in the long run, but during a transitional period it might have had an obstructing and aggravating effect, by excluding a large number of practitioners who did not fit within the frames of the new system and rules. The material culture as well as the written sources from the early and

high Middle Ages should, however, be interpreted as showing that specially trained healers, *læknir*, already existed at that time. They practised in the central parts of the cities and were recognized, respected and paid for their specialized knowledge and services. The *læknir* had taken obvious steps towards a professionalization several hundred years before the more formal segmentation and regulation of the related occupations took place. The inconsistency of this process is discussed in chapter 7.

Chapter 6: Arts and crafts of healing

The practices and treatments discernible in the sources considered within this study do not, of course, give the whole picture of the medieval and Renaissance arts of healing in the studied region. Apart from magical and religious methods, there was also most certainly a wide range of secular methods which have not left as obvious traces, if any at all. What we can trace are thus examples of what healers of the time could and would do to cure or comfort. The picture that emerges is one of a heterogeneous phenomenon, varying between milieus and over time. The differences are, as a matter of fact, considerable both concerning theoretical or abstract perceptions and practical consequences of these, so that it is impossible to speak of *one* art of healing. Instead there were *several different arts of healing* or – as I have chosen to label them – *medical cultures*. The easiest to discern are the secular as opposed to the monastic arts of healing.

Treatments with various types of medicaments, mainly from the vegetable kingdom, were a very important part of the arts of healing in all different parts of society. Knowledge of herbal medicine was significant both in monasteries and in the surrounding society, but may have concerned partly different floras. With the immigrating monastic culture, new species came to the Nordic latitudes, but by then there were already a long tradition of indigenous species that could be used as remedies for various ailments. Some forms of specialized material culture for medical and surgical treatments were, however, more common within the monastic sphere throughout the Middle Ages, even if they also can be distinguished in certain castles and urban environments. For example, the same types of vessels which are found in monasteries are found, although more sparsely, in other settings too. What these specialized vessels in ceramic (mostly stoneware) and glass signal is most likely not the presence or absence of the use of medicines, but that a specialized material culture was being used in some milieus. They might also to some extent reflect the consumption of or trade in ready-mixed, composite medicals.

Several different types of scalpels, as well as small surgical hooks, are proof that surgery was performed as well, and that it was not an insignificant part of the leech craft. The number of tools and their variety shows us that persons with surgical competence, and probably also a certain breadth of surgical knowledge, practised in society. The archaeological findings indicate that this knowledge and this surgical practice existed in most parts of society, but that it was perhaps best represented in secular contexts. The tools also indicate that surgical operations, despite the strongly limited resources for anaesthesia and anti-inflammatory treatments, were more common than has hitherto been presumed. Osteological material (NB, not examined first-hand for this study) indicates, however, that major surgery such as amputation and trepanation was rare. Surgery seems to have been performed at monastic institutions too, despite the strong resistance against actions that fragmented the body and the ecclesiastical

opposition to burning treatments and the spilling of blood, at least for priests. It is therefore interesting to ponder over who did the surgery in the (male) monasteries. It might have been the lay brothers or paid surgeons from the outside community.

Some types of tools or instruments, such as probes, curettes and other specialized equipment, as well as ear scoops, seem to have been used almost solely within the male monastic (Cistercian) institutions. Apart from the ear scoops, these are intended for the treatment of wounds, sores, boils, abscesses, fistulas and similar cases, and were a heritage from the ancient Greek-Roman and Arabic medical cultures. In the Swedish region, however, it is clear that the use of these tools never spread to the rest of society. This is actually the most obvious difference in the material culture between the male monasteries and other milieus. In the medieval cases where such tools are encountered outside monasteries, it is almost always in ecclesiastical contexts (the early medieval city of Sigtuna being an exception). It is possible that the priests were culturally closer to the monastic sphere than ordinary people, partly because some of them had studied theology at European universities and there or in other ways had encountered the medical literature and practice, which the (male) monastic inhabitants also benefited from. These instruments ought to have facilitated treatment of the above-mentioned ailments, and therefore it seems peculiar that the use of such equipment did not spread more widely. I do not have an answer to the question why, but would like to suggest that the explanation should be sought in the fact that the medical culture and perception in monasteries was too different from the dominating medical culture(s) in the rest of society, and that motivation and practical incentive to adopt these tools therefore was lacking.

One practice which did spread, however, was phlebotomy. The imprecise datings of archaeologically found phlebotomy irons make it difficult to survey how and when this practice was adopted in different milieus. The design of the phlebotomy irons from various milieus suggests that the practice was somewhat more refined in monastic institutions than in most other environments, as their instruments are finer. The number of irons in monasteries and nunneries also indicates that it was a more important form of treatment there than in the rest of society. This is not surprising, as the practice seems to have been important in most monastic orders. In secular society the practice of phlebotomy can mainly be connected to the bath-houses and sweat-houses and leprosaria, but to some extent also to the upper social strata, as in castles and forts. One single phlebotomy iron, from the city of Sigtuna, has been dated securely to the thirteenth century, but the practice of phlebotomy does not seem to have been more widely spread until the end of the Middle Ages, perhaps during the fifteenth century.

The question is how the practice of phlebotomy spread to the secular parts of society. The fact that the material culture of monastic medicine, besides phlebotomy irons, did not spread *extra claustrum* justifies questioning whether the practice of phlebotomy was actually extended from the monasteries. It may instead have disseminated from secular practice in, for example, Germanic and Anglo-Saxon lands. The secular practice of phlebotomy in Sweden may in that case have been somewhat different from the learned or monastic practice when it comes to underlying ideas and theoretical or abstract reasons, and may rather have been a popular "humoral pathology", perhaps nourished by the general fascination with blood in different aspects at the time. Phlebotomy practice seems also to have been somewhat separated from the art of healing proper, and not primarily performed by leeches. Instead, it seems to have been performed by special (male and female) phlebotomists.

The broad overview given in chapter 6 indicates that the differences between various socio-

cultural milieus could be significant when it came to preferred forms of treatments, as well as the skill with which these treatments were performed and the material culture used. These differences remained all through the Middle Ages, but during the later part or the end of the period, a certain tendency towards homogenization may have taken place, for example as phlebotomy became more widely spread. After the Reformation the monastic institutions eventually disappeared; first the male ones and in the course of the sixteenth century the female ones as well. At the same time the secular arts of healing were professionalized, which is obvious not least in the development of the material culture, which served the need or will to develop methods and practice and to signal a new and more distinct occupational *ethos*. The translations and compilations of foreign herbals can also be seen as an expression of this.

Chapter 7: Practitioners, treatments and change

The material culture explored in this particular study is mostly only very roughly dated and the written sources of varying character unevenly spread over the studied time span. This makes it difficult to discuss the chronology. However, as has already been suggested above, differences can be discerned between the former half of the Middle Ages and the later part of the period and the Renaissance. Advanced wound surgery can be confirmed during the former part of the Middle Ages, but it is not possible to detect any major advancements or developments of tools and instruments until during the sixteenth century. Phlebotomy, as mentioned, still seems to have been extremely rare during the thirteenth century, but more common during the fifteenth century. The knowledge of herbs, which in written material from the earlier Middle Ages refers to ancient indigenous tradition and mythological authorities, shifted to referring to foreign classical authorities, also in popular herbals, during the fifteenth and sixteenth centuries. All the various discernible traces of change and stagnation should be regarded together, as they can all be traced to the period from roughly the fourteenth century to the middle of the sixteenth century, with a vague centre of gravity in the fifteenth century.

This is probably not a coincidence. A possible explanation is that the aggravating life circumstances from the middle of the fourteenth century onwards, in the form of the Black Death and subsequent epidemics, fundamentally affected the arts of healing. In particular, the massive reduction of population from 1350 and through the fifteenth century, with its recurring epidemics every few years, must have had a fundamental and devastating effect. My interpretation is that it gravely inhibited the relatively successful art of healing which had prospered until then, so that not much new happened for some time, as such a population reduction must have meant a disastrous loss of individually carried knowledge, as discussed above. The recurring epidemics during the fifteenth century must have obstructed the efforts to recover. It made the odds of saving the individually carried knowledge for the younger generations close to zero and the possibilities to develop it even smaller. It was thus a catastrophic loss of a knowledge that had been collected and improved by generations of leeches. The knowledge lost in this way was lost forever and took considerable time to rebuild and replace with new knowledge.

The population decrease not only reduced the number of skilled leeches. It also reduced the group of potential patients, which was so important for the practitioners to gain the necessary quantitative experience, in order to develop their skill. To some extent this might have been compensated by the fact that people in the aftermath of the Black Death increasingly

seem to have sought each other's company in towns and more fertile agricultural areas. This may have helped to create a "critical mass" in some regions, although it did not entirely suffice. It may be in the light of these circumstances that we should understand the changes of the arts of healing that took place during the latter part of the Middle Ages: as a phase of reorientation, necessitated by the fact that the very foundation of the older art of healing had been swept away. At the same time as it was a catastrophe, it might thus have created room for new thoughts and change, even if this may have occurred with some delay because of the continued harsh living conditions. When the older knowledge was literally buried during the fourteenth and fifteenth centuries, the void needed to be filled with something else – because man always needs to feel there is an art of healing. This "something" seems to a great extent to have been sought in the medical literature, where the knowledge had been preserved, regardless of the great human mortality and regardless of whether anyone had read it or not for a while.

The professionalization process of the arts of healing was equally non-linear or continuous. It seems to have been interrupted as well – and taken a partly new direction – some time during the high Middle Ages. During the sixteenth century, as mentioned above, the related professions began to be more formalized and segmented into several different occupations with distinct areas of responsibility and practice, such as apothecaries and barber surgeons. This was a process more or less contemporary with similar processes in other parts of North-western Europe. At the same time, these new occupational identities or ethos and related professional aspirations were increasingly being expressed in the material culture in the form of new tools and instruments and new forms of vessels.

It is, however, possible to discern a phase of professionalization previous to that. It seems to have begun already during the early Middle Ages (perhaps earlier, although written sources are lacking and this goes beyond the chronological framework of the present study) and continued during the thirteenth century and perhaps the earlier half of the fourteenth century. This makes sense. The twelfth century was a highly dynamic period of population growth and rapid change in society (such as the beginning of urbanization, altered trade systems, the change of religion, and new ways of looking at the individual). Already at that time there were practitioners called *lekniir*, who were specialized within their occupation, who seem to have had a professional identity in the practice of arts of healing and who were paid for their services and specialized knowledge. They were not organized in guilds or regulated by formal colleges, but their knowledge was communicated and passed on within the tradition of a venerated craft, important in society.

We can thus distinguish two waves of professionalization. As already suggested above, it seems as if the women healers became fewer with the second wave, even if they did not disappear entirely. It is possible that the changed role for women in general in society, with more restricted access to the public sphere, affected this. Perhaps this in turn should be understood as a consequence of the increased value and effort placed on the continued existence of society through reproduction and the raising of children in the domestic sphere to ensure that they reached adulthood. If this was seen as a higher priority in society, it might have changed the attitude towards women working in the public sphere, so that it may have been thought of as less suitable or at least less desirable.

The role of the priests, too, seems to have been diminished in relation to the art of physical healing. Perhaps it was seen as increasingly unsuitable for them to tend to the body, and more appropriate for them to concentrate on the health of the soul. I would suggest, however,

that their exclusion had the same reason as the exclusion of quacks and others who did not fit within the more limited professional frames; namely that the professionalization process in itself slimmed the group or groups who were accepted as healers, thus making it more homogeneous. This was part of the formation of the new occupational ethos of the time.

The most important conclusions of the study could be summarized in the following seven points:

- The medieval and Renaissance art of healing was a heterogeneous phenomenon and consisted of several different arts of healing or medical cultures.
- The perception and comprehension of disease, illness and afflictions shifted during the Middle Ages from a domestic *cause- and consequence-oriented* perception towards a more *symptom- and sign-oriented* perception, through the influence of the understanding of the literate and learned scholastic culture.
- The character and the conditions for the sick role varied within society, between men and women, between pious and ordinary people, between rich and poor.
- The knowledge most highly valued in the secular practitioners seems to have been "know-how" and craft knowledge, that is, experience-based, individually possessed knowledge, rather than book-learned "know-that". The difficult living conditions and major population reduction in the fourteenth and fifteenth centuries, therefore, had devastating consequences in the form of loss of vital knowledge, and so had thoroughgoing consequences for the turn the development of the art of healing took as a field of knowledge and as a profession.
- The influence of scholastic medicine was probably quite limited, especially during the earlier part of the Middle Ages. Phlebotomy seems to have been more widely spread in society only during the latter part of the period, and then as a kind of popular humoral pathological practice, rather than as an expression of a learned humoral pathology. The practice of phlebotomy does not seem to have been properly integrated in the rest of the secular art of healing during the studied period.
- The secular tradition differed considerably from the monastic tradition. The latter seems to have had only a limited influence *extra claustrum*, which is indicated by the fact that its material culture did not spread in the surrounding society.
- The professionalization of the art of healing was not linear. A clear tendency towards professionalization can be discerned during the early Middle Ages and through the thirteenth century. A new wave seems to have gained momentum during the latter part of the Middle Ages, which led to more formalized occupations, the formation of new occupational ethos and the development of new material culture to go with that. The role of the monasteries in the development and professionalization of the secular art of healing in the Swedish society was probably quite limited.

Appendix

Katalog över urval av föremål och arkivuppgifter

Den arkeologiska materialinsamling som ligger till grund för denna studie är gjord genom en totalinventering av ett stort antal arkeologiska magasinssamlingar. Inventeringen har gjorts med konkret början i fyndmagasinen, snarare än i rapporter och förteckningar, och de fyndbeteckningar (id-nummer, fyndnummer eller ibland diarienummer) som används är därför de, varmed de fysiska fynden (eller askarna, påsarna) är märkta. Dessa kan ibland skilja sig från de som uppges i fyndlistor i arkiv och rapporter och kopplingen där emellan har tyvärr inte alltid varit möjlig att rekonstruera.

De arkeologiska föremålen är huvudsakligen framkomna vid äldre arkeologiska undersökningar. När man arbetar med dessa material måste man därför beakta de – i ett modernt perspektiv – begränsande undersökningsmetoder som praktiserats. Både metoder för och teoretiska inställningar till fyndinsamling har varierat, liksom kvaliteten på dokumentationen samt dessutom i vilken mån denna har bevarats till idag. Under 1960- och 70-talet förefaller till exempel rapporter endast undantagsvis ha skrivits. Likaså är tolkningen av kulturlagren ofta inte särskilt avancerad, och då man på många platser måste räkna med omfattande omlagring och förflyttning av jordmassor under århundradens gång, utgör detta en försvårande omständighet, inte minst när det gäller dateringar. Det har i vissa fall varit möjligt att få fram uppgifter om fyndkontexter och dateringar; i sällsynta fall genom rapporter och i andra fall genom arkivmaterial. Då många material är framtagna vid äldre undersökningar saknas emellertid sådana uppgifter mycket ofta.

Tyvärr varierar även tillgängligheten till de arkeologiska fyndmaterialen i sig för den utifrån kommande forskaren. Såväl magasineringsförfarande som tillgänglighetspolicyer är olika vid olika institutioner.

Genom sin större undersökningsmetodologiska enhetlighet är klostermaterialen mer lärtbearbetade än stadsmaterialen. Fynden därifrån är också i högre grad väl förvarade och konserverade än många stadsmaterial. Detta kommer att lysa igenom i katalogen, liksom i viss mån i analysen i kapitlet 4–7.

Redan här kan det vara på sin plats att kommentera en metodologisk aspekt gällande stadsmaterialen, och det gäller inslagen av institutionella miljöer i städerna. De större landsbygds kloster som genererat mer omfattande artefaktmaterial behandlas separat. Kloster, konvent och andra religiösa institutioner fanns emellertid även inom städerna. Frågan är då i vilket sammanhang dessa material ska redovisas och analyseras – bland stads- eller bland klos-

ter- /institutionsmaterialen? Jag har valt att redovisa dem bland stadsmaterialen, eftersom det inte alltid är möjligt att tydligt avgöra om en viss artefakt bör knytas till en institution som under någon period av stadens historia legat på platsen eller om den istället bör knytas till ett profant sammanhang. Materialen från dessa institutioner är dessutom som regel så begränsade att enskilda analyser av dem inte är fruktbara. Ett undantag är det välundersökta Vadstena kloster, som behandlas separat tillsammans med landsbygds klostren. Däremot exkluderas de potentiellt institutionella stadsföremålen i görligaste mån ur analysen av den rent profana läkekonsten i städerna (i praktiken fr.a. gällande Lund); detta för att kunna föra en jämförande diskussion av stadsmaterial kontra klostermaterial och av profan kontra institutionaliserad (i praktiken i religiösa miljöer) läkekonst.

I det följande redovisas källmaterialet från ett urval av städer och kloster. Det är alltså inte det totala påträffade materialet som redovisas. Urvalskriterier för städer respektive kloster redovisas nedan. Landsbygds materialet är så pass litet och utspjutt att jag valt att inte inkludera det i katalogen. Däremot finns referenser till platser och föremål angivna i den löpande texten i kapitel 1–7, där sådant material använts för att belysa olika aspekter. Jag har då varit så heltäckande som möjligt i min redovisning av de föremål jag registrerat under mina materialinventeringar.

Samtliga fotografier är, om inget annat anges, tagna av författaren. Föremålen på bilderna är i samtliga fall arrangerade från vänster till höger och uppifrån och ned.

STADSMATERIALEN

De städer som behandlas här är sinsemellan olika genom sin geografiska spridning, ålder, storlek samt karaktär med avseende på vilka funktioner som var mest tongivande. Den geografiska spridningen sträcker sig från Lund i söder till Uppsala i norr; från Nya Lödöse på västkusten till Visby i Östersjön. Medan vissa städer, som Lund, Visby och Sigtuna, växte fram mycket tidigt i Skandinaviens urbaniseringsprocess, uppkom eller grundades andra relativt sent. Vadstena blomnade upp först genom pilgrimsverksamheten under medeltidens senare del och Nya Lödöse grundades inte förrän i slutet av 1400-talet. De kyrkliga institutionerna var tidigt tongivande i många städer, såsom Lund, Linköping, Skara och Uppsala. I andra, som Visby och Gamla och Nya Lödöse, dominerade istället merkantila drivkrafter. I de flesta städer samverkade emellertid flera olika intressen och funktioner. Vadstena skiljer sig i ett

viktigt avseende från de övriga som behandlas här, genom att staden under medeltidens senare del blev en av Nordens viktigaste pilgrimsorter; en omständighet som kanske mer än mycket annat kunde få en medeltida stad att blomstra.

Stadsmaterialen skiljer sig även mycket åt genom att den arkeologiska aktiviteten har varit olika omfattande och av olika kvalitet. Det äldre kulturarvet är och har varit en viktigare del av identitet och självbild och därmed prioriterats högre i vissa städer än i andra. Vissa städer, framför allt Lund, var tidigt föremål för ett stort antikvariskt intresse och medveten insamling av föremål, medan andra, som Linköping, har ett betydligt mer sparsamt tillvarataget artefaktmaterial. Stadsmaterialens beforskningsmässiga kvantitet och kvalitet (däribland huruvida materialen är tvättade, materialmässigt separerade och metaller konserverade eller om allt decennier senare fortfarande ligger blandat i påsar per fyndkontext, så som de paketerades i fält) beror även på hur och under vilka tider förändringen av stadsrummet har försiggått som mest intensivt och vilket kulturhistoriskt värde lämningar under jord tillmättes under den enskilda stadens mest expansiva period/er. Det föreligger också stor variation inom landet och över tid när man ser till rapporteringsfrekvensen för arkeologiska undersökningar och de därav avhängiga förutsättningarna för att kunna göra en mer kvalitativ analys av materialen.

Även icke antikvariska faktorer har påverkat stadsmaterialens omfattning. Visby stadsmaterial är till exempel mycket sparsamt på grund av att byggandet av de medeltida stenhusens källare till stor del tömde staden på kulturlager. Stenlagda gator och reglerad renhållning bidrog också till att minimera ackumulering av fyndbärande kulturlager. Andra städer, som Sigtuna och Lund, har avsevärda kulturlagervolymer, vilka genererat ett rikare artefaktmaterial.

Det enda stadsmaterialet som är så pass omfattande och kvalitativt att det kan bära en egen analys är emellertid Lunds. Materialet därifrån kommer därför att utgöra stommen för tolkningen av läkekonsten i städerna. Övriga stadsmaterial, där det ofta endast är möjligt att konstatera viss närvaro eller frånvaro av föremål, kommer att tjäna som komplement, för att underbygga eller nyansera en mer övergripande analys av stadsmaterialen generell.

Städerna redovisas i det kommande i geografisk ordning från söder mot norr. Redovisningen för respektive stad inleds med uppgifter om eventuella vårdande institutioner och i förekommande fall redovisas uppgifter om kända praktiker. Därefter följer en detaljerad katalogartad redovisning av fyndmaterialen kvarters- eller stadsdelsvis. Behandlingen av varje stad avslutas med en sammanfattande kommentar. Redovisningen av Lundamaterialet skiljer sig från de övriga städernas genom att även inkludera historiskt baserade uppgifter om individuella praktiker kvartersvis. Detta beror på att sådana uppgifter finns tillgängliga för Lund i publicerat skick. Efter redovisningen

av Lundamaterialet följer dessutom en analys med avseende på rumslig spridning i stadsrummet och tiden, och dels på läkekonstens inriktning eller karaktär (ett försök till funktionsanalys).

Den närmast heltäckande inventering av föremål i svenska föremålsmagasin som gjorts inom denna studie har resulterat i ett mycket stort material, spritt över flertalet städer där arkeologiska undersökningar företagits. Ett antal av dessa städer har utifrån såväl kvantitativa som kvalitativa kriterier valts ut att presenteras mer ingående här.

- De ska genom sin geografiska spridning i landet någorlunda täcka in studiens kärnområde (Götaland och Svealand).
- De ska genom sin kronologiska spridning och sitt historiska förlopp täcka in den studerade perioden (ca 1100–1600 e. v. t.).
- De aktuella arkeologiska materialen från respektive stad ska vara så pass omfattande att de enskilt eller tillsammans med andra stadsmaterial kan tjäna som underlag för att belysa läkekonstens utveckling och variation.

De utvalda städerna är Lund, Visby, Linköping, Vadstena, Skara, Gamla och Nya Lödöse, Sigtuna samt Uppsala. Ytterligare städer hade utifrån de två första kriterierna kunnat inkluderas i studien, men har fallerat på det tredje. Enstaka artefakter från andra städer och profana miljöer används och presenteras emellertid i avhandlingens textdel.

Motsvarande urvalsprocess som gjorts på stadsnivå har också gjorts på kvartersnivå för respektive stad. Kvarteren redovisas i bokstavsordning (undantaget är Gamla Lödöse som saknar kvartersnamn samt Nya Lödöse där kvarter inte framgår för de arkeologiska fynden). Eftersom syftet är att belysa var och när olika typer av läkekonst har förekommit, har enstaka ströartefakter ansetts mindre intressanta, såvida de inte är särskilt nämnvärda och talande föremål.

Lund

I Lund fanns ett hospital, S:t Jörgen, som låg utanför stadens östra port. Det grundades möjligen redan under 1100-talets sista decennier. I staden fanns även ett helgeandshus, beläget strax innanför den södra porten. Detta grundades 1269 och år 1587 uppgick även hospitalet i detta. Artefaktmaterialet från Lund visar genom sin spridning emellertid tydligt att läkekonst framför allt utövades inom den profana sfären. Endast undantagsvis har föremål påträffats på kyrkliga eller andra institutionstomter, som ett par åderlättningsjärn vid S:t Jörgens hospital.

Skriftliga källor visar att bardskärer och apotekare under 1500–1600-talen var bosatta och verksamma i stadens mest centrala delar; huvudsakligen kring Stortorget. Tomterna på torgets västra sida ägdes och arrenderades av en rad praktiker. Det finns även uppgifter om praktiker under 1300-talet, men det är inte känt var i staden dessa verkade.

Det arkeologiska materialet ger ett större tidsdjup än det skriftliga. I Lundamaterialet finns både kärl och instrument representerade. Spridningsmönstren för dessa båda kategorier av föremål följs åt från tidigmedeltid och fram till slutet av 1500-talet. Under 1000–1200-talen förefaller läkekunniga ha varit verksamma utmed den stora genomfartsleden i nordsydlig riktning som senare blev Stora Södergatan – Kyrkogatan – Bredgatan.¹ Under 1300- och 1400-talen visar fyndmaterialet däremot samma koncentration till tomtorna kring Stortorget, framför allt vid dess nordvästra del, som vi senare kan se i det skriftliga källmaterialet. Under 1500–1600-talen är fynden mer spridda i stadsrummet, men med störst koncentration kring Stortorget. I grova drag kan fyndens spridning sägas följa bebyggelsens i stort utbredning under de olika tiderna. Samtidigt visar de att de läkekunniga under hela den studerade perioden var verksamma centralt i stadsrummet.

Artefaktmaterialet visar också att den rumsliga lokalisering som vi kan se i det eftermedeltida skriftliga källmaterialet från 1500–1600-talet var etablerad flera hundra år tidigare. Redan under medeltidens senare hälft var de läkekunniga verksamma runt stadens torg. En skillnad mellan det medeltida och det eftermedeltida materialet är emellertid att det under medeltiden inte går att urskilja någon åtskillnad mellan tomter med medicinskt respektive med kirurgiskt material. En viss sådan segregering går dock att märka i det eftermedeltida materialet. Detta antyder att en uppdelning mellan olika yrkesgrupper under medeltiden ännu inte gjorts, utan att en och samme praktiker tillhandahöll såväl medicinering som kirurgi och annan behandling. Under eftermedeltid går det däremot att urskilja en viss separering, vilket sannolikt speglar den början till yrkessegratering som då låg i tiden.

Precis som det arkeologiska materialet indikerar de skriftliga källorna att praktiker ständigt funnits i staden. Hårskärare finns omtalade på 1300-talet och bardskärer från 1540-talet och framåt. Från 1620- till 1650-talet kan flera parallellt verksamma praktiker beläggas. Särskilt många finns omnämnda på 1640-talet. Möjligen kan man tänka sig att detta var en följd av att de svensk-danska krigerna skapade ett behov av och även gav grundläggande erfarenheter och kunskaper åt ett större antal bardskärer (fältskärer), vilka sedan sökte sig till städerna. Den förste provinsialläkaren nämns i slutet av 1500-talet och från och med då förefaller även en eller flera läkare ständigt ha varit verksamma i staden. Den förste apotekaren omnämns 1614, men inte förrän 1627 öppnades en apoteksfilial i staden, i kvarteret S:t Laurentius (då av en annan apotekare än den tidigast omnämnda).

1. Det mellersta partiet, Kyrkogatan, förbi domkyrkan, lades dock inte ut förrän på 1700-talet. Dessförinnan gick vägen längre åt väster, runt kv. Altona.

Källmaterialet från Lund

Lund var den ytmässigt största staden i Norden under medeltiden. Arkeologen Stefan Larsson har menat att den även var den "volymmässigt största", i betydelsen att staden har avsatt mycket tjocka kulturlager.² De yngre (eftermedeltida) lagren har dock inte undersökts i större omfattning. Kulturlagrens omfattning, tillsammans med en lång tradition av fyndinsamling och arkeologisk aktivitet, har resulterat i ett omfattande arkeologiskt källmaterial. Det har även medfört att antalet artefakter med anknytning till kroppsvård och läkekunst är förhållandevis stort.³ Allt är emellertid inte tillvarataget vid arkeologiska undersökningar. Kulturens grundare, Georg J:son Karlin, samlade och inköpte redan från slutet av 1800-talet föremål som påträffades vid olika markarbeten i staden och som ansågs intressanta. Medan dessa föremål ofta (men långt ifrån alltid) har känd proveniens i fråga om kvarter eller gata, saknas den närmare kontexten och möjligheten till datering. Från 1930-talet och flera decennier framöver utvecklade arkeologen Ragnar Blomqvist den arkeologiska verksamheten till att omfatta egentliga arkeologiska undersökningar, där frågor kring datering och topografi sökte besvaras. Flera av hans undersökningar har därför genererat material med större analytisk potential och de är ofta rapporterade eller omskrivna i någon form. Under decennierna i slutet av 1900-talet genomfördes ett stort antal undersökningar i staden. Flera finns rapporterade, men de allra flesta här berörda undersökningarna är orapporterade i egentlig mening. Under 2000-talets första årtionde gjordes därför så kallade arkivrapporter över många av dessa, baserade

2. Larsson 2000, s. 19.

3. Materialet förvaras vid Kulturhistoriska museet i Lund. Det fyndmaterial som gått igenom inom denna studie är samtligt material som i februari 2008 fanns sorterat i Kulturens magasin på Gastelyckan under kategorierna B (Bildning), H (Hantverk), O (Hushåll), Q (Personliga ägodelar), R (Kroppsvård/sjukvård) – dock ej kammar – och T (Ej funktionsbestämda föremål), samt massmaterial i form av keramik från de kvarter där någon preliminär indikation givits utifrån andra material att en praktiker kan ha verkat. Keramik från följande kvarter och KM-nummer har sålunda studerats (mars 2011): Kv. Apotekaren: KM 18.804; KM 18.789; KM 38.458; KM 37.297; KM 37.302; KM 70.361; Kv. KM 20.299; KM 20.280; KM 20.282; KM 20.419; KM 20.438; KM 38.315; Kv. Billegården: KM 82.909; Kv. S:t Clemens: KM 66.166; KM 71.839; Kv. Färgaren: KM 53.436; KM 70.917; KM 71.075; KM 50.316; KM 50.611; Kv. Glädjen: KM 15.252; KM 20.179; KM 18.697; KM 20.215; KM 20.243; Kv. Gråbröder: KM 16.575; KM 19.840; KM 18.203; KM 23.079; KM 71.719; Kv. Gyllenkrok: KM 76.420; Kv. S:t Jörgen: KM 49.185; Kv. Katedralskolan: KM 74.116; Kv. Repslagaren: KM 69.023; KM 69.879; KM 61.277; KM 23.717; Kv. S:t Botulff: KM 57.382; KM 57.135; Kv. S:t Jakob: KM 64.983; KM 16.424; Kv. S:t Laurentius: KM 22.783; KM 22.804; KM 22.793; Kv. S:t Märten: KM 59.101; KM 78.367; KM 24.382; Kv. Svartbröder: KM 38.367; KM 44.560; KM 64.084; KM 62.892. I februari 2011 gick även samtliga av Kulturens utställningar med medeltida och tidigmodernt artefaktmaterial igenom, vilket framför allt var Metropolis, "Studiemagasinet" och "Vardagsrummet" samt tillhörande databas.

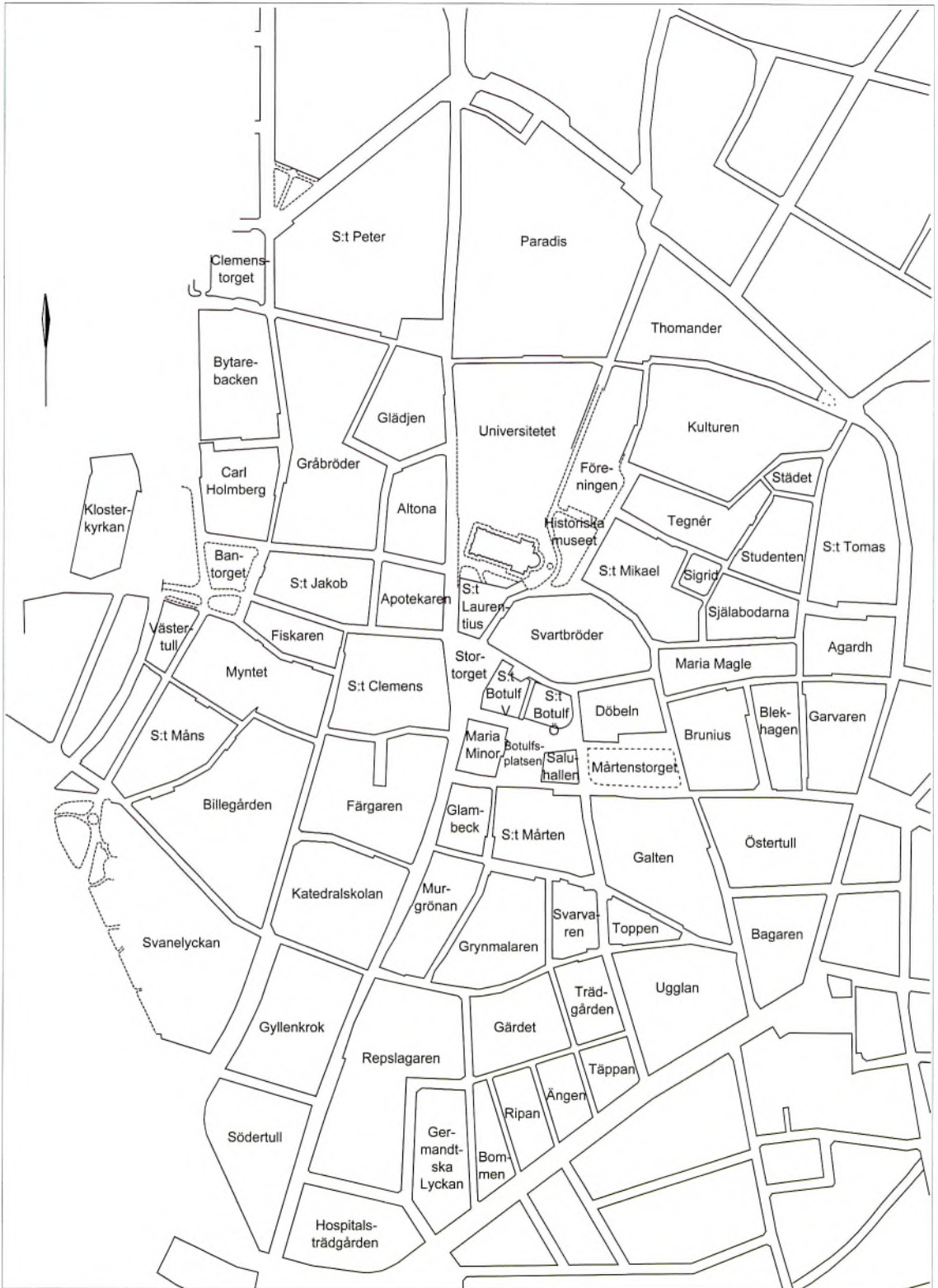


Fig. K1. Karta över Lunds kvarter, baserad på Andrén 1980, fig. 4.

framför allt på arkivmaterial. Arkivrapporterna är emellertid endast kortfattade redogörelser för vad som finns i fråga om fynd- och dokumentationsmaterial och inte analytiska rapporter som ger en mer detaljerad förståelse för platsen eller för materialens sammanhang.

Genom att mycket av det här analyserade artefaktmaterialet härrör från undersökningar med undersökningsmetodiker och inte minst dokumentations- eller rapporteringsförfaranden som inte möjliggör en närmare datering eller kontextuell förståelse, blir framför allt den kronologiska analysen vag.⁴ Det är dock möjligt att göra en grov kronologisk indelning på grundval av det material som är någorlunda daterat. Den stora totala artefaktmängden lämpar sig även väl för en korologisk analys, där spridningen i stadsrummet kan studeras. Trots sina begränsningar är Lundamaterialet därmed det stadsmaterial som har högst analytisk potential i den här studien.

Arkeologen Anders Andrén gjorde inom ramen för projektet *Medeltidsstaden* en genomgång av medeltida och eftermedeltida skriftlig dokumentation från Lund.⁵ Jag har framför allt använt hans genomgång av eftermedeltida (1500- och 1600-tal) uppgifter kring ägo- och jordskyldsförhållanden, för att få en uppfattning av var i stadsrummet läkekonstens olika utövare bodde och verkade under denna period.⁶ Även dessa uppgifter, som är medtagna också för kvarter från vilka artefaktmaterial av intresse saknas, redovisas kvartersvis nedan under rubriken *Invånare* (fig. K1). Uppgifterna belyser en tidsperiod som till stor del faller utanför undersökningens tidsramar, men tillsammans med spridningskartor över det medeltida fyndmaterialet utgör även de yngre skriftliga uppgifterna ett mycket värdefullt material som ökar tidsdjupet i analysen. Som kartunderlag för mina spridningsanalyser har jag använt Anders Andrén's karta över tomtförteckningar, så som staden kan ha varit strukturerad omkring år 1500.⁷ Nedan presenteras dock vektoriserade kartbilder baserade på denna.

KVARTERET ALLHELGONA OCH HELGONABACKEN

En bit norr om den medeltida staden låg Allhelgonaklosteret. Det anlades under sent 1000-tal och följde benediktinregeln. Det var troligen benediktinernas första kloster i Danmark och kom att få en särställning inom orden i Norden.⁸ Under 1800-talet var området en park och 1838 anlade apoteket Svanens dåvarande föreståndare Forshäll en hälsobrunn där. Denna upphörde dock redan 1844.⁹

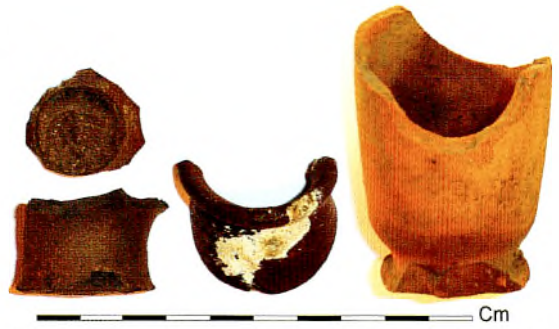


Fig. K2: Salvekrus (KM 49.186:281c; KM 49.186:268) och apotekskärl (KM 49.186:281d; KM 49.186:99) från kv. Allhelgona och Helgonabacken i Lund.



Fig. K3: Glasflaskor från kv. Allhelgona och Helgonabacken i Lund (KM 49.186:287; KM 49.186:266b; KM 49.189:281a).

Idag omfattar området framför allt platsen för Allhelgonakyrkan, universitetsbiblioteket och de sydöstligaste delarna av lasarettområdet.¹⁰

Artefaktmaterialet

Under 1950-talet gjordes arkeologiska undersökningar inför en tillbyggnad till universitetsbiblioteket. Flertalet av de fynd jag noterar härstammar från de undersökningarna. Artefaktmaterialet är inte särskilt varierat för att vara ett klostermaterial. Det rör sig om två medeltida salvekrus i stengods, ett mindre apotekskärl i stengods, ett större salvekrus/apotekskärl i rödgods, samt några små glasflaskor (fig. K2 och K3). För fynden från biblioteksgrävningen finns vissa kontextuella uppgifter (ruta och djup).¹¹ Undersökningsytan har delats in i koordinatnät och kulturlagren har grävts i så kallade stick av varierande tjocklek. Detta har dock inte kunnat ligga till grund för analys här.

Salvekrusen i mörkgrått slammat stengods är hög- eller senmedeltida. Det ena har låg för och det andra hög.¹² Det tredje stengodskärl är av degelform med profilerad mynning och har saknat hank.¹³ Det kan dateras till sent 1500-tal eller 1600-tal. Även rödgodskärl är från denna tid.¹⁴ Det har raka bukväggar och närmast cylindrisk,

4. Jfr Larsson 2000.

5. Andrén 1980.

6. Jordskyld var en avgift för arrende med ständig besittningsrätt, särskilt till stadstomter.

7. Andrén 1982, s. 19, karta 1.

8. Blomqvist 1951, s 161ff.; Johansson-Hervén 2007, s. 18.

9. Johansson-Hervén 2007, s. 26f.

10. Blomqvist 1951, s. 161.

11. Arkeologiska arkivet, Kulturhistoriska museet, Lund.

12. KM 49.186:281c; KM 49.186:268.

13. KM 49.186:281d.

14. KM 49.186:99.

albarelloinspirerad form. De små glasflaskorna är alla av ett slag som kan ha använts för flytande medikamenter eller olja. De kan alla vara klostertida.¹⁵

Kommentar

Det är troligt att kärlen, med undantag för det degelformade och det yngre stengodskärl, härrör från Allhelgonaklostrets tid. Benediktinorden hade en positiv inställning till läkekonsten och inom orden fanns många framstående på området. Materialet från Allhelgona i Lund ger emellertid ingen ytterligare möjlighet att belysa detta. Medikamentskärlen visar endast att klostrets invånare under senare delen av medeltiden använt sig av specialkärl för medikamenter.

KVARTERET ALTONA

Kvarteret ligger väster om domkyrkan. Idag går Stora Södergatan mellan kvarteret och kyrktorget, men runt år 1500 gick den huvudsakliga farvägen runt kvarteret på dess västra sida och dess östra sida gränsade direkt mot domkyrkotomten med kyrkogård, skild från denna av en mur. Under medeltiden utgjorde södra delen av kvarteret platsen för kungsgården.

Invånare

Tomterna i kvarterets sydvästra hörn (291:1) ägdes i mitten av 1500-talet av Jost Bardskär.¹⁶ Platsen ska då ha varit tämligen öde, varför det inte är troligt att Jost Bardskär hade sin praktik där. Denna hade han sannolikt i kvarteret S:t Laurentius, mot torget till, där han också hade tomt.¹⁷ Under 1600-talets mitt eller senare del ägdes samma tomt av professor (ej medicine) Caspar Weiser, och medicine professor Erasmus Sackensköld ägde samtidigt en gård som förefaller ha legat i den nordöstra delen av kvarteret.¹⁸

KVARTERET APOTEKAREN

Kvarteret ligger helt centralt i staden, nordväst om Stortorget och sydväst om domkyrkan. Under medeltiden låg S:t Clemens kyrka i kvarterets nordvästra del.¹⁹ Det är i detta kvarter som dagens apoteket Svanen ligger. Apoteket har legat på platsen sedan mitten av 1600-talet, men den nuvarande byggnaden uppfördes först i slutet av 1800-talet.²⁰ Intressanta fynd finns framför allt från kvarterets östra del.

Under åren 1979–1980 gjorde Kulturen en större arkeologisk undersökning på tomt nummer 4. Undersökningen

är inte rapporterad, men arkeologen Gunilla Gardelin har sammanställt en översikt utifrån arkivmaterial i Kulturens arkeologiska arkiv.²¹ Enligt Gardelin kunde fjorton olika bebyggelseskeden urskiljas mellan sent 900-tal och tidigt 1400-tal. Under 1100-talets första hälft (ca 1115–1140) förefaller bebyggelsen ha rätats upp mot Stortorget och verkstäder funnits på platsen. Under 1300-talet förtätades bebyggelsen alltmer och möjligen byggdes bodar med placering ut mot torget. Hantverkare har alltså haft sina verkstäder ut mot Kyrkogatan. Fyndmaterialet från undersökningen är omfattande. Det representerar enligt Gardelin i sin helhet profan vardags- och hantverksmiljö. Även på kvarterets sydvästra tomt (nr 5), den så kallade Ohlins hörna, har relativt omfattande arkeologiska undersökningar företagits. Inte heller dessa är rapporterade.

I kvarterets sydvästra hörn, på tomt 288–289 (mot-svarande Apotekaren 7), ska en badstuga ha legat under 1200-talets andra hälft. Från år 1269 finns ett omnämnande av hur ärkedjåknen Erland Erlandsen brukade bada där tillsammans med sina medbröder och sitt husfolk.²²

Artefaktmaterialet

Fyndmaterialet från kvarteret Apotekaren speglar delvis den apoteksaktivitet som försiggått där från mitten av 1600-talet och framåt, men en del av fyndmaterialet tyder också på kirurgisk aktivitet, möjligen framför allt före apotekets tid, under medeltiden.

Från Apotekaren 3 i kvarterets nordöstra hörn, finns ett apotekskärl av albarelloliknande form med trolig datering till 1600-talet, men i övrigt inga spår efter läkeverksamhet (fig. K4).²³

Från Apotekaren 4, dvs. mittentomten ut mot Kyrkogatan, där apoteket Svanen så småningom kom att ligga, är materialet rikare. Föremålen har stor kronologisk spridning, från tidigmedeltid till tidigmodern tid.

Vissa föremål, såsom en liten kniv samt en liten sil, har en möjlig men inte säker koppling till läkekonsten. De kan vara tidigmedeltida.²⁴ Kniven har ett mycket tunt och fint litet blad (fig. K5).²⁵ Då eggen är förstörd av korrosion går det inte att bestämma helt säkert, men dess delikata form gör den väl lämpad för finkirurgisk användning och den klassificeras därför här som en möjlig skalpell. Silen är av kopparlegering (fig. K6).²⁶ Den är svagt kupad och har av storleken att döma kunnat sitta på en flaska eller motsvarande.

Från högmedeltid finns en trolig skalpell, en fällkniv

15. KM 49.186:287; KM 49.186:266b; KM 49.189:281a.

16. Andrén 1980, s. 19, karta 1; Andrén 1982, s. 112.

17. Se katalogen för detta kvarter.

18. Blomqvist 1978, s. 187. Kvartersgränserna har delvis ändrats.

19. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

20. Nordholm 1971, s. 5.

21. Gardelin 2007a.

22. Andrén 1982, s. 111.

23. KM 18.804.

24. Föremålen är inte säkert daterade men påträffades i kontexter med A-gods, utan inslag av yngre godstyper.

25. KM 70.361:1258.

26. KM 70.361:1185.



Fig. K4: Apotekskärl från kv. Apotekaren 3 i Lund (KM 18.804).



Fig. K5: Skalpell från kv. Apotekaren 4 i Lund (KM 70.361:1258).



Fig. K6: Liten sil, fotograferad på utställningen Metropolis på Kulturen, från kv. Apotekaren 4 i Lund (KM 70.361:1185).



Fig. K7: Skalpell och fällkniv från kv. Apotekaren 4 i Lund (KM 70.361:449; KM 70.361:846).

samt en pincett (fig. K7). Skalpellens har ett kort blad med rak egg och rygg som sluttar mot spetsen.²⁷ Den är hårt konserverad, vilket gör att eggen synes förtjockad, men bladets form framstår ändå som förhållandevis välbevarad. Fällkniven har tämligen rak egg.²⁸ Skafvet/hylsan är inte bevarat. Den har klassisk form, sådan som användes för rakning, men även för kirurgiska ändamål. Pincetten är en förgylld epileringspincett.²⁹ Den har troligen ursprungligen haft böjda skänklar och raka skänkelspetsar för ett tätslutande grepp.

27. KM 70.361:449. Hela undersökningen berörde lämningar från ca 990–1410. I den aktuella fyndkontexten fanns BI-, BII- och CI-gods.

28. KM 70.361:846. Påträffad i anläggning 13, som var en broläggning av trä, vilken överlagrade en kontext innehållandes myntstamp från Valdemar I, dvs. år 1157+.

29. KM 70.361:497. Hela undersökningen berörde lämningar från ca 990–1410. I den aktuella fyndkontexten fanns BI-, BII- och CI-gods. Föremålet var vid inventeringstillfället utställt i "Studiemagasinet" på Kulturen i Lund.



Fig. K8: Salvekrus och apotekskärl från kv. Apotekaren 4 i Lund (KM 70.361:41 (2 skärvor); KM 70.361:185; KM 70.361:414; KM 37.297:56 V; KM 70.361:259).



Fig. K9: Pincett från kv. Apotekaren 4 i Lund (KM 70.361:1134).

Från tomten finns även skärvor från tre salvekrus som kan vara hög- eller senmedeltida, samt två apotekskärl som är eftermedeltida, troligen från 1600-talet och alltså med möjlig koppling till apoteket (fig. K8). Ett av salvekrusen har rak mynning, rundad buk och hank.³⁰ De är tillverkade i mörkt gods med klar glasyr. De andra två skärvorna skulle kunna härröra från ett och samma kärl.³¹ Godset och ytbehandlingen är likadana. De visar en utsvängd mynning, rundad buk och hank. Båda kärlen är tillverkade i mörkt oglaserat stengods. De båda apotekskärlen påminner om varandra.³² De är tillverkade i tunt stengods med utvändig klar glasyr. De saknar fot och har cylindrisk, albarellinspirerad form.

Från samma tomt finns dessutom en pincett utan närmare datering (fig. K9).³³ Den har inpunsad dekor på skänklarna och invinklade skänkelspetsar som är avfasade, men raka mitt på spetsen för ett tätt grepp. Den kan ha använts för epilering.

Från Apotekaren 5 i kvarterets sydöstra hörn finns en trolig skalpell, en fällkniv, samt ett salvekrus i stengods (fig. K10). Dessutom finns något så ovanligt som en finger-

30. KM 70.361:41; KM 70.361:185; KM 70.361:414.

31. KM 70.361:185 och KM 70.361:414.

32. KM 37.297:54 VI; KM 70.361:259.

33. KM 70.361:1134. Undersökningen vid vilken den framkom berörde framför allt perioden ca 990–1410 e.v.t.



Fig. K10: Skalpelli, fällkniv och salvekrus från Apotekaren 5 i Lund (KM 20.438:10; KM 20.302; KM 38.315:87).



Fig. K11: Enkel, liten, skarp kirurgisk hake från Lilla Fiskaregatan i Lund, fotograferad i utställning i Studiemagasinet på Kulturen (KM 19.361).

tuta eller -bandage i läder.³⁴ Föremålen, med undantag av stengodskärllet, är inte närmare daterade.

Eftersom skalpellen är hårt konserverad är eggpartiet svårbedömt och bestämningen är därför något osäker.³⁵ Det spetsiga bladet är cirka 2,6 cm långt, har konvex egg och något konvex rygg. Dess tånge är, trots att den är avbruten, anmärkningsvärt lång (hela instrumentet är i bevarat tillstånd 13 cm) och har rektangulärt snitt. Fällkniven har hylsa/handtag av mässing, vilket är ornerat.³⁶ Handtaget är en dryg decimeter långt och profilerat för ett stadigare handgrepp. Knivbladet av järn är infällt och därför inte möjligt att studera närmare. Fingertutan är en läderhylsa att trä på ett finger, med läderremmar att binda fast den med.³⁷ Den har samma utformning som ett modernt fingerförband. Salvekruset i stengods är av hög- eller senmedeltida typ, med låg fot och utsvängd buk.³⁸

I Lilla Fiskaregatans östligaste del har en liten skarp kirurgisk hake påträffats (fig. K11).³⁹ Fyndlokalen är angiven till Clemensgatan eller Klementsgården.⁴⁰ Det är oklart för mig vad som avses med "Klementsgården" och om den låg i kvarteret S:t Clemens eller i kvarteret Apotekaren. Instrumentet är för svenskt vidkommande näst intill unikt i sitt slag. Endast från Vreta kloster finns dess

motsvarighet. Instrumentet är tillverkat av kopparlegering och är uppskattningsvis knappt 10 cm långt, men har endast kunnat dokumenteras på sin plats i en utställningsmonter. Det består av ett skaft med en liten krok i ena änden. Krokens spets är inte vass, men smal. Skaftet är spolformat och slutar i en mjuk spets.

Invånare

Från tiden efter medeltiden finns skriftliga belägg för att flera tomter i kvarteret Apotekaren ägdes av personer verksamma inom läkekonsten. År 1615 innehade Peter Petersen Bardskær tomt nummer 287:1+2 och 1634 även tomt nummer 286 (samtliga tre tomter motsvarar Apotekaren 5). År 1670 innehades samma tomter av hans arvingar. Jag har inte sett några uppgifter om att hans yrke gick i arv till dessa, men det är inte omöjligt. Peter Bardskær blev med tiden både rådman och borgmästare i staden, och bör alltså ha varit tämligen framgångsrik. Han arrenderade även tomten på hörnan i kvarteret S:t Clemens mitt emot, söder om Lilla Fiskaregatan.⁴¹

Strax norr om bardskärens tomt verkade vid samma tid apotekare Claus Bogförer som 1614–1618 innehade norra delen av tomt 285:2. Han betalade arrende för samma tomt från 1620-talet och hans änka verkar ha fortsatt med detta åtminstone fram till 1650.⁴² År 1648 förvärvade Paul Erman södra delen av 285:2 och år 1667 den norra delen av 285:2 (det vill säga i Apotekaren 3 och 4).⁴³ Senast 1651 öppnade apoteket på plats i kvarteret.⁴⁴ Det var efter att han fått privilegiebrev för Lundaapoteket och flyttat apoteket Svanen till den tomt där det idag ligger.⁴⁵ Dessförinnan låg apoteket i Apotekargården vid Lilla Kyrkiostrådet, i kvarteret S:t Laurentius. Paul Erman förestod apoteket mellan åren 1645–71. Efter honom övertog Christian Erman.⁴⁶ Apotekshuset blev emellertid under dennes tid illa skadat under skånska kriget, då delar av staden eldhärjades sommaren 1678. Verksamheten hade därefter svårt att riktigt hämta sig och Christian Erman avsattes av den anledningen som apoteksföreståndare år 1699.⁴⁷

På en tomt mellan apotekstomten och bardskärstomten (närmare bestämt på tomt 285:3 samt västra delen av 285:2, det vill säga huvudsakligen motsvarande Apotekaren

41. Blomqvist 1978, s. 75; Andrén, 1982, s. 111.

42. Andrén, 1982, s. 110, 118. Andrén uppger honom för jordskyld för tomten 285:2 år 1650 men i uppgifter för tomt 320 i kv. S:t Jakob står att hans änka betalar jordskyld på 1640-talet.

43. *Ibid.*, s. 110.

44. Nordholm 1977, s. 1. Nordholm anger 1651, men tomten förvärvades alltså redan tre år tidigare.

45. Dessförinnan låg det på Lilla Kirkestrådet, som löpte genom kv. S:t Laurentius, mellan Stortorget och domkyrkan; se detta kvarter.

46. Det ligger nära till hands att tänka sig att detta var Erman den äldres son, men jag har inte funnit några uppgifter om detta.

47. Nordholm 1971, s. 8ff.

34. KM 20.299:IVB, vid inventeringstillfället utställt i monter 22, utst. nr 768, "Vardagsrummet", och därför ej fotograferad.

35. KM 20.438:10.

36. KM 20.302.

37. KM 20.299:IVB; utställd i monter 22, utst. nr 768, "Vardagsrummet". Ej fotograferad.

38. KM 38.315:87.

39. KM 19.361.

40. Kulturen, Accessionsloggaren.

4) huserade några decennier senare medicinprofessorn Christopher Rostius, som köpte tomten av Christian Erman.⁴⁸ Rostius var innehavare av den första lärostolen i praktisk medicin vid Lunds universitet, men enligt egen uppgift hann han inte undervisa mycket eftersom hans verksamhet som praktiserande läkare tog det mesta av hans tid i anspråk. Han undervisade ändå till viss del vid universitetet och även privat. Som kuriosas kan nämnas att han inom sin privata undervisning använde sig av dissektioner.⁴⁹ Det är troligt att Rostius, enligt tidens praxis, hade besiktningsrätt för apoteket.

Kommentar

I det skriftliga materialet finns uppgifter om en högmedeltida badstuga i kvarterets västra del samt om att en bardskär, flera apotekare och en medicine professor varit verksamma i kvarterets östra del under 1600-talet. De arkeologiska fynden visar emellertid på ett större tidsdjup i verksamheten, från tidig- eller högmedeltid till tidigmodern tid. Det visar på en variation av behandlingar som inkluderar både kirurgisk behandling och medicinering, där såväl kirurgiska skalpeller som medikamentkärn finns från kvarteret redan från medeltiden, men där en stor del av apotekskärnen inte oväntat är från den tid då det funnits apotek i kvarteret. Artefaktmaterialet indikerar alltså att traditionen av läkeverksamhet i kvarterets östra del är flera hundra år äldre än vad som spåras i de skriftliga källorna. Det medeltida artefaktmaterialet visar också att det då inte var någon tydlig rumslig åtskillnad mellan artefakter av medicinsk respektive kirurgisk karaktär. De förekommer tillsammans under medeltiden, vilket tyder på att någon uppdelning mellan medicin och kirurgi då ännu inte skett i det medeltida Lund. Under tidigmodern tid är emellertid materialet från den dåvarande apotekstomten (nummer 3 och 4) mer renodlat medicinskt, utan tydliga inslag av kirurgiska instrument. Motsvarande renodling är inte lika tydlig för "bardskärstomten" i söder (nummer 5), varifrån även medicinska föremål finns från denna tid. Detta antyder en begynnande yrkesuppdelning, men speglar samtidigt att även kirurgen/bardskären använde medikament i sin verksamhet, medan apoteket sysslade med ren handelsverksamhet, utan kirurgiska behandlingsinslag.

Materialet från kvarteret Apotekaren visar alltså att läkekonst utövades här, helt centralt i staden, åtminstone från högmedeltid och framåt. Möjligen ger det oss anledning att även fundera kring om huruvida den år 1269 omnämnda badstugan i kvarterets sydvästra hörn var offentlig, snarare än privat. Inget artefaktmaterial finns som antyder att läkare varit verksamma på badstugutomten, men det är inte otänkbart att olika kategorier av yrkesmän och -kvinnor

som sysslade med kroppsvårdande verksamheter medvetet förlade dessa i närheten av varandras verksamheter. På samma sätt som vi kan se att apotekarna öppnade sin verksamhet på tomten precis bredvid bardskärens tomt i mitten av 1600-talet, förefaller det som att badstuga och läkare varit grannar under hög- och kanske även senmedeltid.

KVARTERET BILLEGÅRDEN

Kvarteret är stort och ligger centralt i Lund, men utan anknytning till torgen eller huvudgatorna. Under medeltiden låg S:t Peters kyrka i kvarterets södra del. Kvarterets norra del hörde emellertid till S:t Drottens socken.⁵⁰ Från den nordöstra delen av kvarteret finns en trolig liten finskalpell i kopparlegering (fig. 47, kap. 2.1.8.).⁵¹ Eggen är endast 1,0 x 0,5 cm stor. Större delen av skaftet har rektangulärt snitt. Det avslutas med en kortare tånge med kvadratisk snitt, som visar att skaftslutet även haft en organisk handtagsdel. Skalpellen kan endast ha använts för mycket delikata ingrepp. Den påträffades i omlagrade massor, men kan vara från 1420–1450 eller äldre.⁵²

KVARTERET DÖBELN

Kvarteret Döbeln ligger relativt centralt i Lund och omfattade runt år 1500 både det nuvarande kvarteret och Mårtenstorget.⁵³ Det begränsades då av Skomakaregatan, Kiliansgatan, Västra/Östra Mårtensgatan och Svartbrödersgatan. Den lilla gata vid namn Svartbrödersgatan som löper utmed kvarteret Döbelns östra sida kallades förr för *Döbelstrådet* eller *Döbelnska Strådet*. I kvarterets nordvästra del ligger idag den medeltida tegelbyggnad som går under namnet Krognoshuset. Det är stadens äldsta bevarade profana byggnad. Huset är från 1300-talet och uppkallat efter släkten Krognos, vilken lät uppföra det. Efter att släkten dog ut under slutet av 1500-talet bedrevs troligen garveriverksamhet på tomten under en period. Därefter kom den att ägas av en lång rad kaniker, rådmän och professorer. I slutet av 1600-talet förvärvades gården av den förste medicine professorn i Lund, Erasmus Sack, senare adlad Sackenschöld. Kvarteret hade tidigare varit uppdelat i tre tomter, men Sackenschöld var förmodligen den som samlade alla tomterna till en enda, innefattande hela det nutida kvarteret Döbeln och Mårtenstorget. Hans gård var därmed en av de största stadsgårdarna i Lund.⁵⁴

Kvarterets norra del har undersökts arkeologiskt. Fynd har även inlämnats till Kulturen vid olika byggnationsar-

50. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

51. KM 82.909:99.

52. Gardelin *in prep.*

53. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

54. Balic 2002; Bergqvist 2008. Dessförinnan hade han haft en tomt i nordöstra delen av kv. Altona.

48. Andrén 1982: Uppgift från 1670.

49. Rosén 1968, s. 175.

Fig. K12: Fällkniv och spatlar från kv. Döbeln i Lund (KM 82.622:4; KM 24.530; ursprunglig numrering bortkorroderad, frågetecknet står även på fyndasken; KM 39.436).



beten i kvarterets norra del under tidigt 1900-tal. Det är i denna del av kvarteret de här aktuella fynden påträffats.⁵⁵

Artefaktmaterialet

Artefakterna av intresse är få, men signifikanta. De är alla kirurgiskt relaterade. Det finns en kirurgisk tång, en fällkniv samt vad som troligen är en spatel i kopparlegering samt en spatel i järn.

Tången är i sitt bevarade tillstånd över 33 cm lång (fig. 30, kap. 2.1.4.).⁵⁶ Två tredjedelar av dess längd utgörs av de smala skänklarna. Handtaget är försett med en fjäder för lagom motstånd i greppet. Båda skänkelspetsarna är förstörda, och det går därför inte att veta exakt hur de har varit utformade. Två varianter ligger nära till hands. Antingen har de varit försedda med små motställda, konkava, skopformade blad. Ett sådant instrument användes specifikt för att avlägsna kulor ur skottsår. De små bladen var lagom stora för att greppa kring en kula. En annan möjlighet är att de har haft räfflade plana ändar. Sådana tånger användes för att plocka ut olika främmande föremål ur sår; både kulor och bensplitter. Den kunde även användas som litotom, för att vid operation avlägsna urin- eller möjligen gallsten. De långa smala skänklarna var avsedda att kunna nå djupare in i kroppen utan att orsaka mer skada än nödvändigt. Enklare varianter finns avbildade i olika varianter från senmedeltid och framåt. Själva formen med fjädermekanismen i handtaget bör dock vara något yngre.⁵⁷

Fällkniven har ett blad med snett skuren spets (fig. K12).⁵⁸ Eggen är infälld och går därför inte att studera. Det enkla skaftet/hylsan i ben är mycket välbevarat, vilket antyder en sen datering. Den är påträffad i yngre lager och kan vara samtida med tången. Den kan, men behöver inte, ha använts kirurgiskt.

Det föremål som jag identifierar som en möjlig spatel tillverkad i kopparlegering har långt, smalt skaft med runt tvärsnitt (fig. K12).⁵⁹ I änden av skaftet finns en liten ögla. Bladets yta smalnar mot skaftet och är i sitt bevarade tillstånd cirka 3,8 cm långt. Det har en utskjutande flik eller breddning av bladet längst fram på ena sidan. På andra sidan antyder en brottyta att ett liknande utskott funnits där.

Slutligen finns det en liten spatel eller möjligen ett brännjärn i järn med handtag av ben (fig. K12).⁶⁰ Den har ett rektangulärt litet spatelblad med rundad spets, och är profilerat med fyra vulster mot skaftets fäste. Själva spatelbladet mäter cirka 3 x 1 cm. Skaftet är platt och mjukt rundat, snidat i ben. Benhandtaget är inte eld- eller sotpåverkat, vilket talar emot att föremålet har använts som brännjärn. Snarare kan det då vara en så kallad tungspatel.

Invånare

Erasmus Sackenschöld föddes i Tyskland, där han även studerade vid universitetet. Han tillträdde som professor vid Lunds universitet samma år det invigdes, vilket var 1666, och var periodvis även rektor. I slutet av 1600-talet var han under några år anställd som Karl XI:s livmedikus i Stockholm. Därefter återvände han till Lund. År 1691 köpte han Garvaregården (tomt 83:1) i kvarteret Döbeln.⁶¹ Förutom undervisning inbegrep hans tjänst ansvaret för stadens apotek. Det är oklart i vilken mån han bedrev medicinsk praktik i Lund.⁶²

Efter Sackenschöld ägdes tomten under ungefär en tioårsperiod av en professor i teologi, Thomas Ihre, och därefter åter av en professor i medicin, nämligen den kände Johan Jacob Döbelius, adlad von Döbeln.⁶³ Från 1699 var denne verksam i Skåne, bland annat under några år framgångsrikt som direktör för Malmö Barnhus. von Döbeln

55. Balic 2004; Johansson-Hervén 2001. Även Karlsson 2007e.

56. KM 14.660b eller h (fyndet märkt med svärtydd handstil).

57. Jfr Möller-Christensen 1938, s. 201, fig. 277.

58. KM 82.622.4.

59. KM 39.436.

60. KM 24.530.

61. Andrén 1982, s. 79.

62. Lunds stadsbild 1952, s. 31; Rosén 1968, s. 175ff.; Bergqvist 2008.

63. Andrén 1982, s. 79.

tjänstgjorde som stabsmedicus för de svenska trupperna i Skåne i kriget mot Danmark 1709. Några år senare var han även anställd som livmedicus åt Karl XII, som 1715 hade sitt högkvarter i Lund, och von Döbeln tjänstgjorde vid dennes fälttåg till Norge. Just von Döbelns praktik inom fältkirurgi, som läkare åt militära trupper, är intressant med tanke på den kirurgiska tången från kvarteret där han bodde. Hans arbete med att ta hand om sårade soldater omfattade inte minst behandlingen av skottskador. 1710 tillträdde han som professor i praktisk medicin vid Lunds universitet. Han fick under sin tid där till stånd en anatomisk teater, inrymd på andra våningen i det gamla akademihuset i Lundagård.⁶⁴

Kommentar

Artefaktmaterialet från kvarteret Döbeln är specifikt och tydligt till sin sammansättning. Samtliga föremål har haft en kirurgisk användning. Spatlarna är odaterade, men såväl tången som fällkniven har dateringar som sammanfaller med den tid då de båda kända praktikerna ägde gården i kvarterets norra del. Det är sannolikt att instrumenten tillhört någon av dem. Både Sackenschöld och von Döbeln hade varit verksamma som livmedikus åt krigsförande kungar, Karl XI respektive Karl XII. von Döbeln var emellertid mer inriktad mot praktisk verksamhet än vad Sackenschöld var. Vi vet dessutom att han arbetade som läkare för de stridande trupperna i Skåne. Det är därför mycket möjligt att instrumenten var hans. Han bör åtminstone ha ägt och använt sig av liknande instrument i sitt arbete vid slagfälten.

KVARTERET FÄRGAREN

Kvarteret Färgaren är ett stort kvarter på västra sidan av Stora Södergatan, söder om Kattesund. I slutet av medeltiden hängde det ihop med södra delen av nuvarande kvarteret S:t Clemens, där en tidig stavkyrka och senare stenkyrka (*Trinitatis*) låg. Stenkyrkan kom att ingå i det premonstratensklöster som grundades i mitten av 1100-talet.⁶⁵ Materialet från detta kvarter kan alltså ha anknytning till klostermiljön, men det är inte möjligt att säga säkert.

Flera arkeologiska undersökningar har gjorts i kvarteret. Jag nämner här endast de som resulterat i för denna studie intressanta fynd. 1960 gjordes en stor undersökning på tomterna nummer 22 och 23, söder om Kattesund; den så kallade *Thulegrävningen*. Det finns ingen regelrätt rapport för undersökningen, men det som uppfattades som de viktigaste resultaten finns populärt rapporterade i en

volym med undersökningens namn.⁶⁶ Där undersöktes bland annat strukturer som man tolkade som resterna efter en badstuga daterad till cirka 1020–1050, det vill säga före kyrkorna.⁶⁷ Den låg en bit in på tomten. Byggnaden var rektangulär, runt fyra meter bred (längden osäker pga. skador) och av högre kvalitet än omgivande flätverkshus. Den var byggd i trä, troligen resvirke, och hade brädgolv. Från dess östra kortväggs södra del ledde en vattenränna eller ett avlopp av eke, med fall åt öster. Rännan sträckte sig 10 meter från väggen. Det verkar dock inte ha funnits någon ugn eller eldstad i byggnaden. Fynden som kunde knytas till huset (ett hängbryne av skiffer, en järnkniv, en märkla, en kam, fem hästskosömmar, en bronsbarr, en bit guldtråd samt en sländtrissa), menades inte ge någon vägledning om husets funktion.⁶⁸ Den övriga samtida profana bebyggelsen tolkades som ”borgerlig [*sic*] bebyggelse med hus, hägnader och brunnar från tiden 1020–1050 (c:a), d.v.s. från Lunds allra första tid”.⁶⁹ Bebyggelsen på tomten från 1100-talets slut och framåt tolkades som varandes av profan karaktär.⁷⁰

Även delar av tomt 25 och 28, som vetter ut mot Stora Södergatan i kvarterets mitt och södra del, är undersökta.⁷¹ Undersökningarna finns endast rapporterade i så kallade arkivrapporter. För undersökningarna av tomt nummer 25 finns även en icke tryckt, rapportliknande undersökningsberättelse.⁷² Sex olika kronologiskt skilda tidshorisonter kunde urskiljas, från 1000-talet till och med 1500-talet. Den äldsta bebyggelsen kunde dateras till slutet av 1200-talet eller början av 1300-talet. På tomt 25 ligger fortfarande idag Stäket och Borgska huset (eller fru Görvels gård), som har daterats till 1500-talets mitt eller senare del.⁷³ Tomt 28 ägdes under 1500-talet av Stora Prästgillet.⁷⁴

Artefaktmaterialet

Artefaktmaterialet utgörs av tre kärl; ett salvekrus och två något större apotekskärl av stengods, samt en pincett (fig. K13). Utöver detta finns ett antal yngre medicinflaskor samt ett möjligt koppglas, vilka dock på grund av sina alltför sena dateringar inte behandlas här.⁷⁵

Salvekruset är av degelmodell utan fot och hank.⁷⁶ De båda apotekskärlen har samma form, men är större. Det är en botten- och en mynningsbit och det skulle kunna

66. Ibid.

67. Hus XI.

68. Blomqvist & Mårtensson 1963:118ff. samt plansch II.

69. Ibid., s. 109.

70. Ibid., s. 34, 109ff.

71. Motsvarande tomt 213:1 och 213:2 respektive 216 på Andréns karta.

72. Arkeologiska arkivet, Kulturen.

73. Karlsson 2007a.

74. Gardelin 2002; Karlsson 2007b.

75. KM 53.436.:89; KM 50.316:17; KM 50.611:2.

76. KM 70917:343 (363? Märkningen av föremålet är svårtydd).

64. Lunds stadsbild 1952, s. 31; Flaum 1968, s. 24ff.; Johansson 1982, s. 261ff.; Dal 2007; Bergqvist 2008; <http://runeberg.org/sbh/dobeljoh.html> den 4 juni 2012.

65. Blomqvist & Mårtensson 1963, s. 67ff.



Fig. K13: Salvekrus och apotekskärl från kv. Färgaren i Lund (KM 70.917:343 (363?); KM 70.917:446; KM 70.917:1945).



Fig. K14: Fällkniv, apotekskärl och glaskolv från kv. Glädjen i Lund (KM 18.697; KM 20.215; KM 20.243; KM 15.252).



Fig. K15: Apotekskärl från kv. Glädjen i Lund (KM 20.179).

röra sig om två skärvor av samma kärl. Bottenbiten saknar fot och visar en cylindrisk, något avsmalnande buk.⁷⁷ Mynningsbiten har en profilerad kant.⁷⁸ De kan dateras till 1600-talet. Samtliga stengodskärl är från tomt nummer 25, liksom pincetten.⁷⁹ Den är av enkel modell med svagt inåtböjda skänkelspetsar och är dekorerad och förgylld. Den kan klassas som vanlig epileringspincett. Pincetten är inte närmare daterad, men påträffad i profan kontext.

Kommentar

Kvarteret Färgaren är intressant genom den arkeologiskt undersökta byggnad som tolkades som en badstuga. Endast ett fåtal medeltida badstugor är arkeologiskt dokumenterade och denna har en tidigare datering än andra. Tolkningen gjordes på grundval av den tio meter långa ränna för vattenavflöde som löpte från huset. Inga spår efter väggbänkar förefaller emellertid ha iakttagits och heller inga härd- eller ugnrester. Blomqvists och Mårtenssons bestämning av byggnaden som badstuga förefaller mig därför något djärv. Det verkar onekligen som om den tjänat för någon vattenbemängd aktivitet, och bad är inte alls omöjligt, men jag menar att man bör lämna tolkningen mer öppen. Även byk, bryggeri, skinnberedning, med flera aktiviteter, kräver riklig vattenhantering och vattenavrinning.

Pincetten har ingen koppling till känd kronologi eller miljö och kan inte utgöra underlag för tolkning. Däremot är kärlen intressanta genom att de antyder en koppling till hantering av mediciner i kvarteret under 1600-talet (stengodskärlen) och senare (glaskärlen).

KVARTERET GLÄDJEN

Kvarteret Glädjen ligger utmed Kyrkogatans västra sida, mitt för Lundagård och nuvarande universitetsplatsen. Under medeltiden ingick kvarteret i S:t Nicholaus socken, vars kyrka låg i kvarteret Altona, i söder.⁸⁰ I kvarterets sydöstra hörn låg från 1200–1300-talet ett par tegelhus. Det ena är identifierat som den gård som borgaren Lydbert Bockhorn donerade till S:t Knuts altare i domkyrkan 1368.⁸¹ Det är från denna del av kvarteret som det här intressanta fyndmaterialet kommer.

77. KM 70917:446.

78. KM 70917:1945.

79. KM 70.917:420; vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" (utst.nr 2619) och är därför inte fotograferad.

80. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

81. Andrén 1980, s. 46.



Fig. K16: Skalpeller, kyrett och glasflaska från kv. Gråbröder i Lund (KM 16.575; KM 19.840; KM 18.203; KM 71.719:9).

Artefaktmaterialet

Föremålen utgörs framför allt av salvekrus samt av en trolig rundkolv i glas. Dessutom finns en fällkniv. Handtaget/hylsan på fällkniven är av järn och smalnar av mot gångjärnet (fig. K14). Änden är tjockare och rundad eller droppformad. Ett av salvekrusen är av yngre rödgods och två är av stengods.⁸² De har alla den cylindriska, albarelloinspirerade formen (fig. K14 och K15). Den troliga rundkollen har en mynningsdiameter på 3,3 cm och rundade skuldror (fig. K14).⁸³ Den kan ha använts för beredning av medikamenter; kanske destillering. Fällkniven har rak egg och konvex rygg (fig. K14).⁸⁴

Kommentar

Fyndmaterialet från kvarteret Glädjen 6 skulle kunna tolkas som att läkare av något slag varit verksam där under 1500- eller det tidiga 1600-talet. Den samlade lokaliseringen av materialet till en enda tomt gör att det bör beaktas tillsammans, då även dateringarna är någorlunda samstämmiga. Utifrån Andréns publicerade tomtförteckningar framgår det inte om det har bött några läkepraktiker i kvarteret under denna period. Det är istället exempelvis hovsångare, kaniker och (icke medicine) professorer som bött där.⁸⁵ Kanske kan man tänka sig att en praktiker hyrde rum eller lokal ”i andra hand” på tomten och därför inte är synlig i tomtförteckningarna. En alternativ tolkning är att föremålen tillhört en privatperson och har använts för personligt bruk. Kärlden, inte minst kolven, är emellertid inte av ett slag och inte heller av ett antal som normalt sett förekommer i sådana kontexter.

KVARTERET GRÅBRÖDER

Kvarteret Gråbröder är idag stort, men har ändrat utbredning över tid.⁸⁶ Idag sträcker det sig över vad som tidigare

troligen var flera olika socknar och kvarter. Tomt 319 omtalas till exempel i mitten av 1600-talet som en hage ”sönden til i graabröder”. Kvarteret omges idag av Bytaregatan, S:t Petri kyrkogata, Winstrupsgatan, Lilla Gråbrödersgatan, Stora Gråbrödersgatan och Klostergatan.⁸⁷

Ett franciskankloster låg i kvarterets sydöstra del, med kyrkan i nuvarande Klostergatans sträckning. En större västlänga har kunnat konstateras arkeologiskt, liksom resterna efter en östlänga. I anslutning till den tegelmur som förefaller ha omgärdat kyrkogården, väster om klosterkyrkan, har grunderna till ett hus påträffats, vilket kan ha varit ”brödernas sjukstuga och rakstuga, med kungens gemak” enligt uppgifter från 1536.⁸⁸ Om detta varit en sjukstuga antyder dess placering ut mot gatan att den även kan ha varit öppen för allmänheten. Läget ut mot gatan kan emellertid också tolkas som att profana läkare kom dit och vårdade bröderna.

Artefaktmaterialet

Från kvarteret finns vad jag betecknar som en möjlig och en trolig (dvs. olika grad av säkerhet i bestämningen) skalpell, en kyrett, fragment av en mindre glasflaska samt en pincett (fig. K16). Den möjliga skalpellen har ett tunt triangulärt knivblad med rak egg och rak rygg.⁸⁹ Skaftet är av ben och räfflat i ruttmönster över hela ytan. Denna form av räffling var vanlig på kirurgiska knivar åtminstone under tidigmodern tid (angående medeltiden mer oklart) och avsåg att förbättra greppet och minska skaftets halhet. Kniven är av ett förhållandevis kraftigt slag och kan ha använts för större kirurgiska ingrepp. Den troliga skalpellen är betydligt mindre.⁹⁰ Hela föremålet och särskilt knivbladet är kraftigt korroderat och de ursprungliga måtten går inte att avgöra exakt. Eggen kan dock inte ha varit mer än 2–3 cm lång. Bladet är något vinklat i förhållande till den långa tången. Skalpellen kan vara senmedeltida eller eftermedeltida.⁹¹ Kyretten har ett långsmalt, något

82. KM 20.215; KM 20.179; KM 20.243.

83. KM 15.252.

84. KM 18.697.

85. Andréns 1982, s. 109ff.

86. Andréns 1985, s. 37, fig. 10.

87. Kv. S:t Jakob.

88. Blomqvist 1951, s. 44; Andréns 1980, s. 16, 65.

89. KM 16.575.

90. KM 19.840.

91. En snarlik skalpell finns från Nya Lödöse, se denna stad.

kupat skedblad.⁹² Detta är skiljt från skaftet med en profilerad vulst. Skaftet har runt tvärsnitt och dess bakre del är möjligen en tånge som varit klädd med trä-, ben- eller hornhandtag. Den är sannolikt medeltida. Från kvarterets norra del finns dessutom en bottenskräva av en mindre glasflaska, möjligen en medikamentsflaska i ursprungligen klart glas. Den ska utifrån sin fyndkontext sannolikt dateras till eftermedeltid, möjligen 1500-talet.⁹³ Pincetten har vinklade skänklar, men parallella, raka skänkelspetsar. Det är en epileringspincett.⁹⁴

Kommentar

Glasflaskan och knivarna är påträffade i områdets sydöstra del. Sjukstugan låg i sydöst, men föremålen verkar inte vara påträffade på platsen för denna. Inget hindrar dock att de ändå ska knytas dit. Kyretten är intressant genom att den är den enda i sitt slag från Lund och det är symptomatiskt att den dyker upp vid ett kloster. Dess närmsta paralleller finns i Alvastra och Värnhem.⁹⁵ Utan att ha en närmare kontext för föremålet än att det är från tomt 311B i kvarterets sydöstra del, förefaller det mig därför tämligen oproblematiskt att knyta den till gräbrödraklostret. Även pincetten kan möjligen knytas till klostret. Skalpellerna och glasflaskan har en yngre datering än klostret, men kan vara från 1500-talet. De indikerar att en extern läkare eller kirurg varit verksam där, vilket antyder att sjukstugan fortsatte att drivas även efter reformationen.

KVARTERET GYLLENKROK

Kvarteret ligger väster om Stora Södergatan i stadens södra del. Det kan inte sägas ligga centralt, men ligger utefter den centrala genomfartsleden. Idag begränsas kvarteret av Stora Södergatan, Magnus Stenbocksgatan, Gyllenkroks allé och Swanegatan, men runt 1500 utgjorde kvarteret den norra delen av ett större kvarter som även inkluderade Södertull. Samtliga artefakter av intresse är från kvarterets nordöstra hörn, huvudsakligen från en undersökning som finns rapporterad.⁹⁶ De olika aktivitetsfaser som kunde identifieras vid undersökningen är väl daterade och redovisade.

Artefaktmaterialet

Artefaktmaterialet är litet, men värt att nämna. Det består av en trolig skalpell, en möjlig fällkniv och ett par pincetter

92. KM 18.203.

93. Min datering utifrån anläggningsbeskrivning, fyndförekomst i kontexten samt plan i den så kallade fältliggaren, Arkeologiska arkivet, Kulturen, Lund. Se även Karlsson 2007c för arkivrapport för undersökningen.

94. KM 23.079; vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" och är inte fotograferad.

95. SHM 20748:5dh II; SHM 18393:514.



Fig. K17: Skalpell och pincett från kv. Gyllenkrok i Lund (KM 76.420:225; KM 76.420:317; KM 76.123:124).



Fig. K18: Föremål från Lund som tidigare (ej i föreliggande studie) klassificerats som åderlättningsjärn (KM 76.420:AF225).

ter (fig. K17). Utöver dessa föremål finns det en kniv som tidigare registrerats som åderlättningsjärn; en tolkning som jag dock vill dementera (fig. K18). Från tomt väster om den/de ovan nämnda finns dessutom ett salvekrus och ytterligare en fällkniv (fig. K19).

Den kniv som jag bedömer vara en skalpell har ett litet, mycket fint blad, endast 2,3 x 0,9 cm stort och mycket tunt.⁹⁷ Bladet är vinklat i förhållande till skaftet, vars tånge är av rektangulärt snitt och förhållandevis lång och kraftig. Eggen är konvex och ryggen rak. Kniven är kontextuellt daterad till cirka 1225–1300. Den kniv som jag bedömer vara ett fällknivsblad har kraftigt konvex egg och rak, nästan konkav rygg.⁹⁸ Knivbladets form påminner om ett par knivblad från Alvastra kloster som jag identifierat som skalpeller, men är kraftigare och den något konkava ryggen särskiljer den från dem.⁹⁹ Alvastraknivarna är inte fällknivar. Kniven har kunnat dateras kontextuellt till andra hälften av 1100-talet eller början av 1200-talet. Båda pincetterna har invinklade skänklar och raka skänkelspetsar.¹⁰⁰ De är ornerade och den ena är förgylld. De är båda daterade till tidigmedeltid.

Kniven, som tidigare (dock ej av mig) identifierats som ett åderlättningsjärn, har ett närmast rektangulärt blad med svagt konvex egg och rak rygg.¹⁰¹ Skaftet, som är ställt i

96. Carelli 1991. Även Karlsson 2007d.

97. KM 76.420.225.

98. KM 76.420.317.

99. SHM 24054:60; 21068:1373.

100. KM 76.123.124; KM 76.420.439. KM 76.420:439 var vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" och är därför inte fotograferad.

101. KM 76.420.AF225.



Fig. K19: Fällkniv från kv. Gyllenkrok i Lund (KM 20.517).

vinkel till bladet, är tunt och förhållandevis kort. Det slutar med en ögla. Kniven kan inte ha använts för åderlåtning, men med viss tveksamhet som skalpell. Bladets form är dock så pass trubbig och oprofilerad att den inte förefaller lämplig för kirurgiska ingrepp. Den är daterad till cirka 1225–1300.

Salvekruset och fällkniven från tomt 239C utmed Svane-gatan är av yngre datum, troligen från det senare 1500-talet eller från 1600-talet. Salvekruset är av stengods (fig. 9, kap. 2.1.1.).¹⁰² Det har rak, cylindrisk, albarellinspirerad buk utan hank och med en liten fot. Det är glaserat både in- och utvändigt. Fällknivens blad har en ur kirurgiskt hänseende intressant form.¹⁰³ Det har konvex egg, rak rygg och avskuren spets. Handtaget i horn är intakt och änden är något nedvinklad. Den har stora likheter med eftermedeltida avbildningar av bardskärers fällknivar.

Kommentar

Kvarteret Gyllenkroks placering i staden kan ses som perifert genom att det ligger långt ifrån Stortorget. Det kan emellertid även ses som centralt genom att det ligger utmed den huvudsakliga genomfartsleden, Stora Södergatan, där mycket folk alltså har rört sig. Den arkeologiska undersökningen på tomterna 3/4/5 i nordosthörnnet visade att området var bebyggt redan under stadens äldsta skeden.

Skalpellen och den möjliga fällkniven från 1200-talet respektive senare delen av 1100-talet eller början av 1200-talet skulle kunna vara spår efter en kirurgiskt kunnig praktiker i kvarteret ut mot huvudfarleden under tidigt 1200-tal. Den yngre fällkniven och salvekruset skulle kunna vara spår efter en dito praktiker under eftermedeltid, även om underlaget med endast två fynd är mycket vagt. Föremålen skulle även ha kunnat finnas i privat ägo, även om kärlypen i fråga torde ha varit ovanlig i sådant sammanhang. Uppgifter om ägoförhållandena för tomten under 1600-talet förefaller saknas, men under slutet av 1500-talet var tomten hagmark.

KVARTERET KATEDRALSKOLAN

Kvarteret ligger på västra sidan av Stora Södergatan, i stadens södra del. Först under 1600-talet togs området i bruk för profan bebyggelse.¹⁰⁴ På tomt nummer 2 bygg-

des under 1500-talet det så kallade Karl XII:e-huset ut mot gatan.¹⁰⁵

Artefaktmaterialet

Från kvarteret finns en mycket speciell pincett i metall, för kirurgiska ingrepp och sårbehandling (fig. 26, kap. 2.1.3.).¹⁰⁶ Den kan ha fungerat för extraktion, men även som läsbar pincett, om läsring kring skänklarna funnits. Skänklarna är mycket långa (12,8 cm), men lika smala som på ordinarie småpincetter, och har invinklade spetsar med rakt avslutade ändar. Skänklarna profileras mot skaftet genom tre vulster. Skaftet består av ett tunt spatelblad vilket breddas mot änden och är svagt vinklat. Vinklingen förefaller vara ursprunglig. Att bladet inte är en platt form av tånge framgår av att det är format runt den ursprungliga tången, som skymtar genom korrosionen. Pincetten är sannolikt efterreformatorisk, då den påträffades i rassmassor ovanpå S:t Andreas kyrka.¹⁰⁷ Detta stämmer även med dateringen av den profana bebyggelsen i kvarteret.

KVARTERET MARIA MAGLE

Kvarteret är långt och förhållandevis smalt och ligger öster om kvarteret Svartbröder. Östra hälften av kvarteret upptogs under medeltiden av Maria Magle kyrka och kyrkogård. Från 1570 finns en skriftlig uppgift om att kyrkan då varit öde sedan länge.

Invånare

Under 1600-talets första del bodde kungens livbardskär (eller livbarberare) Salomon Gutfelt på gården i kvarterets västra del.¹⁰⁸

KVARTERET MYNTET

Kvarteret ligger i stadens västra del och tillhörde under medeltiden S:t Drottens socken.¹⁰⁹ Under medeltiden låg sannolikt Myntaregården här.¹¹⁰ Norr om denna, på tomt 332:2, låg en badstuga, *Pilebadstugan*. 1395 ska den ha

105. Weibull et al. 1952, s. 31.

106. KM 74.116:38.

107. Karlsson 2007d.

108. Blomqvist 1978, s. 98.

109. Andrén 1985, s. 37, fig. 10. Ark. und. Lundberg 1995.

110. Andrén 1980, s. 18.

102. KM 8464.

103. KM 20.517.

104. Andrén 1985, s. 37, fig. 10; Karlsson 2007d.

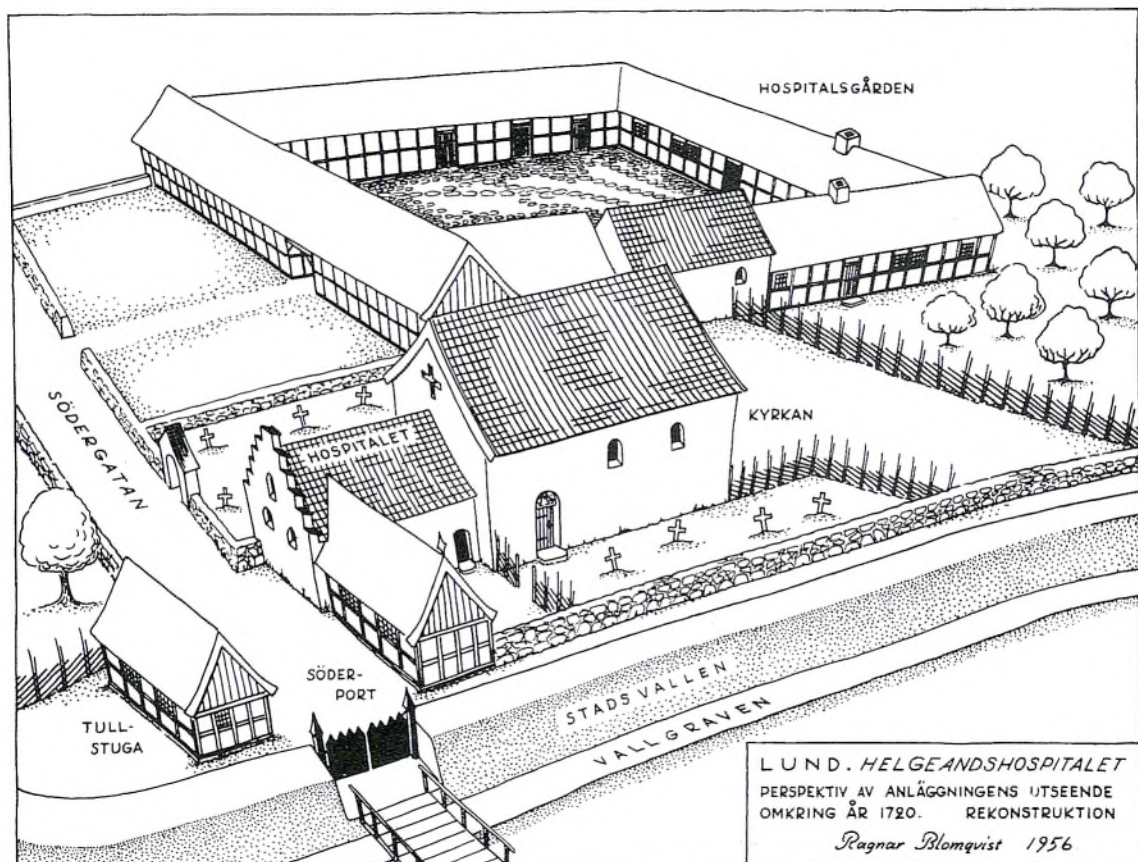


Fig. K20: Rekonstruktion av Lunds Helgeandshospital på platsen för det äldre helgeandshuset (efter sammanslagningen). Ur Blomqvist 1978, s. 175.

tillhört S:t Drottens socken och den förefaller fortfarande ha varit i bruk i slutet av 1600-talet. Den benämndes då *Pelebadstugan*. Arkeolog Anders Andrén menar att den förefaller ha varit offentlig.¹¹¹ Vad Andrén grundar sin tolkning om offentlighet på framgår inte. Själva gården eller tomten ägdes under 1300-talet av borgare och kaniker men testamenterades i början av 1400-talet till domkyrkan och arrenderades ut.¹¹²

KVARTERET REPSLAGAREN

Kvarteret ligger i stadens södra del, utmed den huvudsakliga genomfartsleden i nordsydlig riktning. Under 1000–1100-talet var området bod- och verkstadsområde. Senare under medeltiden låg S:t Stefans kyrka, skriftligt belagd från 1283, i kvarterets nuvarande norra del.¹¹³ Kvarterets södra del hörde till helgeandshuset och senare Hospitalsgården, vilken var en sammanslagning av helg-

111. Andrén 1980, s. 20.

112. Andrén 1982, s. 120.

113. Andrén 1980, s. 16, 25, 65.



Fig. K21: Åderlättningsjärn och apotekskärl från kv. Repslagaren i Lund (KM 69.023:241; KM 61277:92).

eandshuset och S:t Jörgens hospital från och med 1587 (fig. K20).¹¹⁴

Artefaktmaterialalet

Från tomterna i mitten av kvarteret finns ett åderlättningsjärn, ett stengodskärl med datering till 1600-talet och ett flertal fragment av små glasflaskor samt en pincett (fig. K21). Glaset är så pass ungt att det inte kommer att behandlas närmare här. Det troliga åderlättningsjärnet, saknar närmare datering.¹¹⁵ Det har ett kraftigt kompakt

114. Blomqvist 1951, s. 174.

115. KM 69.023:241.

handtag av järn med rektangulärt tvärsnitt. Eggen är inte intakt, men har varit ganska stor; 0,9 cm bred vid basen. Stengodskärlet har cylindrisk, albarellinspirerad form och utställd mynning.¹¹⁶ Det är eftermedeltida (troligen sent 1500-tal eller 1600-tal). Från samma område finns även en epileringspincett med vinklade skänklar.¹¹⁷ Den är troligen tidigmedeltida.¹¹⁸

Kommentar

Det kronologiskt osäkra och spridda materialet tillåter inte något resonemang kring praktiker eller konsumenter. Kanske ska stengodskärlet, flaskorna och åderlättningsjärnet knytas till Helgeandshospitalet.

KVARTEREN SPETELÖV OCH S:T JÖRGEN

I kvarteret Spetelöv och S:t Jörgens park, söder om kvarteret S:t Jörgen och cirka 400 meter utanför Lunds östra stadspart, låg Lunds medeltida spetälskehospital *domus leprosorium*, ibland kallat *Speteleklostret*. Skriftliga källor omnämner det även som "Sancti Georgij closter i Lund och dess convent", något som kan tolkas som att det, i likhet med till exempel Kronobäcks hospital i Småland, drevs i klosterregi.¹¹⁹ Hospitalet nämns första gången i början av 1230-talet och är därmed det äldsta belägget för ett hospital i Skånelandskapen, följt av Åhus 1252.¹²⁰ Lunds hospital omnämns då som i behov av reparation, vilket indikerar att det (eller åtminstone de byggnader vari det var inhytt) vid denna tid redan hade en viss ålder. Det har föreslagits att det grundades under Knut VI:s styre 1182–1202, då han var frikostig mot vårdinrättningar.¹²¹ Inom det gammaldanska området var Lunds hospital någorlunda samtida med Spejlsbys på Møn, troligen grundat någon gång mellan 1160 och 1200 och Roskildes på Själland, grundat någon gång mellan 1211 och 1214.¹²² Hospitalskyrkan har daterats till 1100-talets senare del, men kyrkan kan vara äldre eller yngre än själva hospitalet. Ragnar Blomqvist har istället föreslagit att det grundades redan vid 1100-talets mitt, på initiativ av Biskop Eskil.¹²³

Under 1400- och 1500-talet gick inrättningen under benämningen "hospitalet" eller "spetalet", S:t Georgs

eller S:t Jörgens hospital. Hospitalets skyddshelgon var aposteln Johannes. 1587 uppgick hospitalets egendomar i helgeandshusets verksamheten flyttades till denna institution och det gamla hospitalet upphörde. Benämningen på den nya samlingsinstitutionen var Helgeandshospitalet.¹²⁴

På 1930- och 40-talet utfördes arkeologiska undersökningar av centrala delar av hospitalsområdet (fig. K22).¹²⁵ Därför har vi mycket god kännedom om platsen jämfört med andra hospital i landet.¹²⁶ Från kyrkan ledde en stenlagd väg söderut mot en östvästlig länga med förstuga och ett flertal rum. Rummen hade härdar och byggnaden gav tydligt intryck av att vara boningshus. Mynten som påträffades i byggnaden kunde dateras till tidsspännat från 1182 till 1439. Byggnaden uppfattades av undersökningens arkeologer som varandes hospitalets huvudlänga. Söder om denna länga påträffades lämningar efter ytterligare ett större antal byggnader, byggda i lerklining och skiftesverk. Även dessa tolkades som boningshus. Nordväst om huvudlängan påträffades ytterligare huslämningar, liksom väster om begravningsplatsen vid kyrkan. Stenlagda gångar har lett från huvudbyggnaden och mot bebyggelsen i söder och väster. Den sammanlagda hospitalsbebyggelsen har haft en ansenlig utbredning, med byggnader upp till 85 meter från huvudlängan. De mer perifera områdena är emellertid inte arkeologiskt välbelagda och den sammanlagda utbredningen därför osäker.¹²⁷

Artefaktmaterialet

Från området finns en möjlig skalpell, två åderlättningsjärn, en ampulla i bly, samt en pincett.¹²⁸ Åderlättningsjärnen och den möjliga skalpellen förefaller vara förkomna, men finns upptagna och avbildade i Ragnar Blomqvists publicering av hospitalsundersökningen i Kulturens årsbok (fig. K23).¹²⁹ Den möjliga skalpellen har ett kort blad med rak egg och rak rygg med sluttande spets.¹³⁰ Åderlättningsjärnen är snarlika varandra och har båda skaft med upprullade ändar.¹³¹ Det ena har en svag antydning till stopp framtill. Ampullan i bly kan ha innehållit exempelvis heligt vatten eller olja eller kanske någon läkande eller undergörande salva, men

116. KM 61277:92.

117. KM 69.879:23; vid inventeringstillfället utställd i monter 22 (utstr. nr 487) "Vardagsrummet" och fotograferades därför inte.

118. Gardelin 2007b.

119. Blomqvist 1950, s. 123; Flaum 1968, s. 10; Berntson 2006, s. 73. Jfr även Rawcliffe 2009a, s. 263.

120. År 1231 eller 1232 enl. Blomqvist 1950, s. 122; år 1230 enl. Andrén 1980, s. 17; år 1231 enl. Mogren 1984, s. 20. Att hospitalet drevs under klosterliknande former innebar dock inte med nödvändighet att de ansvariga prästerna levde i klausur.

121. Mogren 1984, s. 21 m. ref. t. bl.a. Hedquist 1893.

122. Andrén 1980, s. 66; Mogren 1984, s. 20f.

123. Blomqvist 1950, s. 154; Blomqvist 1951, s. 175ff.

124. Blomqvist 1950, s. 123; Blomqvist, 1951, s. 175ff.; Blomqvists 1978, s. 46f.; Andrén 1980, s. 17.

125. Åren 1938, 1941 och 1944–1945.

126. T.ex. Skänninges, Malmös och Skaras, där mer perifera områden undersökts. Cnattingius 1929 (opubl.); Blomqvist 1950; Mogren 1989; Jacobsson & Arcini 2002; Bäck 2003; Konsmar 2010; Jonsson 2012; Chatarina Ödman e-postkorrespondens 2012-01-31 om S:t Jörgen i Malmö.

127. Blomqvist 1950.

128. Ampulla är ett litet förvaringskärl för olja eller parfym, eller, i den romersk-katolska kyrkan, för bl.a. nattvardsvinet och den heliga oljan.

129. Blomqvist 1950, s. 123.

130. KM-nummer saknas.

131. KM-nummer saknas.

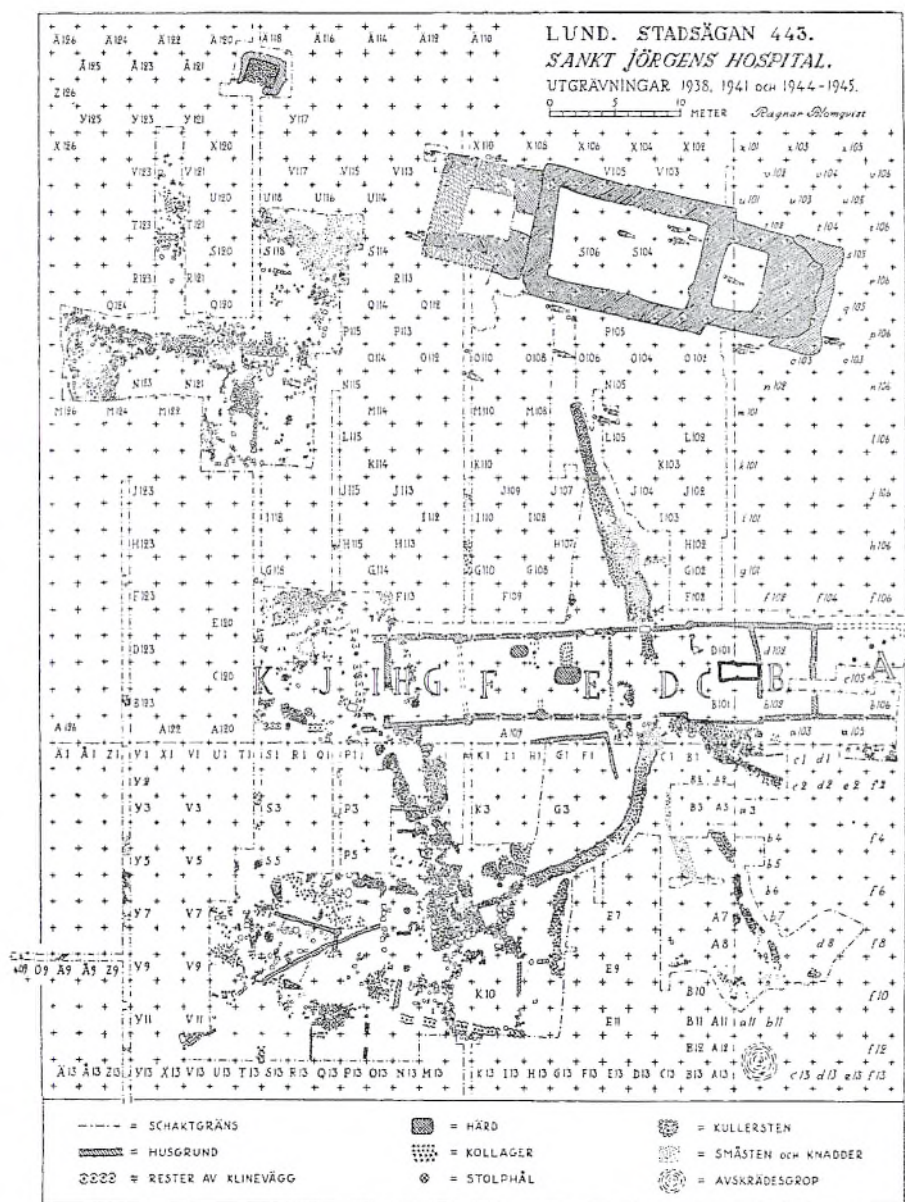


Fig. K22: Plan över de på 1930- och -40-talet utgrävda byggnadsstrukturerna av S:t Jörgens hospital i Lund, i Blomqvist 1951, s. 176.

behöver inte ha haft någon koppling till läkekonst (fig. K24).¹³² Den är endast fem centimeter hög och har öglor för upphängning. Den är ornerad på båda de platta sidorna av buken, dels med en fembladig blomma i en cirkel och dels med en möjligen antropomorf figur, liknande en streckgubbe. Pincetten har vinklade skänklar med raka spetsar och är en typisk epileringspincett (fig. K25).¹³³

132. KM-nummer saknas.

133. KM 49.185:157.

Invånare

Blomqvist menar att hospitalet i Lund var organiserat som ett kloster, då det i skriftliga källor talas om "St Georgs hus", "S:t Georgij closter" och dess bröder.¹³⁴ Benämningen *closter* behöver inte tolkas bokstavligen som att det var en monastisk institution. Den skulle även kunna syfta på hospitalets slutenhet, men det förekom att hospital drevs

134. Blomqvist 1950, s. 123.

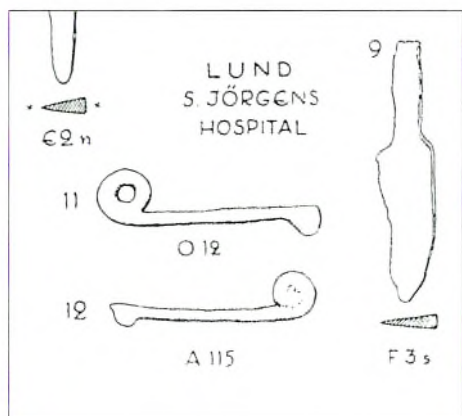


Fig. K23: Åderlättningsjärn (5–6 cm långa) samt möjlig skalpell (bladet drygt 4 cm långt), påträffade vid S:t Jörgens hospital i Lund, i Blomqvist 1950, s. 145, fig. 15.



Fig. K24: Ampulla i bly (5 cm hög), påträffad vid S:t Jörgens hospital i Lund, i Blomqvist 1950, s. 153, fig. 23.

i klosterregi. De skelett som påträffades vid gravundersökningarna på 1940-talet visade inga spår av spetälska.¹³⁵ Det betyder att om individerna varit drabbade av sjukdomen så hade den inte hunnit nå ett så framskridet stadium att den påverkade skelettet.

Kommentar

Lunds hospital är ett av de få arkeologiskt undersökta medeltida hospitalen i Sverige och är det som är allra mest extensivt undersökt. Det är därför ett material med stor potential att belysa de allmänna levnadsvillkoren för de intagna individerna. Det har även framkommit några artefakter med möjlig användning inom sjukvård. Små, fina åderlättningsjärn av det slag som påträffats på S:t Jörgen förekommer i övrigt huvudsakligen i klostermiljöer.

Samtliga föremål av intresse är påträffade söder om den

135. Ibid., s. 132.

Fig. K25: Pincett från S:t Jörgens hospital i Lund (KM 49.185:157).



stora huvudbyggnaden, de flesta bland gyttret av huslämningar av enklare karaktär.¹³⁶ Ett av åderlättningsjärnen hittades dock precis vid huvudbyggnadens sydvästra del. Det förefaller alltså som om det huvudsakligen var i detta sydliga område som eventuellt sjukvård bedrevs. Ragnar Blomqvist menade att byggnaderna i det södra området hyste de intagna vid hospitalet. Man skulle möjligen kunna se fyndens spridning som belägg för detta och att de intagna i så fall också fått viss behandling. Åderlätning kunde även användas som diagnostisk metod. Husen i söder kan emellertid också ha hyst mer specialiserade funktioner eller en uppdelning av de intagna med avseende på exempelvis sjukdomsgrad och hälsostatus.

KVARTEREN S:T BOTULF OCH MARIA MINOR

Kvarteret S:t Botulf vetter mot Stortorget's östra sida. Tidigare hängde dagens kvarteret Maria Minor och kvarteret Saluhallen ihop med nuvarande kvarteret S:t Botulf, men idag avskiljs dessa från S:t Botulf genom Botulfsgatan i nordväst-sydöstlig riktning. Kvarteret delades tidigare istället av Vårfrugatan i nordsydlig riktning. Den västra delen tillhörde då S:ta Maria Minor, som låg i södra delen av nämnda kvarter, och i nordöst låg S:t Botulfs kyrka med tillhörande socken. På 1700-talet hade den medeltida tomtindelningen fallit ur bruk och kvarteret utgjordes av en enda stor tomt.¹³⁷

På 1300-talet ska kaniken Johannes Benediktsson Kanne ha bott på en gård i S:t Botulfs socken, oklart exakt var. Gården ska då ha varit försedd med badstuga.¹³⁸ Denna badstuga förefaller av allt att döma ha varit privat.

Vid en arkeologisk undersökning i kvarteret S:t Botulf år 1964 undersöktes profan bebyggelse. Ett varierat fyndmaterial, som ger ett mycket ekonomiskt välbeställt intryck, tillvaratogs. Det är från denna undersökning som även de fynd som uppmärksammas här härrör. Undersökningen är endast rapporterad i form av en arkivrapport.¹³⁹

Artefaktmaterialet

Från västra delen av kvarteret S:t Botulf finns ett spatelliknande föremål samt en pincett från tidig medeltid (fig. K26). Det spatelliknande föremålet är av järn och delvis korroderat, men skulle kunna vara en spatelsoond eller ett

136. I rutorna A115, F3, O12, Q11, G6.

137. Blomqvist 1951, s. 201ff.; Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

138. Blomqvist 1951, s. 204.

139. Gardelin 2007c.



Fig. K26: Spatelsond (?) och pincett från kv. S:t Botulf i Lund (KM 57.382.968; KM 57.135.964).

brännjärn.¹⁴⁰ Det är troligen från medeltidens förra del (grovt daterat till 1000–1200-tal). Pincetten har svagt inböjda skänklar med spetsiga spetsar.¹⁴¹ Det är således *inte* en epileringspincett, men möjligen en extraktionspincett; en av mycket få sådana från Lund. Den är daterad till 1100-talet.

Från kvarteret Maria Minor finns ett salvekruis av stengods.¹⁴² Det har påträffats där Botulfsgatan nu går fram. Det har låg fot, rund buk och utställd mynning och är försett med hank. Dess glasyr är brungråfläckig. Kärlet har tidigare daterats till 1600- eller 1700-talet, men jag föreslår på typologisk grund en datering till medeltidens senare hälft.¹⁴³

Invånare

Från 1600-talet finns det flera skriftliga uppgifter om att bardskärer ägde eller arrenderade tomt i kvarteren. Den äldsta uppgiften är från 1622 angående tomt 117:2, där Botulfsgatan nu går. Det var då domkyrkans gård som ”på evig tid” (dock längst till 1670, då annan ägare uppges) arrenderades av bardskären Fredrik Westhoff.¹⁴⁴ I östra delen av kvarteret S:t Botulf betalade en Fredrik Bardskär år 1654/56 jordskyld för en tomt som vette mot Svartbrödersgatan och Skomakaregatan (nr 82:7).¹⁴⁵ Det är inte omöjligt att Fredrik Bardskär och Fredrik Westhoff är en och samma person. Ytterligare en tomt innehades av en bardskär. Det är nummer 112 i kvarteret Botulfs norra del, som 1663 nämns som rådmannen och bardskären Caspar Saur's gård, vilken han övertagit efter Christoffer Skrædder.¹⁴⁶

Kommentar

Artefaktmaterialiet är disparat till sin datering. Pincetten och spateln är tidigmedeltida och samtida med kyrkorna i kvarteret, men kärlet har en lite senare datering. Det ger, trots pincettens utformning, ingen tydlig profil av

läkeverksamhet. Från 1600-talet finns omnämningen av två bardskärer i kvarteret. Under mitten av århundradet hade bardskären Fredrik Westhoff även tomt i kvarteret Svartbröder och det är möjligt att han hade sin verksamhet förlagd dit. Caspar Saur bodde och verkade troligen på någon av sina andra tomter i staden, kanske även han i kvarteret Svartbröder. Ingen arkeologiskt tillvaratagen materiell kultur kan knytas till dessa bardskärers verksamheter.

KVARTERET S:T CLEMENS

Kvarteret S:t Clemens ligger helt centralt, vid Stortorget västra sida. Omkring sekelskiftet 1500 delades kvarteret troligen i en nordlig och en sydlig del genom att fortsättningen på nuvarande Stora Fiskaregatan fortsatte ut mot Stortorget (motsvarande tomt nr 205:2). Samtidigt har då den södra delen av kvarteret hängt samman med nuvarande kvarteret Färgaren och S:t Drottens socken, medan den norra delen tillhörde S:t Clemens socken, vars kyrka låg i kvarteret Apotekaren.¹⁴⁷ Omfattande arkeologiska undersökningar har gjorts på tomterna nummer 8 och 9 i kvarterets sydöstra del. Det är framför allt den förra av dessa två som har genererat det artefaktmaterial som uppmärksammas här. Där undersöktes bebyggelse som var samtida med kyrkorna, med ett rikt profant fyndmaterial av hushållskaraktär. Undersökningarna är inte rapporterade, men resultaten finns delvis redovisade i publikationen *Uppgrävt förflutet för PKbanken i Lund*. Därutöver finns arkivrapporter för de båda undersökningarna.¹⁴⁸ Undersökningen på tomt nummer 8 berörde lämningar från cirka 1000–1300-talet och på tomt nummer 9 från cirka 1000–1400. Yngre lämningar bortprioriterades.¹⁴⁹ 300-årsperioden på tomt nummer 8 kunde delas in i fem faser, men fastillhörigheter är tyvärr inte angivna för de enskilda fynden. Dessa kan därför sällan dateras närmare än till perioden som helhet. Faserna på tomt nummer 9 motsvaras i stora drag av dem för tomt nummer 8.

Från och med slutet av 900-talet fanns kyrkor i området. Under 1100-talets andra hälft byggdes i anslutning till stenkyrkan *Trinitatis* ett premonstratensklöster i kvarteret, med sträckning över kvarterets sydvästra tomter. Klosteranläggningen låg på kyrkans norra sida. Under 1200-talet upphörde klostret och klosterkyrkan övergick till att bli sockenkyrka. På ett smalt område mellan den östra klostermuren och Stora Södergatan fanns bodbebyggelse, möjligen uthyrd till hantverkare. I fyndmaterialiet från tomt nummer 9 fanns bland annat föremål med anknytning till hantverk och handel.¹⁵⁰

140. KM 57.382:968.

141. KM 57.135:964.

142. KM 22.069; vid inventeringstillfället utställt i Monter 20 (utst. nr 711) i ”Vardagsrummet” på Kulturen och kunde inte fotograferas.

143. Accessionsliggaren; Pärm märkt ”Apotek, Drotten, Text, Brev” i Kulturens arkeologiska arkiv.

144. Andrén 1982, s. 88.

145. Ibid., s. 79.

146. Ibid., s. 87.

147. Ibid., karta 1; Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

148. Mårtensson 1976; Gardelin 2007d; Gardelin 2007e.

149. Wahlöö 1976b, s. 17.

150. Andrén 1980, s. 16f.; Gardelin 2007d, s. 2; Gardelin 2007e, s. 3ff.



Fig. K27: Skalpella, salvekrus och glasflaska från kv. S:t Clemens i Lund (KM 66.166:773; KM 71.839:1651; KM OM).



Fig. K28: Trolig matningskopp från kv. S:t Clemens i Lund (KM 71.839:919).



Fig. K29: Pincetter från kv. S:t Clemens i Lund (från vänster till höger, sedan uppifrån och ned: KM 66.166:2935; KM 66.166:1420; KM 71.839:1753 + 1757) och från Kattesund (KM 66.394:43).

Artefaktmaterialiet

Genom att endast tidig- och högmedeltida lämningar undersöktes säger det sig själv att det huvudsakligen är denna tid som speglas i materialet. Fynden utgörs av en skalpella, en möjlig matningskopp i yngre svartgods, ett salvekrus i stengods, en albarello, en glasflaska samt åtta pincetter (fig. K2, K28 och 29).

Skalpellen har ett litet tunt blad i sned vinkel mot skaftet. Bladet är dessvärre kraftigt korroderat, vilket försvårar bedömningen.¹⁵¹ Skalpellen är inte närmare daterad, men har sina närmaste fyndparalleller i senmedeltid och där-

151. KM 66.166:773.

efter. Skaftets tvärsnitt är runt och förefaller vara aningen spiralvridet. Matningskoppen i yngre svartgods kan dateras till 1200–1300-talet.¹⁵² Den är rund (nästan klotformad), har invinklad mynning och en liten snip. Bestämningen som matningskopp måste graderas som trolig, snarare än säker. Till sin form påminner den om senare tiders matningskoppar, även om dessa normalt sett är mer avlånga. Jag har inte träffat på någon mer matningskopp som är rund. Albarellon är speciell, för att inte säga unik, genom sitt långväga ursprung (fig. 8, kap. 2.1.1.).¹⁵³ Den kan dateras till 1300-talet och är tillverkad i Främre Orienten, möjligen i Syrien. Den är tillverkad i gråvitt gods med glasyr som på kärlets insida är klar och på utsidan blågrön.¹⁵⁴ Utsidan är även målad med svarta linjer som upptill mot kärlets skuldror är förenade i bågar.¹⁵⁵ Den har en liten fot, konkav buk och liten skuldra. Mynningen är avslagen. Den nuvarande höjden är 15 cm. Salvekruset är tillverkat i grått stengods med saltglasyr. Det är hög- eller möjligen senmedeltida; fyndomständigheten är oklar.¹⁵⁶ Kärlet är i stort sett intakt, med rak fot och mynning, svängd buk samt hank. Glasflaskan är det enda föremål som inte tillvaratagits vid en arkeologisk undersökning.¹⁵⁷ Det skiljer sig även från de andra genom att komma från tomt nummer 6, som låg i kvarterets norra del. Den torde vara från medeltidens senare del eller yngre. Den är av grönt glas, med smal hals och smal cylindrisk buk. Endast den övre delen är bevarad.

Pincetterna utgör sammantaget utan jämförelse den tätaste pincettförekomsten i Lund.¹⁵⁸ Tre pincetter förefaller vara tidigmedeltida. Åtminstone två av dem är epileringspincetter. De har inböjda raka skänkelspetsar. Den ena är förgylld och dekorerad.¹⁵⁹ Den andra¹⁶⁰ har inpunsad trekantig dekor. Den tredje tidigmedeltida pincetten har raka skänklar, men skänkelspetsarna är inte intakta.¹⁶¹ Skänkelblecket är mycket tunt och klen. En epileringspincett¹⁶² kan vara högmedeltida. Den har inböj-

152. KM 71.839:919. I fyndenheten även äldre svartgods, yngre svartgods.

153. KM 45.904:14.

154. Enl. Wahlöö 1976b, fig. nr 231: blyglasyr; enl. Roslund muntligen 2011-11-24: tennglasyr.

155. Wahlöö 1976a, fig. 231; Wahlöö 2001, s. 64.

156. KM 71.839:1651.

157. KM OM.

158. KM 71.839:440, KM 66.166:803, KM 66.166:570 och KM 66.166:101 var vid inventeringsstillfället utställda i "Studiemagasinet" (utst.nr 2613, 2614, 2615 resp. 2616) och KM 71.839:1536 i monter 22 (utst.nr 543) i "Vardagsrummet" och kunde inte fotograferas.

159. KM 66.166:803: I dess kontext fanns äldre svartgods men inga fynd som indikerade yngre inblandning.

160. KM 66.166:1420: I fyndenheten även äldre svartgods.

161. KM 71.839:440.

162. KM 66.166:570: I fyndenheten även yngre svartgods, blyglaserat rödgods, glaserat stengods, stengods, glaserat tegel.

da skänklar med raka skänkelspetsar. Fyra pincetter saknar närmare datering (än undersökningsobjektens i stort). Två av dessa har insvängda, raka skänkelspetsar.¹⁶³ Den tredje har i princip samma utformning som den högmedeltida pincetten och är en epileringspincett.¹⁶⁴ Den fjärde har böjda skänklar och aningen rundade skänkelspetsar.¹⁶⁵ Det är svårt att se om rundningen är ursprunglig eller resultatet av slitage, men pincetten är inte lika tydligt en epileringspincett som de andra. Även i Kattesund, gatan som löper utefter kvarterets södra sida, har en pincett utan närmare datering påträffats.¹⁶⁶ Denna är en epileringspincett av enkel modell, med svagt inböjda skänkelspetsar.

I Lilla Fiskaregatan östligaste del har påträffats en liten skarp kirurgisk hake.¹⁶⁷ Fyndlokalen är angiven till Clemensgatan eller Klementsgården, men det är oklart om denna låg i kvarteret S:t Clemens eller i kvarteret Apotekaren. Den är beskriven ovan under kvarteret Apotekaren.¹⁶⁸

Inväpnare

I kvarteret huserade åtminstone fyra bardskärer under det sena 1500-talet och första hälften av 1600-talet. Kvarteret är därmed, så vitt vi kan veta utifrån skriftliga källor, det historiskt sett bardskärstättaste kvarteret i Lund under denna tid. Deras tomter ligger alla i kvarterets nordöstra del, det vill säga den del som vetter mot Stortorget. Det skriftliga materialet nämner bardskären Arent Luning år 1572 på tomt nummer 205:2 (han finns även omnämnd 1583¹⁶⁹), Hans Arildsen Bardskar år 1583 (han dog 1589) på tomt nummer 206, bardskären Peter Petersen år 1620 på tomt nummer 204:3 (han hade även tomter i kvarteret Apotekaren) samt bardskären Johan Mejer år 1641 på tomt nummer 204:1. Både Hans Arildsen och Johan Mejer (den senare åtminstone fr.o.m. 1648) uppbar titeln *mäster* inom sitt yrke. Hans Arildsen begravdes i domkyrkan, vilket vittnar om hans höga sociala ställning.¹⁷⁰ Bardskärerna Luning, Arildsen och Mejer är endast kända från dessa tomter, vilket talar för att de var bosatta och med allra största sannolikhet även bedrev sin praktik där.

Kommentar

Det är en stor variation i de sociala och kulturella sammanhangen i kvarteret S:t Clemens. Här fanns tidigmedeltida kyrkor, kanske gårdskyrkor, ett tidigt men kortvarigt kloster samt en högmedeltida sockenkyrka. Här fanns troligen

även tomter för hantverkare och måglare redan under klostertid, vilka vette ut mot Stora Södergatan och torget.

Artefaktmaterialet, möjligen bortsett från flertalet pincetter som kan vara tidigmedeltida, förefaller huvudsakligen vara från tiden efter klostret. Det har en mycket tydlig tyngdpunkt i området ut mot Stora Södergatan och hantverksbebyggelsen som fanns där, även om det är spritt över flera tomter. Materialet som helhet kan tolkas som att det under högmedeltid kan ha funnits praktiker verksamma i kvarterets *sydöstra* del. Albarellon är tämligen unik i sitt slag för svenskt vidkommande och tyder på specialiserad inriktning mot läkekonst med medikamenthantering. Dess tillverkning kan dateras till 1300-talet, men det är mycket möjligt – ja, troligt – att den först senare kommit till Lund och där använts av någon som var kunnig i läkemedel.

De skriftliga beläggen för så många som fyra stycken bardskärer under loppet av sju decennier på tomter som gränsar till varandra i kvarterets nordöstra hörn är ett tydligt belegg för kontinuitet i praktik på platsen. Det arkeologiska källäget tillåter ingen materiell koppling genom fynd till dessa individuella praktiker, men fynden från tomterna precis söder om deras skulle kunna tolkas som att traditionen med läkarpraktiker väster om torget sträcker sig längre tillbaks än till 1572, då den första omnämns skriftligen. Jag vill inte hävda att en absolut kontinuitet förelegat från högmedeltid och framåt, men materialet visar att denna typ av verksamheter redan tidigt förlades till detta centrala och folkrika stråk i stadsrummet, och att en stark tradition av sådan verksamhet kan ha funnits i kvarteret från högmedeltid och fram på 1600-talet.

KVARTERET S:T JAKOB

Kvarteret ligger relativt centralt, men inte i anslutning till Stortorget, utan väster om kvarteret Apotekaren. Kvarteret begränsas idag av Klostergatan, Stora Gråbrödersgatan, Lilla Fiskaregatan och Bantorget. Tidigare (runt 1500) har kvarteret troligen delats av en gata i östvästlig riktning och en liten del (av tomt 319) hört samman med Gråbrödraklostret. I övrigt tillhörde området S:t Clemens socken.¹⁷¹

Artefaktmaterialet

Från kvarteret finns ett par salvekrus i stengods och ett par bottnar till små glasflaskor eller provrör. Glasmaterialet är sannolikt tidigmodernt, medan stengodskärnen är från medeltidens senare hälft. De båda salvekrusen är båda från kvarterets sydöstra tomt och har av Kulturen köpts in från den så kallade Gadderska gården.¹⁷² De har båda liten fot, rund utsvängd buk och hank. Det ena har svagt utställd mynning och det andra rak.

171. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

172. KM 6207; KM 6208. Föremålen vad vid inventeringstillfällen utställda i "Vardagsrummet" (ust.nr 714 respektive 709) och är därför inte fotograferade.

163. KM 66.166:2935; KM 71.839:1536.

164. Den ena i två delar och därför två KM-nummer: KM 71.839:1753 och KM 71.839:1757.

165. KM 66.166:101.

166. KM 66.394:43.

167. KM 19.361.

168. Kulturen, Accessionsloggaren.

169. Wahlö 2001, s. 82.

170. Andrén 1982, s. 96ff. Gravstenen går inte att återfinna idag.

Invånare

En bardskär och flera apotekare med verksamhet i kvarteret Apotekaren har ägt eller arrenderat mark i kvarteret S:t Jakob. Tomt 319 i nuvarande kvarteret S:t Jakob, men tidigare kvarteret Gråbröder, förvärvades 1581 av bardskären Caspar Saur. 1651 övertogs den av apotekaren Paul Erman, kanske direkt efter Caspar Saur, och han hade den fortfarande år 1670. Tomten beskrivs då som en hage "vestden for den øde S. Clemens kirche Norden for Sodalitj stredet imellem".¹⁷³ Flera apotekare har dessutom ägt eller arrenderat den västra delen av tomt 320 i kvarterets östra del. Den tillhörde år 1620 apotekaren Claus Bogförer. På 1640-talet arrenderas den av Claus Bogförers änka, Karine Bogförer. Tomten kallades då "Ruskenborg", vilket den gjorde åtminstone fram till 1690. 1655 betalade Paul Erman arrende för den och 1690 omnämns den som apotekaren Christian Ermans hage.¹⁷⁴

Kommentar

Tomterna i kvarteret S:t Jakob förefaller snarast ha varit ekonomiområden för den bardskär och de apotekare som haft mark där. Deras kirurgiska och medicinska verksamhet har de förmodligen bedrivit på tomterna mot Stortorget till. Möjligen kan kasserade apoteksglas och salvekrus ha kommit dit genom deras avskräde.

KVARTERET S:T LAURENTIUS

Kvarteret S:t Laurentius är litet och ligger mellan Stortorget och domkyrkan. Det har tidigare delats i två delar av en smal gränd i nord-sydlig riktning, med tomt 110–111 på västra sidan och 107–108 på östra. Tomt 107 och 110 vetter mot Stortorget och 108 mot domkyrkan. Gatan som delade kvarteret kallades *Kirkestredet* efter reformationen och från 1600-talet för *Lilla Kyrkogatan*. De två småkvarteren slogs samman så sent som 1913. Domkyrkans kaniksamfund ska ha haft ett *domus infirmorum*, det vill säga ett hus för sjuka och svaga (sannolikt endast för präster).¹⁷⁵ Jag har inte funnit uppgifter om var detta ska ha legat, men möjligen kan man tänka sig någonstans i kvarteret S:t Laurentius. Blomkvist menar dock att området inte bebyggdes förrän under medeltidens senare del och att det dessförinnan var en del av den utvidgade torggatans norra del.

År 1913 undersöktes de södra delarna av kvarteret (S:t Laurentius 1; ungefär motsvarande tomterna 107 och 110) arkeologiskt under ledning av Kulturens grundare Georg Karlin. Det är denna undersökning som genererat de fynd som presenteras nedan. Ragnar Blomkvist har kortfattat rapporterat undersökningen i Kulturens årsbok.¹⁷⁶ På tomt



Fig. K30: Möjlig skalpell, fällkniv och pincett från kv. S:t Laurentius i Lund (KM 22.783; KM 22.793; KM 22.804).

110 påträffades lämningar efter ett senmedeltida tegelhus. Lämningarna har kopplats samman med skriftliga uppgifter om att borgmästaren Niels Fyen före år 1486 ska ha låtit bygga ett sådant på stadens jord, vid domkyrkoombudets södra gräns. Kvarteret var från slutet av 1500-talet platsen för stadens rådhus. Ett sådant började byggas mot Stortorget till år 1586.¹⁷⁷

Artefaktmaterialet

Det artefaktmaterial som är av intresse här, en möjlig skalpell, en fällkniv och en pincett, kommer huvudsakligen från kvarterets södra del (fig. K30). Tyvärr saknar fynden närmare kontextangivelse och datering. Enligt Kulturens i Lund inventarienummer-iggare ska fynden knytas till tomt 107–108, det vill säga öster om Lilla Kyrkogatan. Då undersökningen inte berörde S:t Laurentius 2 är det alltså tomterna med nummer 107 som avses. Det går emellertid inte att säga om fynden är samtida eller spridda i tid.

Skalpellen har ett mycket fint och tunt litet blad, endast 0,7 x 1,4 cm stort.¹⁷⁸ Skaftet eller tången är lång och kraftig i förhållande till bladet, men föremålet är endast 6,3 cm långt i sin helhet. Fällkniven har ett blad med konvex rygg och konvex egg.¹⁷⁹ Bladet är avbrutet vid det nithål där det varit fäst vid skaftet/hylsan. Pincetten är av kopparlegering och har en liten fästeögla av metalltråd.¹⁸⁰ Den har skänklar med vagt invinklade, tätslutande spetsavslut och är en epileringspincett.

Enligt arkivmaterial på Kulturen ska det dessutom finnas en apoteksburk av svarvat trä från S:t Laurentius 1.¹⁸¹ Den har givits en trolig datering till 1600-talet. Från Lilla Kyrkogatan vid tomt 110A finns även en liten glasflaska, dock av yngre datum.¹⁸²

177. Ibid., s. 143ff.; Andrén 1980, s. 19, 46.

178. KM 22.783.

179. KM 22.793.

180. KM 22.804.

181. KM 22.806:c. Jag har inte noterat denna vid min materialinventering.

182. KM 20.301.

173. Andrén 1982, s. 118.

174. Ibid., s. 118.

175. Flaum 1968, s. 9.

176. Blomkvist 1942.

Inväånare

Från kvarteret S:t Laurentius finns det skriftliga uppgifter om två personer verksamma inom läkekonsterna. Den äldsta rör en av de första till namn kända praktikerna i staden, Jost Bardskär. Han huserade år 1546 på tomt 110:3. Denna tomt ligger snett över gatan från den tomt i kvarteret Apotekaren där bardskär Peter Petersen huserade år 1615.¹⁸³ Det skiljer nästan 70 år emellan dessa uppgifter, så samtidighet är knappast trolig, om än ej omöjlig. Däremot kan man ana en tradition i verksamhet i området där Kyrkogatan mynnar mot Stortorget.

Den nordöstra tomten (108:2) arrenderades av apotekaren Esaias Fleischer och hans hustru Anne Severinsdatter från år 1626. Fleischer var innehavare av Löweapoteket i Köpenhamn och fick den 5 juni 1627 tillåtelse att öppna filial i Lund. Han var därmed förste privilegieinnehavare av apoteket Svanen. Ett apotek som kunde sälja örter och "composita medicamenter" var efterfrågat i staden och regionen sedan Lund fått en fast läkare, provincialmedicus Nils Foss, år 1623. 1629 erhöll Baltzar Stubeus kungligt privilegiebrev för apoteket, som därmed blev självständigt. Stubeus var stadens apotekare från 1629 och till 1644, då hans gård förstördes under svensk-danska kriget. Stubeus flyttade då apoteksnärningen till Malmö, men dog själv samma år. Han efterträddes i Lund av Paul Erman, som studerat på flera håll i Tyskland samt avslutat sin utbildning genom att gå 2 ½ år i lära hos Esaias Fleischer i Lund. När kriget upphört fick han kungligt privilegiebrev för apoteket och inrättade näringen i en gård i kvarteret Apotekaren 4. År 1658/59 kallades gården på tomt 108:2 fortfarande för "Apotekaregården", trots att apoteket vid det laget alltså hade flyttat. Det var då Niels Foss änka som betalade jordskyld för tomten, vilket vittnar om (ett inte särskilt förvånande) samröre även mellan läkare och apotekare, så som tidigare konstaterats mellan bardskärer och apotekare.¹⁸⁴

Kommentar

Artefaktmaterialet från kvarteret S:t Laurentius är litet och odaterat. Karlins arkeologiska undersökning 1913 berörde enligt Ragnar Blomkvists översiktliga rapportering huvudsakligen lämningar från 1100–1400-talet, med viss tyngdpunkt i 1200–1400-talet.¹⁸⁵ Det finns inget som motsäger att enstaka lösa fynd samlades in från yngre kontexter, vilket kunde vara intressant med tanke på de skriftliga beläggen, men detta förblir spekulationer.

De fem artefakterna som presenteras ovan speglar genom skalpellen och fällkniven möjligen en läkekonst med

kirurgisk inriktning i kvarterets östra del samt hantering av medicamenter under sen- eller eftermedeltid. Kanske var en bardskär verksam i sydöstra delen av kvarteret (varifrån fynden är) redan under hög- eller senmedeltid. Jost Bardskär är den första inom sin verksamhet i Lund som vi känner till namnet och Lunds första apotek etablerades i östra delen av kvarteret. Det är alltså här, i stadens absoluta centrum, som vi har de äldsta *skriftliga* beläggen för läkepraktiker i Lund.

KVARTERET S:T MIKAEL

Kvarteret ligger centralt, öster om domkyrkan, men utan anknytning till något torg. I kvarterets nordöstra hörn, det som idag är kvarteret Sigrid, låg under medeltiden S:t Mikael's kyrka.¹⁸⁶ I anslutning till kyrkan fanns från tidigt 1300-tal och ännu under 1500-talet en offentlig badstuga byggd i sten. Den omnämns första gången 1309 som varandes belägen i S:t Mikael's socken. 1544 omtalas den som tillhörandes kyrkan och 1589 finns den belagd som en "balnea publica" på Vedels kartskiss över staden. Den ska då ha legat norr om en gata strax väster om S:t Mikael.¹⁸⁷ Det är troligt att det rör sig om en och samma badstuga. Det finns inget artefaktmaterial eller andra arkeologiska lämningar som kan knytas till badstugan.

KVARTERET S:T MÅRTEN

Kvarteret begränsas idag av Lilla Södergatan, Västra Mårtensgatan, Bankgatan och Lilla Tvärgatan. Det ligger relativt centralt i staden, men inte i anslutning till det medeltida torget. Under medeltiden tillhörde det den östra delen S:t Mårtens socken och kyrkan låg i kvarterets norra del. Den västra delen tillhörde istället S:t Maria Minors socken.¹⁸⁸ Resten av kvarteret hyste sannolikt profan bebyggelse. Kvarterets tomtindelning har varierat över tid, men Mårtensgatan var troligen kvarterets huvudgata, mot vilken de större gårdarna vette. Mot Lilla Tvärgatan vette mer anspråkslös bebyggelse. Förutom Karlins undersökningar har ett antal mindre undersökningar i form av schaktövervakningar, provundersökningar och avloppsgrävningar gjorts under åren.¹⁸⁹

Artefakter

Artefaktmaterialet, som utgörs av en kniv och tre pincetter, kommer från kvarterets nordöstra tomter (fig. K31). Den mest intressanta artefakten är kniven, en trolig skalpell.¹⁹⁰ Knivbladet är mycket litet, endast 2,2 x 1,1 cm.

183. Andrén 1982, s. 86, 111.

184. Nordholm 1971, s. 7f.; Nordholm 1977, s. 1; Andrén 1982, s. 86; Universitets Apoteket Svanen Lund 1990; förteckning över innehavare i väggintarsia på nuvarande apoteket Svanen; Anteckningar i pärm märkt "Apotek, Drotten, Text, Brev" i Kulturens arkeologiska arkiv.

185. Blomqvist 1942.

186. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

187. Andrén 1980, s. 20.

188. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

189. Blomqvist 1951, s. 207; Andrén 1980, s. 48, karta 16; Carelli & Lenntorp 1994.

190. KM 24.382.



Fig. K31: Skalpell och pincett från kv. S:t Märten i Lund (KM 24.382; KM 78.367:374).

Tyvärr går det inte att säga hur mycket det eventuellt har minskat till följd av korrosion. Formen på bladet är emellertid intressant, med rak egg och rundad eller eventuellt ursprungligen tvärskuren spets. Dess handtag är mycket kraftigt och av kompakt järn och är alltså inte en tånge. Det är koniskt med tvärt avslut. Det har inte varit klätt med organiskt material, vilket kan ha haft en sanitär fördel (oklart, dock, om man var medveten om detta). Skalpellen är inte närmare daterad.

En pincett är tidigmedeltida.¹⁹¹ Den har svagt inåtböjda skänklar och raka skänkelspetsar. En annan har vinklade skänklar.¹⁹² Dateringen är oklar. Det förekommer olika uppgifter: 1300-tal respektive tidigmodern tid.¹⁹³ En tredje saknar helt försök till datering.¹⁹⁴ Den har helt raka skänklar och raka skänkelspetsar, är förgylld och ornerad. Alla tre pincetterna är epileringspincetter.

Kommentar

Allt materialet kommer från kvarterets nordöstra hörn, vilket var platsen för kyrkan. Pincetterna kan möjligen förklaras med att mycket folk rört sig där, att jämföra med det kyrkräta området kring Kattesund eller med Stortorget. Den kniv jag tolkar som en skalpell är desto intressantare att notera, eftersom den tyder på närvaron av en kirurgiskt verksam praktiker. Tyvärr är den inte närmare daterad.

KVARTERET S:T PETER

Kvarteret S:t Peter är stort och ligger längst norrut i den medeltida staden, väster om Bredgatan och norra porten. Kvarteret begränsas idag i nordväst av stadsvallen, i öster av Bredgatan och i söder av S:t Petri Kyrkogata. Större delen av kvarteret var omkring år 1500 uppdelat i långsmala tomtar som vette ut mot Bredgatan. I kvarterets sydöstra hörn låg S:t Peters kyrka.¹⁹⁵

191. KM 78.367:374n i fas II, Carelli & Lenntorp 1994.

192. KM 78.367.35; vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" (utst.nr 3146) och kunde därför inte fotograferas.

193. Den är påträffad i Fas IV vid arkeologisk undersökning. Denna fas är daterad till eftermedeltid (1500-talets andra hälft – 1700-tal) enl. rapport av Carelli & Lenntorp 1994. I Kulturens utställningsdatabas anges den emellertid som daterad till 1300-talets första hälft.

194. KM 59.101:8; vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" (utst.nr 2621) och kunde därför inte fotograferas.

195. Andrén 1985, s. 37, fig. 10.

Invånare

På en av de långsmala tomtarna i mitten av kvarteret (nummer 273–274) låg i mitten av 1400-talet en gård som var i domkyrkans ägo. 1449 uppläts den till Povl Kleinsmed och hans hustru Kristine, mot att de inom tre år byggde en ny badstuga i ett gott ektimmer på stenfot samt att de underhöll stenhusets (troligen boningshusets?) tak.¹⁹⁶ Det finns inget som säger att badstugan skulle varit offentlig, men det kan inte heller uteslutas. Ett par hundra år senare, 1646, ägdes tomten av bardskären Johan Brochmand, om vilken vidare uppgifter saknas.¹⁹⁷

Kommentar

Med vetskap om att andra badinrättningar kunde ha flera hundra års kontinuitet är det inte omöjligt att badstugan fortfarande fanns kvar i mitten av 1600-talet, även om jag inte funnit belägg för det, och att Johan Brochmand bedrev sin verksamhet i anslutning till denna. Det skulle kunna förklara hans avvikande tomtinnehav, som skiljer sig från andra kända bardskärers genom att inte ligga i stadens absoluta centrum, kring torget. Det skulle i så fall även vara ett av få fall där man har anledning att spekulera kring en koppling mellan bardskär och badstuga.

KVARTERET SVARTBRÖDER

Kvarteret Svartbröder är stort och beläget sydöst om domkyrkan. Svartbrödraklostret, som givit kvarteret dess namn, låg dock inte här utan i kvarteret S:t Mikael, norr om kvarteret Svartbröder.

På tomtarna i det sydöstra hörnet av kvarteret (nr 22 och 23) genomfördes arkeologiska undersökningar i början av 1970-talet. Undersökningarna rapporterades aldrig och finns idag endast redovisade i form av arkivrapporter.¹⁹⁸ I dessa ingår inte en stratigrafisk bearbetning och tolkning. Det innebär att de fynd som presenteras nedan, vilka är från dessa undersökningar, inte är närmare daterade. Undersökningen på tomt 22 berörde emellertid tre huvudsakliga kronologiska faser, där den äldsta daterades till 1200–1300-talet och den yngsta till 1500–1600-talet. Tomt nummer 23 ligger omedelbart väster om nummer 22 och har senare kommit att uppgå i denna. I ett äldre skede fanns där träbebyggelse med lergolv. Över dessa lämningar fanns en välbevarad husgrund från 1500-talet, vilken arkeologen Mattias Karlsson föreslår har en koppling till sockenprästen Peder Knudsen.

196. "In 3 primis annis novam stubam de carpento bono quercino super pedem lapideum erigant ac domum lapideam bene tectam convervent."

197. Andrén 1982, s. 108.

198. Karlsson 2007g; 2007h.

Fig. K32: Möjlig sond från kv. Svartbröder i Lund (KM 62.892:388).



Fig. K33: Salvekrus, apotekskärl och glasflaskor från kv. Svartbröder i Lund (överst KM 62.892:654; sedan från vänster till höger: KM 62.892:114; KM 62.892:156; KM 44.560:21; KM 62.892:26).

Fig. K34: Pincett från kv. Svartbröder i Lund (KM 62.892:2613).



Artefaktmaterialet

Artefaktmaterialet utgörs av en möjlig sond, ett litet salvekrus, två fragment av apotekskärl samt tre fragment av små glasflaskor (fig. K32 och K33).¹⁹⁹ Dessutom finns ett par pincetter (fig. K34).²⁰⁰ Föremålen kommer huvudsakligen från kvarterets sydöstra del.

Det föremål som skulle kunna vara en sond har ett närmast lansettformat blad, utan skärande egg, samt ett smalare skaft som är något böjt.²⁰¹ Även denna ände skulle kunnat fungera som sond. Föremålet har viss likhet med antika romerska spatelsonder, men är spetsigare. Salvekruset har rundad buk och kan dateras till medeltidens senare del.²⁰² Apotekskärlet har cylindrisk, albarellolikt form, den ena med profilerad mynning.²⁰³ De är troligen från 1600-talet. Flaskorna är av blekgrönt glas med smala halsar.²⁰⁴ De saknar datering, men bör vara senmedeltida eller eftermedeltida. Pincetten KM 62.892:2613 har invink-

lade skänklar med raka spetsar. Pincetten KM 64.084:164 har skarpt vinklade skänklar och raka skänkelspetsar. De saknar datering.

Invånare

I mitten av 1600-talet ägde och arrenderade både en bardskär och en apotekare tomter i kvarteret. Bardskären hette Caspar Saur och omnämns som bardskär mellan 1643 och 1651. 1663 omnämns han som rådmän. Den relativt lilla tomten 96:1 i kvarterets sydvästra hörn, mot Stortorget till, omnämns 1643 som "bardskäraren Caspar Saur's gård" och 1963 som "rådmannen Caspar Saur's hus". 1651 har han även den stora gårdstomten 99–101 i kvarterets norra del. Av en uppgift från 1663 framgår att han då hade sin ladugård där.²⁰⁵ Vid det här laget hade apotekaren Paul Erman bedrivit apoteksnäring i kvarteret Apoteket 4 i 17 år och förefaller av allt att döma fortfarande ha varit verksam. 1662 köpte han det stora kaniksresidenset på tomt nummer 102 i kvarteret Svartbröder och året efter omnämns denna som hans gård. Dessförinnan (1650) betalade han dessutom jordskyld för den östra delen av tomt 98:2 i kvarterets nordvästra del.²⁰⁶ 1645 köpte bardskären Fredrik Westhoff tomten i kvarterets sydöstra hörn, motsvarande Andréns tomt 84. Han ägde den fortfarande 1658.²⁰⁷ Westhoff hade varit verksam i staden sedan det tidiga 1620-talet, men då i kvarteret S:t Botulf.

Kommentar

Artefaktmaterialet präglas framför allt av de många kärnen från eftermedeltid. Även den möjliga sonden är utmärkande. Kärnen är påträffade i anslutning till (på angränsande tomter) den tomt som från mitten av 1600-talet ägdes av bardskären Fredrik Westhoff. Artefaktmaterialet kan vara spår efter hans verksamhet. Det är därför extra intressant att notera att det framför allt utgörs av medikamentkärl. I mitten av 1600-talet hade apoteket etablerats i Lund och kärnen från sydöstra delen av kvarteret Svartbröder skulle kunna tolkas som spår efter samarbete och/eller utbyte mellan apoteket och bardskären.

SPRIDDA ARTEFAKTER I LUNDS STAD

Förutom de artefakter som ovan har beskrivits kvartersvis, finns vissa arkeologiskt framkomna artefakter utan bestämd kontext eller rumslig bestämning, men som är extra intressanta att notera.

Dels finns en trolig böjkniv eller -öppnare i kopparlegering (fig. K35). En ögla i skaftänden antyder att den suttit fästad tillsammans med andra instrument på samma sätt som motsvarande föremål i instrumentknippet

199. KM 44560:21; KM 62892:26; KM 62.892:32 (den senare dock sannolikt yngre).

200. KM 64.084:164; KM 62.892:2613. KM 64.084:164 var vid inventeringstillfället utställd i "Studiemagasinet" (utst.nr 3147) och kunde därför inte fotograferas.

201. KM 62892:388.

202. KM 62892:654.

203. KM 62892:114; KM 62892:156.

204. KM 44560:21; KM 62892:26.

205. Andréns 1982, s. 82f.

206. Ibid., s. 83.

207. Blomqvist 1978, s. 98; Andréns 1982, s. 80.



Fig. K35: Rispare/böldkniv från Bredgatan i Lund (KM 49215). Föremålet mäter 5,3 cm.



Fig. K36: Skalpelli från Lund (KM OM).



Fig. K37: Skalpelli från Lund (KM OM).

från Varnhem (fig. 52, kap. 2.1.8.). Den har påträffats på Bredgatan, men närmare fyndomständigheter saknas.

Ett par mycket fina och välbevarade skalpeller bör nämnas. Den ena har ett skalpellblad som är cirka 3,5 cm långt och mycket tunt över ryggen (fig. K36).²⁰⁸ Eggen är konvex. Ryggen är rak och helt i linje med tången. Tången är av rektangulärt snitt och närmare en decimeter långt. Det är en av landets mest välbevarade skalpeller bland arkeologiskt fyndmaterial. Tyvärr är den odaterad och med oklar fyndlokalitet.

Detsamma gäller den andra skalpellen, som har ett något kortare blad, cirka 2,5 cm (fig. K37).²⁰⁹ Första delen av skaftet är smitt i ett stycke med bladet. Därpå följer en tånge. Bladets rygg är rak och i linje med skaftet. Eggen är starkt konvex. Från kvarteret Akademiska föreningen finns en skalpell av modellen med litet blad snett vinklat mot det långa skaftet (fig. 46, kap. 2.1.8.).²¹⁰ Den kan vara eftermedeltida.

Från Lund finns vidare Sveriges enda jordfunna mer specialiserade extraktorer. En har redan nämnts i samband med kvarteret Döbeln. En annan kan typologiskt dateras till tidigt 1500-tal eller kanske äldre. Det är en litotom och/eller kuluttagningsstång (fig. 27, kap. 2.1.4).²¹¹ Den är drygt 30 centimeter lång och har skänkelspetsar

208. KM OM. Även Bergqvist 1997, s. 10.

209. KM OM.

210. KM 19947.



Fig. K38: Handtag till kirurgisk tång från Lund (KM 14.592).

formade som grova, långsmala skedblad. I änden på ena handtaget sitter en kulformad vulst. Det andra handtaget, som sannolikt utgjorts av en ögla, är avbrutet. Det enkla och basala utförandet signalerar att instrumentet kan ha använts under enkla och tuffa förhållanden, till exempel i fält under krig. Innan man började använda den här typen av tånger användes istället skedliknande instrument som motsvarade en enskild skänkel, likt större kyretter. Tången från Lund påträffades i samband med den stora och omfattande Kloakgrävningen i slutet av 1800-talet.²¹²

Det finns även ett skänkelskaft som är en del av ett liknande instrument, men av elegantare och mer arbetat utförande (fig. K38).²¹³ Den ska troligen dateras till 1500- eller 1600-talet. Skaftet är böjt i en ögla, med en extra liten ögla för lillfingeret för ett stabilare grepp och bättre styrning. Skaftet mellan gångjärnet och ögla är profilerat på ena sidan som något som liknar en människa i helkroppsframställning, med huvudet upp mot ögla. Handtaget motsvarar den del som saknas på det ovan beskrivna instrumentet, men det är helt uppenbart att det rör sig om två olika instrument. Även för detta föremål är fyndlokalen okänd.²¹⁴

Det finns ytterligare en fragmentarisk tång av intresse (fig. 31, kap. 2.1.4.).²¹⁵ Endast den ena skänkelspetsen är bevarad. Denna är rak och slät och förhållandevis kort. Även när det gäller skaftdelen är endast den ena skänkeln bevarad. Änden på denna är försedd med en liten platt, fasad del, vilken möjliggjort låsning med en ögla från det andra skänkelskaftet, i en låsanordning som påminner om dagens sekretörer. Liknande låsningsmekanismer på kirurgiska tånger, inte minst hantkångar, finns avbildade i litteratur från 1600-talet.²¹⁶ Nypet på tången från Lund har dock inte de öglor som hantkångar hade.

Dessutom finns ett svårbestämt föremål som närmast ser ut som ett förarbete till en kirurgisk tång, eftersom

211. KM 5408.

212. Ytterligare en, av yngre datum, är KM 45.716 – en ställbar, flexibel extraktor.

213. KM 14.592.

214. Nummernärkningen av fyndet stämmer dessutom inte, då numret i Kulturens Accessionsliggare avser ett snushorn från Norge.

215. KM OM.

216. Scultetus 1672.



Fig. K39: Tång från Lund (KM 22.142).

det är grovt på ytan och ser delvis osmitt ut (fig. K39).²¹⁷ Skänklarna är dock hopmonterade, vilket motsäger halvfabrikatshypotesen. Möjligen är den hårt korroderad och dito hårt konserverad, vilket givit föremålet dess märkliga yta. Den har en ögelformad handtagsdel och en fragmenterad.

Kommentar till Lundamaterialet

Eftersom Lundamaterialet är det mest omfattande av stadsmaterialen görs nu en mer ingående analys av det. Motsvarande görs inte av de andra stadsmaterialen.

FYNDENS SPRIDNING I STADENS TID OCH RUM

Möjligheterna till kronologisk upplösning i Lundamaterialet är, som redan nämnts, begränsade, men det går att göra en grov kronologisk uppdelning och på så vis jämföra fyndspridningen från 1000–1200-talet med den från 1300–1400-talet respektive 1500–1600-talet. Odaterade fynd är inte medtagna i analyserna. Som spridningskartorna (fig. 64, 65 och 66 i kapitel 5.3.3.) för de olika tidsspännen visar, kan man notera en tendens till en nord-sydlig spridning av de äldsta fynden (1000–1200-tal), från platsen för det medeltida torget och söderut utefter genomfartsgatan. De består till stor del av epileringspincetter (framför allt i området kring Kattesund), vilka sannolikt oftast var personliga ägodelar, men den generellt mer långsträckt spridningsbilden blir densamma även om dessa exkluderas.

De senmedeltida (1300–1400-talen) fynden utgörs till stor del av kärl, men även till viss del av kirurgiska föremål. Materialet har inte samma utbredning åt söder som de äldre fynden, utan har snarare en viss spridning i öst-västlig riktning i höjd med torget. Detta torde spegla att torget anlagts eller bildats, och att verksamheterna då koncentrerades dit. Även den yngsta fasens material (1500–1600-tal) utgörs till stor del av kärl. Denna periods material har en yvigare spridning i stadsrummet, men fortfarande med en tyngdpunkt nordväst om Stortorget.

Dessa spridningsbilders förändring över tid överensstämmer i grova drag med hur stadsbebyggelsen i stort bredd

ut sig. Den allra tidigaste bebyggelsen förefaller ha varit orienterad utmed den nordsydliga huvudgatan, medan den under högmedeltid i högre grad centerades kring torget. Fyndspridningen visar att de läkekunniga under hela tiden från tidigmedeltid till och med 1600-talet var verksamma i stadens mest centrala delar. Det material som är daterbart skulle till stor del kunna tänkas utgöras av konsumenternas ting (till exempel småkärl), snarare än praktikernas (till exempel större kärl och instrument). Det är därför viktigt att notera att även de rent praktikerrelaterade instrumenten i form av skalpeller, tänger och andra instrument, samt apotekskärl, följer samma spridningsmönster.

Merparten av de studerade artefakterna från Lund är inte påträffade vid institutioner eller speciella inrättningar, utan på vanliga stadsgårdar. En viss koncentration kan skönjas i kvarteret Apotekarens östra del, ut mot Kyrkogatan, men även andra tomter nära torget har rikliga belägg. Inga andra kvarter eller tomter utmärker sig dock tillnärmelsevis lika tydligt. Jag tolkar det som att läkepraktiker i Lund redan under medeltiden huvudsakligen verkade kring torget. De kirurgiska och medicinska artefakterna har under medeltidens tidigare del en spridning från torget och söderut. De är sedan koncentrerade i närheten till torget under medeltidens senare del och får inte en större spridning i stadsrummet förrän efter medeltiden. Det kan tolkas som att läkekunsten redan tidigt var en merkantil näring, en bland andra hantverk och handelsnärings i stadens centrum, och därför beroende av närheten till de stråk där flest människor rörde sig.

Om detta stämmer, kan man konstatera en kontinuitet i denna centrala lokalisering av de läkekunniga framåt i tiden. Det eftermedeltida skriftliga källmaterialet med uppgifter om tomtinnehav ger en snarlik bild. Vi kan utifrån detta konstatera att bardskärerna redan under 1500-talet var tydligt koncentrerade till stadens centrum, i anslutning till torget och torggatan (fig. 67, kap. 5.3.3.). De har bott och sannolikt också haft sin praktik bland annat i kvarteret Laurentius samt kvarteret S:t Clemens. En av dem har haft en extra tomt i kvarteret Altona vid domkyrkan. Under 1600-talet är beläggen fler och ger en ännu tydligare bild (fig. 68, kap. 5.3.3.). Intrycket från den föregående perioden kvarstår. Det var runt Stortorget bardskärerna bodde och verkade. Ett undantag finns och det är Johan Brochmand, som i början av 1600-talet var verksam längre norrut, vid Bredgatans västra sida. Detta skulle möjligen kunna förklaras med att där låg en badstuga och att han bedrev praktik i anslutning till denna.

Uppgifterna om apotekarna ger ett delvis annat intryck (fig. 68, kap. 5.3.3.). Även dessa var verksamma i stadens mitt, men medan bardskärernas verksamhet kunde tillåta ett begränsat antal, men ändå flera utövare samtidigt, var apoteksnäringen mycket hårdare reglerad. I Lund fanns endast ett apoteksprivilegium, och det var för apoteket

217. KM 22.142.

Svanen. Apoteket flyttade visserligen vid ett tillfälle – från kvarteret Laurentius till kvarteret Apoteket, men det var samma apotek och samma privilegium det rörde sig om. Det gör att markeringarna av tomter ägda eller arrenderade av apotekare är betydligt färre än när det gäller bardskärerna, även om också apotekare kunde stå tecknade för ett stort antal olika tomter (till exempel Paul Erman på fem stycken), ofta en central tomt och en något mer perifer, vilken kan ha använts för odling av örter och andra växter. De olika apotekare som omnämns har avlöst varandra i apoteket Svanen, men de har gått delvis omlott (verksamheten har på detta sätt överförts från en till en annan), så att det ofta funnits minst två stycken åt gången i staden.

Det skriftliga källmaterialet bekräftar det som det arkeologiska materialet indikerar, nämligen att bardskärer och apotekare har traktat efter samma tomtlägen i staden, bött grannar och bedrivit sina verksamheter vägg i vägg och ibland även övertagit tomter efter varandra. Detta är intressant att konstatera i ljuset av de konflikter som påstås ha följt de olika yrkenas separering under 1500-talet och som faktiskt kan beläggas i Nya Lödöse vid samma tid. I Lund förefaller det dock inte som om motsättningarna varit värre än att man kunde göra affärer med varandra och kanske även skicka patienter och kunder mellan sig. Det är i själva verket troligt att de olika verksamheterna var ömsesidigt beroende av varandra och praktikerna av varandras kunder och därför i den meningen bedrev sina verksamheter i symbios.

Läkare och medicine professorer har huvudsakligen befunnit sig på andra håll i staden (fig. 68 kap. 5.3.3.). En medicine professor (Rostius) var under en tid visserligen direkt kopplad till apoteket Svanen (apoteket stod efter universitetets grundande alltid under den medicine professors uppsikt och ansvar), men annars har de bött mer spridda i stadsrummet (framför allt i höjd med universitetet) och inte i anslutning till torget och de mest trafikerade gatorna. Detta är förklarligt eftersom de inte på samma sätt utövade någon praktisk verksamhet, utan var kopplade till universitetet och därmed inte heller beroende av närheten till folkvimlet och av att kunna skylta med sin verksamhet.

Frågan är om badstugor ska definieras som institutioner eller inte. Jag definierar dem inte som sådana, eftersom jag med institutioner framför allt avser religiösa, oftast mer formaliserade inrättningar. De av stadens badstugor som finns belagda, arkeologiskt eller historiskt, är spridda i stadsrummet. Det är tydligt att de varit belägna med närhet till folkvimlet, men inte i anslutning till de mest trafikerade stråken. Snarare ligger de något tillbakadragna, men ändå i det centrala stadsrummet. Vissa var förmodligen privata gårdsbadstugor, medan andra var offentliga. De senare omnämns vid ett par tillfällen ligga i en viss socken. Kanske fanns en ambition att var socken skulle tillhandahålla en badstuga för sina församlingsbor? Jag har inte kunnat knyta något artefaktmaterial till Lunds badstugor och det

är därför oklart om och i så fall hur de spelade en roll för läkekonsten i staden, om man bortser från den hygieniska funktionen (se dock ovan om Brochmand).²¹⁸

Endast en mycket liten del av beläggen för läkekonst i Lund, såväl materiella som skriftliga, kan knytas till institutioner av olika slag. Spridningen av föremål visar i allt väsentligt en tydlig rumslik avvikelse från de medeltida religiösa institutionerna, som på spridningskartorna är markerade med grå fält. Det finns ett åderlättningsjärn som möjligen skulle kunna knytas till helgeandshuset och två åderlättningsjärn från hospitalet utanför stadens murar, som visar att denna form av behandling givits där. Åderlätning förefaller emellertid ha utövats lite vid sidan av den övriga läkekonsten och inte som en integrerad del av denna.²¹⁹ Det finns också visst material som kanske kan knytas till det efterreformatoriska Helgeandshospitalet. Enstaka artefakter för sårvård har påträffats på gråbrödraklostrets och Helgeandshospitalets områden. Vid det förra ska ha funnits en sjukstuga som vette ut mot det profana stadsrummet, och alltså kan tänkas ha tjänat både klostret och utomstående.

OLIKA LÄKEKONSTER I LUND. FUNKTIONSANALYS

Vilken form av läkekonst kan man då spåra utifrån Lunda-materialet? De medeltida materialet från Lund är fördelat på olika typer av föremål. Föremålskategorierna är många och ofta flerfunktionella, vilket komplicerar bilden. Vissa typer står dock ut genom att tydligt representeras av fler exemplar. Det gäller skalpeller, fällknivar, medicinkärl och epileringsspincetter. De senare föremålskategorierna speglar emellertid delvis konsumenter, att skilja från praktiker.

För att tydligare förstå vad materialet representerar i termer av behandlingsformer, analyseras materialet inom de fyra kategorierna *kirurgi*, *medicin*, *hygien* och *domesticering*, det vill säga samma kategorisering av föremålen som används vid analysen av klostermaterialen. De båda kategorierna medicin och kirurgi definieras i klosteranalysen som *icke skävande* respektive *skävande* behandlingar, vilket där motiveras av förbudet för prästviga att spilla blod genom kirurgiska ingrepp. Denna distinktion kan tyckas vara mindre motiverad i analysen av stadsmaterial, framför allt eftersom differentierade yrken som bardskärer, läkare och apotekare inte började utkristalliseras förrän under renässansen och därefter. Uppdelningen används ändå för att tydliggöra Lunda-materialets karaktär i förhållande till klostermaterialen och för att möjliggöra en jämförande diskussion kring vilken form av läkekonst som bedrevs i olika miljöer. Instrument för skävande och brännande behandlingar utgör dessutom mer ovedersägliga belägg för närvaron av en praktiker än de flesta medicinska föremål, vilka även delvis speglar ett konsumtionsperspektiv.

218. Nedan om Övriga kloster och konvent.

219. Kap. 6.2.4.

Diagrammet i figur 81 i kapitel 6 visar att de kirurgiska artefakterna (inklusive fällknivarna) från Lund utgör en mycket betydande del av det totala medeltida fyndmaterialet från staden. Det visar att kirurgi var en viktig del av den profana praktikerns verksamhet i staden. De medicinska artefakterna utgörs huvudsakligen av kärl i form av små salvkrus samt någon spatel.²²⁰ Åderlätning förefaller ha praktiserats något vid sidan av den övriga läkekonsten, vilket diskuteras i kapitel 6.2.4. Det finns endast två säkra och ett troligt åderlätningjärn från hela Lund och dessa kommer från institutioner. Om man inkluderar det eftermedeltida materialet (från 1500–1600-talet) blir andelen medicinska föremål relativt sett något större. Detta tolkar jag som till stor del resultatet av apotekets etablering under 1600-talets första hälft. Det förekommer emellertid även fler olika specialiserade kirurgiska instrument, framför allt extraktorer och tänger, vilka användes av kirurgiskt kunniga bard- och fältskärer.

Epileringsspincetter är framför allt påträffade i stadens innersta kärna och de flesta har en tidigmedeltida datering. Epileringsspincetter är generellt sett mycket vanligare i tidigmedeltida material än i material från senare perioder. Nära en tredjedel är påträffade runt nuvarande Kattesund, med dess många tidiga kyrkor och begravningsplatser. Spridningsbilden talar för att epileringsspincetter huvudsakligen var en personlig ägodel under den tidiga medeltiden, även om de användes också inom läkekonsten. Klostermaterialen antyder, som vi ska se, att de så gott som uteslutande användes av kvinnor. Pincetter med tydliga specialfunktioner, vilka bör tolkas som kirurgiska, är sällsynta i Lundamaterialet, även om det finns ett par stycken.

Som figur 81 visar är föremål med anknytning till medicin något fler än föremål med anknytning till kirurgi. Denna fördelning skiljer sig något från fördelningen i cisterciensklosters material, som diskuteras nedan, där kirurgiska föremål utgör en något mindre andel. En jämförelse mellan materialet från Lund och cisterciensklosters material antyder alltså att kirurgiska behandlingar var vanligare i profana miljöer. Detta rimmar väl med förbudet mot blodspillan för prästerskapet, och stärker antagandet att klostren för vissa former av läkekonst fick anlita praktiker utifrån, som diskuteras i kapitel 5.3.3.²²¹ Lundamaterialet visar också på ett intressant sätt att läkekonst inte enbart eller kanske ens främst bedrevs vid klostren och andra kyrkliga institutioner, utan var ett svar på hela samhällets behov och bedrevs av och för det profana

samhällets medborgare. Även den rumsliga spridningsbilden av artefakterna från Lund stärker denna tolkning. Det är tydligt att de företrädesvis är påträffade på tomter som inte hyst de olika kyrkliga institutionerna, även om vissa överlappningar finns. Undantagen gäller gråbrödraklostret och platsen för S:t Märten kyrka, där föremål med tydlig koppling till praktikerna snarare än konsumenterna påträffats. Artefakterna från gråbrödraklostret sammanfaller dock tämligen väl med platsen för dess sjukstuga och där kan även externa läkekunniga ha verkat.

Gamla Lödöse

Under senare delen av 1200-talet anlades ett hospital i staden (av medeltidsforskaren Rune Ekre kallat "de spetäliskas sjukhusby") norr om staden, vid det så kallade Spitalsberget. Uppgifterna om institutionen är få, men den är känd i skriftliga källor från 1286. I slutet av medeltiden finns namnet "sancti Jörghens hospital" belagt. Det förestods av en eller två förmän. Hospitalet upphörde som en följd av reformationen och flyttades 1528 till Nya Lödöse och det där nyutrymda gråbrödraklostret.²²² Ekre menar att det även kan ha funnits ett helgeandshus i Gamla Lödöse, även om det saknas uppgifter om ett sådant.²²³ Ekres antagande måste emellertid betraktas som osäkert.

Källmaterialet från Gamla Lödöse

De här aktuella arkeologiska undersökningarna av Gamla Lödöse var inte rapporterade när jag undersökte materialet. Så kallade arkivrapporter höll på att skrivas men var inte klara. Det har därför inte varit möjligt att få veta fyndens närmare dateringar och kontexter. Gamla Lödöses kvarter är inte namngivna. Vid arkeologiska undersökningar har områdena benämnts med bokstavskombinationer, där den första bokstaven anger område och den andra den kronologiska ordningsföljden för den specifika undersökningen inom området. Det är inte helt lätt för en utomstående läsare att få en överblick över denna geografi. För att enklare gruppera fynden geografiskt redovisas de därför här istället inom områden som jag väljer att kalla *Norra delen* (norr om den medeltida Ljuda ås norra arm), *Innerstaden* (söder om Norra Ljudån), *Södra delen* (norr om den Södra Ljudån), *Östra delen* (i den forna klykan mellan de båda åarmarna) samt *Västra delen* (som vette ut mot Göta älv, mellan borgkullen och Norra Ljudån).²²⁴

220. Kärlen blir fler under 1600-talet, troligen som en spegling av specialiseringen av apoteksnäringen. Dessa är dock inte inkluderade i diagrammen över det medeltida materialet.

221. Skillnaden mellan städer och kloster blir dock inte lika stor om samtliga stadsmaterial inkluderas, men Lundamaterialets högre kvalitet och kvantitet i förhållande till andra stadsmaterial gör att det bör vara mest representativt. Förhållandena kan självfallet även ha varierat från stad till stad.

222. Carlsson & Ekre 1980, s. 7, 12; Ekre et al. 1994, s. 16f.

223. Ekre 1989, s. 8.

224. Norra delen CP, GB, GI, GN, GL, GM, GS, GT, GU, GV, H, HA, J, JH, LB, LC, LD, M, MB, MC, MD, ME, MI, MK, MS, MT, MX; Innerstaden AC, AD, AE, AH, AI, B, C, CA, CN, CR, CS, CT, DH, GD, LB, OG, OK, OL, RH; Södra innerstaden AI, CA, CN, OA, OH, OI, OG, OM, RJ; Östra delen NC, ND; Västra delen PM, PP, SC.

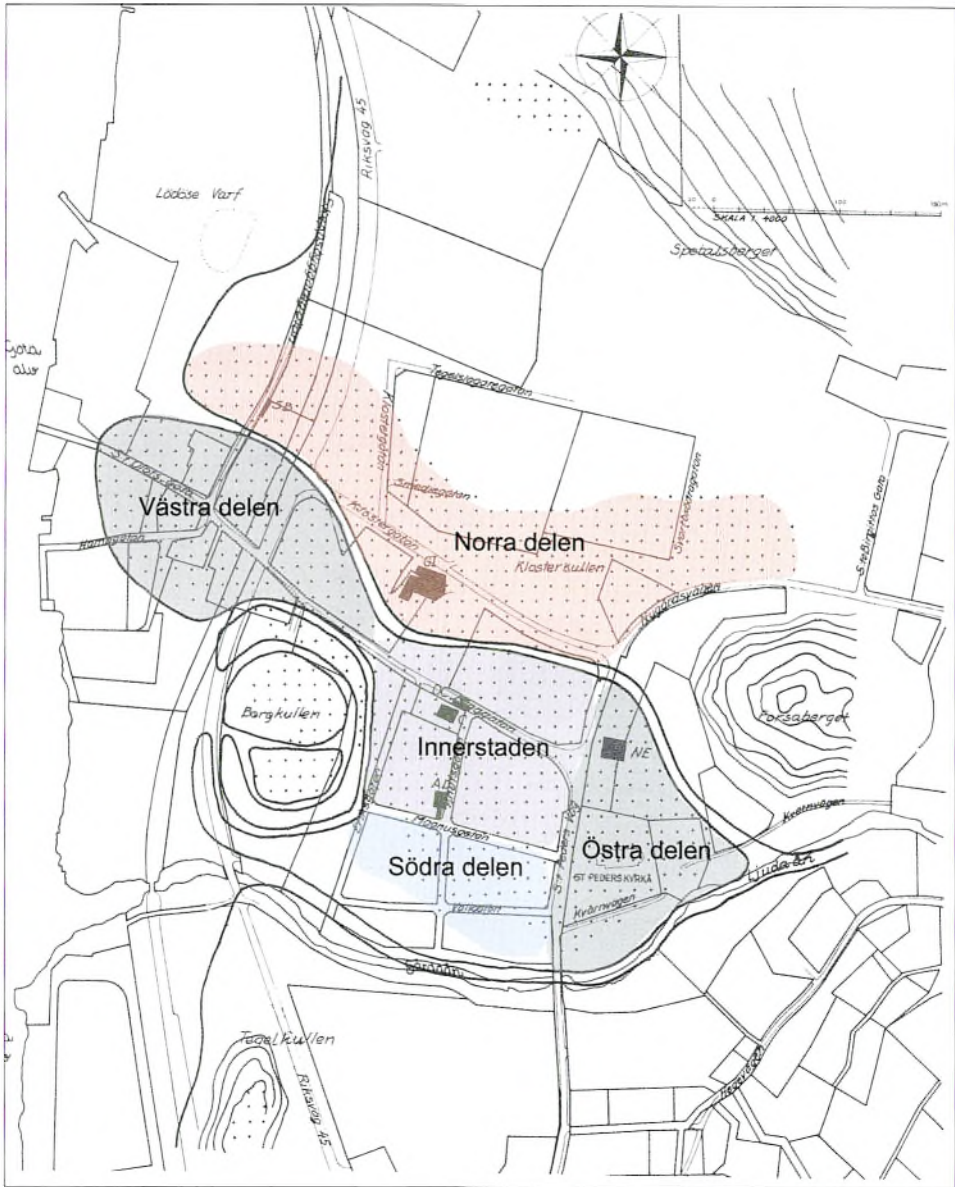


Fig. K40: Plan över Gamla Lödöse på underlag av Cintios & Carlssons karta (1982, s. 2, fig. 1), med markering av de olika delar av staden som diskuteras här.

Från själva Borgkullen finns inget material av intresse för denna studie. Min indelning kan jämföras med det försök till rekonstruktion av 1300-talets stadsplan som finns i Rapport Medeltidsstaden.²²⁵ Där kallas området norr om Norra Ljudån för *Norra delen* och hela området mellan årmarna, innanför borgkullen för *Innerstaden*. *Västra delen* avser där detsamma som jag avser här. Skillnaden är alltså att jag har valt att dela in innerstaden i tre delar och anledningen till det är att den norra delen skiljer sig

materialmässigt från resten. Det är i själva verket utefter Norra Ljudåns båda stränder som det huvudsakliga materialet från Gamla Lödöse är påträffat.

NORRA DELEN

Bebyggelsen i norra delen sträckte sig huvudsakligen utmed ån, mellan en höjd i öster och Göta älv i väster. Centralt genom området löpte troligen den väg som ledde ut mot hospitalet, beläget några hundra meter norr om staden. I områdets sydöstra del låg dominikankonventet, medan

225. Karta 10.



Fig. K41: Skalpelli med frontal kavitet för fingerstöd från Norra delen av Gamla Lödöse (LM GI 1877a).

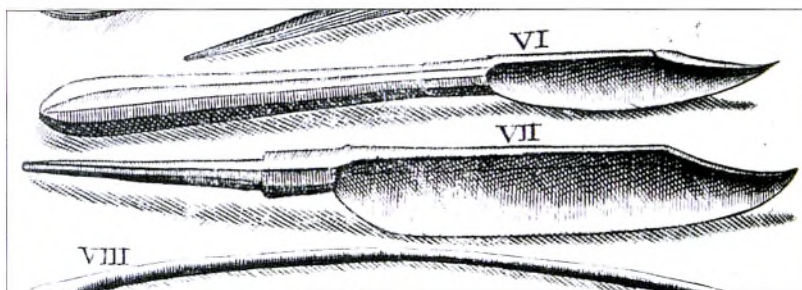


Fig. K42: Skalpeller med frontal kavitet avbildade i Johannes Scultetus Armamentarium chirurgicum... från 1672.



Fig. K43: Åderlättningsjärn från norra delen av Gamla Lödöse (LM MK 347; GB 1086b).

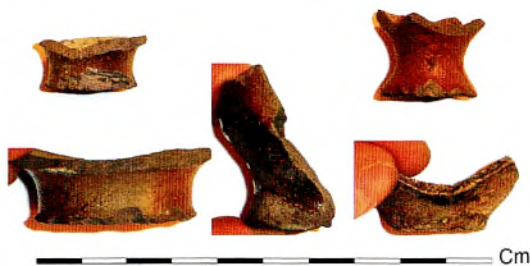


Fig. K44: Salvekrus från norra delen av Gamla Lödöse (LM MS 170; GB 14; ME 964a; GI 32; MK 840b).

den västra delen utgjordes av profan bebyggelse. Den norra staden är det område som har störst geografisk utbredning och i dess centrala del finns även delar av stadens äldsta tidsskikt representerade. Det är därför inte konstigt att detta är det av stadens områden som genererat flest artefakter. Dessa kommer huvudsakligen från den profana bebyggelsen i områdets västra del. Det är en möjlig skalpell, två åderlättningsjärn, fem salvekrus och fyra pincetter. Från konventets nära omgivning finns därutöver ytterligare en möjlig skalpell, en del av en skedsond samt tre möjliga salvekrus. Dessa redovisas för sig.

Jag börjar med materialet i den västra, profana delen. Jag har redan nämnt kniven med konkaviteten vid spetsen (fig. K41 och 42).²²⁶ Den är intressant, eftersom det på avbildningar av anatomiska undersökningar från senare delen av medeltiden och renässansen ofta förekommer knivar med sådan konkavitet för fingerstöd längst fram på knivbladets rygg. En sådan kniv användes när precision var av största vikt och man därför behövde stödja knivbladet med ett extra finger. Mindre knivar av detta slag användes för pergamentsskrapning vid skrivarbete samt vid kirurgiska ingrepp. Knivbladets egg är mycket vass, men dess

mycket raka egg i kombination med dess rundade spets talar möjligen emot en kirurgisk användning.

Det ena åderlättningsjärnet är relativt välbevarat (fig. K43).²²⁷ Det har rund egg (vilken dock troligen ursprungligen varit längre), skaft med upprullad ände samt stopp framtill. Det andra är kraftigt korroderat och därför nu mycket tunt, men dess form är ändå tydlig.²²⁸ Det är möjligt att en stopp-pigg funnits framtill. Skaftet har upprullad ände.

Samtliga salvekrus, framför allt bottenfragment, är av stengods (fig. K44). Två av dem har en mycket liten och smal fot, endast ett par centimeter i diameter.²²⁹ De är båda i gråbrunt respektive grått gods och är utvändigt glaserade i varmbrun glasyr. Ett annat kärl påminner mycket i gods och glasyr om dem, men har en nästan dubbelt så stor botten diameter.²³⁰ Ytterligare ett kärl är tillverkat i grått gods med utvändigt blankare brunflammig glasyr.²³¹ Detta är det enda av kärlen i gruppen där mer än botten är be-

227. MK 347.

228. GB 1086b.

229. GB 14; MS 170.

230. ME 964a.

231. GI 32.

226. GI 1877a.

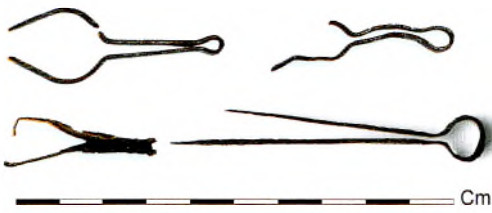


Fig. K45: Pincetter från norra delen av Gamla Lödöse (LM GI 356; MD 9; M 208; MB 51).



Fig. K46: Skalpelli och trolig skedsönd från norra delen av Gamla Lödöse (LM H 837; H 1402).

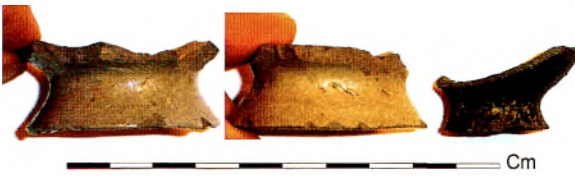


Fig. K47: Salvekrus från norra delen av Gamla Lödöse (LM H318/H3637; LC 6000; LD 1333).



Fig. K48: Skalpelli och möjlig knappönd från södra delen av Gamla Lödöse (LM 63 B 125; AH 1560).

varad. Buken är svagt svängd och rundad. Slutligen finns ett kärl som helt saknar fot.²³² Buken svänger ut direkt från botten. Det skiljer sig även från de andra genom gods och glasyr. Godset är närmast vitaktigt och den utvändiga glasyren flammigt vit-grön.

Samtliga pincetter kan ha varit epileringspincetter, men skänkelspetsarna är dåligt bevarade på flera av dem (fig. K45). Två av dem har snarlikt form, med lång hals, där endast skänkelnas nedre hälft är kraftigt böjda.²³³ Skänkelspetsarna förefaller ha varit raka. En pincett är så korroderad att den är omöjlig att uttala sig närmare om, men den har förmodligen varit en ordinär epileringspincett.²³⁴ En fjärde pincett är betydligt större än de andra och har raka, lite bredare skänklar, men med korroderade skänkelspetsar.²³⁵

I området en bit väster eller norr om dominikankonventet har en möjlig skalpell påträffats (fig. K46).²³⁶ Bladet är delvis korroderat och mäter nu drygt fyra centimeter. Ryggen är rak men spetsen kan ha sluttat nedåt. Eggens spets förefaller ha varit uppvinklad. Bladet är dock relativt tjockt över ryggen (ca 0,15 cm), vilket gör tolkningen något osäker. Det kan av den anledningen också vara en ordinär kniv som slipats och nöts ned så att bladet blivit så litet. Från samma område finns ett litet föremål som jag tolkar som ett fragment av en skedsönd (fig. K46).²³⁷ Den är tillverkad i kopparlegering. Skedbladet är avlångt och relativt flackt, med en konkav spets. Skaftet är mycket tunt med runt tvärsnitt.

Av kärnen från konventsområdet är ett påträffat i området väster eller norr om konventet och två på platsen för konventet (fig. K47).²³⁸ Det förra är påträffat på *Spetalsfältet*, det vill säga vid S:t Olofs kyrka, norr om staden.²³⁹ Det har en liten fot och utsvängd rund buk. Stengodset är utvändigt glaserat med mörkbrun glasyr. Kärlet kan dateras till 1300-talet.²⁴⁰ De två senare har fötter med något större diameter än salvekrus vanligen har.²⁴¹ De är tillverkade i grått stengods med grå glasyr.

INNERSTADEN

Innerstaden motsvarar i princip området utmed södra stranden av Ljuda ås norra arm. Från denna del av staden finns en möjlig skalpell, en möjlig knappönd, sex salvekrus i stengods, ett möjligt salvekrus i trä samt tre pincetter.

Skalpellen har ett mycket litet, nästan kilformat blad (fig. K48).²⁴² Ryggen är rak och eggen kraftigt sluttande uppåt. Knivbladet är mycket tunt. Tången är platt och kilformad.²⁴³ Den möjliga knappönden har en oval knapp i ena änden (fig. K48).²⁴⁴ Skaftet är avsmalnande till en spets och har fyrkantigt snitt. Det senare är ovanligt för sonder, vilket gör bestämningen något osäker. Den knoppformade änden är dock mycket lik en knappönd.

236. H 837.

237. H 1402.

238. H318/H3637; LC 6000. Enligt museet ska det finnas en skärva (LC 458) från klostret. Jag återfann dock inte denna vid min inventering. Som alltid i liknande fall i denna undersökning kan det bero på att jag haft en avvikande mening om fyndets bestämning och därför inte noterat det (detta har varit fallet i samtliga de fall som jag dubbelkontrollerat, bland annat salvekrus, pincetter, sonder och återlätningsjärn), men andra möjliga förklaringar är att jag helt enkelt missat föremålet i fråga eller att det varit tillfälligt utställt, utlånat eller ivägskickat.

239. LD 1333 (LD 1335 enl. Lödöse museums databas).

240. Carlsson & Ekre 1980, s. 41; dokumentation och liggare från Ugglas arkeologiska undersökning, Lödöse Museums arkiv.

241. H318/H3637; LC 6000.

242. 63 B 125.

243. En tånge är den avsmalnande delen av ett (egg)verktyg eller vapen som sticks in i skaftet och som skaftet är fäst på.

244. AH 1560.

232. MK 840b.

233. GI 356; MD 9.

234. M 208.

235. MB 51.

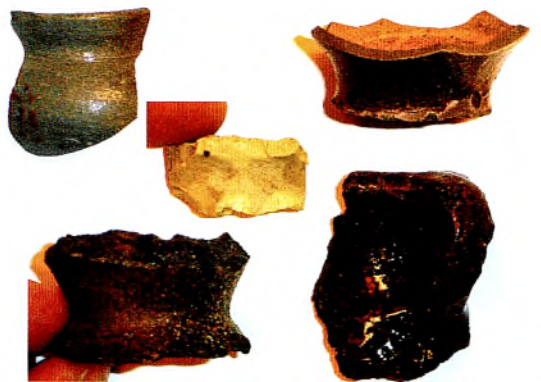


Fig. K49: Salvekrus från innerstaden i Gamla Lödöse (LM CS 89; DH 568a; GD 637h; GD 4595a; GD221b).



Fig. K50: Salvekrus från innerstaden i Gamla Lödöse (LM CT 10).

Salvekrusen är av sinsemellan olika form och godstyper (fig. K49 & 50). Det ena representeras av en mynnings- och bukbit i in- och utvändigt gråglaserat stengods.²⁴⁵ Mynningen är svagt utställd och buken mjukt rundad. Inte långt från dess fyndplats har ett intakt krus påträffats.²⁴⁶ Det har en liten, något utsvängd fot, rund buk, hank och svagt utställd mynning. Kruset har in- och utvändigt brun glasyr. Något närmare borgen har botten till ytterligare ett krus påträffats, i mörkt stengods med utvändigt varmbrun glasyr.²⁴⁷ En mindre, något veckad botten-skärva är från ett kärl i vitt, oglaserat stengods.²⁴⁸ En annan bottenbit är i grovt grått, kornigt tjockt stengods.²⁴⁹ Kärlet har varit utvändigt glaserat och skärvan förefaller sekundärbränd. Det finns slutligen även en skärva av ett kärl i rödgods, med utvändigt brun glasyr.²⁵⁰ Mynningen är svagt utställd, buken rundad och kärlet

245. CS 89.

246. CT 10.

247. DH 568a.

248. GD 637h.

249. GD 4595a.

250. GD 221b.

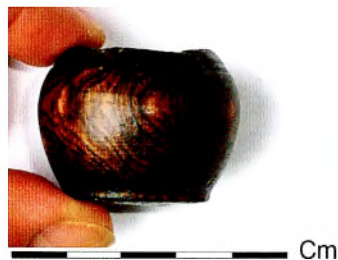


Fig. K51: Litet träkärl från innerstaden i Gamla Lödöse (LM AC 12).



Fig. K52: Pincetter från innerstaden i Gamla Lödöse (LM AD 893; AH 183; AD 2248b).

har hank. Ytterligare ett kärl finns registrerat av Lödöse museum som salvekrus, vilket dock inte påträffats eller identifierats som salvekrus vid inventeringen inom denna studie.²⁵¹

Det lilla träkärl är endast 2,5 cm högt och drygt 3 cm i diameter (fig. K51).²⁵² Det är svarvat, med flat botten och mjukt rundad buk. Dess storlek påminner mycket om salvekrusens, men formen avviker. Även andra användningsområden än för läkemedel är möjliga.

En av pincetterna har vinklade skänklar och raka spetsar (fig. K52).²⁵³ En annan har lång hals och mjukt böjda skänklar med rundade skänkelspetsar (fig. K52).²⁵⁴ Slutligen finns en pincett som i sitt slag är unik i svenskt material (fig. K52). Det är en tandad låsbar pincett (fig. 25, kap. 2.1.3.).²⁵⁵ Dess skänklar är raka och jämbreda och kan fixeras med en låsring. Skänkelspetsarna är raka, men räfflade eller svagt tandade för att ge ett fastare grepp vid fixering av vävnad. Endast den ena skänkelspetsen är bevarad. Detta är den enda tandade pincett jag noterat bland det inventerade materialet från Götaland och Svealand.

251. GD 299.

252. AC 12.

253. AD 893.

254. AH 183.

255. AD 2248b.

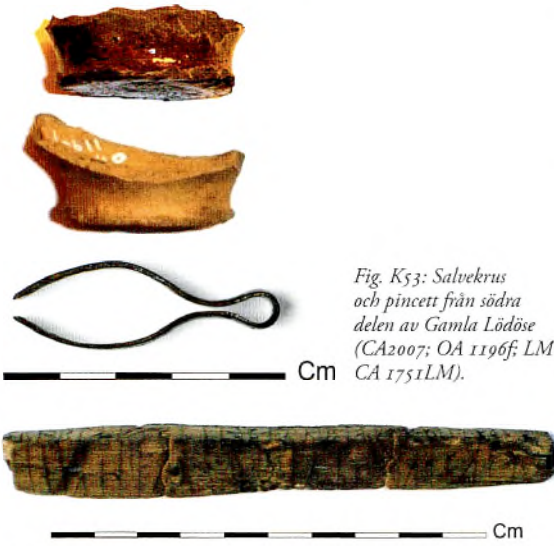


Fig. K53: Salvekrus och pincett från södra delen av Gamla Lödöse (CA2007; OA 1196f; LM CA 1751LM).

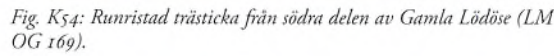


Fig. K54: Runristad trästicka från södra delen av Gamla Lödöse (LM OG 169).



Fig. K55: Salvekrus och pincett från östra delen av Gamla Lödöse (LM NC 440; NC 503a; LM ND 937).

SÖDRA DELEN

Södra delen av staden utgörs av den centrala del som legat närmast öster om borgkullen och norr om Ljudås södra arm. Dessa södra delar bebyggdes relativt sent och kom att utgöra stadens ytterkant mot söder.

Härifrån finns två salvekrus, en pincett samt en runristad träpinne. Ett av salvekrusen är tillverkat i gulgrått stengods med utvändig brungrå glasyr.²⁵⁶ Det andra är av oglaserat ljus lergods. Båda kärlen är representerade endast i form av bottenbitar (fig. K53).²⁵⁷ Pincetten har mycket mjukt böjda, jämbreda skänkklar med raka spetsar (fig. K53).²⁵⁸

Runstickan i trä är kontextuellt daterad till mellan slutet av 1100-talet och mitten av 1200-talet (fig. K54).²⁵⁹ Runlog Helmer Gustavson har uttytt runorna till "hagormirhialgar – rli – unski – l –" och "þuntbloþorrinoræ : bloþor : – rinoræ –". *Hagormir* kan vara ett personnamn,

men kan också vara ett sjukdomsnamn. Den senare textdelen kan tolkas som "tunt blod ur rinn, ur". Gustavsson menar att det skulle kunna syfta på åderlättingspraxis, där det var av vikt att iakttä om blodet var tunt eller tjockt, men att inskriften är ofullständig och att någon fullständig tolkning därför inte kan göras.²⁶⁰ Om en tolkning som kopplar inskriften till åderlätning är korrekt, är ristningen ett mycket tidigt belägg för sådan praxis i Sverige. Även andra tolkningar är dock – också med samma uttydning av runorna – möjliga, exempelvis att de syftar på illvillig magi för att orsaka skada eller magi för att stoppa blödning.

ÖSTRA DELEN

Östra delen kallas här det område öster om S:t Peders väg som under medeltiden låg i den forna klykan mellan den södra och norra åarmen. Området bebyggdes inte i större utsträckning förrän under högmedeltiden. Centralt i området byggdes då, möjligen omkring 1250, även S:t Peders kyrka.²⁶¹

Härifrån finns tre eller möjligen fyra salvekrus och en pincett (fig. K55). De tre salvekrus som kunnat dokumenteras inom ramen för denna studie är alla i grått stengods och nätta till formen. Ett av dem har utvändig varmbrun glasyr och har haft rund buk.²⁶² Ett annat har in- och utvändig grå glasyr.²⁶³ Ett tredje krus är intakt, inklusive hanken (fig. 2, kap. 2.1.1.).²⁶⁴ Det har rund buk och svagt utställd mynning. Det är utvändigt glaserat i ljusbrun glasyr och är av Siegburghstyp.²⁶⁵ Ytterligare ett krus finns noterat i Lödöse Museums databas, men jag har inte identifierat det.²⁶⁶ Pincetten har relativt lång hals och mjukt böjda skänkklar med raka skänkelspetsar.²⁶⁷

VÄSTRA DELEN

Västra delen avser området väster om borgkullen, mellan de båda åarmarna. Området låg under medeltiden till stor del under vatten. Det gäller till exempel de områden i vilka de här noterade fynden har påträffats. Det är ett salvekrus i stengods samt en pincett (fig. K56). Salvekruset är i mörkt stengods med utvändig varmbrun glasyr.²⁶⁸ Pincetten har vinklade skänkklar med raka spetsar och kan ha fungerat som epileringspincett.²⁶⁹

260. Gustavson i Gustavson et al. 1984, s. 236ff.

261. Carlsson & Ekre 1980, s. 15.

262. NC 440.

263. NC 503a.

264. ND 1693.

265. Lödöse museums fynddatabas.

266. Enligt museet ska det finnas en skärva från NC 179b vid klostret. Jag återfann dock inte denna vid min inventering.

267. ND 937.

268. PM 3a.

269. PP 6.

256. CA2007.

257. OA 1196f.

258. CA 1751.

259. OG 169.



Fig. K56: Salvekrus och pincett från västra delen av Gamla Lödöse (LM PM 3a; PP 6).



Cm

Kommentar till Gamla Lödösematerialet

Det arkeologiska materialet från Gamla Lödöse är relativt enhetligt. Det rör sig framför allt om salvekrus och epileteringspincetter, som genom frånvaron av andra instrument främst torde spegla ett konsumentmönster, snarare än praktiserande läkare.²⁷⁰ Materialet påminner på så vis om Visbymaterialet. Stadens material har dock trots allt vissa spår efter praktiker, såsom ett par skalpeller, ett par sonder och ett par åderlättningsjärn från den nordvästra delen av staden. Det mest speciella fyndet från Gamla Lödöse är emellertid den tandade kirurgiska läsbara pincetten. Den har påträffats i innerstaden och är genom sin tandning unik i sitt slag i svenska historisk-arkeologiska samlingar. Den kan ha tillhört och brukats av en kirurgiskt kunnig person som utförde finare ingrepp. Från södra delen av staden finns en runsticka med en inskrift som av Gustavsson tolkats som en åderlättningsbesvärjelse. Även andra tolkningar är emellertid möjliga, som till exempel att det rör sig om illvillig magi eller önskan att stoppa blodflöde.

Nya Lödöse

Nya Lödöse har en kort historia på endast drygt 140 år. Staden anlades år 1473–74 och förlorade sina stadsrättigheter 1621 då Göteborg grundats, men var däremellan en av landets fyra största städer. Den nya staden Lödöse eller Nylöse anlades där Sävemaan mynnade ut i Göta älv, precis vid skärningspunkten mellan tre av de nordiska länderna, under en mycket orolig och konfliktfylld period, med befrielsekriget, nordiska sjuårskriget och Kalmарkriget. Detta präglade staden starkt. Under ett par decennier (1547–1571) flyttade den till och med, av försvarsmässiga och möjligen fiskala skäl, från sin plats Nya Lödöse till Älvsborg. När Nya Lödöse förlorade sina stadsrättigheter beordrades kvarvarande borgare att

flytta därifrån och det gamla stadsområdet återgick till att bli jordbruksmark.

I samband med stadens anläggande, anlades även ett franciskankonvent, troligen norr om staden. Vid reformationen överläts dess byggnader till det hospital som tidigare legat i Gamla Lödöse, men som då flyttades till den nya staden.²⁷¹ I stadens tänkeböcker finns vissa uppgifter som berör hospitalet och dess invånare, den tidigaste från år 1587, då de ”fattige i hospitalitt” omtalas.²⁷² Vid ett annat tillfälle meddelas att Lariss Gunnarsson och hans hustru beviljas inträde i hospitalet ”för deriss syckdom och fathighdom skulldh”.²⁷³ Hospitalet förefaller ha haft en eller två föreståndare. 1587 valdes Per Björsson till de fattigas förman vid hospitalet och 1594 Suen Thorstennsson och Andheress Bånggie till föreståndare för institutionen.²⁷⁴ 1601 uppges att prästen Anders ska predika i hospitalet.²⁷⁵

Tänkeböckerna omtalar ett flertal bardskärer, både av mästerrang och av lägre grad (fig. K57). Den förste som nämns vid namn (1586) är Jören, Jörenn eller Jöran bas-skärare, bådskker, bardskerare eller barskierere (stavningarna varierar). Han verkade i staden redan vid tiden för de första tänkeböckerna, då han omtalas för att han har läkt en dräng i ögat.²⁷⁶ Trots att han aldrig omnämns som mästare och trots att han är involverad i ett flertal mindre smickrande incidenter, förefaller han ha åtnjutit gott anseende i staden. Han var rådman och vid ett tillfälle förde han till och med stadens talan inför det kungliga majestätet.²⁷⁷ År 1596 står noterat att han uppgav sitt borgarskap.²⁷⁸ Några år senare, år 1600, omtalas en bårdskär med samma namn, en Jören bådskker, då han betalar burpenning.²⁷⁹ Även han var rådman och företrädde menigheten i olika sammanhang.²⁸⁰ Det är oklart om det är en ny person eller om det är den tidigare omnämnda Jören som återupptar sin verksamhet i staden. Den år 1600 omnämnda Jören förefaller ha varit aktiv i staden fortfarande 1619, då han sägs ha blivit överfallen ”vthi theress embethe”.²⁸¹ Om det rör sig om en och samme man bör han ha haft en aktingsvärd ålder och erfarenhet vid det laget, efter minst 33 års verksamhet som bardskär, men han omtalas alltså trots detta inte som mästare.

Mästertitel innehade däremot mesther Hanns; även

271. Järpe 1986, s. 6ff.

272. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 20 augusti 1587.

273. *Ibid.* den 28 april 1595.

274. *Ibid.* den 3 april 1587; 30 september 1594.

275. *Ibid.* den 22 juni 1601.

276. *Ibid.* den 31 oktober 1586.

277. *Ibid.* den 2 februari 1591; 12 april 1591.

278. *Ibid.* den 15 september 1596.

279. *Ibid.* den 8 oktober 1600; Grauers föreslår att det är en ny person det handlar om. Burpenning avser en avgift för att erhålla burskap (dvs. borgarrättighet i stad).

280. T.ex. *ibid.* den 14 juli 1601.

281. *Ibid.* den 12 oktober 1619.

270. Materialet förvaras vid Lödöse Museum i Gamla Lödöse. Det material som gåtts igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Huvudmagasinet samt i museets Medeltidsutställning 6–7 augusti 2008 samt 24–26 juni 2009. Jag har även tagit del av Lödöse museums fynddatabas och Arkivet med arkivpärmar med s.k. Fyndprotokoll samt planritningar.

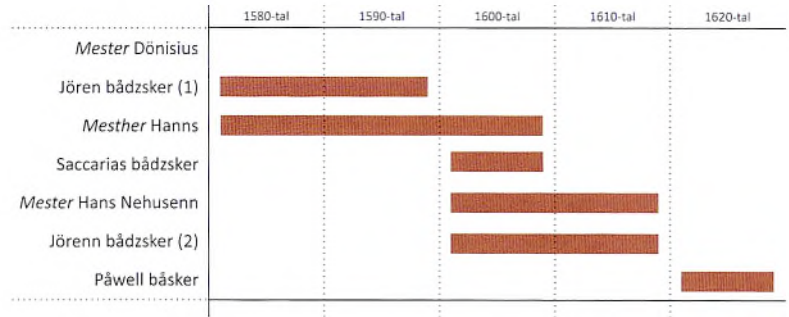


Fig. K57: Bardskärer omtalade i Nya Lödöse Tänkeböcker. Grafik: John Nelander.

han rådman. Han omtalas första gången 1588, ironiskt nog på grund av att han slagit en man "blå och blodigier och fullssä".²⁸² Han omtalas frekvent fram till 1603, även då på grund av handgemäng.²⁸³ 1619 omtalas en "rette mester Hans barberer", men det är oklart om det rör samma person.²⁸⁴ En mester Hans Nehusenn verkade i staden vid samma tid. Han omnämns endast år 1603, samt (om det inte är den andre Hanns) 1619.²⁸⁵ Om det rör sig om en och samme person har vi återigen ett mästerskap som sträcker sig över drygt tre decennier. Ytterligare några bardskärer omtalas enstaka gånger: mester Dönisius, Saccarias bådsker och Påwell bäsker.²⁸⁶

Vi kan utifrån tänkeböckerna belägga att flera bardskärer var verksamma i staden parallellt, men det verkar som om det endast fanns utrymme för en mästare åt gången, med viss reservation för oklarheterna om mästern eller mästarna Hans och Hanns. Uppgifterna i tänkeböckerna kan tolkas som att de avlöser varandra. Dönisius omnämns som mästare år 1586. Ett par år senare omtalas mästare Hanns (1588–1603) och därefter mästare Hans Nehusenn (ej samma) (1603 [–1619?]). Även bardskärerna utan mästartitel förefaller ha avlöst varandra och uppgifterna kan alltså tolkas som att en mästerbardskär samt en bardskär utan mästartitel var verksamma åt gången i staden.²⁸⁷

Det framgår tydligt att det inte var helt friktionsfritt mellan de olika praktikerna. Hösten 1589 var ett mål uppe, då Jörenn bådskiers hustru anklagas för att ha stuckit

mester Hanns i ryggen med en kniv.²⁸⁸ 1603, vidare, är de båda mästarna Hanns och Hans Nehusenn inför rätta då den senare anklagar den förra för att ha skällt honom för "quacksalluer".²⁸⁹ Endast ett par veckor senare är Nehusenn åter i rätten, då han anklagar en annan bardskär, Jöran baskierer, för att ha skällt honom för "enn vthstupat tiuff och skielm".²⁹⁰ De anklagade nekar båda till beskyllningarna, men oavsett skuld visar situationerna på en spänning mellan de olika utövarna av yrket i staden. Beskyllningar kunde även komma utifrån. 1599 beskyllde Saccarias bådskers moder Karinn (Karinn bådskärs – dvs. även en bardskärs hustru?) en man för att ha kallat henne för trollkona och slagit henne blå. Även sonen bardskären figurerar i målet. Den anklagade mannen nekade därtill.²⁹¹

Källmaterialet från Nya Lödöse

De här noterade fynden är alla framkomna vid de stora arkeologiska undersökningarna i norra stadsområdet mellan 1915 och 1918.²⁹² Det kontextuella underlaget i form av originalfältdokumentation har inte studerats och materialet är därför inte analyserat med avseende på rumslig spridning. De uppgifter som finns i arkeologen Sixten Strömboms publikationer är svårtolkade. Materialet presenteras därför utan rumslig indelning.

Det mest spektakulära fyndet är ett brännjärn av den typ som framför allt användes för att förhindra infektion och blodflöde vid större skador (fig. 40, kap. 2.1.6.).²⁹³ Det består av en rundad eller halvsfärisk brännkropp av kompakt järn, med konvex framsida. Brännkroppen är cirka 3,4 cm i diameter. Baksidan är flatare. Brännkroppen är fäst vid det lätt vinklade skaftet genom att den trätts på

282. Ibid. den 3 december 1588; 26 juni 1594; skadebenämningar som känns igen från de medeltida lagarna.

283. Ibid. den 18 juli 1603.

284. Ibid. den 1 juli 1619. Den förra mester Hanns stavas oftast (men inte alltid) med dubbla n (alt. m), medan Nehusenns förnamn stavas med enkelt n, vilket möjligen talar för att omnämmandet 1619 rör Nehusenn. En alternativ tolkning är naturligtvis att Nehusenn endast omtalas och verkade i staden 1603, men hade svårt att etablera sig och att den förste mester Hanns fortsatte att verka i staden ända till 1619.

285. Ibid. den 18 juli 1603 och 31 augusti 1603.

286. Ibid. den 31 december 1586 resp. den 14 juli 1595 och 20 augusti 1599 resp. den 2 oktober 1621.

287. De omtalas under följande år respektive: Dönisius 1586; Jörenn den förste 1586–1596; Saccarias 1599; Jörenn den andre 1600–1619; Påwell 1621.

288. *Nya Lödöse Tänkeböcker* den 9 oktober 1589.

289. Ibid. den 18 juli 1603.

290. Ibid. den 31 augusti 1603.

291. Ibid. den 20 augusti 1599.

292. Materialet förvaras vid Göteborgs Stadsmuseum i Göteborg. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i föremålsmagasinet på Göteborgs stadsmuseum 2009-06-22 – 2009-06-26.

293. GSM 219:8:3127. Av Sixten Strömbom (1924, s. 225, bild 111) dock felaktigt identifierat som "Handtag till stridshammare".



Fig. K58: Mjög skalpell från Nya Lödöse. Ur Strömbom 1924, s. 248, bild 234.



Fig. K59: Örslevar från Nya Lödöse (GSM 219:8:3209; 219:8:3204).



Cm



Cm

Fig. K60: Salvekrus från Nya Lödöse (GSM 225:15:1847; 198:650:1-4; 209:2215; 193:2447; 215:7(?); 218).

en tänge. Tängens ände syns i brännkroppens främre yta. Efter vinkeln tjocknar skaftet. Dess första del är av kompakt järn med rektangulärt snitt och slutar i en fyrkantig järnhylsa i vilken ett träskaft, vilket är delvis bevarat, varit fäst. Föremålet daterades av Strömbom till 1500-talet.²⁹⁴

Skalpellen kan ha använts för finare ingrepp (fig. 46, kap. 2.1.8.).²⁹⁵ Den har ett litet blad med svagt konvex egg. Ryggen är svagt vinklad i förhållande till det långa skaftet. Skaftet har rektangulärt snitt utan profilering mot knivbladet, vilket haft hygieniska fördelar. I skaftslutet finns en tänge där ett handtag av organiskt material suttit. I Strömboms fyndkatalog från 1924 finns på bild en kniv med långt ornerat träskaft och litet lansettformat knivblad (fig. K58). Hela föremålet är 28 cm långt. Det observerades inte av mig vid inventering, men skulle av knivbladets form och storlek att döma möjligen kunna vara en skalpell, medan skaftningen däremot är atypisk. Föremålet tolkades av Strömbom som en skinnkniv. Den daterades till 1500-talet.²⁹⁶

294. Strömbom 1924, s. 225.

295. GSM 218:5:555.

296. Strömbom 1924, s. 248, bild 234.



Cm

Fig. K61: Salvekrus från Nya Lödöse (GSM 206:879; 211:1060).

Vidare finns en intakt miniatyrslev som kan vara en örslev eller applikator och ett skaft till ännu en (fig. K59). Den intakta är tillverkad genom att två trådar av kopparlegering har tvinnats samt smitts samman till ett skedblad i ena änden.²⁹⁷ Skaftet slutar i en flat flik. Det fragmentariska skaftet är spiralvridet och slutar i en romboid platta, vilken kan ha haft motsvarande funktion som fliken på den intakta skeden.²⁹⁸ Själva skedbladet är dock avbrutet.

Resterande fynd från Nya Lödöse utgörs av ett antal salvekrus i stengods samt en liten glasflaska. Det finns några kärl av medeltida karaktär, men det är tydligt att merparten av kärlen har ett annat formspråk än de hög- och senmedeltida kärlen från till exempel Gamla Lödöse. Dels finns det ett antal kärl med mycket nätt utformning som liknar små bägare eller pokaler. Dels finns kärl med degel- respektive albarelloinspirerad form. Det finns även ett par skärvor från flaskliknande kärl i stengods.

De kärl som har ett medeltida formspråk är tillverkade i yngre rödgods respektive stengods (fig. K60). Rödgods-kärlen representeras av en bottenbit utan fot.²⁹⁹ Buken är svagt rundad. Det har brungul glasyr. Ett av stengodskärlen är tillverkat i ljus gods med ljus gulbrun utvändig glasyr.³⁰⁰ Det har mjukt rundad buk med hankfäste. Ett tredje kärl är tillverkat i tjockt ljusbeige gods med utvändig blank ljusbrunflammig glasyr.³⁰¹ Ett fjärde kärl är tillverkat i grövre oglaserat gods, och skulle kunna vara botten till ett något större salvekrus.³⁰² Det har en liten fot och svängd buk. Ytterligare ett kärl, som kan vara medeltida, är representerat av en bukbit med bandhank som är horisontellt placerad, som en kastrulls öra, och inte vertikalt, som är det vanliga.³⁰³ Kärlen är tillverkat i tunt mörkgrått gods med utvändig, ljusbrun, matt glasyr.

Det finns två pokalliknande kärl, med trolig senmedeltida eller renässanstida datering (fig. K61). De är mycket

297. GSM 219:8:3209.

298. GSM 219:8:3204.

299. GSM 225:15:1847.

300. GSM 198:650:1-4.

301. GSM 209:2215.

302. GSM 193:2447.

303. GSM 218.



Fig. K62: Salvekrus från Nya Lödöse (GSM 209:2214 [2 skärvar]; 196:118; 224:8:2342; 224:10:2323; 230:8:2356; 207:180 [2 skärvar]; 211:1041).

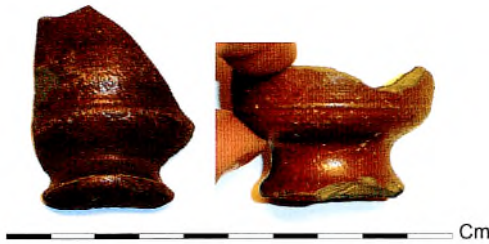


Fig. K63: Apotekskärl från Nya Lödöse (GSM 218:6:5017; 211:41).

små; endast ett par-tre centimeter i diameter. De är båda tillverkade i ljus stengods. De har utsvängda mynningar, relativt skarpt rundade eller snarast toppigt profilerade bukar, hank samt mycket nätt fot med smal "vrist". Det mest välbevarade är tillverkat i oglaserat gods.³⁰⁴ Det förefaller ha spår av en mörk substans inuti. Det andra är mindre väl bevarat; endast en del av mynning och buk återstår.³⁰⁵ Godset har en invändig blank ljusgrå och en utvändigt mattare senapsbrun glasyr.

Av de stengodskärl som är av yngre modeller utgör de utan för den största gruppen på sex kärl (fig. K62). De har flata bottnar och bukväggar som är mjukt rundade nedtill. Kärlens diameter minskar sedan uppåt. Mynningarna är som regel markerade med en mindre vulst. Bland kärlen från Nya Lödöse är mynningsskärvar endast bevarade för ett kärl, vilket har en mynning av det slaget.³⁰⁶ Två andra kärl har cylindrisk buk och profilerad fot (fig. K63). Det

304. GSM 206:879.

305. GSM 211:1060.

306. GSM 207:180.



Fig. K64: Flaskliknande kärl av keramik från Nya Lödöse (GSM 220:14:3706; 222:6:110; 224:8:2343).

Fig. K65: Liten glasflaska från Nya Lödöse (198:653:1-3).



ena är tillverkat i grövre stengods med varmbrun saltglasyr.³⁰⁷ Det andra är tillverkat i mörkgrått gods med in- och utvändigt varmbrun glasyr.³⁰⁸

Det finns även fem flaskliknande stengodskärl av olika former, tre små och ett större (fig. K64). Ett har mycket snäv mynning och droppformad buk.³⁰⁹ Ett annat kärl har två små hankar för upphängning och rundad buk och liknar till formen de oljekrus i bly (ampullor) som under medeltiden användes för liturgiska ändamål.³¹⁰ Det är av Strömbom daterat till 1500-talet.³¹¹ Ett tredje kärl har rak, cylindrisk buk och liknar närmast ett höganäskrus i miniatyr.³¹² Diametern är endast 3,6 centimeter. De tre kärlen är tillverkade i tjockt, grått gods med utvändigt brunflammig glasyr. Det större kärlet har flat botten och rundad buk. Mynningen är smal. Slutligen finns det från

307. GSM 224:2343.

308. GSM 218:6:5017.

309. GSM 220:14:3706.

310. GSM 222:6:110.

311. Strömbom 1924, s. 223, bild 103.

312. GSM 224:8:2343; ytterligare ett liknande krus (GHM NL 1918:631) ska finnas från Nya Lödöse, i Wahlöö 1976a, fig. 537, där daterat till 1400/1500-tal.

Nya Lödöse en flaska i ljusblått glas med ojämn och vulstigt mynningskrage och mycket smal hals (fig. K65).³¹³

Kommentar till Nya Lödösematerialet

Artefaktmaterialet är genom stadens tidsmässigt begränsade existens relativt väldaterat till 1500-talet samt ett par decennier dessförinnan och efter. Materialet är inte särskilt omfattande, men det rymmer ett par mycket intressanta instrument som vittnar om en professionell kirurgisk verksamhet på platsen. Dels finns det en fin skalpell, dels finns det ett större brännjärn, vilket är helt unikt i sitt slag i svenska arkeologiska samlingar. Det är kanske symptomatiskt att vi återfinner det i en relativt ung stad som Nya Lödöse, med sin mycket oroliga och krigshärjade historia. Keramikmaterialet innehåller ett relativt stort antal kärl för mediciner. Det är inte otroligt att någon form av apoteksverksamhet funnits i staden, även om ett formellt licensierat apotek och en auktoriserad apotekare förefaller ha saknats (tänkeböckerna nämner inga apotekare).

Skara

Vid Skara fanns ett hospital helgat åt S:t Jörgen. Det låg i den så kallade "Spettars hage" strax sydväst om stadens gräns, vid sluttningarna ned mot Munkån och i anslutning till en farled.³¹⁴ Det omnämns i skriftliga källor 1281 och kom att bestå fram till 1830. Hospitalsområdet är delvis arkeologiskt undersökt (1968–70) och har visat sig utgöra ett stort bebyggelseområde. Ett myller av bebyggelse påträffades sydöst om kyrkan. Bland annat fanns där en tegelbyggnad (5 x 5 m), indelad i tre långsmala rum. Gravar påträffades runt kyrkan och cirka 20 meter ostsydost om denna påträffades murrester som tolkades som kyrkogårdens begränsning.³¹⁵ Områdets struktur förefaller alltså ha vissa likheter med Lunds hospital. De arkeologiska undersökningarna av hospitalet genererade inte något fyndmaterial med anknytning till läkekonst eller kroppsvård.

I staden fanns, åtminstone under senare delen av medeltiden, även ett helgeandshus, omtalat 1494. Det fanns dessutom ett infirmarium speciellt för sjuka och orkeslösa präster, "Brödragårdens prebenda", omtalat 1318 och möjligen 1540. Inte mycket är känt om dessa båda institutioner.³¹⁶



Fig. K66: Pincett, åderlämningsjärn, fällkniv och skalpell från kv. Iris i Skara (Dnr SLM 1017/85, fvr 2930; fvr 3007; fvr 99486; fvr 99486:826).

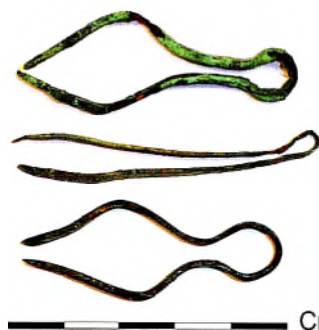


Fig. K67: Pincetter från Skara (Fvr 559 från kv. Tellus 14; dnr 1204/84 fvr 99487:232 från kv. Tor; dnr 679/89, fvr 1184 från kv. Venus 1 och 11).

Källmaterialet från Skara

Det arkeologiska materialet från Skara stad är relativt litet.³¹⁷ Det gäller även artefakter med anknytning till läkekonst och hygien från medeltiden och renässansen. Det kan förklaras med att det sammantagna arkeologiska materialet som sådant är relativt begränsat. I kombination med att dateringar av föremålen inte är tillgängliga är möjligheterna för vidare tolkning av materialet näst intill obefintliga. Det enda kvarter varifrån det finns tre eller fler artefakter av intresse är dock kvarteret Iris. Om man rent hypotetiskt utgår från att samtliga föremål från kvarteret är samtida (vilket de kan, men naturligtvis inte behöver vara) skulle de kunna tolkas som spåren efter att en bardskär varit verksam på platsen. Den arkeologiska utgrävning som genererat fyndmaterialet är tyvärr inte rapporterad, varför dateringar och närmare kontexter är okända.

KVARTERET IRIS

Kvarteret är stort och sträcker sig utefter ån Drysans södra strand, nordost om domkyrkan och utanför det egentliga medeltida stadsområdet. Från kvarteret finns en enkel

igenom, vilken innehöll yngre material, vilket utgjort värdefullt jämförelsematerial.

313. GSM 198:653:1–3.

314. Sigsjö 1985, s. 195; Vretemark 1997, s. 12.

315. Sigsjö 1985, s. 199ff.

316. Welin 1946, s. 5f., 16; Sigsjö 1980, s. 16.

317. Materialet förvaras vid Västergötlands museum i Skara. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i föremålsmagasinet för jordfunna föremål 26–27 maj 2008. Även den kulturhistoriska samlingen gick



Fig. K68: S:t Görans hospitalsruin utanför Visby, sedd från sydväst. Foto den 12 november 2008.

pincett, ett åderlättningsjärn, en fällkniv samt en möjlig finskalpell. Pincetten har kraftiga raka skänklar med raka spetsar.³¹⁸ Den kan ha använts för kroppsvård (epilering, extraktion), men även för denna studie icke relevanta användningsområden. Åderlättningsjärnet har en U-formad egg som är cirka 0,5 cm bred. Skaftet har rektangulärt snitt, ett stopp framtill och en upprullad ände.³¹⁹ Fällkniven har ett bulligt skaft i järn.³²⁰ Eggen är infälld och därför ej möjlig att studera närmare. Den möjliga skalpellen har ett mycket tunt blad med rak egg och rak rygg, möjligen något sluttande mot spetsen. Tängen är avbruten.³²¹

ÖVRIGT MATERIAL

Förutom föremålen från kvarteret Iris finns några enstaka epileringspincetter. De kommer från kvarteret Tellus 14, kvarteret Tor samt kvarteret Venus 1 och 11.³²² Det finns även ett salvekrus med toppig buk och hög fot, daterat till 1400-talet från kvarteret Rådhuset 11.³²³

Kommentar Skaramaterialet

Trots att Skara tidigt var en kyrkligt viktig plats har mycket av bebyggelselämningarna och artefaktuppsättningen

från den medeltida staden en i stor utsträckning lantlig karaktär. Möjligen kan även det vara en förklaring till att spåren efter läkekunniga i staden är så få. Skaramaterialet blir i så fall en indikation bland andra på att det inte var kyrkans män som var de huvudsakliga aktörerna i den medeltida läkekonsten i Sverige.

Visby

Visby hade ett hospital som låg vid S:t Görans kyrka, cirka 300 meter utanför ringmuren åt nordöst (fig. K68). Arkeologen Mats Mogren har konstaterat att med undantag för Kronobäcks senmedeltida hospitalskyrka var S:t Göran i Visby Nordens största.³²⁴ Han har föreslagit att det ovanligt stora långhus som kyrkan utvidgades med i mitten av 1200-talet kan ha varit en hospitalshall efter kontinentala, möjligen westfaliska, förebilder.³²⁵ Gunnar Svahnström ser paralleller i den då konkurrerande Hansastaden Lübecks Heiligen-Geist-Hospital. Det anlades 1285–90 och hade en stor öppen hall för de sängbundna patienterna i direkt anslutning till kyrksalen.³²⁶ Vissa ar-

318. Dnr SLM 1017/85, fnr 2930.

319. Dnr SLM 1017/85, fnr 3007.

320. Dnr SLM 1017/85, fnr 99486.

321. Dnr SLM 1017/85, fnr 99486:826.

322. Fnr 559; dnr 1204/84; fnr 99487:232; dnr 679/89, fnr 1184.

323. Wahlöö 1976a, fig. 538.

324. Från S:t Görans betning finns ett salvekrus, GLM Dnr 421-1612-1996:fnr 48.

325. Mogren 1989, s. 7ff. En hospitalshall var en stor hall där de intagna låg (i utrymmen avskilda av skrank eller draperier eller i ett helt öppet utrymme), närmast att likna vid en kyrksal, och i likhet med klosterinfirmarier försett med altare i öster, vilket alla de intagna skulle kunna se, eftersom den andliga läkningen uppfattades som central i hospitalsvården.

326. Svahnström 1981, s. 70ff.

keologiska undersökningar har företagits vid hospitalet, men de har inte genererat något artefaktmaterial med anknytning till läkekonst. En salvekrusskärva har dock framkommit på S:t Göransbetningen.³²⁷ På 1520-talet förefaller hospitalet ha slagits samman med helgeandshuset innanför stadsmurarna.³²⁸

Helgeandshuset är känt från 1290-talet genom skriftliga källor.³²⁹ Det var avsett för både stadsbefolkningen och landsbygdens befolkning. Det är något oklart var i staden det låg, men det har föreslagits att det ursprungligen legat vid S:t Jakobs kyrka (Svärdsriddarnas kyrka) i norra delen av staden.³³⁰ Från 1530-talet kan en nyetablerad verksamhet (efter sammanslagningen med hospitalet) ha varit inhyst i det tidigare gråbrödraklostret S:ta Katarina. Från och med 1600-talet var det emellertid förlagt till det kvarter som idag benämns Helgeandshuset och platsen för den oktagonala kyrkan ("Helgeandskyrkan") norr om S:ta Maria, på tomt nummer 2. Mycket litet är känt om det medeltida helgeandshusets verksamhet och arkitektur.

Visby tillhörde Linköpings stift och balkarna om sår- och läkarevård i stadens medeltida lag verkar i hög grad vila på fastlandssvensk rättstradition och förståelse av sår.³³¹ Sättet att mäta sår med nagelsdjup är dock något som inte förekommer i fastlandslagarna, utan endast i Gutalagen och Visby stadslag.³³² Mätsättet användes intressant nog av den berömda svenske 1700-talskirurgen Olof af Acrel.³³³ Bardskärare som yrkeskategori är enligt Gunnar Svahnström inte kända i det skriftliga materialet från Visby förrän på 1480-talet, då yrket finns omnämnt i Ivar Axel Totts räkenskapsbok.³³⁴

Källmaterialet från Visby

När det gäller föremål med anknytning till läkekonst och kroppsvård utgörs materialet till största delen av salvekrus och pincetter.³³⁵ Nedan redovisas endast de kvarter som

327. GLM Dnr 421-1612-199, fnr 48.

328. Ibid., s. 71.

329. Svahnström uppger 1290-talet. Engeström et al. uppger före 1288 baserat på att kontakterna mellan stad och landsbygd då försämrades kraftigt. Engeström et al. föreslår Tyska Orden som byggherre.

330. Bohm och Svahnström ansluter sig i detta till Jarl Galléns hypotes om helgeandshusets läge (1981, s. 88).

331. Hasselberg 1953, s. 284ff.

332. GL kap. 19: fgut. "mundar diaupt", tyGL "eynes nagheles tif"; VStL I fl. 13:1 (uppgift om VStL från Hasselberg 1953, s. 284, då lagen inte finns översatt till svenska).

333. af Acrel (1759) 1965, s. 12, kap. IV.

334. Svahnström 1990, s. 95.

335. Materialet förvaras vid Gotlands Museum i Visby samt vid Statens historiska museer i Stockholm. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samligt material som förvarades i Gotlands museums magasin 10-14 november 2008.



Fig. K69: Kyrett, skalpell och salvekrus från kv. Säcken i Visby (Dnr 422-4717-1997; fnr 6896; 1016; 693; 1314).

har särskilt intressanta artefakter, fler artefakter än två och fler olika typer av artefakter än två.

KVARTERET SÄCKEN

Kvarteret Säcken är ett av de mindre kvarteren i staden och ligger i den norra delen. En av tomlarna undersöktes arkeologiskt 1997 och samtliga här noterade fynd är från denna undersökning.³³⁶

Från kvarteret finns ett skedinstrument och en trolig skalpell (fig. K69). Skedinstrumentet i brons är i fint utförande med slätt skaft med runt tvärsnitt som slutar i en spets.³³⁷ Skaftet är profilerat mot bladet med tre mindre vulster. Själva skedbladet är ovalt och svagt böjt. Instrumentet kan ha använts som spatel, sond eller möjligen kyrett. Skalpellen har ett litet blad med rak rygg och konvex egg.³³⁸ Den kraftiga korrosionen (föremålet är okonserverat) gör det svårt att säkert avgöra om bladet är avbrutet eller har ursprunglig form. Det finns dock inget som särskilt motsäger att det i allt väsentligt har kvar sin ursprungliga form. Tängen är förhållandevis lång och har rektangulärt snitt. Kniven är den enda skalpellen från Visby. En mycket snarlik finns från Lund. Från kvarteret finns dessutom skärvor från två stycken apotekskärl (fig. K69).³³⁹ De är likartade, med cylindrisk, troligen buk med albarelloinspirerad form, profilerad skuldra och mynning.

Artefaktmaterialet kan knytas till två olika tidsperioder. Kärlen är tydligt eftermedeltida (troligen 1600-tal), medan skedinstrumentet med all sannolikhet är medeltida. Det är av ett slag som vanligtvis påträffas i manliga klostermiljöer. Det är därför ovanligt genom att det inte kan knytas till en klostermiljö. Skalpellen är odaterad. Den antyder att en läkekunnig person varit verksam i kvarteret, dock oklart när.

336. Dnr 421-4717-1997, kv. Säcken nr 7.

337. Dnr 422-4717-1997, fnr 6896.

338. Dnr 422-4717-1997, fnr 1016.

339. Dnr 422-4717-1997, fnr 693 och 1314.



Fig. K70: Kyrett och salvekrus från kv. S:ta Katarina i Visby (Dnr 413-2502-1998; fnr 142 och 1936 (2 skärvor) samt 1919).



Fig. K72: Salvekrus och liten glasflaska från kv. S:ta Maria i Visby (dnr 3168/89; fnr 6680 och 4639; dnr 7608/91: fnr 459; dnr 7608/91: fnr 209).

uppgifter som antyder att helgeandshusverksamheten i början av 1530-talet flyttades till kvarteret och inrättades i det då övergivna klostret.³⁴²

Från kvarteret finns ett litet skedinstrument och två salvekrus (fig. K70). Samtliga artefakter uppges ha påträffats i anslutning till klostret. Det lilla skedinstrumentet i kopparlegering har spiralvridet skaft som slutar i en platt spets.³⁴³ Skedbladet är tämligen skarpt, men inte särskilt kupat. Det spiralvridna skaftet antyder att föremålet kan ha använts vid sårrengöring, det vill säga som kyrett. Det har sin direkta parallell i materialet från Alvastra kloster. Salvekrusen, en mynningsdel och en bottendel, är båda i stengods.³⁴⁴ Mynningsdelen har rak hals och hank. Det kan vara från 1400-talet. Bottendelen har en låg fot och mjukt svängd buk.

Artefaktmaterialet är litet och av en karaktär som känns igen vid jämförelse med material från andra kloster. Skedinstrument av det slag som påträffats här förekommer i Sverige i princip enbart i manliga klostermiljöer samt undantagsvis i andra kyrkliga miljöer.

KVARTERET S:TA MARIA

Kvarteret är stort och långsträckt och ligger utanför området för den medeltida stenhusbebyggelsen. S:ta Maria kyrka låg i kvarterets södra del. Dess församling förefaller ha varit en högre ståndsförsamling som åtminstone från 1200-talet dominerades av tyskar.³⁴⁵

Artefaktmaterialet är förhållandevis rikt, med Visbymått mätt. Det består av fyra pincetter, ett skedinstrument, två eller tre salvekrus samt en glasflaska (fig. K71 och 72).³⁴⁶ Samtliga pincetter har vinklade skänklar. En av dem har skänklar med rundat invinklade spetsar, vilket



Fig. K71: Pincetter och spatell/applikator/kyrett från kv. S:ta Maria i Visby (dnr 3168/89; fnr 19, 4845 och 5518; dnr 220-2577-2000: fnr 205; dnr 220-2577-2000: fnr 142).

KVARTERET S:TA KATARINA

Kvarteret ligger centralt inom stenhuszonen och har hyst flera institutioner och inrättningar som kan ha involverat viss vård och läkekonst. Under medeltiden låg S:ta Katarina manliga franciskankloster och klosterkyrka där. Klostret grundades 1233 på mark som dessförinnan hyst hantverkare av olika slag.³⁴⁰ Kyrkan låg i kvarterets norra del och klostret sannolikt söder om denna. I kvarterets östligaste och västligaste delar kan samtidigt ha funnits viss profan bebyggelse. I kvarteret ska det även ha funnits en badstuga under medeltiden, men dess läge inom kvarteret är något osäkert.³⁴¹ Genom ett kungligt brev från 1532 finns

340. Westholm 1978, s. 107.

341. Engeström et al. 1988, s. 282f.

342. Svahnström 1981, s. 71.

343. Dnr 413-2502-1998, fnr 142.

344. Dnr 413-2502-1998, fnr 1919 och 1936.

345. Wase 1978, s. 41f.

346. Dnr 3168/89, fnr 19 & 4845 & 5518; Dnr 220-2577-2000, fnr 205.

ger ett trubbigare nypa än de andra.³⁴⁷ En har en bevarad kedjelänk.³⁴⁸ Skedinstrumentet har spiralvridet skaft med spetsig ände.³⁴⁹ Skedbladet har en ovanlig form genom att det är närmast mejsel- eller spatelformat, snarare än skedkupigt. Föremålet kan ha använts som spatel, applikator, kyrett eller möjligen sond.

Ett av salvekrusen är av rödgods, möjligen äldre rödgods, vilket i så fall är mycket ovanligt.³⁵⁰ Det är en bottenbit med låg fot och utvändig grön glasyr. De andra två kärlen är av stengods. Det är dels en hank i mörkgrått gods med brun glasyr och dels en bukbit till ett kärl med rundad buk.³⁵¹ Godset i den senare är mörkgrått och relativt tjockt. Kärlet har utvändig grå och invändig brun glasyr. Glasflaskan har hög smal hals av ojämnt tjockt, grönt glas med kraftig glaspäst.³⁵²

Artefaktmaterialet från det ytmässigt mycket stora kvarteret har påträffats spritt över flera tomter. Det går därför inte att tala om en särskild koncentration av artefakter. Med undantag för skedinstrumentet är det inget i materialet som särskilt pekar på närvaron av en läkekunnig person. Skedinstrumentet är av ett slag som vanligtvis påträffas i manliga klostermiljöer och undantagsvis andra kyrkliga miljöer.

Kommentar till Visbymaterialet

Artefaktmaterialet från Visby är generellt sett påfallande litet och antalet föremål som tyder på praktiserande läkare i staden är mycket få. Byggnadsskicket med stenhus med källare inne i staden redan under medeltiden, samt en redan då utvecklad renhållning, vilken kunnat beläggas arkeologiskt som frånvaron av avsatta kulturlager, är troligen viktiga generella förklaringar till fyndens fåtalighet. Jordmånen och berggrunden under staden ger dessutom dåliga bevaringsförhållanden för metall i stadens kulturlager. Stengods har bättre beständighet. Visby var visserligen en större stad än Lund (kanske 10 000 jämfört med 3000–6000 invånare under högmedeltid), men en jämförelse av materialens sammansättning kan ändå vara av intresse. Man kan då konstatera att antalet salvekrus är ungefär dubbelt så många från Visby som från Lund. Antalet pincetter är däremot endast en tredjedel så många. Det skulle kunna tolkas som att just bevaringsförhållandena är en viktig orsak till frånvaron av instrument och andra mer speciella läkeföremål av

metall i Visby, även om byggnadssätt och renhållning också har påverkat. Stengods är bevarat men metall är bortkorroderat.

Linköping

Flera institutioner med olika vårdande funktioner är arkeologiskt och historiskt kända i Linköping. Under 1300-talet fanns en badstuga i kvarteret Ambrosia, vilken undersöktes arkeologiskt (fig. K73 och K75). Det är oklart om den var privat eller offentlig, men arkeologen Göran Tagesson föreslår att den hört till en residensgård. Jag beskriver den närmare i samband med kvarteret Ambrosia nedan. Senast från och med början av 1400-talet fanns ännu en badstuga och den var öppen för allmänheten. Den omtalas första gången 1418 och sedan flera gånger under loppet av 1400-talet och början av 1500-talet. Det är oklart exakt var den låg, men den gata som idag går under benämningen Ågatan heter på kartor från 1486 och 1492 *Badstuvugatan* och *Badstugatan*. I ett omnämnande från 1493 omtalas dessutom "en kvern vid badstugan". Det är därför rimligt att anta att inrättningen låg nere vid vattnet, där den nämnda gatan löpte ned mot ån, troligen öster om S:t Larskyrkan.³⁵³

Linköpings helgeandshus är känt i skriftliga källor från 1342, men kan ha inrättats något tidigare (dock efter 1333).³⁵⁴ Meningarna har gått isär om var det var beläget. Det har föreslagits att det legat söder om nuvarande Stora Torget eller sydöst om Hospitalstorget. Arkeologen Göran Tagesson framhåller Karl Beckmans tolkning, nämligen att det legat i den medeltida stadens nordöstra utkant i det som nu är kvarteret Epäletten sydväst om Stora Torget, som varande den mest välunderbyggda hypotesen. Den tomten är inte arkeologiskt undersökt, men en äldre byggnadsritning visar en kvadratisk byggnad med tjocka murar på platsen, vilken kan ha tillhört institutionen. Helgeandshuset kan ha slagits samman med klostret till en allmän välgörenhetsinrättning, kallad hospital, efter Gustav Vasas påbud i slutet av 1520-talet.³⁵⁵ Under 1400-talet in-stiftades ett sjalapakapell och senare en tillhörande sjalagård. Denna institution fungerade delvis som hem för fattiga, åldrade och sjuka och som inrättning där allmosor delades ut till de mindre bemedlade. Även Linköpings sjalapakapell tros efter reformationen ha uppgått i hospitalet.³⁵⁶ Lokaliseringen har diskuterats även för denna institution och tomter i kvarteren Elden och Elddonet har föreslagits.

347. Dnr 3168/89, fnr 5518.

348. Dnr 220-2577-2000, fnr 205.

349. Dnr 220-2577-2000.

350. Dnr 3168/89, fnr 6680.

351. Dnr 3168/89, fnr 4639; Dnr 7608/91, fnr 459.

352. Dnr 7608/91.

353. Kraft 1976, s. 199f.; Tagesson 2002, s. 331ff.

354. Kraft 1976, s. 221 för detaljer och motivering, jfr med s. 202 där Kraft anger att hospitalet anlades på 1330-talet, något som han dock uttryckligen argumenterar emot på s. 221.

355. Kraft 1976, s. 202; Ljungstedt 1976, s. 105ff.; Göran Tagesson 2002, s. 323f.

356. Kraft 1976, s. 221, 344; Tagesson 2002, s. 325.



Fig. K73: Badstugan i kv. Ambrosia under arkeologisk undersökning. Foto: nr I 32:a, INEG 34762, i topografiska arkivet, ÖLM.

Enligt ett omnämnande från 1600-talet låg det söder om slottet. Tagesson föreslår därför att "tomten i kv. Elddonet kan ha varit en fastighet i själakapellets ägo, medan själva själagården ska lokaliseras till kv. Elden".³⁵⁷

I sin genomgång av omnämnda hantverkare i medeltida skriftliga dokument nämner historikern Salomon Kraft varken läkare, bardskärer eller andra med koppling till läkekonsten. I 1540 års uppbördslängd nämns däremot "Karin bårdskärerska", "Anders läkare" och "Claus likare". En "Claus bårdskär" omtalas även 1560 och 1571. Kraft menar att denna bardskär är samme individ som *Claus likare* (dvs. läkare). Från 1540 känner vi till namnet även en Nils biddare; det vill säga en insamlare av allmosor, sannolikt knuten till helgeandshuset/hospitalet.³⁵⁸

357. Tagesson 2002, s. 325.

358. Kraft 1976, s. 331f., 337, 344f.

Källmaterialet från Linköping

Det arkeologiska fyndmaterialet från medeltiden och renessansen från Linköping är relativt begränsat. Det är därför påtagligt magert även när det gäller artefakter med anknytning till läkekonst.³⁵⁹ Det utgörs av några få kärl, någon enstaka pincett, en kyrett och ett åderlättningsjärn.

KVARTERET ABSALON

Kvarteret Absalon ligger i den medeltida stadens norra utkant, men samtidigt granne med domkyrkan. Inte förrän under 1400–1500-talet förefaller någon mer omfattande

359. Materialet förvaras vid Östergötlands länsmuseum i Linköping. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Kompaktmagasinet och Klimatmagasinet den 15–16 maj 2008 samt allt tillgängligt arkivmaterial för samtliga aktuella kvarter.



Fig. K74: Salvekrus från kv. Absalon i Linköping (ÖLMC 2891, fnr 24 och 21; 4100 fnr 483 och 484).

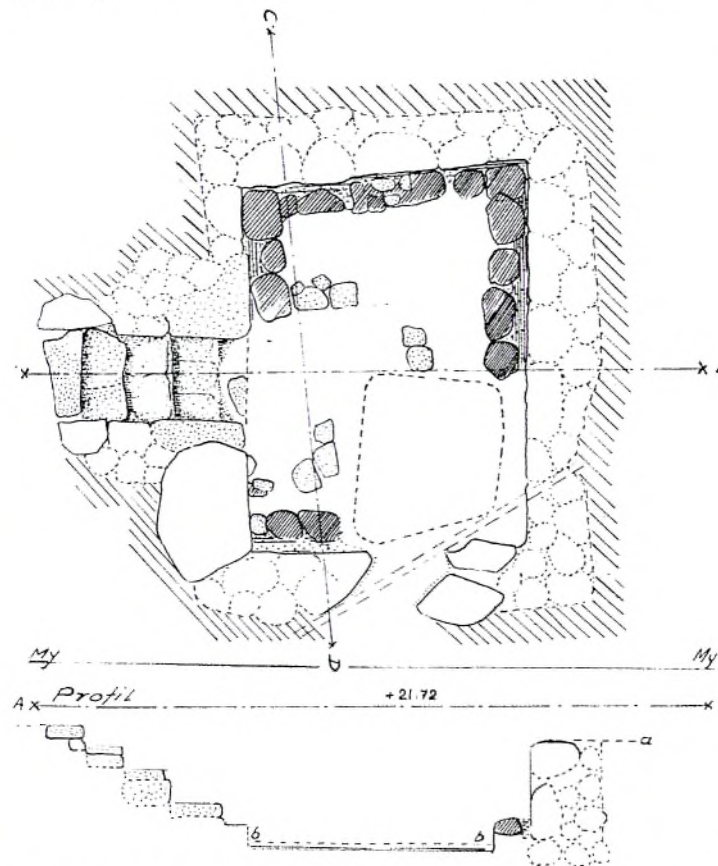


Fig. K75: Den privata gårdsbastun i kv. Ambrosia i Linköping. Plan och sektion av grunden. Den streckade linjen markerar platsen för ugnen. Ur Lindahl 1967, s. 60, fig. 4.

bebyggelse ha funnits i kvarterets norra del (tomt nr 1). Under senmedeltiden låg möjligen S:t Michaels kanikgård där och från 1500-talets andra hälft domprostgården.³⁶⁰ I kvarterets södra delar har man funnit spår efter preurban bebyggelse och metallhantverk. Under stadstid förefaller området huvudsakligen ha varit odlings- eller bakgårds-

360. Tagesson 1989; Tagesson 2002, s. 376ff.; Kaliff & Tagesson 2005, s. 37, fig. 18.

mark utan bebyggelse eller intensivare aktivitet, men under senmedeltiden ska S:t Katarinas kanikgård ha legat där.³⁶¹

Undersökningen på tomt nr 1 under åren 1960–1963 utfördes inte med stratigrafisk metod och det är oklart vad befintliga lägesangivelser avser.³⁶² Det kan därför bara konstateras att det framkom ett par salvekrus. Det ena är tillverkat i stengods och har klassisk form med rundad buk, liten fot och hank.³⁶³ Den har utvändig ljus glasyr och är hög- eller senmedeltida. Det andra är tillverkat i yngre rödgods, har mer cylindrisk buk och saknar hank och är därmed yngre i sitt formspråk, möjligen från 1500-talet.³⁶⁴ I kvarterets södra delar (tomt 17–18), alltså på bakgårdsmarken, har skärvor från två ytterligare salvekrus i stengods påträffats.³⁶⁵ De har båda raka mynningar och ska möjligen dateras till 1400-talet.

KVARTERET AMBROSIA

Kvarteret Ambrosia ligger mellan kvarteret Absalon och Stora Torget, öster om domkyrkan. 1966 undersöktes resterna av vad som tolkades som en badstuga/bastu (fig. K75). Denna låg i kvarterets sydvästra del och förefaller ha uppförts under 1300-talets andra hälft. Under mitten av 1400-talet hade badstugan upphört och istället låg där en systuga.³⁶⁶ Badstugan var delvis nedgrävd under marknivå och en trappa lagd med kalkstensplattor ledde ned från den södra långsidans marknivå. Byggnadens yttermått var cirka 5,5 x 4,5 meter. Väggarnas fundament var murat av gråsten med flata sidor in mot rummet. Spår av puts på dessa tolkades som att väggarna varit putsade. Överbyggnaden förefaller ha varit av trä. Golvet var lagt med kalkstensplattor i sand. Även de sittbänkar på

gråstensfundament som fanns utmed västra, södra, östra och halva norra väggen var täckta av kalkstensplattor. I

361. Feldt 2004, s. 111ff.; Kaliff & Tagesson 2005, s. 37, fig. 18.

362. Tagesson 1989, s. 4.

363. ÖLMC 2891, fnr 24.

364. ÖLMC 3891, fnr 21.

365. ÖLMC 4100, fnr 484 och 483.

366. Lindahl 1967, s. 61ff.



Fig. K76: Åderlättningsjärn och pincett från kv. Ambrosia i Linköping (ÖLMC 3853, fnr 79; ÖLMC 3853, fnr 307S).

Fig. K77: Kyrett från Stora Torget i Linköping (ÖLMC 3860, fnr 146).



byggnadens nordvästra hörn fanns en tegelmurad ugn med innehåll av skörbränd sten. Nedrasade tegelmasor tolkades som att ugnen haft en välvd kapp av tegel. Badstugans läge är intressant genom sin centrala placering, men arkeologen Anders Lindahl, som ledde den aktuella arkeologiska undersökningen, menade att den på grund av dess ringa storlek bör ha varit en privat gårdsbastu.³⁶⁷

Vid badstugan har ett fint åderlättningsjärn påträffats (fig. K76).³⁶⁸ Det har en liten egg (0,5 cm bred) och en stoppig framtill. Skaftet är platt och svagt ellipsformat. Dess yttersta ände, vilken kan ha varit upprullad, är avbruten. Från kvarteret finns även en pincett (fig. K76).³⁶⁹ Det saknas dock närmare uppgifter om dennas datering och kontext. Pincetten har raka skänklar med raka skänkelspetsar.

STORA TORGET

Södra delen av nuvarande Stora Torget tillhörde på 1380-talet och fram till 1430 domprosten, men Tagesson menar att det inte var platsen för själva domprostgården, utan att tomten snarare arrenderades ut till hantverkare. Under senare delen av medeltiden var det en plats för hantverk och handel, och så fortfor det att vara in på 1700-talet.³⁷⁰ Från denna del av torget finns en kyrett av ett slag som annars oftast påträffas i manliga klostermiljöer (fig. K77).³⁷¹ Skedbladet är flackt och skaftet spiralvridet och slutar i en mjuk spets. Spiralvridningen är trubbig, varför skaftet verkar nött. Kyretten påträffades ytligt, i ”lager 1”, men eftersom fyndet typologiskt har sina paralleller i hög- eller senmedeltid, kan

367. Att jämföra med kv. Apotekaren i Lund. Kv. Ambrosias badstuga vetter mot kv. Apotekaren i Linköping. Nu separeras den från kvarteret av Domkyrkogatan men denna drogs inte förrän 1660. Dessförinnan hörde den aktuella tomten (318) troligen till tomt 28 i kv. Apotekaren (Tagesson 2002, s. 380).

368. ÖLMC 3853, fnr 79.

369. ÖLMC 3853, fnr 307 S.

370. Rapportbrev till Riksantikvarieämbetet daterat 20 oktober 1961, arkivhandling Östergötlands länsmuseum.

371. ÖLMC 3860, fnr 146.

man förmoda att fyndet hamnat i den ytliga fyndkontexten sekundärt. Den påträffades i schaktets södra del, där man bland annat undersökte spår efter en stor mängd käppar och störar, vilka kan ha varit vidjehägnader (kanske fallor för små djur) eller stötar för enklare skärmtak.³⁷² Fyndsammanhanget ger oss alltså ingen närmare vägledning om varken tid eller miljö för dess användning.

Kommentar till Linköpingsmaterialet

Det arkeologiska materialet från Linköping är mycket magert. Man kan dessutom konstatera att det är spritt och inte visar någon geografisk tendens i staden. En kyrett är funnen i vad som troligen är en kyrklig miljö, vilket stämmer väl med var övriga liknande instrument är påträffade i landet, nämligen huvudsakligen i klostermiljöer eller kyrkliga miljöer. Påtagligt frånvarande är epileringspincetterna, vilket sannolikt ska förklaras med att staden var förhållandevis folktom under medeltidens tidigaste del, då epilering förefaller ha varit särskilt vanligt. Linköpings mest intressanta bidrag till studiet av medeltida kroppsvård och läkekonst är istället den i kvarteret Ambrosia undersökta badstugan. Den var belägen på en stadsgård och var en påkostad byggnad med putsade innerväggar och fint rundade kalkstenstrappsteg. Vid badstugan påträffades ett åderlättningsjärn. Badstugan kan därmed jämföras med den arkeologiskt undersökta badstugan i kvarteret Kransen i Uppsala, daterad till 1400-talet, där ett åderlättningsjärn också påträffats.

Vadstena stad

Vadstena som stad blomstrade framför allt på grund av pilgrimsnäringen i anslutning till den heliga Birgitta och hennes kloster. Sjukvård bedrevs i klostrets regi för klosterinvånarna och även för vissa andra, företrädesvis personer ur det högre samhällsskiktet och prästerskapet.³⁷³ Det finns dock inget som tyder på att klosterinfirmarierna skulle varit helt öppna för stadens befolkning i allmänhet eller för pilgrimer. De enstaka individer som omnämns i Vadstenadiariet tillhörde antingen prästerskapet eller samhällets översta sociala skikt.³⁷⁴ Det fanns emellertid ett helgeandshus, vilket drevs i klostrets regi. Där kunde ”fattige, förlamade, halte och blinde” få en plats. Arkeologiska fynd tyder på att även barn, kanske föräldralösa, bodde där.³⁷⁵ Helgeandshuset (i kvarteret Helgeandsgården) omtalas första gången 1413 och var trots ett par bränder

372. Ruta A14, lager 1, schakt A i undersökning som gjordes 1980 (1987); Gustin 2007, s. 24 och bil. 5.

373. Om klostret, se nedan.

374. DV 112; DV 329; DV 633.

375. Fritz 2000c, s. 168.

(1423 (?) samt 1487, då flera personer brändes inne) i bruk som helgeandshus medeltiden ut.³⁷⁶ År 1555 uppges det ha varit förfallet, men det reparerades under 1620-talet. Byggnaden anses idag vara ett av landets mest intressanta och välbevarade medeltida byggnadskomplex utanför Stockholms stad.³⁷⁷ Det utgjordes av ett tvåvåningshus med kraftigt murverk och gaveln mot Storgatan. Där låg möjligen kapellet, medan de intagnas rum låg i den södra delen.³⁷⁸ 1532 föreslog Gustav Vasa att sjukstugan "i helgeandshiszit j stadhen och dhen andra uppe widh clostergården hvilken Morten Skinnare stiftat haffver" skulle slås samman. Detta var genomfört 1545 och den forna Helgeandsbyggnaden övergick då i privat ägo.³⁷⁹

I Vadstena verkade troligen även en grupp beginer.³⁸⁰ Beginrörelsen var delvis inriktad mot (sjuk-)vård. I vilken mån de systrar som fanns i Vadstena var det är dock okänt. De hade emellertid ett eget hus som ska ha varit beläget mellan klostrets och S:t Pers kyrkogårdar, där de kan ha tagit emot behövande. Enligt *Vadstenadiariet* fördrevs de av birgittinermunkarna 1506, då dessa betraktade beginerna som en "sekt, en vcligk smittohärd som fördömts i kanonisk rätt".³⁸¹

1477 ska ett ålderdomshem för gamla och sjuka ha grundats av en herr Nils Sture då han donerade en av-sides liggande tomt i staden för ändamålet.³⁸² Det redan nämnda Märten Skinnares hospital eller härbärge med sjukstuga ("Siukahuss") instiftades senast 1521, för att erbjuda plats åt de fattiga och arma som inte kunde köpa sig en plats i andra helgeandshus eller hospital.³⁸³ Detta låg vid Lastköpingsgatan som löpte öster om klostret, där Märten Skinnare tidigare byggt ett kapell. Hospitalsverksamheten leddes av hospitalspredikanten, som sörjde för den själsliga hälsan. Från och med sammanslagningen med helgeandshuset kom institutionen att kallas hospital. Den nya byggnaden placerades bredvid Märten Skinnares gamla. Ledare för bygget var slottets byggmästare, Hans Fleming, vilken även ledde arbetet med att bygga Norrköpings hospital.³⁸⁴ Av det medeltida hospitalskomplexet finns idag endast en byggnad, tolkad som bostad, kvar.

Från mitten av 1400-talet fanns det åtminstone ett par offentliga badstugor i staden. Den ena ska enligt skriftliga

källor ha legat vid Sjögatan, i kvarteret Slottsherren nr 20, alltså helt centralt vid stranden. Möjligen var det denna som påträffades vid ledningsgrävningar i kvarteret Slottsherren år 1952–53. Man kunde då dokumentera murrester av tegel, kalkstensgolv samt en eldstad. Lämningsarna daterades till 1500-talet. Den andra badstugans lokalisering är okänd.³⁸⁵

1560 nämns i skriftliga källor en Heming Bastuguman, i samband med att han lämnar ett bidrag till klostret. Enligt Göran Söderström jobbade denne emellertid inte i klosterbadstugan, utan i en av stadens badstugor.³⁸⁶

Från 1500-talet finns skriftliga belegg för bardskärer i Vadstena. Somliga skymtar med namn, till exempel Hans Bårdskärare, som verkade i staden på 1540-talet. Han bodde på en tomt som sträckte sig mellan Klostergatan och Storgatan, i "en trästuffwe medh en förstuffwe, och ett gamult stegerhws [stekhus]", vilken han erhållit genom Gustav Vasas försorg. Att Vasa sörjde för honom tyder på att han var i dennes tjänst. Konsthistorikern Göran Söderström menar att denne Hans är samme person som en Johannes Medicus, vilken ligger begravd i klosterkyrkan.³⁸⁷ På gravstenen står (i Söderströms översättning från latin): "Läkaren Johannes, som blandat läkemedel åt många, vilar här."³⁸⁸ Huruvida det faktiskt rör sig om en och samme person eller två olika (namnen är trots allt olika) ska jag låta vara osagt. Hans Bårdskärare efterträdare var hur som helst även hans namne, den "unge mäster Hans" eller "mäster Hans dactor", vilken även han var i tjänst hos kungen i slutet av 1500-talet. Liksom sin föregångare bodde han på en tomt mellan Klostergatan och Storgatan, kanske densamma, gränsande till Stortorget i väster.³⁸⁹ 1571 nämns dessutom två stycken ej namngivna bardskärer i mantalslängden från tiden för det första Älvsborgs lösen. Den ene kan ha varit den redan nämnde yngre mäster Hans, men ytterligare en var alltså verksam vid samma tid. I ett dokument från runt 1595 över de extraskatter som kunde åläggas stadens invånare nämns såväl bardskärer som bardskärsgesäller. En bardskärsgesäll kunde beskattas hälften så hårt som en färdigutbildad bardskär. Skattebördan på dessa båda yrkesgrupper var densamma som för de flesta andra hantverksgrupper, men något lägre än för guldsmeder, köttmånglare och bagare. Köpmän beskattades betydligt högre.³⁹⁰ Möjligen var en apotekare verksam i Vadstena

376. Enligt Qvarsell finns det belagt fr.o.m. år 1401, se Qvarsell 2000, s. 618.

377. Arkivdokument på ATA dnr 3952 80-07-25, s. 9; Fritz 2000c, s. 168.

378. Hasselmo 1982, s. 14; Fritz 2000c s. 168.

379. Hasselmo 1982, s. 13f.

380. Söderström 2000c, s. 244.

381. DV 978.

382. Fritz 2000b, s. 154.

383. 1519 enligt Qvarsell 2000, s. 621; Fritz 2000c, s. 170; Söderström 2000b, s. 333.

384. Hasselmo 1982, s. 14, 46; Söderström 2000b, s. 334ff.

385. Hasselmo 1982, s. 16, 38; Söderström 2000c, s. 233.

386. År 1683–1695 nämns en badare men däremot inga bardskärer, medicus eller läkare. Söderström 2000f, s. 325; Pursche 2000, s. 395 enligt hans genomgång av mantalslängder.

387. Gravstenen är idag endast delvis synlig pga. fasta element med elementskydd som monterats utefter väggarna i kyrksalen.

388. Söderström 2000f, s. 321.

389. Söderström 2000f, s. 321 med not.

390. Westling 2000, s. 255f.; Pursche 2000, s. 407; Från 1664–1675 var en fältskär Nicolas Thebell verksam i Vadstena. Han efterträddes av Ignatius Reijmer, som omtalas död 1678. Befattningen som stadsbarber-



Fig. K78: Spatel från kv. Biskopen i Vadstena (SHM 3158).



Fig. K79: Möjlig skalpell från kv. Hotellet i Vadstena. Skalpellbladet är till vänster i bild (fnr 11080).



Fig. K80: Salvekrus och pincett från kv. Hotellet i Vadstena (fnr 00072 och 00555).

mot slutet av 1500-talet. Man vet att Johan Apotekare var rådmann fram till 1619, men det är oklart när han tillträdde sin post och när han kom till staden. Hans stadsgård låg i hörnet av Storgatan och Nygatan.³⁹¹

Källmaterialet från Vadstena stad

Det arkeologiska materialet från Vadstena stad är mycket begränsat. Det kan förklaras med att det arkeologiska intresset huvudsakligen har ägnats åt klostret och slottet och att den övriga staden i modern tid inte har exploaterats i en omfattning som inneburit särskilt omfattande markingrepp. Fynden av intresse här är därför få till antalet, men har å andra sidan en kvalitativ aspekt. Inga av dem är närmare daterade, men med tanke på stadens ålder kan de troligen alla ges senmedeltida dateringar.³⁹²

rare gick vid hans död till en fältskär från Norrköping, Johan Wendt. En fältskär, Christian Schotte, finns 1696–1700 samt 1702–1703 upptagen som ingående i stadens styrelse. Pursche skriver: "Att en fältskär upptas bland ämbetena tycks vara en anomali. Det kunde inte gärna förväntas att vanliga borgare besatt de kunskaper som behövdes för uppdraget." Det är dock känt vara fallet från flera andra städer vid denna tid, t.ex. Lund och Nya Lödöse.

391. Söderström 2000a, s. 306.

392. Materialet förvaras vid Statens historiska museum i Stockholm. Det material som gåtts igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i de olika magasinerna på SHM vid min inventering 1–11 april 2008.

KVARTERET BISKOPEN

Kvarteret ligger söder om S:t Perskyrkan (Rödtornet). Här låg biskopens (efter reformationen Gustav Vasas) båda stenhus, varav ett fortfarande står kvar. Det uppfördes 1473 för Linköpingsbiskopen Henrik Tidemansson och byggdes till under 1500-talet. Resterna efter flera hus har påträffats, bland annat en tunnvalvd källarbod, vilken ligger på tomt nr 1. Tomten ligger i kvarterets nordvästra hörn. Kvarteret rymde även en kommunitet med prästkollegium samt S:t Perskyrkans kyrkogård och i hörnet av denna låg skolan.³⁹³

På tomt 1 har ett mycket intressant föremål påträffats, vilket jag identifierar som en sond med spatelblad och olivknopp, det vill säga en kombinerad spatel- och knappsond (fig. K78).³⁹⁴ Instrumentet är av järn och har även kunnat användas som brännjärn.

KVARTERET HOTELET

Kvarteret ligger i den västra utkanten av staden, sydöst om Rådhusstorget. Det gränsar i öster till kvarteret Handelsmannen och i väster till den trädgård som låg mellan staden och slottet. 1965 undersöktes medeltida och eftermedeltida bebyggelse på tomt 23 och 1980 undersöktes resterna av en medeltida kringbyggd gård, en stensatt gränd samt därintill resterna av en magasinsbyggnad på tomt 24.³⁹⁵ Två idag stående stenbyggnader har tolkats som helt eller delvis medeltida.³⁹⁶

Från kvarteret finns flera intressanta föremål. Mest uppseendeväckande är en möjlig skalpell med ett mycket litet blad med rak egg, för de allra finaste ingreppen (fig. K79).³⁹⁷ I andra änden av skaftet finns en liten knopp, motsvarande en olivknopp (se ovan). Knoppen kan ha använts som sond och som brännjärn.³⁹⁸ Ytterligare ett fragmentariskt föremål från kvarteret skulle kunna vara en liknande finskalpell, men då det eventuella bladet är avbrutet är det inte möjligt att säga närmare.³⁹⁹

Från kvarteret finns även ett ovanligt litet salvekrus i stengods, påträffat i en brunn daterad till 1400-talet eller

393. Arkivdokument på ATA Dnr 3952 80-07-25, s. 2; Hasselmo 1982, s. 43, 66; Söderström 2000a, s. 301.

394. SHM inventarienummer 31587. Fyndet i sig är inte numererat. Instrumentformen kan till exempel ses avbildad på Jean-Baptiste Vrints gravry föreställande interiören hos en kirurgisk kvacksalvare, 1600-tal (i Rutkow 1993, s. 215, fig. 141) samt i *Instrumenta Chirurgica* av Joseph Schmidt, tryckt i Augsburg 1649 (i Ricci 1990, s. 115).

395. Hasselmo 1982, s. 32.

396. *Ibid.*, s. 44.

397. SHM dnr 1235/65, fnr 11080.

398. Jfr Frölich 2009, s. 15, fig 3, vilken är hämtad ur Küntzl 1983. Bilden visar romerska skalpeller från första hälften av första årtusendet av vår tideräkning.

399. SHM dnr 1235/56, fnr 11044, föremål 1.

senare (fig. K80).⁴⁰⁰ Kärlet har rak mynning, rund buk med hank och liten fot. Det har in- och utvändigt brun glasyr. Det finns också en kraftigare pincett, vilken möjligen kan ha använts i medicinskt eller kirurgiskt sammanhang, men lika järna haft andra funktioner (fig. K80). Pincetten har raka jämbreda skänklar med rundade spetsar. Den är påträffad i ett ugn-/spisfundament och kontextuellt daterad till 1400-talet eller möjligen tidigare.⁴⁰¹

Kommentar till Vadstenamaterialet

Det arkeologiska materialet från Vadstena stad är litet, men genom närvaron av ett par specifika artefakter ändå intressant. En spatel- och knappsond från kvarteret Biskopen och en finskalpell från kvarteret Hotellet är ovanliga fynd i svenskt material. De visar på närvaron av utbildade praktiker med för tiden avancerad kirurgisk kompetens. Deras (eller dennes) utrustning antyder att de kunde utföra delikata kirurgiska ingrepp och att de kan ha behärskat och använt sig av finare kauterisering. Det finns även ett par instrument med olivknoppar i ändarna. Instrumenttypen har klassiska rötter. Oliven symboliserade ursprungligen fruktbarhet och livskraft, men knoppformen kom med tiden att framför allt bli funktionell för kauterisering och applicering av medikamenter. Föremålets närvaro i Vadstena antyder en lärd läkekonst med koppling till skolastisk och klassisk dito. Föremålets närvaro kan troligen förklaras med Vadstena stads roll som kulturell högborg under medeltidens slutskede. Miljön kring klostret och pilgrimsmålet, med den stora strömmen av människor, måste ha utgjort ett utmärkt forum för adoptionen av idéer och materiella influenser från kontinental läkekonst.

Materialet är väl litet för att göra en rumslig analys av dess spridning i staden, men man kan ändå kort konstatera att fem av sex föremål är påträffade söder om Storgatans västra del, nära Rådhusorget. Storgatan löpte genom staden, parallellt med vattnet, mellan S:t Pers kyrka och Rådhusorget och området närmast kring Rådhusorget var stadens centrum. Även helgeandshuset låg på södra sidan av Storgatan, öster om kvarteret Handelsmannen. Fyndens spridning avspeglar därför troligen var i staden som läkare och läkerskor verkade, nämligen helt centralt. De skriftliga uppgifterna från 1500-talet visar att den tidens bardskärer, badstugumän och även apotekare (de senare åtminstone från tidigt 1600-tal) då var bosatta något längre österut i staden, samt utmed Storgatans norra sida. Källmaterialen ger en likartad bild som de arkeologiska och skriftliga källorna från Lund, där bardskärer och apotekare var bosatta och verksamma i stadens allra

mest centrala delar, vid Stortorget och utmed stadens viktigaste gator.⁴⁰²

De kirurgiska och medicinska föremålen från Vadstena stad är inte närmare daterade, men de tomter och kontexter som undersökts arkeologiskt har huvudsakligen hitt senmedeltida bebyggelse. Det är därför mest troligt att de kan dateras till denna tid. Idéhistorikern Roger Qvarsell har menat att det inte fanns några läkare i Vadstena under 1400-talet.⁴⁰³ Jag menar dock att såväl klostrets uttryckliga efterfrågan på läkekunnig kompetens, som omnämmandet av läkerskor, beginernas närvaro i staden under denna tid, pilgrimernas och stadsinvånarnas behov, och de arkeologiska fynden talar för motsatsen.⁴⁰⁴

Sigtuna

Sigtuna hade ett hospital; S:t Görän. Det tidigaste kända omnämmandet är från 1278, men institutionen kan ha funnits tidigare. Det är inte känt exakt var den låg, men den tros ha legat på udden strax väster om staden, idag kallad Hospitalsudden.⁴⁰⁵

Det arkeologiska materialet från Sigtna speglar i grova drag 1000–1200-talet, det vill säga den tidiga medeltiden. Lager från 1300–1500-talet är sällsynta och yngre lager (1600-talet och framåt) har inte brukat undersökas arkeologiskt.⁴⁰⁶ De här analyserade artefakterna kommer huvudsakligen från själva stadsmiljön, med tyngdpunkt i dess äldsta delar.

Källmaterialet från Sigtna

Sigtuna är en arkeologiskt relativt väl undersökt stad och på dess lilla yta är flera mycket stora arkeologiska undersökningar genomförda. Dessa är dock inte alltid rapporterade. Fyndmaterialet som helhet är omfattande, men till stora delar okonserverat och magasinmässigt svårtillgängligt.

Artefaktmaterialet som är av intresse här är också relativt stort, men utgörs till allra största delen av epileringspincetter. I redogörelsen nedan har endast de kvarter behandlats som har tre eller flera artefakter eller som har artefakter av speciellt intressant slag. Utöver de redovisade fynden finns ytterligare några epileringspincetter. Kvarterens läge i staden anges i förhållande till stadens utbredning på den äldsta kartan, från 1636.⁴⁰⁷

402. Katalogen, analys av materialet från Lund.

403. Qvarsell 2000, s. 619.

404. Katalogen för Vadstena kloster för uppgifter om läkerskor.

405. Douglas 1978, s. 12f.

406. Anders Wikström muntligen 2009-12-17 – 21 om undersökningar i Sigtna.

407. Douglas 1978, karta 3.

400. SHM dnr 4513/80, fnr 00072; Kontextuppgifter ur icke publicerat rapportmanus av Helena Günter, Dnr 4513/80, ATA.

401. SHM dnr 1235/56, fnr 00555; Kontextuppgifter ur icke publicerat rapportmanus av Helena Günter, Dnr 4513/80, ATA.

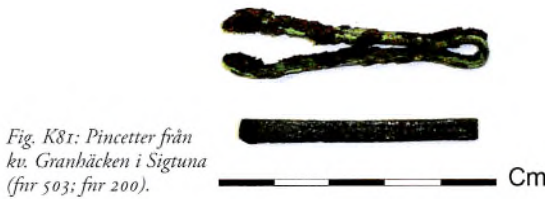


Fig. K81: Pincetter från kv. Granhäcken i Sigtuna (fnr 503; fnr 200).



Fig. K82: Åderlättningsjärn (2 bilder) från kv. Humlegården 3 i Sigtuna (ID 109974, fnr 9967).



Fig. K83: Pincetter från kv. Humlegården 3 i Sigtuna (fnr 4; fnr 7; fnr 1540; fnr 1546; fnr 1557; fnr 1560 [2 fragment]; fnr 1573; fnr 1602 [3 fragment]; fnr 1737; fnr 2643 [2 fragment]; fnr 8391 [2 fragment]).

KVARTERET GRANHÄCKEN

Kvarteret ligger söder om huvudgatan i den östra utkanten av staden. Under medeltiden gick strandlinjen längre upp mot detta kvarter. Arkeologiska undersökningar 1985 visade spår efter bebyggelse från tidigmedeltid (ca 1050–1150). Troligen har en begravningsplats från stadens äldsta skede funnits i närheten.⁴⁰⁸

De här noterade fynden, en trolig skalpell samt två epileringspincetter, är från denna undersökning. Kniven har ett litet blad (3,1 x 1,7 x 0,25 cm) med kraftigt rundad/konvex egg (se fig. 45, kap. 2.1.8.).⁴⁰⁹ Ryggen är rak och något förhöjd i förhållande till den platta tången. Knivbladets form är mycket likt bladet på antika rundeggade skalpeller. Pincetterna är båda av samma modell, med raka



Fig. K84: Pincetter från kv. Humlegården 10 och 11 i Sigtuna (fnr 1058; fnr 1304:1 [ej för epilering; 2 bilder bredvid varandra på mittenraden]; fnr 304 [3 fragment]; fnr 1305:7 [2 fragment]).

skänklar med inböjda skänkelspetsar med raka slut (fig. K81).⁴¹⁰ Den ena skänklar är ornerade med två parallella linjer av punkter eller små streck.

KVARTERET HUMLEGÅRDEN

Kvarteret är stort och ligger norr om huvudgatan i stadens nordvästra del. 2006 företogs en större arkeologisk undersökning i kvarterets mellersta norra del (tomt nr 3), vilken är rapporterad, och det är från denna undersökning de här noterade fynden kommer. Undersökningen berörde framför allt lämningar efter den nordliga delen av ett antal stadsgårdar från sent 900-tal till tidigt 1100-tal, en kyrkogård från tiden från cirka 1080 till tidigt 1300-tal samt en stenlagd väg, möjligen en processionsväg. På stadsgårdarna dokumenterades hallbyggnader, bostadshus och mindre byggnader för olika former av hantverk och handelsaktiviteter. Från tiden från 1300-talet och fram i nyare tid har området framför allt använts för odling.⁴¹¹ Från kvarteret finns ett åderlättningsjärn samt en stor mängd pincetter.

Åderlättningsjärnet är påträffat på tomt nummer 3 (fig. K82).⁴¹² Det har en mycket fin liten egg, cirka 0,5 x 0,6 cm stor. Skaftet är brett och platt med den flata sidan vinkelrät mot eggen. Skaftänden är upprullad till en liten kompakt snurra. Järnet påträffades i en gravfyllning (dvs. i en sekundär kontext) och kan grovt dateras till 1100–1200-talet. Det är teoretiskt möjligt att åderlättningsjärnet hamnat i området före kyrkogårdens tid, men medicinhistoriskt sett förefaller detta mindre troligt. Det är hur som helst det enda åderlättningsjärnet i Sverige som hittills med säkerhet är daterat till medeltidens tidigare hälft.

Pincetterna är 16 till antalet (11 stycken från tomt nr 3, 4 stycken från tomt nr 10 och 11 samt en utan angiven tomtkontext) och de flesta, möjligen alla, förefaller vara epileringspincetter, det vill säga med raka, tätslutande

410. Kv. Granhäcken, fnr 503 och fnr 200.

411. Wikström 2008, s. 9ff.

412. Kv. Humlegården 3, ID 109974/fnr 9967.

408. Tesch 2006, s. 5.

409. Kv. Granhäcken, fnr 195.

Fig. K85: Pincett från kv. Humlegården, oklar tomtkontext (fnr 303, denna lokal).



Fig. K86: Fällkniv och sondliknande föremål från kv. Kammakaren i Sigtuna (Sf 288p; Sf 342r).



Fig. K87: Pincetter från kv. Kyrkolunden i Sigtuna (fnr 1102; fnr 389; fnr 925 [3 fragment]).

skänkelspetsar (fig. K83, K84 och K85).⁴¹³ Även de flesta (dock inte alla) pincetter vars skänkelspetsar inte är helt bevarade, med följderna att de inte kan bestämmas säkert, förefaller vara av epileringsmodell. Likaså verkar de flesta eller möjligen alla ha haft inböjda skänkelspetsar. Flertalet av pincetterna från tomt nummer 3 har ornamentik i form av parallella linjer av punkter eller små streck utmed skänkelsidorna. Ornamentiken är mycket likartad på samtliga ornerade exemplar. Pincetterna från tomt 10 och 11 är däremot inte ornerade.

Man kan konstatera att det rör sig om ett anmärkningsvärt homogent pincettmaterial. Detta skulle kunna tolkas som att de tillverkats och/eller sålts på de aktuella tomterna och att de är spår efter specifika verkstäder, hantverkare eller handelsbodar. Åderlättningsjärnet antyder att en åderlättningskunnig person varit verksam på platsen under medeltidens första hälft, även om det naturligtvis är tänkbart att järnet istället är tillverkat i den smedja som funnits på en av stadsgårdarna, eller hamnat där sekundärt i samband med begravnin.

413. Kv. Humlegården, opreciserat: fnr 303; Kv. Humlegården 3, fnr 4; fnr 7; fnr 1540; fnr 1546; fnr 1557; fnr 1560; fnr 1573; fnr 1602; fnr 1737; fnr 2643; fnr 8391; Kv. Humlegården 10 och 11: fnr 304; fnr 1058; fnr 1304:1; fnr 1305:7.

KVARTERET KAMMAKAREN

Kvarteret ligger söder om huvudgatan, helt centralt i staden. Därifrån finns en fällkniv samt ett knappsondliknande föremål (fig. K86). Föremålen påträffades redan 1924 och är därför utan närmare dokumenterad kontext.

Av fällkniven är endast själva knivbladet bevarat.⁴¹⁴ Det har rak egg, snedskuren spets och rak rygg. Bladet är dock tämligen brett över ryggen, 0,2 cm, vilket gör en kirurgisk funktion tveksam. Skaftet/hylsan har varit fäst i den bakre, tangeliknande delen av bladet.

Det spatel- eller knappsondliknande föremålet består av en ten med förtjockningar i ändarna.⁴¹⁵ Den ena änden är svagt uppvinklad och där finns ett rundat 0,7 x ca 1,1 cm stort platt blad. Den andra änden är rak. Den är mer korroderad och där sitter även ett annat fastkorroderat föremål. Det är därför svårare att bestämma denna ände, men något slags blad förefaller finnas även här. Möjligen har det varit likt det i den andra änden, med ungefär samma mått, men utan att vara vinklat. Skaftet har rundovalt snitt och är slätt. Fällkniven och den möjliga sonden är en fyndkombination som möjligen skulle kunna tyda på att en läkekunnig varit verksam i kvarteret.

KVARTERET KYRKOLUNDEN

Kvarteret ligger norr om huvudgatan i stadens östligaste del. Under äldre tider har området legat precis utanför själva stadsområdet.

Från kvarteret finns sex pincetter av olika slag, med delvis olika funktion (fig. K87). Den utan tvekan mest intressanta för denna studie är en läsbar pincett (fig. 24, kap. 2.1.3.).⁴¹⁶ Den har lång hals, insvängda skänklar och raka skänkelspetsar för ett tätt grepp som en epileringspincett. Det som särskiljer den är att den har sin låsring kvar. Den består av en tunn bronstråd som är virad runt skänklarna. Den har även sin hängögla bevarad. Av de övriga pincetterna är alla som kunnat bestämmas epileringspincetter, med raka skänkelspetsar med tätslutande grepp.⁴¹⁷ En av dem skiljer sig från den form som är vanligast i Sigtuna, genom att ha mer svängda skänklar.⁴¹⁸ Funktionen kan dock ha varit densamma.

Pincettmaterialet är, med tanke på att det är så pass heterogent, inte lika självklart att tolka som spår efter produktion som i exempelvis Humlegården, utan snarare användning.

414. Kv. Kammakaren, Sf 288p.

415. Kv. Kammakaren, Sf 342r.

416. Kv. Kyrkolunden 8, fnr 586.

417. Kv. Kyrkolunden 8, fnr 1102; fnr 389; fnr 925. Ytterligare två pincetter från kv. Kyrkolunden 8 (fnr 374; fnr 655) finns endast beklagda genom uppgifter ur databas vänligen tillhandahållna av Anders Wikström vid Sigtuna Museum, 17–21 december 2009. De är dock inte noterade av mig vid inventeringen och alltså inte studerade och fotograferade.

418. Kv. Kyrkolunden, fnr 389.



Fig. K88: Toilettföremålsuppsättningar och enskild miniatyrsked från kv. Professorn 1 i Sigtuna (fnr 12477; fnr 12301; fnr 12300; fnr 11464).

Den kirurgiska pincetten är spår efter en praktiker. Då kvarteret under medeltiden var obebyggt är det möjligt att pincetterna kommit dit genom avfall inifrån staden.

KVARTERET PROFESSORN

Kvarteret ligger söder om huvudgatan, centralt i staden. Åren 1999–2000 företogs en omfattande arkeologisk undersökning på tomt nummer 1, vilken resulterade i ett mycket stort fyndmaterial. Det avspeglas i det här presenterade materialet, som är speciellt om man jämför med materialen från resten av staden. Det består av tre stycken uppsättningar av så kallade toilettföremålsuppsättningar av en för- eller tidigmedeltida karaktär samt två separata skedföremål (örslevar eller kyretter), vilka sannolikt har ingått i liknande uppsättningar (fig. K88). Dessutom finns ett stort antal pincetter (fig. K89).

Tre uppsättningar av toilettföremål har påträffats på tomt nummer 1. Två av dem är kontextuellt daterade till 1000-talet.⁴¹⁹ Den tredje bör ha en likartad datering.⁴²⁰ Den mest kompletta uppsättningen består av silsked med



Fig. K89: Pincetter från kv. Professorn 1 i Sigtuna (fnr 1217; fnr 2315; fnr 8917; fnr 9034; fnr 9991; fnr 11476; fnr 11553; fnr 11554; fnr 12206; kv. Professorn 4; fnr 2303).

tre håll, en annan liten sked (möjligen örslev) av omvikt bleck samt en sticka som är fäst vid en liten ring.⁴²¹ Silskedarna förekommer generellt sett under vikingatiden, men är ovanliga därefter. En annan uppsättning är i det närmaste identisk, men saknar stickan.⁴²² Även det tredje exemplaret har troligen varit mycket likt, men av detta är endast skaften bevarade.⁴²³ Att två uppsättningar har både en miniatyrsked/örslev och en silsked är intressant, då det tydliggör att olika små skedföremål hade olika funktioner. Skaften på samtliga är kantigt rombiska och ornerade med pricklinjer och streck.

Två enskilda skedföremål är påträffade på tomt nummer 1 respektive 4.⁴²⁴ Den ena är tillverkad i silver.⁴²⁵ Den har ett avlångt och relativt djupt och skarpt skedblad, vilket kunnat användas både som örslev och som en liten kyrett, eller applikator för den delen. Skaftet är av liknande form och ornering som de beskrivna uppsättningarna ovan, men hela föremålet är längre och slankare till sin utformning. En ring i änden visar att den förmodligen har ingått i en liknande uppsättning. Den andra skeden har helt annan karaktär och påminner mer om dem som ofta påträffas i kloster, med dubbeltvinnat skaft som slutar med en liten flik eller vinge (fig. 14, kap. 2.1.2.).⁴²⁶ Skedbladet är ovallt och ganska flackt.

Pincetterna är sinsemellan mycket lika och även lika dem från Humlegården.⁴²⁷ De är tillverkade i kopparlegering,

421. Kv. Professorn 1, fnr 12300.

422. Kv. Professorn 1, fnr 12301.

423. Kv. Professorn 1, fnr 12477.

424. Kv. Professorn 1, fnr 11464; kv. Professorn 4, fnr 1518.

425. Kv. Professorn 1, fnr 11464.

426. Kv. Professorn 4, fnr 1518.

427. Kv. Professorn 1, fnr 1217; fnr 2315; fnr 8917; fnr 9034; fnr 9991; fnr 11476; fnr 11553; fnr 11554; fnr 12206; kv. Professorn 4, fnr 2303; fnr 835. Pincetten fnr 835 från kv. Professorn 4 är registrerade i en fynddatabas som Anders Wikström, Sigtuna Museum, vänligen låtit mig gå igenom. Den är dock inte noterad av mig vid inventeringen och alltså inte studerad och fotograferad.

419. Fnr 12300 och 12301, Uppg. från Anders Wikström 17–21 december 2009.

420. Fnr 12477.



Fig. K90: Trolig skalpell från kv. Trekanten i Sigtuna (fnr 1148d). Det bakre spatelbladet täcks av en korrosionsklump.



Fig. K91: Pincetter från kv. Trekanten i Sigtuna (fnr 449h [2 st]; fnr 697u; fnr 871a).

har raka skänklar med inböjda ändar och raka skänkelspetsar. De kan alltså ha använts för epilering. Flera har ornamentik av långsgående linjer av punkter eller små streck på skänkelytorna.⁴²⁸

Materialet från kvarteret Professorn innehåller samma typ av epileringspincetter som förekommer över hela Sigtuna och som verkar ha tillverkats i staden. Dessutom finns flera exemplar av de små instrumentuppsättningarna och skedinstrumenten, något som inte påträffats i Sigtuna i övrigt. Detta skulle kunna tolkas som att även dessa har tillverkats i kvarteret.

KVARTERET TREKANTEN

Kvarteret Trekanten ligger norr om huvudgatan, som en kil mellan kvarteren Humlegården och Trädgårdsmästaren. Senare har det kommit att utgöra Lilla Torget, men under medeltiden var området troligen bebyggt.⁴²⁹ Från kvarteret finns ett troligt kirurgiskt instrument (skalpell med spatel) samt ett antal pincetter. Föremålen är framkomna vid tidiga markningrepp (1920-talet) och närmare kontextangivelser saknas därför.

Den troliga skalpellen är av järn (fig. K90).⁴³⁰ Den har ett mycket litet knivblad med smal och kort egg (ca 1,25 cm). Skaftet har rektangulärt snitt och i bakre änden finns ett ovalt spatelliknande blad (nu täckt av korrosionsklump).⁴³¹

428. Kv. Professorn 1, fnr 1217; fnr 8917; fnr 9034; fnr 9991; 12206; 11554.

429. Wikström 2010, s. 7ff.

430. Kv. Trekanten, fnr 1148d.

431. Föremålet liknar mycket dem från Helgö och Aranäs som av Wilhelm Holmqvist (år 1961) publicerats som kirurgiska instrument. Paralleller finns inom klassiska instrumentuppsättningar samt enligt Holmqvist i Mongoliet. Både Aranäs-, Helgöföremålen och föremålet från Sigtuna har dock även stora likheter med fiskekrokare eller ljusterspetsar, varför tolkningen måste hållas något öppen.

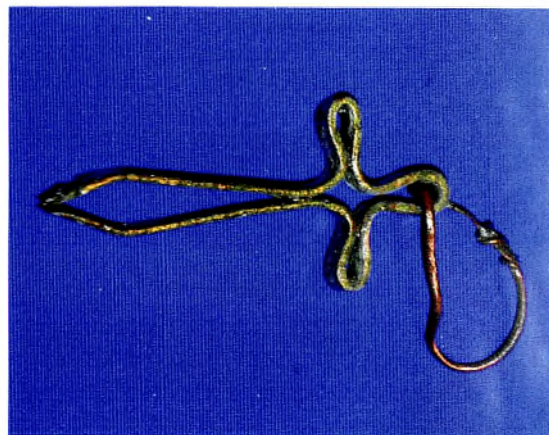


Fig. K92: Korsformad pincett från kv. Trekanten i Sigtuna (fnr 449h).

Fyra av de fem pincetterna är epileringspincetter av samma slag som beskrivits för kvarteren ovan och som framstår som den typiska modellen i Sigtuna (fig. K91).⁴³² Skänklarna är invinklade och spetsarna raka för ett tätslutande grepp. De har bevarade hängringar. En av dem har ornamentik på skänklarna i form av parallella linjer av punkter eller små streck.⁴³³ Ytterligare en pincett, Sf 449h, har samma utformning av skänklarna, men huvudet består av tre öglor, istället för den vanliga enda öglan, vilket ger pincetten formen av ett kors (fig. K92).⁴³⁴ Den är på så vis mer arbetad och exklusiv än de övriga och den saknar motsvarigheter i resten av det för denna studie genomgångna materialet.⁴³⁵

KVARTERET TRÄDGÅRDSMÄSTAREN

Kvarteret ligger norr om huvudgatan, helt centralt. 1988 utfördes här omfattande arkeologiska undersökningar, vilka genererade ett stort fyndmaterial. Undersökningen är rapporterad och en databas med fasindelningar finns.⁴³⁶ Det medicinarkeologiska artefaktmaterialet från kvarteret måste betecknas som omfattande. I detta ingår ett flertal knivar, inklusive en fällkniv, som med stor eller allra största sannolikhet kan bestämmas som skalpeller. Dessutom finns en läsbar pincett, ett salvekrus och ett mycket stort antal pincetter av epileringstyp. Pincetterna påträffades tämligen jämnt spridda på undersökningsytan, medan knivarna alla låg i den sydvästra kvadranten av undersökningsytan.

432. Kv. Trekanten, fnr 449h (2 st); fnr 697u; fnr 871a.

433. Kv. Trekanten, fnr Sf 697u.

434. OBS! Sammanlagt tre pincetter med detta fyndnummer. Den korsformade pincetten är fotograferad i museets utställning.

435. En liknande har dock påträffats i Gamlebyen i Oslo, med datering till runt 1200 (Schia & Molaug 1990, s. 263ff.).

436. Wikström 2011.



Fig. K93: Skalpeller från 1000-talets första hälft från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 10297; fnr 10476).

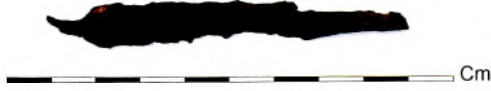


Fig. K94: Skalpell från cirka 1075–1100 från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 25402).



Fig. K95: Skalpell från cirka (1075–) 1100–1125 från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 9786).

Eftersom fynden alla är kontextuellt daterade redovisas de här i kronologisk ordning inom var föremålsgrupp.

Samtliga skalpeller kan föras till den fas som tolkats som *Huvudfas II* och som sträckte sig mellan cirka 1000 och 1125 e.v.t.⁴³⁷ De två äldsta skalpellerna är kontextuellt daterade till 1000-talets första hälft (fig. K93). Kniv nummer 10297 har svagt konvex rygg och konvex egg. Knivbladet är endast 3 centimeter långt i nuvarande skick. Spetsen är dock avbruten. Skaftet/tången har runt tvärsnitt, är avsmalnande och slutar i en spets. Kniv nummer 10476 har ett smalt och kort blad (endast 2,6 x 0,5 cm) med rak rygg och rundad spets. Bladet är delvis korroderat, men den ursprungliga formen förefaller intakt. Tången har fyrkantigt snitt.

Kniv nummer 27705 är kontextuellt daterad till cirka 1075–1100. Den har en form som mycket liknar moderna skalpeller (andra uppfifrån, fig. 45, kap. 2.1.8.). Bladet är 3,0 cm långt, 0,7 cm brett och mycket tunt. Som på så många skalpeller är bladet smalare än skaftet. Ryggen är så gott som rak och eggarna är svagt konvex. Tången/skaftet är avsmalnande mot änden och har rektangulärt tvärsnitt. Samtida med denna skalpell är en fällkniv med fyndnummer 25402, av klassisk modell (fig. K94). Den är korroderad, men man ser tydligt den lilla uppböjda spetsen, som kunnat fungera som fingerstöd, fram till samt profileringen av bladet baktill där den varit fästad i skaftet/slidan.

Den yngsta kniven som är av intresse här, fyndnummer 9786, är kontextuellt daterad till tidigare delen av



Fig. K96: Salvekrus från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 1815).



Fig. K97: Pincetter från 1100-talet från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 6468; fnr 382; fnr 2253; fnr 7323).

1100-talet (cirka [1075–] 1100–1125) (fig. K95). Den har ett delvis korroderat blad, men man kan ändå urskilja att ryggen varit svagt konvex och eggarna något kraftigare konvex. Bladet mäter i nuvarande skick drygt 4 cm i längd. Även denna kniv har en konkavitet fram till på bladets rygg. Tången, som har rektangulärt snitt, är inte profilerad mot skaftet utan är successivt avsmalnande.

Salvekruset är kontextuellt daterat till tidigare delen av 1200-talet och är därigenom mycket tidigt i sitt slag (fig. K96). Det är tillverkat i yngre rödgods. Det har en liten fot och utsvängd rundad buk. Det har en utvändigt närmast svart glasyr och är invändigt vitslammat med fläckar av den mörka glasyren.

Pincetterna är 35 till antalet. Av dessa är 23 stycken daterade till 1000-talet, 11 stycken till 1100-talet och en till första delen av 1200-talet. Fördelningen speglar förmodligen en generell tendens när det gäller vanligheten i bruket av pincetter. Mest speciell är fynd nummer 3685, som är en läsbar pincett (fig. 24, kap. 2.1.3.). Den har lång hals och svagt böjda, ganska tjocka skänklar, som är försedda med läsring. Pincetten är kontextuellt daterad till cirka 1225–1250, och alltså möjligen samtida med salvekruset.

Det finns dessutom en pincett, nummer 6468, som är av längre format (drygt 9 cm) än de andra, med inböjda skänkelspetsar och tätslutande grepp (fig. K97). Den påminner i formen om antika kirurgiska pincetter med läsring, men den saknar själv bevarad sådan. Den är kontextuellt daterad till 1100-talet ([1100–] 1125–1175) och kan alltså vara samtida med de yngsta skalpellerna. Av övriga pincetter utskiljer sig nummer 382 genom att ha mjukt rundade skänklar och nummer 2253 genom att ha mjukt rundade skänkelspetsar (fig. K97). Den är kontextuellt daterad till 1100-talet, troligen dess senare del.

437. Ibid., s. 20ff.



Fig. K98: Pincetter från cirka 1025–1050 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 10025; fnr 17763; fnr 17974; fnr 24645).

Fig. K99: Pincetter från cirka 1050–1075 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 24097; fnr 26579).



Fig. K100: Pincetter från cirka 1075–1100 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna. Vänstra kolumnen: fnr 18361 (5 st); fnr 15686 (2 fragment); fnr 23037. Högra kolumnen: fnr 6840 (med ring); fnr 7732 (med ring); fnr 8142 (2 fragment, varav ett litet); fnr 9077; fnr 18277; fnr 26057.

Båda dessa har dock raka skänkeländrar för ett tätslutande grepp som möjliggör epilering.

Pincett nummer 7323 förefaller ha haft skänklarna vinklade längre upp, nära dessas mitt (fig. K97). Dess skänkelspetsar förefaller ha haft ett tätslutande grepp och det är troligen en vanlig epileringspincett. Den är kontextuellt daterad till cirka 1050–1075. Samtliga övriga pincetter är epileringspincetter av typisk Sigtunamodell med inböjda skänkelspetsar och tätslutande grepp (fig. K98 t.o.m. K104).⁴³⁸ De flesta är ornerade med parallella

438. Kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10, fnr 2742; fnr 3426; fnr 3826; fnr 5227; fnr 6146; fnr 6840; fnr 6914; fnr 7449; fnr 7732; fnr 8142;



Fig. K101: Pincetter från cirka 1100–1125 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 6146; fnr 6914; fnr 19627; fnr 21173).



Fig. K102: Pincetter från cirka 1125–1175 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 15531).



Fig. K103: Pincetter från cirka 1175–1200 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 2977; fnr 3826; fnr 5227; fnr 7449).

eller slingrande linjer av punkter eller små streck.⁴³⁹ En är ornerad med sicksacklinjer.⁴⁴⁰

Kyretten är inte påträffad på samma tomt som det övriga materialet, utan på tomt nummer 7 (fig. K105).⁴⁴¹ Den har ett mycket skarpt konkavt skedblad. Skaftet är profilerat med skåror och breddat i änden där det har ett upphängningshål.

Pincetterna från tomt 9 och 10 i kvarteret Trädgårdsmäs-

fnr 9077; fnr 10025; fnr 15531; fnr 15686; fnr 17763; fnr 17974; fnr 18277; fnr 18361; fnr 19627; fnr 21173; fnr 23037; fnr 24097; fnr 24645; fnr 26057; fnr 26579; fnr 27705; fnr 2977.

439. Kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10, fnr 5227; fnr 6468; fnr 6914; fnr 7732; fnr 7449; fnr 8142; fnr 17974; fnr 18227; fnr 18361; fnr 21173; fnr 23037; fnr 24097; fnr 24645; fnr 26057; fnr 26579.

440. Kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10, fnr 10025.

441. Sigtuna Museum kv. Trädgårdsmästaren 7: Sf 61 ccc.

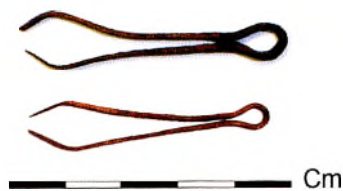


Fig. K104: Pincetter från cirka 1200–1225 e.v.t. från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10 i Sigtuna (fnr 2742; fnr 3426).



Fig. K105: Kyrett från kv. Trädgårdsmästaren 7 i Sigtuna (Sf 61 ccc). I den övre bilden är skedbladet t.h. i bild.

taren indikerar dels produktion av sådana: blotta mängden, samt att fem stycken mycket snarlika exemplar påträffades tillsammans i verkstadsmiljö tyder på detta.⁴⁴² Skalpellen visar emellertid också att en eller flera kirurgiskt kunniga praktiker varit verksamma där under tidigmedeltid. Om man utgår från skalpellernas kontextuella dateringar får man intrycket av att praktiker verkat på platsen under sammanlagt ett drygt sekel. Materialet är därigenom det i detta sammanhang tydligaste och rikaste, inte bara i Sigtuna utan även i jämförelse med det övriga underlaget för denna studie, på praktikerkontinuitet under tidigmedeltid, troligen inom en familj eller släkt. Det kan jämföras med platskontinuiteten vid torget i Lund under senmedeltid, renässans och 1600-tal.

KVARTERET URMAKAREN

Kvarteret ligger söder om huvudgatan, helt centralt i staden. De här aktuella fynden, tolv pincetter, framkom vid arkeologiska undersökningar 1990–1991. Undersökningarna är inte rapporterade. De flesta pincetterna har inte kunnat studeras inom ramen för denna studie, då de inte fanns på plats i samlingarna.⁴⁴³ Av de exemplar som kunnat dokumenteras är tre stycken epileringspincetter med inböjda skänkelspetsar med tätslutande grepp.⁴⁴⁴ En pincett har helt raka skänklar med raka spetsar.⁴⁴⁵ Den

442. Fnr 8640.

443. Uttagna för "Scientific analyses at the Archaeological Laboratory", av Lena Holmquist Olausson, Stockholms universitet, enligt lista i pärm på Sigtuna Museum december 2009. Det ska även finnas en liten glasbehållare 2 cm i diameter från samma undersökning som pincetterna, men inte heller denna fanns på plats vid inventeringstillfället.

444. Kv. Urmakaren 1, fnr 781; fnr 1895; fnr 2265.

445. Kv. Urmakaren 1, fnr 2153.

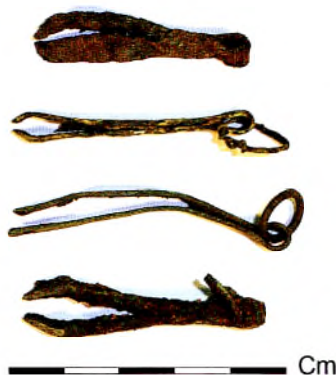


Fig. K106: Pincetter från kv. Urmakaren 1 i Sigtuna (fnr 781; fnr 1895; fnr 2153; fnr 2265).

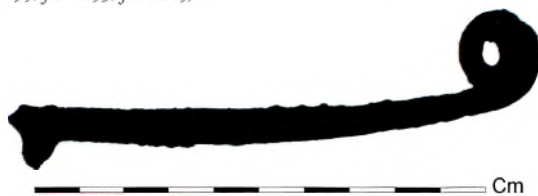


Fig. K107: Åderlättningsjärn från kv. Ödåker i Sigtuna (Sf 1684).



Fig. K108: Troligt skaft till miniatyrsked från kv. Ödåker i Sigtuna (Sf 1094C3).

kan möjligen också ha använts för epilering, men det är tveksamt, då de raka skänklarna försämrar förmågan att greppa kring ett hårstrå.

KVARTERET ÖDÅKER

Kvarteret ligger söder om huvudgatan i stadens västra utkant. Fynden som noteras här har inte någon närmare känd kontext. Det är endast ett par föremål, men de är ändå väl värda att notera. Det är nämligen det ena av Sigtunas två åderlättningsjärn samt ett silverskaft till ett instrument i en toilettföremålsuppsättning.

Åderlättningsjärnet är relativt stort och kraftigt (fig. K107).⁴⁴⁶ Själva eggen är 0,7 x 0,7 cm. Järnet har haft ett stopp framtill, men detta är delvis avbrutet. Skaftet har runt eller ovalt tvärsnitt och upprullad ände. Arkeologen Wilhelm Holmqvist har velat datera järnet till 1300-talet genom paralleller från Vädersholm och Ringstadholm.⁴⁴⁷ Eftersom åderlättningsjärn sett så likartade ut sedan det forna Egypten och fram till 1800-talet, menar jag emellertid att det är vanskligt att datera dem typologiskt.

446. Kv. Ödåker, fnr Sf 1684.

447. Holmqvist 1942, s. 46.

Det lilla instrumentskaftet är av silver (fig. K108).⁴⁴⁸ Formen är romboid och på ena sidan finns punktornamentik utefter sidorna. Hängringen sitter kvar, men själva bruksdelen är avbruten. Skaftet har likheter med skaftet på skedinstrumentet från kvarteret Professorn 1 samt exemplar från andra håll i landet, men är bredare.⁴⁴⁹ Det har troligen haft ett litet skedblad.

Föremålen antyder att en åderlättningskunnig person funnits på platsen. Läget, nära vattnet en liten bit från stadens centrum, skulle lämpat sig för en badstuga, men uppgifter om en sådan saknas.

Kommentar till Sigtunamaterialet

Sigtuna är pincetternas, särskilt epileringspincetternas, stad. Ingen annanstans i nuvarande Sverige har tillnärmelsevis lika många pincetter påträffats. Mängden kan förklaras med Sigtunas blomstring som stad under sen vikingatid och tidig medeltid, då epileringspincetter var vanligast, men det är troligt att de även tillverkats i staden. Framför allt har många pincetter påträffats i verkstadsmiljöer i kvarteret Trädgårdsmästaren 9 och 10, ibland flera tillsammans.⁴⁵⁰ Epileringspincetter var uppenbarligen en viktigare och vanligare accessoar under den sena vikingatiden och tidiga medeltiden än vad de kom att bli senare. Förklaringen ska förmodligen sökas i en då rådande kroppskultur där ansning av (ansikts)behåring var särskilt viktig, med följden att pincetten var en personlig accessoar för många av de mer bemedlade. Det finns europeisk forskning som visar att särskilt kvinnor inom den höviska kulturen vid denna tid begränsade sin hårväxt.⁴⁵¹ Kanske är det detta som slår igenom så starkt i Sigtuna.

Det finns emellertid även pincetter i Sigtuna som använts för annat än epilering, som ett par pincetter med bevarad låsring, två av få exemplar i Sverige.⁴⁵² Den ena är påträffad i en kontext daterad till 1200-talets första hälft. Fler pincetter än dessa har sannolikt ursprungligen haft låsringar, vilka inte bevarats, och alltså en funktion annan än eller utöver epileringfunktionen.

Keramikmaterialet är mycket sparsamt. Det kan förklaras med det svaga inslaget av hög- och senmedeltida material. Det finns emellertid flera skalpeller. Dessa är huvudsakligen påträffade i stadens centrala västra del, det vill säga i själva hjärtat av staden, och har kontextuella dateringar som sträcker sig från 1000-talets första del till tidigt 1100-tal. Spridningen av skalpellerna visar att

läkepraktikerna redan under den tidiga medeltiden var verksamma i Sigtunas mest centrala delar.

Materialen grupperar sig kvartervis på ett speciellt sätt. Nästan alla skalpeller är till exempel påträffade i kvarteret Trädgårdsmästaren och alla örnslevar påträffade i eller vid kvarteret Professorn. De båda åderlättningsjärnen är påträffade i kvarteren Humlegården och Ödåker som ligger på var sin sida om Stora Gatan i stadens östra del. Möjligen speglar den rumsliga separationen mellan skalpellerna och åderlättningsjärnen att det var olika praktiker som utförde åderlätning respektive kirurgiska ingrepp, så som även övrigt material indikerar.⁴⁵³

Uppsala

I Uppsala fanns från början av 1300-talet ett helgeandshus, grundat av domprosten Andreas And. Uppgifter om en donation för dess uppförande finns från 1292 och några år in på 1300-talet var projektet färdigställt. Arkeologiskt belagda murverkslämningar vid eller på Fyristorg, mellan domkyrkan och ån, har tolkats som rester efter institutionen. Helgeandshuset bestod i övrigt huvudsakligen av träbyggnader. Åren 1437 och 1456 omtalas även en själagård i staden, men den kan ha funnits redan tidigare, då ett själakor i domkyrkan omtalas redan 1411. Själagårdens läge är okänt, men hypoteser finns om att den legat vid S:t Pers kyrka eller vid Vårfrukyrkan.⁴⁵⁴

Flera badstugor är kända genom skriftliga belägg. Helgeandshuset ska ha haft sin egen badstuga. Dessutom ägde domkyrkan en badstuga (nämnd i skriftliga källor 1326, 1376 och 1497–1535) och Vårfrukyrkan en (nämnd 1570). Den förra ska ha legat i Svartbäcken och gav 1376 en avkastning på 20 mark.⁴⁵⁵ Från åren 1569–1577 finns även fyra bastukarlar och -konor belagda i skriftliga källor.

1477 grundades Uppsala universitet, men en medicinsk fakultet saknades under hela medeltiden. Efter reformationen, och framför allt under andra hälften av 1500-talet, erfor Uppsala ett uppsving genom det kungliga intresset för staden.⁴⁵⁶ Detta kan förklara den goda tillgång till läkekunniga som då framgår av skriftligt material (fig. K109).

1510 omtalas en *läkare*, Anders läkare, i de skriftliga källorna och han följs av flera. År 1569, -71 och -77 omtalas Lasse läkare. Från skriftliga källor är även flera bårdskärare kända till namnet. Den första är Erik bårdskärare som hade en tomt norr om helgeandshuset. Därefter nämns Mats bårdskärare 1549. Han dog senast 1552 och verkar ha avlöst av Per bårdskärare, död senast 1555. Tönius

448. Kv. Ödåker, fnr Sf 1094C3.

449. Kv. Professorn 1, fnr 11464.

450. T.ex. de fem pincetterna med nr 8640, daterade till slutet av 1000-talet.

451. Cabré 2010, s. 127.

452. Fnr 586 från kn Kyrkolunden, fnr 3685 från kv. Trädgårdsmästaren 9 och 10. Det finns även en från Gamla Lödöse (AD 2248b).

453. Kap. 6.2.4.

454. Ljung 1954, s. 190, 201, 211; Redin 1976, s. 14; Dahlbäck et al. 1984, s. 300f.

455. Sundquist 1953, s. 166; Dahlbäck et al. 1984, s. 265, 282.

456. Ljung 1954, s. 263ff.; Dahlbäck et al. 1984, s. 296.

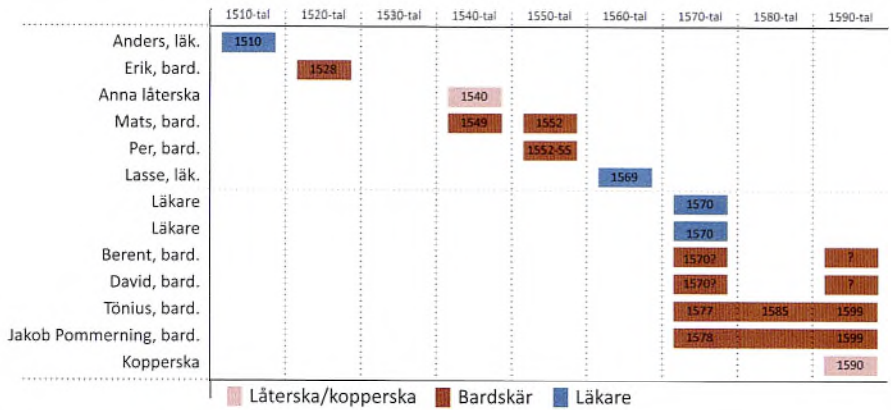


Fig. K109: Skriftligen omnämnda praktiker i Uppsala stad, baserat på uppgifter i Ljung 1954, s. 169f, 180ff, 216f; Dahlbäck et al. 1984, s. 265, 275. Grafik: John Nelander.

bårdskärare nämns 1577 och Mäster Jakob Pommerning, även kallad Mäster Antonius barberer eller bårdskärare, 1578. Han var 1585 föreståndare för helgeandshuset (vid denna tid kallat hospitalet), vilket är mycket intressant, eftersom hospitalsföreståndare under medeltiden som regel snarare var administratörer, inte läkekunniga. En förändring hade dock skett under loppet av 1500-talet. Mäster Antonius bodde fortfarande i Uppsala så sent som 1599. Det fanns även en Berent och en David bårdskärare, den senare i kunglig tjänst. Historikern Sven Ljung menar att läkepraktikerna framför allt var verksamma i hovets tjänst. År 1577 var antalet bårdskärare i staden minst två till antalet, medan de var fyra eller fler år 1599. 1540 omtalas en kvinnlig specialiserad praktiker. Det är Anna låterska, det vill säga åderlåterska. Senare under 1500-talet (1590) var en kopperska anställd vid hospitalet.⁴⁵⁷

Förutom föreståndaren mäster Antonius kan ytterligare bårdskärare beläggas ha haft en koppling till hospitalet under 1500-talet. En bårdskär omtalas med anledning av ett par intagna sjuka flickor från Hälsingland år 1597. Det uppges att de båda dog "under barberarens hand". Institutionen betalade bårdskären 4 daler för vardera patienten. Det visar alltså att bårdskärare kunde anlitas från det omgivande samhället för de behövande, även om just dessa två fall inte slutade väl. Det är troligt att även Erik bårdskärare, som bodde granne med helgeandshuset i slutet av 1520-talet, hade en koppling till verksamheten där. Hospitalet hade intagna inte bara från Uppland och från det redan nämnda Hälsingland, utan även från Värmland, Gästrikland och Ångermanland.⁴⁵⁸

Källmaterialet från Uppsala

Den ringa mängden fynd kan möjligen i någon mån förklaras med att delar av det artefaktmaterial som framtagits vid arkeologiska undersökningar ligger förpackade på ett

457. Ljung 1954, s. 169f, 180ff., 216; Dahlbäck et al. 1984, s. 265, 275.

458. Ljung 1954, s. 217.



Fig. K110: Salvekrus och pincetter från kv. Disa i Uppsala (SHM dnr 2828/93: fir 3339; dnr 2828/93: fir 1083; 2 pincetter med SHM dnr 2828/93, men utan fyndnummer).

helt obearbetat sätt och därför inte varit tillgängligt för inventering inom ramen för denna studie. Den absoluta merparten av materialet från Uppsala har dock studerats, men med begränsad utdelning.⁴⁵⁹ Resultatet är ett litet men tydligt och intressant material. Nedan redovisas material från kvarter som genererat de i sammanhanget största materialerna.

KVARTERET DISA

Kvarteret ligger väster om ån, norr om domkyrkan, i anslutning till S:t Eriks torg. Det är det enda kvarteret på denna sida ån varifrån det finns så pass mycket material att det är av intresse att ta upp i detta sammanhang. Från kvarteret finns ett möjligt salvekrus och tre pincetter (fig. K110). Salvekruset är i oglaserat lergods och har cylindrisk

459. Materialet förvaras till stor del i Tumbamagasinet vid Statens historiska museum i Stockholm. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Centralmagasinet, Tormmagasinet och Linnémagasinet på SHM samt i det mindre välordnade Rapportmagasinet i Tumba, där mycket av Uppsalamaterialet förvaras, under perioderna 1–11 april 2008, 2–5 februari 2009 samt 16–25 mars 2009.



Fig. K111: Åderlättningsjärn från kv. Kransen 3 i Uppsala (Dragarbrunn 19:2, 19:3, 19:8 dnr 4639/77, fnr 400; kv. Kransen 3 SHM 34821:8519; kv. Rådstugan dnr 1776/80:00574).



Fig. K112: Salvekerus från kv. Rådstugan i Uppsala (SHM dnr 1776/80, fnr 04034; dnr 1776/80, fnr 06112).

from med svagt utställd mynning.⁴⁶⁰ Det saknar profilerad fot och hank. Övre delen av buken är ornerad med flera parallella linjer. Kärlet är troligen eftermedeltida. Två av pincetterna har raka skänkelspetsar, vilket gör att de kan ha använts för epilering. Den ena har mjukt svängda skänklar, den andra markerat vinklade skänklar.⁴⁶¹ Den tredje pincetten har troligen ursprungligen haft raka skänklar med något rundade spetsar.⁴⁶² Den är alltså troligen inte en epileringspincett.

KVARTERET KRANSEN OCH RÅDSTUGAN

Idag kallas den östra delen av kvarteret Kransen för kvarteret Rådstugan, varför dessa båda kvartersbenämningar här redovisas tillsammans. Nuvarande kvarteret Kransen ligger på östra sidan ån, en bit från vattnet. Före 1643 års gaturreglering förefaller kvarteret ha varit uppdelat genom att tre olika gator löpte genom området i riktning från åstranden. Efter 1643 kom kvarteret att ligga vid Stora torgets norra hörn.⁴⁶³ Under 1200-talet var här troligen odlingsmark och kanske bete, men från 1300-talet var området bebyggt. Under 1400-talet var det en del av stadens centrum, med ett flertal stadstomter. På en av dessa låg möjligen ett gästgiveri.⁴⁶⁴ En arkeologiskt undersökt byggnadslämning i kvarterets nordöstra del har tolkats som en möjlig bastu, det vill säga badstuga i den tidens bemärkelse. Byggnaden

kunde inte totalundersökas, men undersöktes tillräckligt för att man skulle kunna konstatera att den inte varit särskilt stor. Den har legat lite avskilt från övrig bebyggelse, med öppna ytor runtomkring. Funktionsbestämmande fyndmaterial saknades. Däremot fanns en ugn av speciellt slag som bedömdes ha haft "en särskild användning", vilket föranledde tolkningen av byggnaden som bastu. Byggnaden kunde dateras till 1400-talet.⁴⁶⁵

I kvarterets västra del har under senare tid "Apotekshuset" legat. Det arkeologiska materialet har dock ingen koppling till detta. Däremot kan man fundera i termer av rumslig kontinuitet för den här typen av verksamheter i stadens centrum på liknande sätt som för Lund. Det arkeologiska materialet från kvarteret är inte stort, men det är särskilt intressant att samtliga Uppsala stads tre jordfunna åderlättningsjärn har påträffats här; två i kvarteret Kransen 3 och ett i kvarterets östra del, det som kallas kvarteret Rådstugan (fig. K111).⁴⁶⁶ Järnen är alla relativt stora. Två av dem har långa egg som är runt en halv centimeter breda. Det tredje järnets egg är vittrad, men har förmodligen varit likartad. De har alla stopp framtill och har upprullade ändar, den ena kraftigt inrullad som en kanelsnäcka och den andra i en öppnare ögla. Järnen kan vara medeltida eller eftermedeltida. Det är inte möjligt att med säkerhet knyta åderlättningsjärnen till den möjliga bastun/badstugan, men närheten är intressant att notera och jag menar, inte minst på grund av den geografiska ansamlingen som sådan, att en koppling är mycket trolig.

Från kvarteret kommer även två av Uppsalas fåtali-

460. SHM Dnr 2828/93, fnr 3339.

461. SHM Dnr 2828/93, fnr 1083; dnr 2828/93.

462. SHM Dnr 2828/93.

463. Redin 1976, s. 11.

464. Ehn & Gustafsson 1984, s. 15, 27, 31ff., 41f.; Rappportsammanställning på ATA av Syse & Roslund 2004.

465. Ehn & Gustafsson 1984, s. 46.

466. SHM 34821, fnr 8519; dnr 4639/77, fnr 400; dnr 1776/80, fnr 00574.



Fig. K113: Tång, salvekrus och pincett från kv. Rådhuset i Uppsala (SHM 5995/75, fnr 2881; 34525:8098; 34526:203).

ga salvekrus, båda i stengods (fig. K112). Det ena är av 1400-talsform med rak mynning och något utställd hals, rundad buk, smal fot och hank.⁴⁶⁷ Kärlet är intakt. Av det andra är endast den mycket snäva mynningen bevarad.⁴⁶⁸ Denna är ovanligt liten, nästan flaskliknande.

KVARTERET RÅDHUSET

Kvarteret ligger mellan kvarteret Kransen och ån. För dess medeltida och eftermedeltida topografi gäller i övrigt samma sak som för Kransen/Rådstugan: det delades under medeltiden upp i flera delar av gator som löpte mer eller mindre vinkelrätt från ån.

Från kvarteret finns en tång, två salvekrus samt en pincett (fig. K113). Tången är endast cirka tolv centimeter lång.⁴⁶⁹ Skänkelspetsarna är ovala och aningen spetsade. Handtagen är slanka och ändarna utvinklade. Den påminner mycket om många medeltida avbildningar av tandutdragningsstänger, men även om extraktorer för utdragande av mer ytliga projektiler. Tången kan därför mycket väl ha haft en kirurgisk användning, även om också helt andra användningsområden är fullt möjliga. Det ena salvekruset är av stengods.⁴⁷⁰ Det har en liten fot och kraftigt utsvängd buk. Den har utvändigt ljusgrå glasyr och är troligen senmedeltida eller efterreformatorisk. Det andra salvekruset är av yngre rödgods och är av tydligt medeltida karaktär, möjligen från 1200-talet (fig. 2, kap. 2.1.1.).⁴⁷¹ Det saknar fot och hank, har mjukt svängd buk, smalare hals och utställd mynning. Det har utvändigt mörk, blank rödbrun glasyr. Inuti finns en liten oglaserad kula av det slag som återfinns i vissa salvekrus och som troligen har tjänat till att förbättra blandningen av substanser vid omskakning. Pincetten har långa smala skänklor vilka är mjukt inböjda. Skänkelspetsarna är raka.⁴⁷²

Extraktorn antyder att en tandutdragare eller möjligen

en kirurgiskt kunnig person varit verksam på tomten. Materialet som helhet är emellertid spritt på flera undersökningar och kan inte självklart tolkas som sammanhörande.

Kommentar till Uppsalamaterialet

Det arkeologiska materialet från Uppsala är litet men intressant. Det är huvudsakligen påträffat i borgarstadens centrala del, närmare bestämt väster och nordväst om 1600-talets Stora Torg, nära torget vid Dragarbrunnsgatan samt i anslutning till den medeltida borgarstadens centrum. Stadens enda föremål som riktigt tydligt visar på läkekonst kommer från kvarteret Kransen. Det är tre åderlättningsjärn. Det är intressant att de möjligen kan knytas till den undersökta huslämning som har tolkats som en badstuga från 1400-talet. Tillsammans med fyndet vid badstugan i kvarteret Ambrosia i Linköping utgör järnen från Uppsala ett intressant belägg för att åderlätning under senmedeltid praktiserades i badstugor.

De skriftliga beläggen för praktiker inom läkekonsterna i staden kan alla knytas till staden öster om ån. Detta är inte förvånande, då de framför allt var läkare och bardskärer, det vill säga borgare och profana praktiker. Det är alltså naturligt att återfinna dem i borgarstaden. De skriftliga beläggen för deras tomtinnehav sammanfaller i stora drag med var i staden de arkeologiska beläggen för deras och deras kollegors praktik funnits, även om ingen direkt koppling kan göras mellan individer och artefakter.

Materialet som är påträffat norr om domkyrkan, på västra sidan om ån, har en annan karaktär än materialet från östra delen av staden. Det består huvudsakligen av epileringspincetter. I kvarteret Disa har tre av stadens fem epileringspincetter påträffats. De övriga är från kvarteret Rådhuset, sydväst om kvarteret Kransen och från kvarteret Svalan, nordost om samma kvarter.⁴⁷³

KLOSTERMATERIALEN

Begränsningar för hur man kan arbeta med klostermaterialen har tidigare diskuterats för de svenska cisterciensklostrens del av arkeologen Elisabeth Regner.⁴⁷⁴ I jämförelse med stadsmaterialet, vilka framkommit under betydligt mer varierande omständigheter och med ännu lägre grad av bevarad dokumentation och rapportering, ger dock flera klostermaterial relativt goda möjligheter till analys. Det gäller framför allt Alvastra, men även Varnhem och i viss mån Vreta, Gudhem och Vadstena. Materialet med koppling till läkekonst från andra arkeologiskt undersökta kloster är så sparsamma att de endast uppmärksammas mycket kort sist i katalogen under rubriken *Övriga kloster och konvent*.

467. SHM Dnr 1776/80: fnr 04034.

468. SHM Dnr 1776/80: fnr 06112.

469. SHM 5995/75, fnr 2881.

470. SHM 34525, fnr 8098.

471. SHM 34525, fnr 1773. Datering från Wahlöö 1976a, fig. 552.

472. SHM 34526, fnr 203.

473. SHM 31638:2200.

474. Regner 2005, s. 19, 44ff.

Alvastra klostrets goda förutsättningar beror delvis på den undersökningsmetodik man använde, men även på att dokumentationsmaterialet från undersökningarna till stor del är bevarat. De andra klostren ger sämre förutsättningar. Läsaren kommer att märka detta genom skillnader i utförligheten i de resonemang jag gör för kring tid, rum och läkekonst.

Alvastra kloster

Alvastra kloster vid Vättern i östra Östergötland grundades på kungligt initiativ 1143. Klostret var ett dotterkloster till det franska cisterciensklöster Clairveaux och, tillsammans med Nydala kloster, det första cisterciensklöster att grundas i Skandinavien. Kyrkan började sannolikt byggas direkt efter grundandet, medan övriga byggnader tillkom efter hand. Klostret fick inte sin klassiska och slutliga utformning förrän betydligt senare. Regner har utifrån en ingående bearbetning av dokumentationsmaterialet från undersökningarna föreslagit ungefärliga dateringar av de olika byggnaderna i klosterkomplexet. Hon menar att klosterkomplexets struktur huvudsakligen vuxit fram från andra delen av 1200-talet och framför allt under 1300- och 1400-talet.⁴⁷⁵ Den östra längan förefaller att successivt ha vuxit till söderut, rum för rum, med sakristian, kapitelsalen, munkarnas sal och längst i söder det lilla utrymme med öppning söderut som tolkats som ett avtråde.⁴⁷⁶

Klostret var från början välbeställt rent ekonomiskt och förefaller ha varit så under en stor del av högmedeltiden.⁴⁷⁷ Uppgifter om antalet invånare i klostret är sparsamma, men enligt den katolske prästen och amatörforskaren Edward Ortved måste klostret ha haft minst 41 invånare, varav 33 munkar, vid tiden för digerdöden.⁴⁷⁸ Klostret upplöstes i och med reformationen och byggnaderna fungerade under Vasatiden som kungsgård och härläger. Senare användes de som stenbrott och idag återstår endast ruiner. De första arkeologiska undersökningarna av klostrets lämningar gjordes på 1820-talet, men det var under 1900-talets första hälft som de största undersökningarna genomfördes.⁴⁷⁹ Dessa är de mest omfattande klosterundersökningar som företagits i Sverige, vilket också avspeglas i mängden fyndmaterial. I över 30 år, från 1921 och fram till sin bortgång 1953 ledde arkeolog Otto Frödin undersökningar under sommarmånaderna. Arbetet utfördes av studenter i arkeologi och konsthistoria, men även av grovarbetare. Frödens bortgång bidrog till att undersökningarna aldrig publicerades i sin helhet. Han skrev dock sin avhandling utifrån resultat från de

första åren och även Ingrid Swartling gjorde platsen till ämne för sin avhandling.⁴⁸⁰

Sydöst om själva huvudkomplexet ligger ett antal byggnader placerade kring en innergård (fortsättningsvis benämnd *östra innergården*).⁴⁸¹ Regner har valt att ge dessa byggnader neutrala nummer (2–5) och dessa beteckningar kommer att användas även här för att inte föregripa diskussionen om deras möjliga funktioner (fig. K114). Österut från refektoriet i östra längan ledde en gång, här kallad *östra gången*, ungefär lika bred som korsgångarna, vilken begränsade östra innergården mot norr. Gången är inte daterad. Husen som omgav gården på södra och östra sidan är dock grovt daterade till 1300-talet, med en brukstid in i 1500-talet.⁴⁸² I söder låg ett relativt stort hus (Regners hus nr 5)⁴⁸³ som mätte 9 x 15 meter. Det hade välvd källare och åtminstone en övre bostadsvåning, indelad i tre olika rum. I öster låg det största rummet och i källaren under detta fanns nord-sydliga och öst-västliga vattenledningar.⁴⁸⁴ I öster låg ännu ett källarförsett hus med vattenledningssystem i källaren (Regners hus nr 3). Huset var av ansenlig storlek: 25,4 meter långt. Det hade ett större rum i öster, tolkat som ett bostadsrum och försett med en stor eldstad i nordvästra hörnet, samt två mindre rum i väster.⁴⁸⁵ Något senare, under andra hälften av 1400-talet, förefaller en träbyggnad (Regners hus nr 2) med förhållandevis kort brukstid (fram till reformationen?) ha uppförts norr om hus nr 3. Det var indelat i två rum med eldstad i det östra.⁴⁸⁶ Någon gång under 1400-talet har en stor stenbyggnad (Regners hus nr 4) uppförts sydöst om hus nr 3. Detta hus var försett med flera eldstäder.⁴⁸⁷ En indelning (av den undersökta delen av byggnaden) i två rum (ett nordligt och ett sydligt) förefaller ha skett sekundärt. Byggnaden kan ha varit i bruk fram till 1600-talets början. Mitt på östra innergården låg ett mindre hus på stensyll med ett troligt ugnsfundament i nordvästra hörnet och vad som av de undersökande arkeologerna tolkades som förkolnade träbänkar utefter väggarna.⁴⁸⁸ Byggnaden kan

480. Frödin 1918; 1919; 1920; 1938; Swartling 1969.

481. Av Frödin även omnämnd som "Norra Abbotsgården"; betecknas "1" av Regner.

482. Ett lager, vid utgrävningen tolkat som konstruktionslager, i hus 5 har av Regner genom keramik- och myntfynd givits en trolig datering till "Efter 1250, troligen 1300-tal" och ett annat lager, tolkat som golv dateringen "Efter 1350". Ett par lager i hus 3, vid utgrävningen tolkade som konstruktionslager i huset har av Regner genom keramik- och myntfynd givits en trolig datering till "Efter 1200–1250, troligen 1300-tal" respektive "Efter 1250, troligen 1300-tal" (2005, tab. 25).

483. Av både Swartling och Frödin tolkade som abbotens bostad.

484. Regner 2005, s. 100f.

485. Swartling 1969, s. 142ff.; Regner 2005, s. 98ff., 107.

486. Regner 2005, s. 98.

487. Swartling 1969, s. 147ff.; Regner 2005, s. 100.

488. Byggnaden var liten; endast ca 6,2 x 7,0 m. Rosa Baggers *Rapport över utgrävningarna av Alvastra kloster* (till Riksantikvarieämbetet) 1937, s. 9–11. i kapsel Alvastra kloster, ATA.

475. Regner 2005, s. 84ff.

476. *Ibid.*, s. 89ff.

477. Swartling 1969, s. 17ff.

478. Ortved 1933, s. 97.

479. Regner 2005, s. 206ff., 216f.

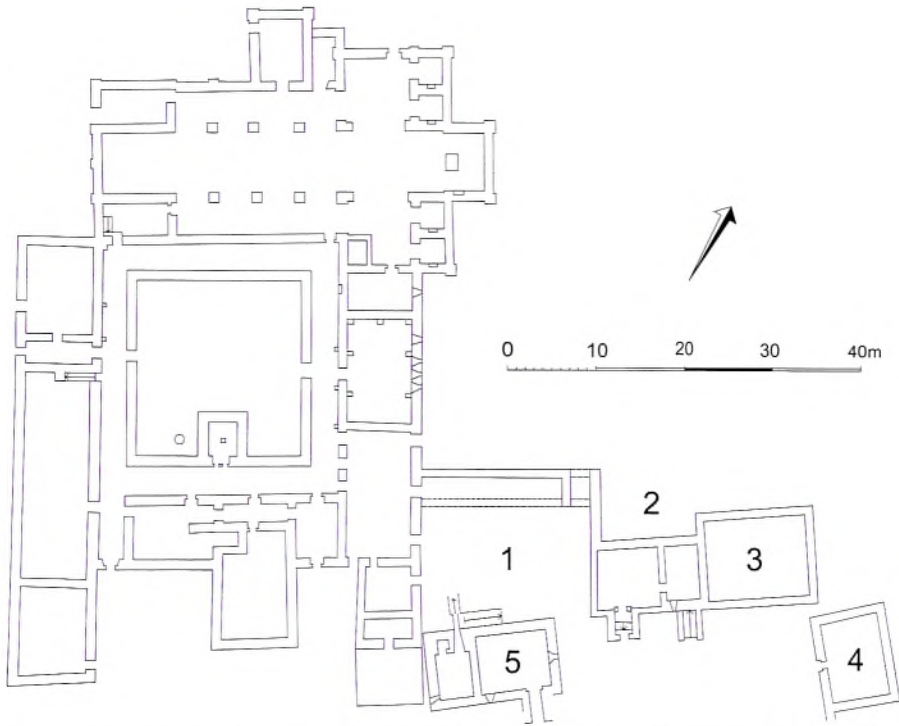


Fig. K114: Alvastra klosterplan med Regners husnumreringar i sydöstra klosterområdet. Kartan är upprättad efter Swartling 1969.

ha varit en bastu/badstuga. Byggnaden är inte markerad på de planritningar som finns bevarade från undersökningarna och Swartling har inte markerat den på översiktsplanen i sin avhandling, men den tolkades som medeltida.⁴⁸⁹

Undersökningarna under Frödins ledning genomfördes med för sin tid väl utvecklade metoder.⁴⁹⁰ Ett rutnät upprättades över hela klosterområdet och inom dessa rutor undersöktes konstruktioner och de arkeologiska lagren stratigrafiskt (lager I–IV). Lagren tolkades i fält, men någon total kontextuell separering av fynden gjordes inte. Ett "lager" kunde bestå av både primära och sekundära, både avsatta och omrörda eller påförda massor. Den stratigrafiska analysen blir därför med nödvändighet mycket grov. För flertalet fynd i föreliggande studie finns fyndruta eller det rum i en viss byggnad i vilket fyndet påträffats samt lagernummer noterat. Det är därför möjligt att analysera den rumsliga spridningen av materialet. Däremot

hämmas analysen av att lagrens informationspotential (grad av omrörning och omlagring) oftast inte framgår. Man får räkna med att en omfattande kringflyttning av material och jord har skett både under klostrets brukstid och senare. Skräp kan också ha hamnat på olika ställen genom att de dumpats i jorden (planteringar och liknande) efter att ha städats ur själva byggnaderna.⁴⁹¹ När det gäller de artefakter som är av intresse i den här studien påverkar det emellertid inte spridningsbilden nämnvärt. Vissa lager eller grupper av lager framstår i det ursprungliga dokumentationsmaterialet som i *högre grad* primärsavsatta, genom att de tolkats som golvlager (golv tillsammans med lager avsatta på golv). Fynd från dessa kontexter bör alltså ha ett något större informationsvärde i en rumslig analys, även om man reserverar sig för att ett lager egentligen består av flera grävenheter (med modern terminologi). Jag tänker mig också att småskräpet inte bars långa avstånd, utan dumpades i relativ närhet till det rum som de eventuellt städats bort ifrån. I den här studien gäller det kanske framför allt fynd från lager II på östra innergårdens västra del.

Man måste även vara medveten om att det inte är möjligt att göra någon finkronologisk analys av fyndmaterialet. Liksom de undersökta byggnaderna är fyndmaterialet

489. Rosa Baggers *Rapport över utgrävningarna av Alvastra kloster* (till Riksantikvarieämbetet) 1937, s. 9–11, i kapsel för Alvastra kloster, ATA.

490. Planritningar finns bevarade, liksom grävdagböcker från de flesta grävsäsonger, dock förda med varierande grad av noggrannhet. Otto Frödin rapporterade årligen säsongens övergripande resultat i brev till riksantikvarien (senare Riksantikvarieämbetet) och i en rad artiklar. Senare forskning, framför allt arkeolog Ingrid Swartling 1969, har huvudsakligen berört arkitekturen och inte fyndmaterialet. Delar av detta, framför allt gravmaterialet, mynten och keramiken, har emellertid bearbetats grundligt av Regner 2005.

491. Regner (2005, s. 171) menar att bl.a. området söder om köket, abbotsgården och klostergården användes som "veritabla 'sopstationer'".

Fig. K115: Rakeggad skalpell med konvex rygg från Alvastra kloster (SHM 17237:980).



Fig. K117: Möjlig liten bronsskalpell från Alvastra kloster (SHM 21068:1879).



Fig. K116: Skalpeller med konvex egg från Alvastra kloster (SHM 24054:60 (odaterad); 21068:1373; 20395:1142; 23679:20 (odaterad).

som undersöks här huvudsakligen senmedeltida (1300-tal – 1500-talets mitt). Vissa artefakter har påträffats i kontexter som kan knytas till tiden efter klostret. Dessa är endast undantagsvis inkluderade i den analys som görs av materialen, eftersom de speglar en helt annan social och kulturell kontext än klostermaterialen.

Artefaktmaterialet från Alvastra

Föremålen med anknytning till läkekonst och kroppsvård från Alvastra är många; nästan 70 stycken. Det gör det till ett av de absolut största materialen i denna studie; kvantitativt jämförbart med det sammantagna materialet från hela Lunds stad.⁴⁹²

SKALPELLER

Det finns ett förhållandevis stort antal knivar som kan ha använts som skalpeller, sammanlagt elva stycken. Fem av dem är medeltida, ett par är troligen eftermedeltida och tre eller fyra har mer obestämd datering.⁴⁹³ De som

påträffades i eftermedeltida kontexter exkluderas i spridningsanalysen nedan, men beskrivs i texten. Fällknivarna beskrivs separat.⁴⁹⁴

Skalpellererna är av varierande storlek och bladform. Dels finns det de med rak egg och konvex rygg eller snedskuren spets som kan ha använts för att sticka/punktera och skära (fig. K115 och 49, kap. 2.1.8.).⁴⁹⁵ Dels finns det knivar med rak rygg och rundad egg (fig. K116). Dessa liknar moderna skalpeller som används för att lägga snitt. Av den förra typen finns det tre exemplar (varav två möjligen eftermedeltida) från Alvastra. De är av snarlik storlek, med tre till fyra centimeter lång egg. Av den andra modellen finns det två stycken. Även dessa är varandra mycket snarlika till form och storlek, med runt fem centimeter långa blad.⁴⁹⁶ Det finns även en lite större kniv med konvex egg och snedskuren spets, vilken till sin form liknar större skalpeller från diverse medeltida avbildningar (fig. K116).⁴⁹⁷ Formmässigt kan den sägas vara en kombination

494. SHM 21068:1879.

495. SHM 17033:693 (troligen medeltida); 17237:980 (troligen medeltida); 19149:910 (ev. eftermedeltida) 23127:292 (trol. eftermedeltida) samt möjligen 19415:1018 (troligen eftermedeltida), även om den är nedsliten/korroderad så att eggen är konkav. Möjligen ska även 17033:697 (troligen medeltida) räknas till denna grupp, även om spetsen där är mer flackt skuren. Knivbladens längd varierar mellan 3,4 cm och 5,9 cm. De är påträffade i rutorna Ha (S om latrinen), ag (S om refektoriet), bk (S om köket), Ct (mellersta rummet i Regners hus nr 3), och bs (S om köket). De medeltida har alltså till 2/3 en mer västlig spridning.

496. SHM 24054:60 (okänd datering) och 21068:1373 (högmedeltida, före 1470), påträffade i ruta BiR:3 (det s.k. Birgittas hus?) respektive En (västlängan). De är alltså funna långt ifrån varandra; längst i väster respektive öster. En mycket, mycket snarlik kniv är registrerad som 1400-tal "glover's knife" i J. Cowgill et al. 1987, s. 104f., fig. 304, vilket alltså är en alternativ tolkning.

497. SHM 23679:20 påträffad i Östra dammen (okänd datering).

492. Materialet förvaras idag på Statens historiska museum. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Linnémagasinet, Torrmagasinet och Centralmagasinet 1–11 april 2008 och 16–25 mars 2009. I Rapportmagasinet finns inget material från Alvastra. Inventarienummer: SHM 16811; 17033; 17237; 18401; 18802; 19149; 19415; 19675; 20106; 20395; 20748; 21068; 21530; 21855; 22111; 22416; 22617; 22959; 22972; 23127; 23261; 23679; 24054; 24183; 24344; 24528; 25047; 26075.

493. Medeltida: SHM 17237:980 8 (i ag:II); 19415:508 (i dd:I); 20395:1142 (i KVg:III); 21068:1373 (i En:III); 21530:812a-b (i Ez:III); Eftermedeltida: SHM 19149:910; 23127:292; Odaterade: SHM 21068:873 (i Ea:II); 23679:20 (i Östra dammen); 24054:60 (i BiR:3 – dvs. i det s.k. Birgittas hus?) samt ett omärkt föremål som endast finns belagt i rapport till Riksantikvarien från 1937, s. 18, där det även refereras till Rosa Baggers dagbok sid 59, vilken jag dock inte återfann i arkivmaterialet, fyndplats okänd.

av de båda förra typerna men bladet är större; runt en decimeter långt. Intressant är dess koteräfflade skaft som påminner om skaft på kirurgiska instrument från tidig-modern tid, där räfflingen avsåg att förhindra att handen gled i greppet. Vidare finns det ett par möjliga skalpeller med både konvex rygg och konvex egg.⁴⁹⁸ De kan ha fyllt samma funktion som samtliga ovanstående former. Slutligen finns det en mycket liten kniv med rak egg och rak rygg som i bevarat tillstånd har en något trubbig spets, för mycket små, delikata ingrepp.⁴⁹⁹ Dessutom finns det ett instrument av kopparlegering vilket jag tolkat som en trolig finskalpell (fig. K117).⁵⁰⁰ Dess egg är endast några millimeter stor. I änden av skaftet finns en två centimeter lång pigg eller tånge. Bestämningen av föremålet som kirurgiskt instrument får dock betraktas som något osäker. Föremålet är påträffat öster om kyrkan (oprecist angivet i Specialkatalogen).

Det finns två medeltida fällknivar (fig. 53, kap. 2.1.8. och fig. 55, kap. 2.1.9.).⁵⁰¹ Den ena är relativt kraftig, nära en decimeter lång och med kraftigt blad.⁵⁰² Både eggen och ryggen är konvex och kniven har en hylsa av horn. Den andra är betydligt nättare i bladet (fig. K118).⁵⁰³ Ryggen är rak, eggen konvex. Den har ingen bevarad hylsa. Båda två har en form som gör att de kan ha använts för kirurgiska ingrepp, men knappast för rakning. De är båda påträffade i södra delen av västra längan i lager med troliga medeltida dateringar.

Endast enstaka skalpeller kan kontextuellt daterade till medeltiden. Flera förblir odaterade och några är troligen eftermedeltida. Kanske är det användandet av klosteranläggningen som härläger under Vasatiden som slår igenom i det kirurgiska materialet. Om man ser till knivarnas spridning i klosterområdet är det svårt att urskilja några tydliga tendenser. Knivarna har dock mindre tydlig östlig spridning än medeltida övriga instrument och kärl, vilket skulle kunna tyda på att skalpellerna speglar både den monastiska och den militära läkekonsten, alternativt kirurgi utövad av ej prästviga (lekmän eller utifrån kommande) läkare i klostret.

498. SHM 20106:2019 i Sakβ (Sakristian, troligen eftermedeltida) och 21068:873 (okänd datering) i Ea:II (västlängan). Deras blad är 6,2–7,4 cm långa; finns avbildade i Specialkatalogen, tillgänglig digitalt på Historiska museets hemsida.

499. SHM 20395:1142 (ev. runt 1300-talets andra hälft) i ruta KVg (väster om kyrkan). Dess blad mäter endast 2,5 cm i längd.

500. SHM 21068:1879, påträffad öster om kyrkan (oprecist angivet i Specialkatalogen).

501. Jfr Olaus Magnus avbildning av bardskären, med sin spetsiga fällkniv.

502. SHM 21530:812a-b från före 1470, i Västra längan (Ruta Ez:III, västlängan).

503. SHM 19415:508, medeltida.



Fig. K118: Fällkniv med konvex egg från Alvastra kloster (SHM 19415:508).



Fig. K119: Åderlättningsjärn från Alvastra kloster (SHM 22111:DaII; 20395:911).

SPATELBRÄNNJÄRN

Jag tolkar ett föremål av järn som en kombinerad knappsond, spatel och brännjärn (fig. 38, kap. 2.1.6.).⁵⁰⁴ Föremålstypen är ovanlig i svenskt material. Den trekantiga dubbeleggade spetsen (spatel, brännjärn) är drygt ett par centimeter bred i basen. Skaftet har runt tvärsnitt och är drygt 13 cm långt. I änden finns en liten rund knopp (knappsond/brännjärn). Ett besläktat, men större, föremål finns från Vadstena kloster. Föremålet har en trolig medeltida datering och är påträffat i de sydöstra delarna av klosterområdet, på östra innergården.

ÅDERLÄTNINGSJÄRN

Det finns tre åderlättningsjärn från Alvastra. Arkeologen Wilhelm Holmqvist har dessutom publicerat uppgifter om ytterligare ett som nu verkar vara förkommet.⁵⁰⁵ Två järn är mycket snarlika varandra till sin utformning, med små fina eggar och skaft utan stopp framtill (fig. 43, kap. 2.1.7.).⁵⁰⁶ De slutar baktill i skarpa hakar. Hakarna kan ha använts för åderlätning, som rispare eller som små kirurgiska hakar. Det tredje järnet har en något större egg, vilken är riktad snett framåt (fig. K119).⁵⁰⁷ Även detta saknar stopp. Det slutar baktill i en rund ändplatta med hål i mitten. Järnet

504. SHM 17033:1973 (i Xb:II); Instrumenttypen finns avbildad i den muselmanska 1000-talsläkaren Albucasis verk (1971, fig. 63, 82A, 173).

505. Holmqvist 1942, s. 46, fig. 5 (det nedersta). Jag har inte återfunnit det varken i de fysiska samlingarna eller i Specialkatalogerna för de arkeologiska undersökningarna.

506. SHM 20395:1312 påträffat väster om kyrkan i ruta KVg och 22111:DaII påträffat på östra innergårdens östra del i ruta Da.

507. SHM 20395:911 påträffat söder om refektoriet i ruta Åk:I. Det andra möjliga åderlättningsjärnet, SHM 21068:1738, var vid tillfället för studien ivägskickat för konservering och kunde endast studeras genom Specialkatalogen.



Fig. K120: Stylus av bly från Alvastra kloster, av Frödin identifierad som sond (SHM 20748:11).

Fig. K121: Skedsonder från Alvastra kloster (SHM 20748:4; 21530:1557).



Fig. K122: Miniatyrskedar i kopparlegering från Alvastra kloster (17237:52; 22111:87; 24183:107; 18802:6; 22111:88).

förefaller ha suttit ihop med andra instrument, möjligen åderlättningsjärn av andra storlekar. Sådana uppsättningar är väl kända från senare tider. Det kan även ha suttit samman med instrument med andra funktioner.⁵⁰⁸

Ett av de tre åderlättningsjärnen är påträffat väster om kyrkan, ett söder om calefactoriet och ett på östra delen av östra innergården. I calefactoriet, värmestugan, kunde den rutinmässiga åderlätningen av bröderna utföras. Järnen kan alla vara medeltida, men fyndkontexterna antyder att de inte är äldre än från 1300-talets andra hälft. Ett av dem (det med ändplattan) är mer osäkert till sin datering genom att det påträffades i det översta lagret (lager I). Mest precis datering har det som påträffades på östra innergården.

KYRETTOR

Frödin och hans arbetslag valde att identifiera en stor artefaktgrupp av bly som sonder (fig. K120). Dessa är emellertid inte sonder, utan styli och därför är de inte inkluderade här.

Det finns emellertid fyra kyretter (fig. K121 och fig.

508. Jfr t.ex. SHM 18393:552 från Varnhem.

16 och 20, kap. 2.1.2.).⁵⁰⁹ Alla är tillverkade av kopparlegering och helt klassiska till sin utformning. De utgör en tolkningsmässigt oproblematiske fyndkategori genom att de med säkerhet kan knytas till medicinsk verksamhet. De har långsmala ovala skedblad och släta skaft med runda tvärsnitt. En av dem är helt intakt. Skaftet slutar i en smal spets, liknande skaftändan på flera av sonderna från Varnhems kloster. En annan har en kraftigare och fasetterad vulst mellan bladet och skaftet.⁵¹⁰ Skaftets ände är något tjockare och ger intrycket av att ha varit fäst i ett handtag eller haft en ytterligare instrumentdel (i så fall troligen med annan funktion). Spår av vad som liknar rost skulle kunna tyda på att detta något varit av järn; kanske ett litet brännjärn i form av en rund eller oval knapp ("oliv", knappsond), ett skedblad eller ett flackt spatelblad. Även de andra har en vulst, fast mindre, mellan blad och skaft. Skaftets ände är avbruten på två av dem, men även på en av dessa förefaller något mer varit fäst.⁵¹¹ Den fjärde är avbruten så att endast skedbladet, vulsten och en del av skaftet är bevarat.⁵¹² Två av kyretterna är påträffade söder om refektoriet, en inne i munkarnas arbetsal och den fragmentariska norr om östra gången.⁵¹³

ÖVRIGA MINIATYRSKEDAR SAMT STICKOR

Det finns ett stort antal miniatyrskedar; sju i kopparlegering och femton i ben, vilka är mindre tydliga till sin bestämning än de ovan presenterade (fig. K122 och fig. 14 samt 18, kap. 2.1.2.). I ett svenskt perspektiv är mängden av dessa små skedföremål enastående; ingen annanstans förekommer tillnärmelsevis lika många.⁵¹⁴ Fyra av skedarna i kopparlegering har spiralvridet skaft, vilket antyder att de har haft en medicinsk-kirurgisk användning. Av dem

509. SHM 20748:4 och 20748:5 i öh:II (S om refektoriet); 21530:45 i ruta Zo (auditoriet); 21530:1557 i ruta Xy:II (norr om östra gången).

510. SHM 20748:5.

511. SHM 21530:45.

512. SHM 21530:1557.

513. 2 st i ruta öh:II (S om refektoriet); 1 st i ruta Zo (auditoriet; osäker på vad sista bokstaven är); 1 st i ruta Xy:II (östra innergården).

514. Kopparlegering: SHM 17033:336 i Fa:II (östra innergården); 17237:52 i Ilc:III (refektoriet); 18802:6 i βc:I (S om köket); 21530:47 i Xx:II (N om östra gången); 22111:87 i Vm:II (östra innergården); 22111:88 i Yu:IV (östra gångens mur); 24183:107 i YZ:I (N om Regners hus nr 3). Ben: SHM 16811:83 i HB:I:9 (S om latrin); 16811:84 i Id:Iy (calefactoriet); 16811:382 i Hb:I (S om latrin); 16811:394 i Id:I (calefactoriet); 17033:1171 i N:III (latrinens västra del); 18401:64 i Ky-Bc:II (kyrkans östra del); 18401:65 i Ky Ba:I (kyrkans östra del, fig. 14, kap. 2.1.2.); 20106:462 i KAc:II (kapitelsal); 20395:297 i KVd:II (väster om kyrkan) idag troligen förkommen men noterad i Specialkatalogen); 21530:775 i Xx:II (N om östra gången); 21530:776 i ez:II (västra längan); 21530:788 i ev:II (västra längan); 22972:33 i Ilk (refektoriet, gropen); 26075:10 i Yl:III (östra innergården). Dessutom 19149:457 i βa:I (S om köket), som dock påträffades i en eftermedeltida fyndkontext.



Fig. K123: Miniaturskedar i ben från Alvastra kloster (SHM 16811:84; 16811:382; 16811:394; 17033:1171; 18401:64; 19149:457; 20106:462; 21530:775; 21530:776; 21530:788; 22972:33; 26075:10).

som har intakt skaft har tre spetsiga ändar. Flera av dem skulle av det skarpare skedbladet att döma kunnat fungera som kyretter.⁵¹⁵ Miniaturskedarna i kopparlegering är vitt utspridda över det sydöstra klosterområdet, med en viss tyngdpunkt på eller kring östra innergården.⁵¹⁶ De med spiralvridet skaft, som dels ligger närmre en medicinsk-kirurgisk funktionstolkning, uppvisar inget eget spridningsmönster, utan följer det allmänna spridningsmönstret.

Det finns femton stycken miniaturskedar i ben eller horn (fig. K123, fig. 14 och 18, kap. 2.1.2.). Fjorton av dem är påträffade i medeltida kontexter, och de kan alltså sägas vara en monastisk artefakt. Ett par är mer omsorgsfullt arbetade, med omsorgsfullt snidade skedblad, profilerade skaft och arbetade ändspetsar.⁵¹⁷ Det finns även ett par avbrutna stickor av ben, vilka kan vara ändar av sådana miniaturskedar (K124). De är ornerade och profilerade.⁵¹⁸ Miniaturskedarna i ben uppvisar i stort ett liknande spridningsmönster som de i kopparlegering, men dessutom finns

515. SHM 17033:336; 17237:52; 18802:6; 22111:87; 22111:88.

516. En av miniaturskedarna (SHM 24183:107) har sin direkta motsvarighet i Avaskär, Kristianopol sn, Blekinge, SHM fnr 132 från en undersökning av denna lokal 1977 (närmare märkning av fyndet saknas), samt i ett fynd från London, se Egan & Pritchard 1991, s. 378.

517. SHM 16811:83 och 21530:776. För bild på SHM 16811:83 se fig. 18, kap. 2.1.2.

518. SHM 17237:440; 21530:777.

Fig. K124: Stickor i ben från Alvastra kloster (SHM 17237:440; 21530:777).

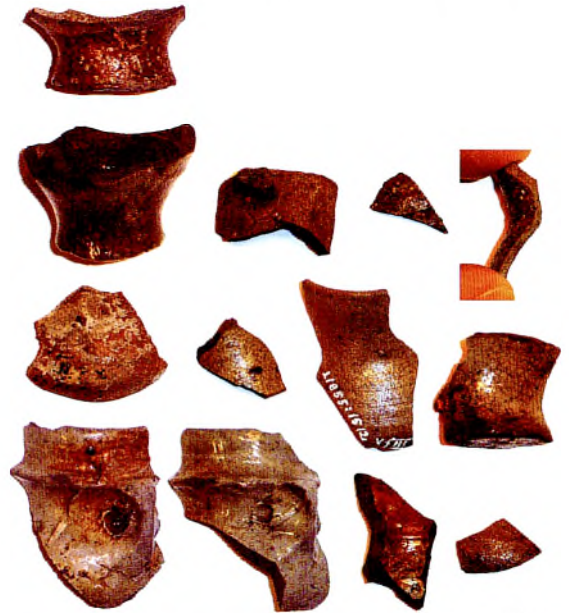


Fig. K125: Salvekrus i stengods från Alvastra kloster (SHM 17237:733; 17237:736; 20395:505; 20748:1289; 20748:1290; 20748:1291; 21068:745; 21855:1512; 23127:232; 24183:611; 24183:612; 24183:613; 24344:414. Den senare påträffades i ett lager som föregick uppförandet av Regners hus 3 på 1300-talet. Skärva 24183:611–613 är troligen av samma kärl).

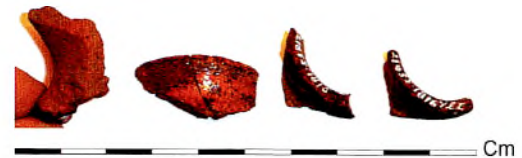


Fig. K126: Salvekrus i rödgods från Alvastra kloster (SHM 17237:879; 17237:890; 21855:1815; 21855:1816).

en koncentration i och precis söder om avträdet, där så mycket som en tredjedel av dem är påträffade.

SALVEKRUS

Jag har kunnat identifiera tolv salvekrus i stengods och fyra i yngre rödgods från lager som tolkades som medeltida (K125 och K126).⁵¹⁹ Det gör gruppen till den största samlingen av salvekrus i landet och är kvantitativt jämför-

519. Stengods: SHM 17237:733 i ruta Xg:III (norr om östra gången); 17237:736 rasfynd från profil x-f (östra innergården); 20395:505 i ruta ci:II (klostergården); 20748:1289; 20748:1290; 20748:1291 i ruta Xi:II



Fig. K127: Små glasflaskor från Alvastra kloster: SHM 22111:1092 (2 st, de mest välbevarade på bilden); 18802:170; 20748:1191; 21068:461; 2259:151; 25047:58; 21855:1406 (3 fragment); 21530:1018 (9 fragment).

bart med det totala antalet medeltida salvekrus från Lunds stad. Ett av kärlen skiljer sig från de andra genom sina små öglor på halsen som gjort att den kunnat hängas.⁵²⁰ Av de övriga stengodskrusen har ett spår efter en enkel hank.⁵²¹ Tre av kärlen har smal, enkel, icke veckad fot och tre har haft tämligen rak eller endast svagt utställd hals/mykning, vilket tyder på en senmedeltida datering.⁵²² Flera skärvor är så små att det inte går att säga mer om dem än att de

(norr om östra gången); 21068:745 i ruta AB:III (Regners hus nr 5, mittrummet); 21855:1512 i ruta Vf:III (östra innergården); 23127:232 i ruta Ya:II (östra gången); 24183:611; 24183:612; 24183:613 i ruta Ym:II (östra innergården; troligen av samma kärl); 24344:414 i ruta Cπ:III (Regners hus nr 3, östra rummet). Av stengodsskärvorna förefaller tre av de säkra i nordöstra delen av östra innergården höra till samma kärl och markeras därför på spridningskartan som *ett*. Rödgoods: SHM 17237:879 i ruta Rl:II (S om calefactoriet); 17237:890 i ruta ad:III (S om refektoriet); 21855:1815 i ruta Ym:II (östra innergården); 21855:1816 i ruta Yl:I (östra innergården).

520. SHM 24183:611; 24183:612; 24183:613.

521. SHM 20395:505.

522. SHM 17237:733; 17237:736; 24183:611 resp. SHM 20395:505; 20748:1290; 23127:232.

haft rundade bukar. De flesta stengodskärlen är påträffade i anslutning till den östra gången och östra innergården, samt norr om denna, utmed östlängan. Rödgoodskärvorna skiljer sig delvis från detta mönster genom att två av fyra är påträffade söder om refektoriet.

GLASKÄRL OCH GLASRÖR

Av små glasflaskor finns endast mycket små fragment bevarade, ofta bottendelar (fig. K127). Det fragmentariska tillståndet (ibland möjligen sekundärbrända/-smälta) innebär att det i de flesta fall inte går att uttala sig närmare om deras form eller ens antal. De flesta skärvorna är från flaskor med en bottendiameter på runt tre-fyra centimeter. Enstaka fragment (förefaller sekundärbrända) verkar vara från kragarna på smala flaskhalsar. Det finns en handfull fragment med trolig senmedeltida datering och en dryg handfull flaskfragment.⁵²³ De som kan dateras till senmedeltid är huvudsakligen påträffade på östra innergårdens norra del. Om man inkluderar de glasfragment som påträffats i kontexter med mer osäker datering, men som inte kan "avfärdas" som eftermedeltida, förstärks bilden av den östliga koncentrationen. Dessutom finns små fragment av ett glaströr som kan vara medeltida (fig. 11, kap. 2.1.1.).⁵²⁴ Det är intressant nog påträffat i köket. Möjligen utförde man viss destillation där. Röret har varit cirka 1,2 cm i diameter. Glaset är nu helt mörkt.

PINCETTER

Om man jämför med de kvinnliga cisterciensinstitutornas är pincetterna från Alvastra få till antalet. Även sammansättningen av pincett-typer är annorlunda: det finns endast en enstaka epileringpincett (fig. K128). Det finns åtta pincetter av kopparlegering och en av järn.⁵²⁵ De flesta

523. SHM 18802:170 i okänd fyndkontext; 19149:655 i ruta □a:I (klostergården); 20748:1191 i okänd fyndkontext; 21068:461 i ruta Év:II-III (västra längan); 21530:1013 i ruta Vq:I (östra innergården); 21530:1018 i ruta Xz:II (norr om östra gången); 21855:1406 i ruta Ye:II (östra innergården); 21855:1408 i ruta Yl:I (östra innergården); 21855:1409 i ruta Yo:III (östra innergården); 22111:1092 i ruta Ky Ud:II (kyrkan), södra korsarmen; 22959:151 i okänd fyndkontext; 23127:168 i ruta Do-Cr (Regners hus nr 3, västliga eller mittenrummet; på spridningskartan placerad på gränsen mellan dessa båda rum); 25047:58 i ruta CÅ III:II (S om Regners hus nr 3). SHM 21855:1408, 21855:1409 och 23127:168 är mindre bottenbitar i grönt glas med glaspest, vilka ej är fotograferade. SHM 19149:655 och 21530:1013 är endast registrerade utifrån Specialkatalogen.

524. SHM 18802:168 (i IIIe:II).

525. SHM 16811:43 och 16811:47 i ruta Id:I (calefactoriet); 17033:719 (järn) i ruta Xb:I (östra innergården); 17237:53 i profil 9, lager II; 21530:124 i ruta Va (östra innergården, rasblandat myllager); 21855:189 i ruta Ea:II (östra innergården); 17033:Vb:II (östra innergården); 21530:123 i ruta Xa:II (östra innergården); 20395:47 i ruta βa:II (S om köket); 20748:91 i ruta Xn:I (N om östra gången) 17237:53 och 20748:91 saknas på bild.



Fig. K128: Pincetter från Alvastra kloster (SHM 16811:43 & 16811:47; 17033:719; 21530:124; 21855:189; 17033:VbII; 21530:123; 20395:47 [den sista är eftermedeltida]).

förefaller vara medeltida och av dessa är tre senmedeltida. Ett par stycken, däribland epileringspincetten, kan vara eftermedeltida. De medeltida pincetterna är mer kirurgiskt användbara till sin utformning än den eftermedeltida, även om mer specifikt kirurgiskt utformade pincetter saknas.

Alla medeltida pincetter utom en har rundade skänkelspetsar, vilket gör dem olämpliga för epilering. Fragmenten SHM 16811:43 och 16811:47 hör troligen ihop som en pincett, gjord i kopparlegering. Den har raka skänklar och aningen rundade skänkelspetsar. SHM 17033:719 är av järn och liknar 16811:43/16811:47, men har en avvikande huvudform i form av en dubbelöglå. Huvudets utformning torde emellertid inte haft någon avgörande betydelse för funktionen. SHM 21530:124 och 21855:189 är båda i kopparlegering och av modell större. De har smala raka skänklar med rundade skänkelspetsar. Även SHM 17237:53 påminner om dessa. SHM 17033:VbII är av kopparlegering. Den har kraftigt svängda skänklar med rundade spetsar. Blecket den tillverkats av är anmärkningsvärt tjockt i förhållande till pincettens storlek. Detta har gjort pincetten trögare att hantera, men samtidigt har det gjort att man kunnat lägga mer kraft på. SHM 21530:123, också av kopparlegering är kort men har relativt breda, böjda skänklar med rundade spetsar. SHM 20748:91 är en vanlig liten pincett av kopparlegering med inböjda skänklar med raka spetsar. Den påträffades öster om östra längan/norr om östra gången. SHM 20395:47 är eftermedeltida och påträffades söder om köket. Den är av kopparlegering och har breda, avsmalnande raka blad med raka spetsar. SHM 21530:46 är påträffad i norra delen av östra innergården. Den är av modell större i tjockt bleck, med raka skänklar och raka spetsar. De medeltida pincetterna är den fyndkategori som har tydligast rumslig koncentration. Av de sex är fem påträffade på östra innergårdens västra del och



Fig. K129: Glasögonbågar i ben och/eller horn från Alvastra kloster (SHM 17033:345/17033:346/17237:1517; 21530:772; 21855:1106; 22111:1310).

en söder om avträdet. Den vanliga epileringspincetten påträffades en bra bit norr om östra gången.

GLASÖGON

Glasögonbågar och glasönglas är föremål som nästan enbart påträffas vid kyrkor⁵²⁶ (många av dessa är dock förmodligen av senare datum) och det är därför inte förvånande att det finns ett antal bågfragment även från Alvastra (fig. 129). De är tillverkade i ben eller horn och förefaller alla vara av en modell som fälls ihop och/eller vinklas i ett gångjärn som placeras över näsan. De är de mig veterligen äldsta glasögonbågarna i organiskt material som påträffats arkeologiskt i Sverige.

Kommentar till Alvastramaterialet

Det finns alltså ett stort material med koppling till hygien, medicin och kirurgi från Alvastra. Det finns inte ett motsvarande material från medeltiden eller renässansen från någon annan miljö i Sverige, varken religiös eller profan. En viktig förklaring till detta är de omfattande och noggranna arkeologiska undersökningarna som företagits på platsen. Materialet är det för svenska förhållanden bästa för att studera läkekonst och kroppsvård i medeltida klostermiljö. Attityder och kunskaper kunde visserligen skilja sig åt mellan olika ordnar, men tyvärr finns inte materiellt underlag för en kvalitativ jämförelse med andra ordnar.

526. Runda glasönglas är påträffade vid Grötlingbos (SHM 25740 Grupp I, SHM 25740:46). Göthems (onummerat, från år 1951, i Torrmasinet på SHM) och Valls (SHM 25385:A 85; 25385:A 101) kyrkor på Gotland, Halltorps (SHM 26330:45; 26330:409; 26330:410; 26330:464; 26330:465; 26330:466a), Hamnedas (SHM 21742:58; 21742:92; 21742:121) och Hannäs (SHM 26332) kyrkor i Småland. Bågar i kopparlegering som kläms åt över näsroten är påträffade vid Göthems och Valls kyrkor och vid Vadstena kloster (SHM 28813:O:28).

Från Alvastra finns det specialiserade instrument, framför allt kyretter, sonder och ett brännjärn samt skalpeller från klostertid, vilket visar att kunnig sårvård och kirurgi har utövats i klostret. De flesta av dessa typer av instrument förekommer även i Varnhemsmaterialet, om än i färre antal. Något som däremot skiljer Alvastra från dess dotterkloster och andra miljöer är det stora antalet små skedföremål i ben och även i kopparlegering. Ett flertal ämnen (icke färdigtäljda föremål) i ben och horn visar att de tillverkats i klostret, vilket sannolikt är en viktig förklaring till att de är så många. De färdiga föremålen spridningsmönster i klostret antyder emellertid att de även använts av klostrets invånare. De har påträffats i koncentrationer utanför latrin och på östra innergården, kanske i anslutning till bastun,⁵²⁷ vilket stärker bestämningen av dessa små skedföremåls användning för hygien och allmän kroppsvård.

Rum för vård i Alvastra kloster

Vi vet att Alvastra hade ett infirmarium. Det omnämns i de skriftliga källorna första gången 1385, men kan mycket väl ha funnits tidigare.⁵²⁸ Frågan är var det låg och om det var öppet endast för klostrets eget folk eller även för utifrån kommande.

Redan under Otto Frödins undersökningar av Alvastra gjordes tolkningar av var infirmariet kan ha varit inhyt. Frödin tolkade den större stenbyggnad (Regners hus nr 3) som legat öster om klosterkvadranten och öster om det jag benämner östra innergården, som ett *hospitium* (klostrets sjukstuga och gästhus). Redan 1943 benämner Frödin byggnaden "gäststugan eller sjukstugan" och 1944 som "utan tvivel klostrets gästhus". I undersökningarnas slutskede, när byggnaden undersökts färdigt, stod Frödin fortfarande fast vid den preliminära tolkningen. Det har varit en stor byggnad, 26 x 11,5 meter i yta i markplan och två våningar hög, huvudsakligen uppförd i gråsten. Den nästan totala frånvaron av taktegel i rasmassorna tolkades som att byggnaden haft torvtak eller liknande. På södra långsidan fanns spår efter två trappor, en ned till källaren och en upp till första våningen. Källaren låg under husets västra del och var indelad i två rum och där fanns ett vattenledningssystem. Det största rummet låg i byggnadens östra del. Det hade en stor, vackert kantlagd hård i nordvästra hörnet samt i centrum fundamentet till en mittpelare. Frödin skriver att: "Det föreligger en påfallande likhet hvad plan och rumsindelning beträffar mellan detta klostrets stora hospitium och den längre norrut belägna, i alla afseenden mycket blygsamma anläggning, som under några år bebotts af Birgitta ('Birgittas hus'), men

som egentligen torde ha utgjort ett klostrets 'hårbärge' för vägfärande och dylikt."⁵²⁹ Frödin menade att byggnaden kunde vara den som i ett brev från Johan den III från 1575 benämns "biscopzloffet", för vilket renoveringsplaner ska ha funnits. Under husets senmedeltida mark- och golvnivå påträffades äldre lämningar vilka enligt Frödin kunde ha tillhört ett äldre hospitium, även om inget egentligt tolkningsunderlag för detta påstående återopas.

Sydöst om den ovan beskrivna byggnaden undersöktes ytterligare en (Regners hus nr 4). Denna tolkade Frödin som klostrets *sjukhus*, att skilja från den förra byggnaden som han alltså kallade *hospitium* (gästhus). Endast byggnadens norra del kunde undersökas. Material och byggnadsskick liknade det som iakttagits för "hospitiet" och dateringen bedömdes vara densamma. Byggnaden hade i bottenplanet haft två rum.⁵³⁰ Det norra rummet, som undersöktes helt, utgjorde det mindre av de två. Det hade ett skiffer- och kalkstensgolv, en stor spis av tegel i väster samt vad som tolkades som ett centralt placerat rektangulärt altare (själva altarskivan saknades dock). Det södra rummet, som alltså inte kunde totalundersökas, bedömdes vara det större av de två och tolkades vara den egentliga sjukstugan, medan det norra menades ha utgjort sjukstugans kapell. Kapellet ska i så fall ha varit vänt åt norr, vilket vore anmärkningsvärt. Det borde vara vänt åt öster. Inne i byggnaden påträffades föremål som Frödin identifierade som vikter. Han menade därför att ett apotek hade inhysts i huset och associerade till det cisterciensiska klostrets Ourscamp i Frankrike, vilket ska ha haft ett apotek på övervåningen i sjukhusbyggnaden. De förmenta vikterna visade sig emellertid senare vara muskötskott.⁵³¹ Inget i fyndmaterialet stöder därför längre tolkningen av byggnaden som sjukstuga/apotek.

1969 kom arkeologen Ingrid Swartlings avhandling, vilken var en bearbetning av undersökningsresultaten för Alvastra kloster, framför allt med utgångspunkt i själva byggnaderna och tolkningarna av dessa. Hon menade fortsatt att Alvastras infirmarium kan ha varit inhyt i byggnaden öster om östra innergården (Regners hus nr 3) och motiverar tolkningen med arkitektoniska jämförelser med kontinentala cisterciensiska kloster, där infirmarierna ofta hade detta läge i förhållande till klosterkvadranten och ofta hade liknande planlösningar och dimensioner.⁵³² Samtidigt påtalar hon hur osäker en sådan tolkningsgrund är. Hon skriver: "As usage varied from one abbey to another with regard to the site of these buildings, comparison with other, better preserved abbeys can give no help".⁵³³

529. Kapsel för Alvastra kloster, ATA.

530. Vilket även kunde ses på F. Lagerdahls karta från 1827.

531. Swartling 1969, s. 150.

532. Ibid., s. 142ff.

533. Ibid., s. 133.

527. Rosa Baggers *Rapport över utgrävningarna av Alvastra kloster* (till Riksantikvarieämbetet) 1937, s. 9–11, i kapsel Alvastra kloster, ATA.

528. Swartling 1969, s. 142.

Jag menar att vi kan få vägledning genom arkitektonisk jämförelse, men att grunden för strukturen var komplex, vilket jag återkommer till.

Frödin tolkade även den byggnad som legat ett 50-tal meter nord-nordost om själva klosterkomplexet, det så kallade "Birgittas hus", som ett möjligt härbärge och sjukstuga för utomstående. I sin redogörelse till Riksantikvarieämbetet 1949 skriver han: "... torde man kunna sluta till [sic] att den varit ett till klostret hörande härbärge – och samtidigt en sjukstuga – för främlingar och vägfärande" samt att det kan ha varit där Ulf Gudmarsson vårdades under sin sista sjukdomsperiod 1343–1344.⁵³⁴ Frödin grundar sin tolkning på två i huset påträffade blyföremål, vilka han menade var sonder. Föremålen är dock inte sonder utan styli (fig. K120), varför grunden för Frödins tolkning av även denna byggnad faller. Huset funktion är fortfarande en öppen fråga.

Ytterligare en byggnad i området tolkades som havandes anknäring till kroppsvård, nämligen en träbyggnad på stensyll i mitten av östra innergården. Den tolkades som bastu. Byggnaden var cirka 6,2 x 7 meter stor och troligen försedd med ugn. Förkolnade stockar tolkades som 50–70 cm djupa träbänkar som löpt runt väggarna. Byggnaden daterades till senmedeltid, med trolig brukstid fram till reformationen.⁵³⁵

Frödin och Swartling tolkade alltså stenbyggnaderna öster och sydöst om östra innergården samt "Birgittas hus" som olika möjliga sjukstugor, gästhem och/eller infirmarier. Ytterligare en byggnad borde emellertid beaktas i diskussionen om Alvastras infirmarium, nämligen den som ligger söder om östra innergården (Regners hus nr 5) och som Frödin tolkade som abbotens bostad. Även Swartling menade att huset möjligen fungerat som abbotens bostad, men att det inte går att säga säkert, och hon noterar uppgifter som kan tyckas tala emot denna tolkning. Hon skriver: "A fire at the abbey is recorded in 1412; it is said to have started in the abbot's house and to have destroyed it completely. However, assuming that this refers to this building it would seem that the western part was not destroyed in the fire."⁵³⁶ Att byggnaden senare förstörts av brand förefaller alltså inte ha iakttagits arkeologiskt. Det kan tyda på att Regners hus 5 inte var det som användes som abbotens bostad, åtminstone inte vid tiden för branden.

Huset var byggt av kalksten och granit och 9 x 15 meter stort i källarplan. Det har varit åtminstone två våningar högt och bestod i källarplan av ett större östligt rum och ett mindre västligt. I det större rummet fanns en centralt

placerad brunn, vilken möjligen fick sitt vatten från de sten-skodda dräneringsrännor som löpte utmed den östra, södra och västra väggen på våningen över och rann ner genom ett där centralt placerat dräneringshål. Våning 1 nåddes förmodligen via en extern trappa på husets norra sida.⁵³⁷ Swartling framhåller att dräneringssystemet och brunnen talar emot tolkningen av byggnaden som abbotens bostad, eftersom motsvarigheter saknas i andra kloster. Jag menar att en alternativ tolkning är att byggnaden inte fungerade som abbotens bostad, utan hade annan funktion. Jag menar att dränerings- och avloppssystemet i byggnaden talar för en tolkning av byggnaden som infirmarium. Swartling förefaller emellertid ha varit låst i Frödins tolkning att infirmariet låg i någon av byggnaderna längre österut, trots att inget starkare underlag fanns för en sådan tolkning (fynden var felbestämda) och trots att hon påpekar att infirmariet i exempelvis Netley hade just det läge som "abbotshuser" har i Alvastra.⁵³⁸ Även i cisterciensklostret i Byland och i Rivaulx låg infirmarierna på motsvarande plats. I Kirkstall och Fountains låg de däremot öster om infirmarielöstergården (motsvarande Regners hus nr 3), medan denna plats i Roche hyste infirmariernas bostad och infirmariet låg norr därom.⁵³⁹ I augustinerklostret i Æbelholt kloster i Danmark, har infirmariet tolkats ligga söder om östra längan.⁵⁴⁰

Vad säger då artefaktmaterialet? Av de föremål som någorlunda precist kan lägesbestämmas är endast mycket få påträffade inne i de olika klosterbyggnaderna (vilka rimligen städades). De ger alltså inte någon omedelbar indikation på vilken byggnad som kan ha fungerat som sjukstuga. Däremot kan man utifrån spridningen diskutera olika möjligheter. Om man slår samman alla fyndkategorier kan man konstatera att materialet visar en mycket tydlig sydostlig spridning med koncentration till östra innergården.⁵⁴¹ Om man delar upp materialet i olika kategorier av föremål kvarstår denna bild, men de olika kategorierna skiljer sig även något åt.⁵⁴² Man kan se att de kirurgiska föremålen har en spridning i framför allt den södra och sydöstra delen av klosterområdet, men med representation även i södra delen av konverslängan i

537. Ibid., s. 134ff.

538. Ibid., s. 141f.

539. Cassidy-Welch 2008, s. 134ff.

540. Møller-Christensen 1958, s. 98, fig. 24, s. 107f.

541. Om man jämför med den spridningsanalys som Anna Bergman (1993, fig. 3) gjort av spelrelaterade föremål i klostret kan man konstatera att dessa inte oväntat har en liknande spridning, med en dragning åt sydost. De är emellertid i större utsträckning påträffade i östra delen av Regners hus 3 samt norr om Regners hus 4. Bergman menar att de delvis, men inte helt, kan spegla den militära tiden efter klostrets nedläggning.

542. Pincetterna är inte inkluderade eftersom de kan ingå i både kategorierna kirurgi och medicin, men däremot inte i domesticering, eftersom de inte är epileringspincetter. De är framför allt påträffade på östra innergårdens östligaste del.

534. Redogörelse föredragen för Riksantikvarien 31/5 1949, i kapsel för Alvastra kloster, ATA.

535. Rosa Baggers *Rapport över utgrävningarna av Alvastra kloster* (till Riksantikvarieämbetet) 1937, s. 9–11, i kapsel för Alvastra kloster, ATA.

536. Swartling 1969, s. 134, 140.

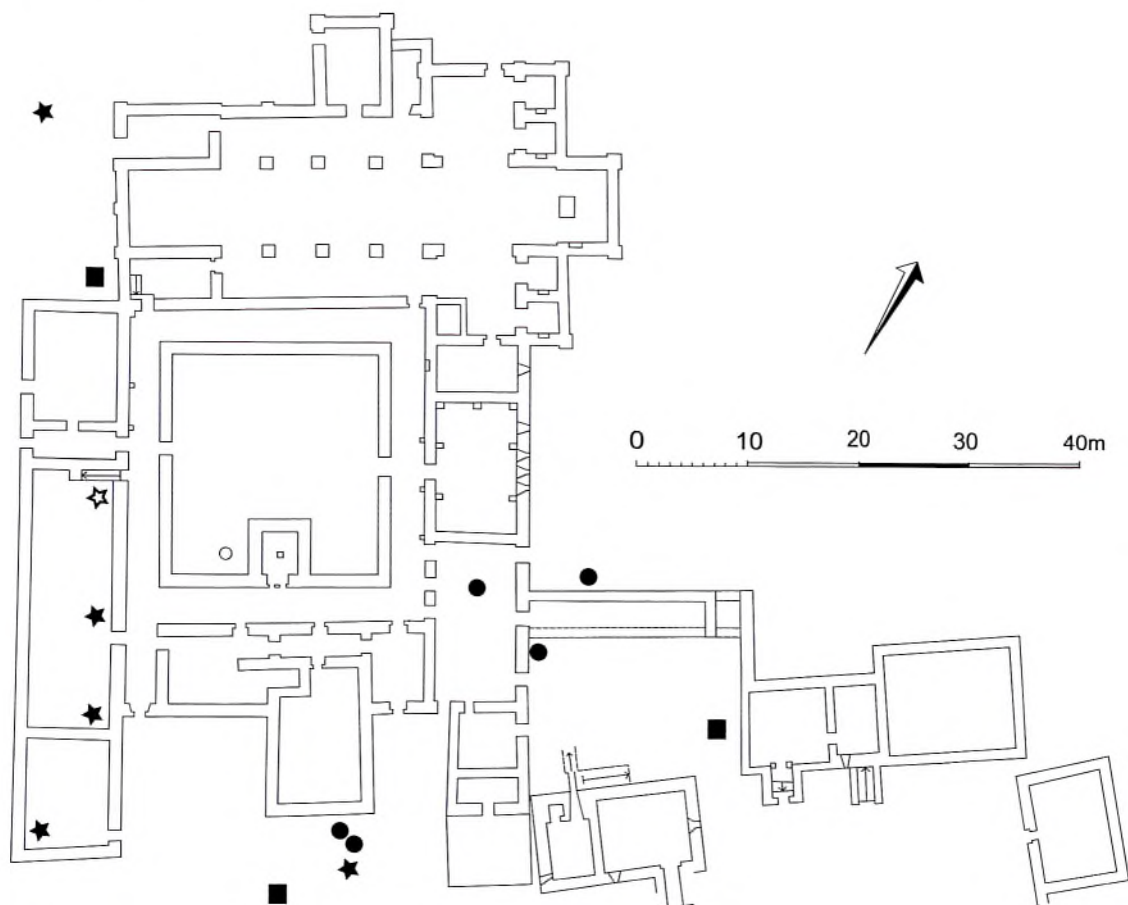


Fig. K130: Kirurgiska föremåls spridning i klosterrummet i Alvastra. Åderlättningsjärn är här inkluderade bland övriga instrument på grund av kyrkans speciella attityd gentemot blödspillan. Fylld stjärna = skalpell, medeltid; ofylld stjärna = odatevad skalpell; fyrkant = åderlättningsjärn; punkt = övriga instrument (brännjärn, skedsönder, kyretter). Kartan är upprättad efter Swartling 1969.

väster (fig. K130). De medicinska föremålen koncentrerar sig mycket tydligt till östra innergården samt norr om denna (fig. K131). De hygieniska, slutligen, har framför allt en spridning utanför calefactoriet och avträdet, samt delvis till östra innergårdens nordöstra hörn och norr om östra gången (fig. K132). Även pincetterna är företrädesvis påträffade i närheten till östra innergården (fig. K133)

Att Alvastra haft ett infirmarium någonstans inom komplexet öster om själva klosterkvadranten har som framgått ovan redan diskuterats av andra. Det är därför kanske inte så förvånande – men ändå mycket intressant – att fyndmaterialet tydligt visar att den östra innergården utgör ett slags mittpunkt för aktiviteter som har med sjukvård och kroppsvård att göra. Frågan är om det går att ringa in närmare vilken eller vilka byggnader som varit aktuella? Det finns inget som motsäger Frödins och Swartlings tolkning av Regners hus nummer 3 som klostrets infirmarium. Dess placering i öster vid en kringbyggd gård, dess proportioner och förhållandevis påkostade konstruktion talar för

det. Men fyndmaterialet talar inte heller mer för denna byggnad än för någon annan kring östra innergården. Det ligger inte särskilt mycket material i anslutning till denna byggnad, snarare tvärtom.

Även Regners hus nummer 5 skulle, menar jag, kunna vara ett möjligt infirmarium. Vattenrännor och en brunn i byggnadens bottenvåning talar starkt för det. Vattenförsörjningen var mycket viktig i ett infirmarium, medan direkta paralleller till en brunn och vattenkanaler i abbotshus förefaller saknas bland övriga cisterciensklöster, enligt vad jag kunnat finna. Under högmedeltid förekom det emellertid att äldre infirmarier byggdes om till abbotsbostäder, medan en ny större byggnad uppfördes som infirmarium.⁵⁴³ För Alvastras vidkommande kan man dock konstatera att den byggnad som av Frödin och Swartling diskuterats som abbotsbostad är mer eller mindre jämgammal med den byggnad som de föreslagit som hospitium (Regners hus

543. Kinder 2002, s. 356.

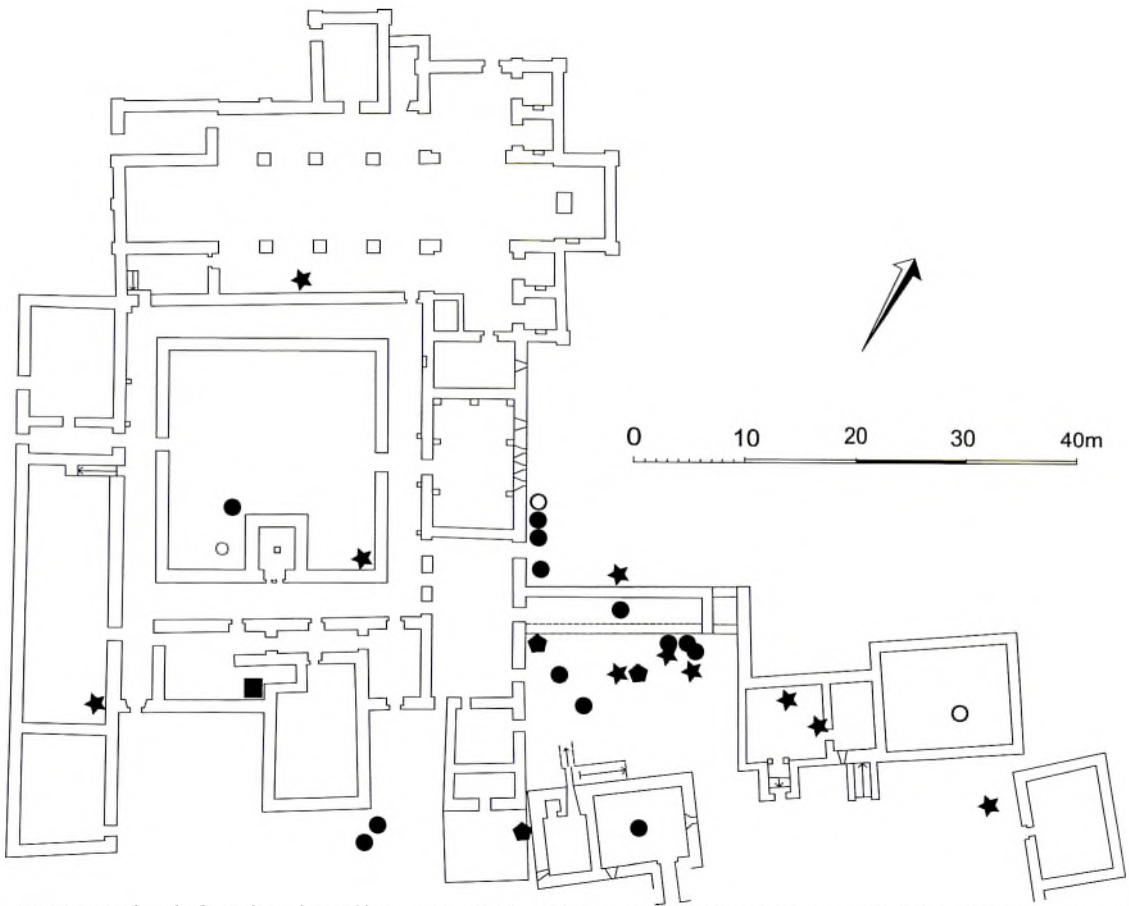


Fig. K131: Medicinska föremåls spridning i klosterbyggnaden. Punkt = salvekrus i stengods och rödgoods; ring = trolig/odaterade salvekrus i stengods; stjärna = små glasflaskor; fyrkant = glasrör; polygon = benspatlar. Kartan är upprättad efter Swartling 1969.

3). Något senare datering har den byggnad längst i sydöst som Frödin tolkade som ett kombinerat infirmarium och apotek. Frödin tolkning grundades, som jag redan nämnt, på felbestämning av föremål, men även om själva grunden för hans tolkning alltså var felaktig, finns det en möjlighet att byggnaden utgjorde ett nytt och större infirmarium som ersatte det äldre i hus nummer 5. Samtidigt kan man invända att det äldre infirmariet (vare sig det hystes i Regners hus nr 3 eller nr 5) i så fall haft relativt kort livslängd, kanske endast ett sekel.

Huruvida Regners hus nummer 3 eller hus nummer 5 eller 4 (eller flera av dem under någon period) varit infirmarium måste tyvärr förbli en öppen fråga, men hela området kring östra innergården, inklusive de södra delarna av östra längan och östra delarna av södra längan, kan ha varit miljöer för kroppslig vård, av såväl klosterfolket som – i så fall i de sydöstligaste byggnaderna – utifrån kommande vårdsökande. Denna tolkning stöds av spridningen av fyndmaterialet i det sydöstra området.

En intressant tanke är att det är flera århundradens infirmariers (alltså föreståndarna för infirmarierna) hela rörelserum som speglas i fyndmaterialet. Infirmaryernas ansvarsområden inkluderade rumsligen hela södra längan och området utanför klausuren i sydöst, där han var en av få som fick röra sig fritt. Detta sammanfaller med hela den del av ett cisterciens kloster som relaterades till skötseln av kroppen: tillagandet av mat och förtärandet av densamma i köket och refektoriet, åderlätning i calefactoriet eller södra klostergången, tvättning i södra korsgången, avträdet längst i söder i östra längan, bastun på östra innergården och vårdandet av sjuka och orkeslösa i byggnaderna kring östra innergården, vilken också i sig spelade en viktig roll i rekreationstänkandet.

Intressant i detta sammanhang är att den manliga cisterciensiska sjukrollen var tredelad. Dels fanns det de som var tillfälligt sjuka eller svaga till följd av den rituella åderlätningen. Denna företogs fyra gånger årligen, då individen tappades på ansenliga mängder blod.

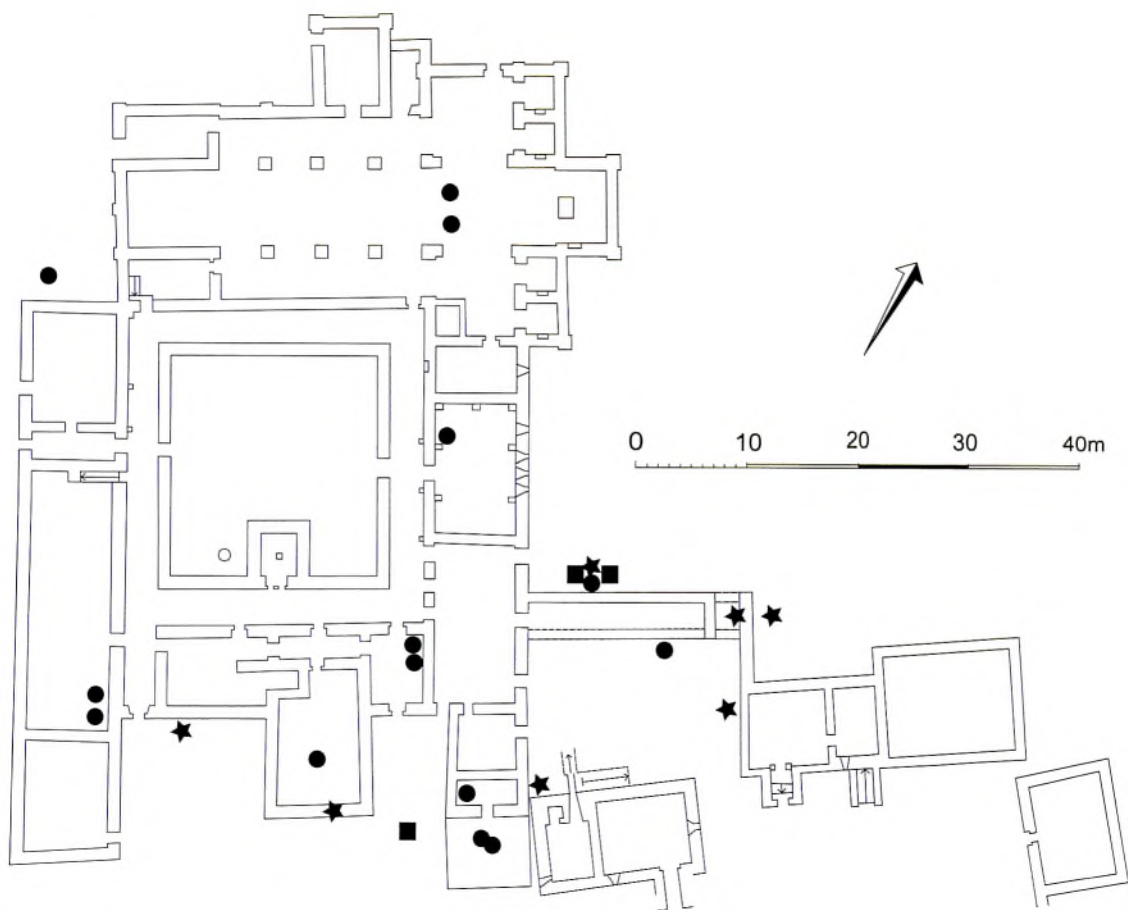


Fig. K132: Hygienrelaterade föremåls spridning i klosterrummet. Punkt = små skedeföremål i ben; stjärna = små skedeföremål i kopparlegering; fyrkant = stickor (troliga skaftändar på små skedeföremål i ben). Kartan är upprättad efter Swartling 1969.

Därefter fick han tre dagars konvalescenstid för att återhämta sig.⁵⁴⁴ Under denna tid deltog han inte aktivt i de dagliga klosterrutinerna, utan återhämtade sig tillsammans med övriga individer med lättare eller mer övergående åkommor. Denna grupp konvalescenter var till antalet mer eller mindre konstant under stora delar av året (kanske så mycket som 25–30 % av brödrskapet). Den andra gruppen utgjordes av de bröder som var uppenbart sjuka, men för vilka man ännu inte tagit ställning till sjukdomens karaktär och allvarlighetsgrad. För dessa gällde samma regler som för de nyligen åderlättna. De deltog alltså för tillfället inte heller aktivt i de dagliga klosterrutinerna. Den tredje gruppen utgjordes av munkar som var så sjuka eller svaga att de placerats i infirmariet, inte sällan för längre perioder. För dessa gällde infirmariets särskilda regler, vilka syftade till att

i möjligaste mån underlätta för bröderna att leva enligt Regeln, samtidigt som de levde i ett från det egentliga klostret isolerat sammanhang.⁵⁴⁵ I vilken grad motsvarande indelning förelåg av den kvinnliga sjukrollen och vilka reglerna var för dem, är mer oklart.

Man skulle teoretiskt sett kunna tänka sig att de sjuka munkar som inte tilläts vistas i infirmariet togs om hand någonstans i den östra längan, kanske i det mindre rum som ligger mellan calefactoriet och östra innergården, norr om avträdet. Runt och på östra innergården fanns sedan olika byggnader för hygien och för vård av de allvarligt och kroniskt sjuka; vilka under medeltidens senare del kanske inkluderade både bröder och utomstående, i separata byggnader (hus nr 3 eller 5 under 1300-talet respektive hus nr 4 under 1400-talet).

Huruvida Alvastra hade ett infirmarium öppet för utomstående får dock också förbli en öppen fråga. Regner har pekat på klostrets generellt ökande interaktion med

544. Även nunnor genomgick regelbunden åderlätning (Green 2009, s. 122), trots att kvinnor ansågs ha en motsvarande naturlig rening genom sin menstruation.

545. Kinder 2002, s. 362f.

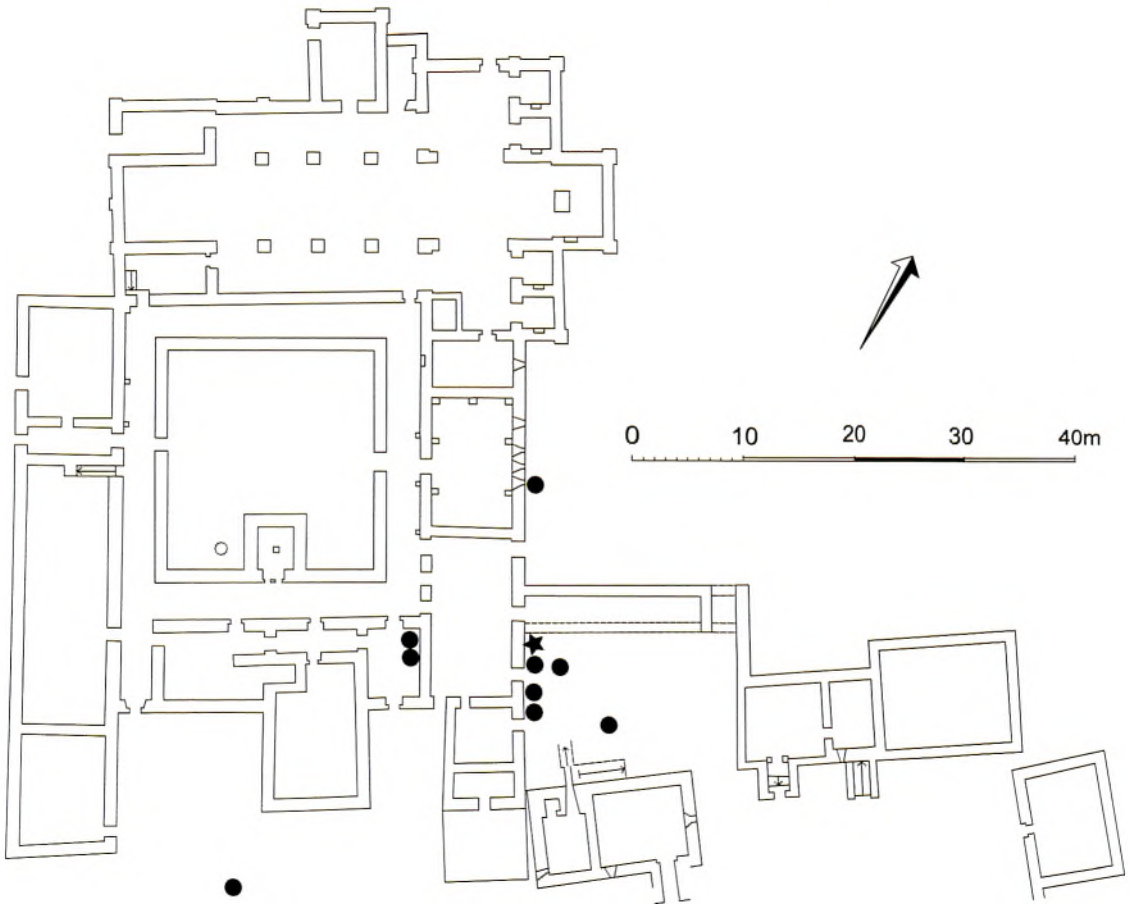


Fig. K133: De medeltida pincetternas spridning i klosterområdet. Punkt = pincetter av kopparlegering; stjärna = pincett av järn. Kartan är upprättad efter Swartling 1969.

det omgivande samhället under 1400-talet.⁵⁴⁶ Om byggnaden längst i sydöst (hus nr 4) verkligen var ett ännu större infirmerium, uppfört under 1400-talet, ett sekel efter det tidigare (hus nr 5 eller nr 3), skulle det kunna vara ett uttryck för ett ökande utåtriktat ansvarstagande. Kanske såg klostren sin roll i detta avseende förändras i samhället efter digerdödens härjningar och de efterföljande epidemierna.

Varnhems kloster

Varnhems kloster grundades 1148 av munkar från moderklostret i Alvastra. Viss diskussion råder fortfarande bland forskare kring platsen för den första etableringen, men från 1160-talet var det förmodligen på plats i Varnhem. 1234 eldhärjades klostret svårt och stora delar förstördes. Återuppbyggnadsarbetet tros ha påbörjats omedelbart och omkring 1260 stod förmodligen kyrkan, klostergården, korsgången med lavabon, östra längan och refektoriet klara.

Västra längan tros ha klarat sig vid branden och därmed tillhöra den äldre anläggningen från 1100-talets senare del.⁵⁴⁷ Återuppbyggnaden som helhet tros ha varit slutförd runt sekelskiftet 1300. Varnhem var då Sveriges största munkkloster och det har jämförts med de medelstora klostren på kontinenten. Klostret upplöstes 1533. På 1560-talet, under nordiska sjuårskriget, brändes stora delar av klostret ned. Kyrkan klarade sig bättre och användes under 1600-talet av familjen de la Gardie som privat mausoleum.

De mest omfattande undersökningarna av Varnhems kloster påbörjades 1922 (vissa smärre ingrepp redan 1918) och pågick fram till 1928, under ledning av arkeologen Axel Forssén och konsthistorikern och kyrkorestauratören Sigurd Curman. Till sin hjälp hade de huvudsakligen grovarbetare. Även under 1970- och 80-talen utfördes undersökningar av själva klosteranläggningen.⁵⁴⁸

547. PM till Riksantikvarien 1930, s. 7ff., i kapsel för Varnhems kloster, ATA; Karlsson & Sigsjö 1987, s. 7ff.

548. Karlsson & Sigsjö 1987, s. 1ff.

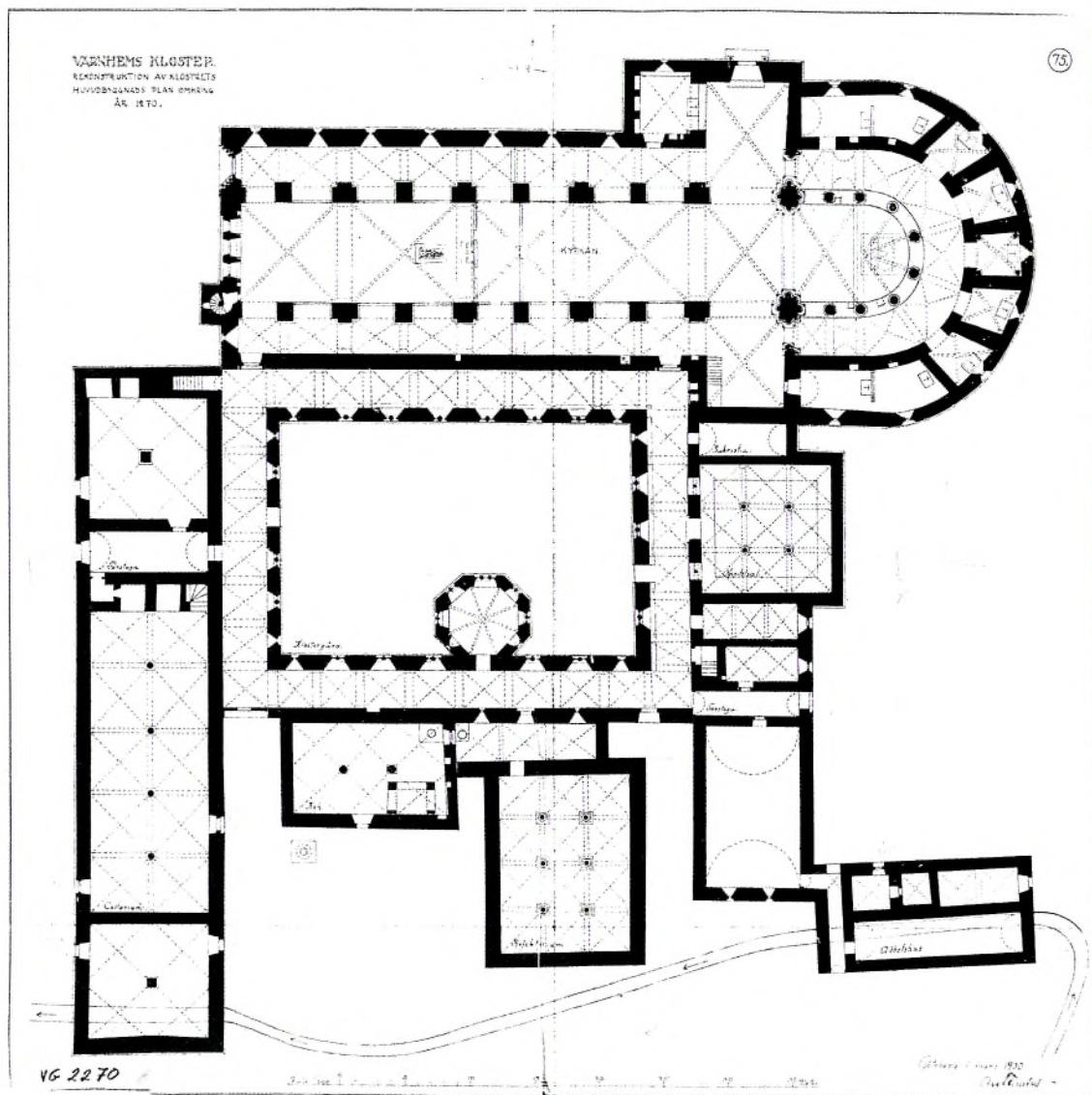


Fig. K134. Plan över Varnhems kloster. Ritning gjord av Axel Forssén 1930. Ritningsnummer på ATA: VG2270.

Varnhems kloster påminner i sin slutliga utformning (sådan den uppfördes efter branden 1234) mycket om Alvastras i planlösningen (fig. K134). Det låg söder om kyrkan, ordnat runt en centralt placerad rektangulär klostergård, begränsad av en fyrlängad korsgång. Hopbyggt med östra längans sydöstra hörn låg en stor byggnad i öst-västlig riktning, vilken tolkats som abbotens bostad. Denna byggnad beskrivs mer utförligt nedan. Härigenom löpte en vattenkanal, vilken även gick igenom västlängans södra del och möjligen södra delen av östra längan. Väster och söder om själva klosterkomplexet fanns flera friliggande byggnader, tolkade bland annat som ekonomibyggnader. En av dessa ligger i östra längans förlängning söder om

huvudkomplexet. Kyrkokonsult Ragnar Sigsjö menar att flera äldre byggnader i detta område kan antyda att det rör sig om bebyggelse som fanns på platsen redan vid klostrets grundande och alltså har tillhört den äldre gården på platsen.⁵⁴⁹ Jag återkommer till byggnaderna i sydöst.

Trots den, som undersökningsledningen uppgav, mycket omfattande sällningen av jordmassor, är antalet fynd från Varnhem påtagligt få (endast en tredjedel) i jämförelse med dem från Alvastra. Det gäller rent generellt och det gäller även de typer av föremål som uppmärksammas i den här studien. Möjligen kan det förklaras med att de övre jord-

549. Sigsjö 2005.

massorna inte undersöktes, utan schaktades bort, men lager som tolkades höra till klosters brukstid sållades, varför denna förklaring är tveksam.⁵⁵⁰ Undersökningarna under Forssén och Curman hade till stor del en arkitekturhistorisk inriktning, men förvisso även arkeologisk. I ett PM till Riksantikvarien 1930, troligen skrivet av Forssén, står: "De arkeologiska undersökningarna ha huvudsakligen utförts åren 1925–1928 och delvis bestått av mycket omfattande sållningar av olika kulturlager mellan och under de över varandra liggande golven i klosterbyggnaderna."⁵⁵¹ De övre jordmassorna schaktades bort innan undersökningen tog sin början. Inblandning av yngre material är därför mycket liten. Undersökningarna under 1979- och 80-talet genererade inte några identifierbara fynd av intresse för den här studien.

Av de föremål som presenteras här är endast en knapp fjärdedel hygieniskt relaterade. Detta är en betydligt mindre andel än i Alvastras fall, men kan förklaras med frånvaron av benföremål som miniatyrskedar. Kan det ha varit så att dessa inte uppmärksammades av grovarbetarna? Samtidigt vore det anmärkningsvärt om man vid jordsällningen inte tillvaratog så tydliga och speciella föremål. I övrigt är den kvalitativa, om än inte kvantitativa, överensstämmelsen tydlig mellan Varnhem och Alvastra. De flesta föremålen finns tillgängliga i SHM:s samlingar. Några få föremål förefaller dock vara förkomna sedan Specialkatalogen upprättades. Precis som i Alvastras fall har jag uteslutit de blystyli som i Specialkatalogen felaktigt benämns "sonder".

Från 1920-talets undersökningar finns enstaka PM, vissa planritningar, dagboksanteckningar av Olof Hedén (arbetsledare för grovarbetarna), samt en Specialkatalog med fyndkontexter angivna för de olika föremålen, i termer av byggnadsdel/rum.⁵⁵² Det går därför att göra en viss rumslig spridningsanalys av föremålen. Tidsmässigt håller sig föremålen huvudsakligen i hög och senmedeltid; mellan tiden efter den stora branden 1234 (med undantag för västra längan, varifrån något fynd kan ha äldre datering) och klosters upphörande.⁵⁵³

Artefaktmaterialet från Varnhem

Föremålen från Varnhem är endast 17 stycken.⁵⁵⁴ Det består till stor del av föremål som vid de arkeologiska

550. Hedéns "Anteckningar om Undersökningar vid Varnhem 1918–1927", s. 4ff., Västarvets arkiv i Skara.

551. PM till Riksantikvarien 1930, s. 2, i kapsel för Varnhems kloster, ATA.

552. Dagboksanteckningarna förvaras vid Västarvets museum i Skara. Specialkatalogen finns digitalt under SHM:s Sök i samlingarna, inventarienummer 18393.

553. Jfr med korrespondens mellan Axel Forssén och antikvarie Carl R. av Ugglas, 33/11 1939, i kapsel för Varnhems kloster, ATA. Föremålen kan inte dateras närmare än till medeltid, eller möjligen före 1500-talet.

554. Materialet förvaras idag på SHM och på Västarvets museum i



Fig. K135: Skalpell från Varnhems kloster (SHM 18393:1409).



Fig. K136: Åderlättningsjärn från Varnhems kloster (SHM 18393:525; 18393:3321).

undersökningarna kan ha uppfattats som "lite finare". Salvekrusskärvor och fragment av glasflaskor är frånvarande, liksom föremål i ben.

SKALPELL

Det finns ett knivblad från Varnhem som är en trolig skalpell (fig. K135).⁵⁵⁵ Själva bladet är 4,6 cm långt och spetsigt, med rak egg och rak rygg med snett sluttande spets. Det påträffades i det som tolkades som abbotshusets verkstadsrum.

ÅDERLÄTNINGSJÄRN

Det finns två åderlättningsjärn (fig. K136). Båda är relativt stora för att vara från kloster. SHM 18393:3321 har klassisk form med rakt skaft med upprullad ände, stopp framtill och U-format egg. Eggens spets är av, men mäter i bevarat tillstånd 0,9 x 0,7 cm, vilket är nästan dubbelt så stort som eggarna på järnen från Alvastra och Vreta. På SHM 18393:525 är bladet infällt i en hylsa av kopparlegering och så korroderat att det inte går att fälla ut och studera. Hylsans storlek antyder dock att eggen kan vara tämligen stor även på detta järn. Hylsan har nithål för gångjärn, så att den har fungerat som skaft när knivbladet varit utfällt. Skaftet är ornerat med dubbla tvärlister samt en nu nästan

Skara. En del är efter inventeringen utställt i Varnhems klosterkyrka. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Linnémagasinet och Centralmagasinet på SHM 1–11 april 2008, 5 februari 2009 samt 16–25 mars 2009 samt på museet i Skara 26–27 maj 2008. Även de senare ingår normalt i SHM:s samlingar men var uttagna inför utställningen i Varnhem.

555. SHM 18393:1409.



Fig. KI37: Knippe med instrument från Varnhems kloster (SHM 18393:552).



Fig. KI38: Knippe med instrument från Egypten från romersk tid. Instrumenten i den egyptiska uppsättningen är enligt Møller-Christensens ungefärliga skalangivelse ca 5 cm långa. I Møller-Christensen 1938, s. 87, fig. 133.

helt bortnött stämpelornering med små trianglar. Järnen är påträffade i det så kallade *sydosthuset* respektive *cellariet*.

KNIPPE MED INSTRUMENT

Från Varnhem finns ett mycket elegant litet instrumentknippe med fyra delar: en miniatyrsked, en spetsig sticka, en trolig rispåre eller böldkniv och ytterligare ett instrument som möjligen har en egg, men med osäker funktion (åderlättningsjärn?) (fig. KI37 och 52, kap. 2.1.8.).⁵⁵⁶ Instrumenten är fästa runt en axel med ögla. Risparen och det obestämda egginstrumentet sitter ytterst och är delvis profilerade och stämpelornerade på yttersidan. Egginstrumentet har dessutom en bomärkesliknande inristning. Det är påträffat i *munkarnas samlingsal*.

Små så kallade "toilettuppsättningar" är kända från järnåldern och framåt i Sverige och Europa. Sammansättningen av instrument kan variera något, men ofta ingår en miniatyrsked (på vikingatida uppsättningar från Sverige är det istället en liten hålsked, ibland både och; jfr fig. K88), en sticka och ibland en pincett. Inga direkta paralleller till uppsättningen från Varnhem är kända från det medeltida Sverige, men från det antika Egypten finns en uppsättning som inkluderar ett egginstrument tolkat som ett åderlättningsjärn (fig. KI38).⁵⁵⁷

KYRETTER OCH SOND

Det finns två kyretter och två sonder från Varnhem. Kyretten SHM 18393:548 är av kopparlegering och har

556. SHM 18393:552.

557. Møller-Christensen 1938, s. 87, fig. 133.



Fig. KI39: Litet skedinstrument från Varnhems kloster (SHM 18393:551).



Fig. KI40: Småskedar från Varnhems kloster (SHM 18393:549; 18393:550).

spiralvridet skaft och långsmalt skedblad (fig. 13, kap. 2.1.2.). Skaftet slutar i en liten lansett. Den påminner mycket om ett instrument från Gudhem. Den påträffades i *stora vattenkanalen* i södra klosterområdet. Kyretten SHM 18393:514, är av silver, med ovallt skedblad, vilket profileras med tre vulster mot det släta skaftet (fig. 16, kap. 2.1.2.). Skaftet slutar i en skarp, mejselliknande del. Även den påträffades i *stora vattenkanalen*. Sonden SHM 18393:547 har ett litet runt skedblad på ett långt slätt skaft som slutar i en spets (fig. 21, kap. 2.1.2.). Föremålets fyndplats är oklar. SHM 18393:551 har slätt skaft med spetsig ände och liknar mycket den förra, men är kortare och har mer profilerat skedblad (fig. KI39). Den skulle kunnat användas som sond, kyrett eller applikator. Den påträffades i *munkarnas samlingsal*.

ÖVRIGA MINIATYRSKEDAR

Som jag redan nämnt saknas miniatyrskedar av ben från Varnhem, men det finns två stycken i motsvarande storleksordning av kopparlegering (fig. KI40). SHM 18393:549 har spiralvridet skaft som slutar i en liten mejselliknande vinge och en ögla. Skedbladet antyder att den kan ha fungerat som kyrett eller möjligen sond. Den påträffades mellan *abbotshuset* och *museiplan*. SHM 8393:550 har tvådelat skaftslut med två små platta vingar. Skedbladet på denna är ovanligt litet och av en storlek som faktiskt borde ha kunnat fungera väl för att rensa öronen, vid sidan av de andra möjliga funktionerna. Den påträffades i *kapitelsalen*. Utöver de här beskrivna finns en mycket liten sked i instrumentknippet som presenteras ovan (fig. KI36 och 52, kap. 2.1.8.).

SALVEKRUS

Det finns endast tre skärivor av salvekrus från Varnhem (fig. KI41). Dessa är alla av grått till gråvitt stengods. SHM 18393:928 och SHM 18393:929 är bottenbitar

Fig. K141: Salvekrus i stengods från Varnhems kloster (SHM 18393:928; 18393:987).



PINCETTER

De pincetter som kan ha använts för kroppsvård är fyra till antalet och sinsemellan tämligen olika (fig. K142). SHM 18393:555 och SHM 18393:558 har speciellt utformade huvuden, där skänklarna böjts i två öglor som formar en större ögla inåt. Vad denna form av huvuden hade för funktion är oklart. Möller-Christensen kallar formen för *omegaformad*.⁵⁵⁹ Skänklarna på den större av dem är mjukt svängda, medan den mindre har raka skänklar. Den senare är anmärkningsvärt kort i förhållande till bredden. Båda har något rundade skänkelspetsar. De är påträffade i munkarnas samlingsal respektive stora vattenkanalen. SHM 18393:556 har helt raka skänklar med rundade skänkelspetsar och kan ha haft en liknande funktion. Den påträffades i västra längans nordligaste rum. Endast SHM 18393:557 har raka skänkelspetsar. Den är av tämligen ordinär storlek med kraftigt svängda skänklar och lång hals. Den påträffades i vattenkanalen i abbotshusets sydrum.

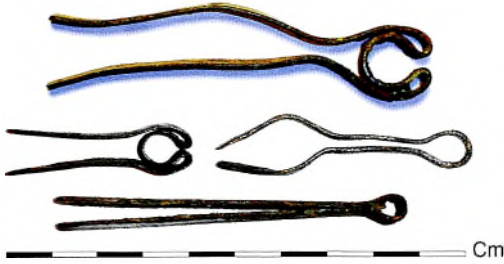


Fig. K142: Pincetter från Varnhems kloster (SHM 18393:555; 18393:558; 18393:557; 18393:556).

från kärl med smala, låga fötter och rundade bukar.⁵⁵⁸ SHM 18393:928 påträffades öster om lavabon och SHM 18393:929 i stora vattenkanalen. SHM 18393:987 är en mynningsbit från en rak, smal mynning med profilerad vulst. Skärvan påträffades mellan refektoriet och östra längan.

KOPPARPLÅT

Från Varnhem finns ett för svenska förhållanden unikt föremål, nämligen kopparplåten kring det så kallade Varnhemsbenet (fig. K143 och K144). Det är ett överarmsben (*humerus*) från människa, av allt att döma en man. Det

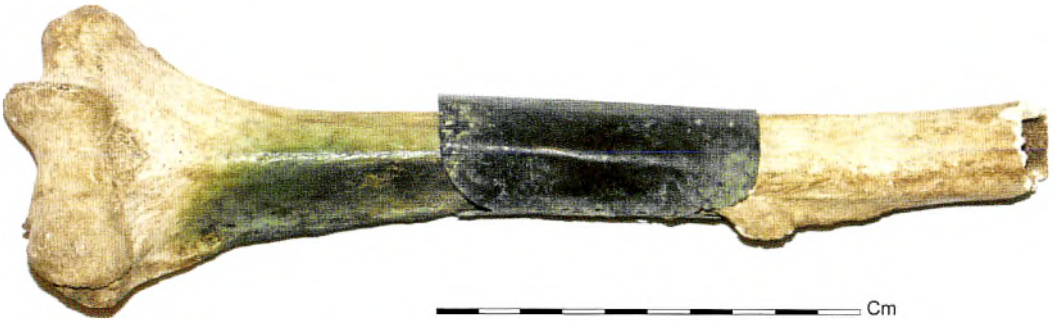


Fig. K143: Det så kallade Varnhemsbenet med sin kopparplåt (SHM 18393:1090).

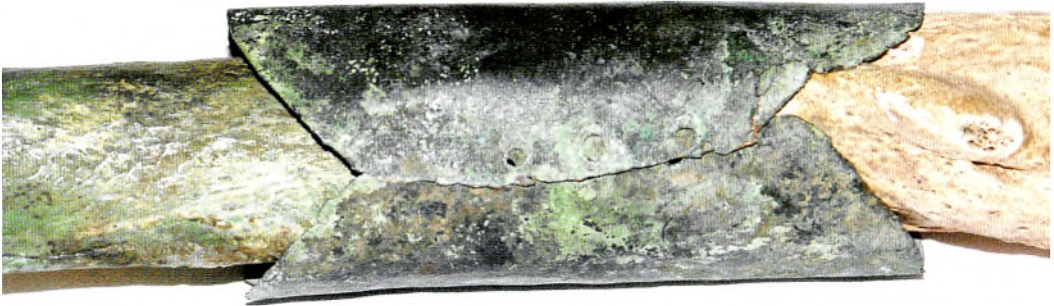


Fig. K144: Närbild av kopparplåten med dess hål samt benpålagringen vid plåtens skarv (SHM 18393:1090).

558. SHM 18393:929 saknas på bild.

559. Möller-Christensen 1938, s. 173.



Fig. K145: Fyndplatser för kopparplåtar (och en blyplåt) av liknande slag som Varnhemsplåten.

varnhemska fyndet är troligtvis medeltida, men kontexten i sig tillåter ingen närmare datering. Det påträffades i omrörda jordmassor i korsgångens norra lända. Genom andra, liknande fynd kan det emellertid ges snävare sannolik datering till 1200–1300-talet. Vi kan inte säkert veta om personen med kopparplåten fått denna vid Varnhems kloster eller om han hade plåten på kroppen redan vid sin ankomst dit. Övriga fynd av ben med liknande plåtar antyder emellertid att han var från västra Europa, kanske från de brittiska öarna. Övriga plåtfynd är mer eller mindre böjda kring en kroppslem, men inget annat kopparplåtsfynd är tillnärmelsevis så snävt böjt som plåten kring Varnhemsbenet.

Benpålagringen på benvävnaden på Varnhemsbenet visar att personen i fråga har levt med kopparplåten på armen länge, kanske under många år. Frågan är vilken funktion plåten avsetts ha. Benet har undersökts med röntgen och man har då kunnat konstatera att det *inte* finns några spår efter fraktur. Däremot finns förändringar i benvävnaden som visar på att personen lidit av en inflammation och vid plåtens skarv har med tiden en benpålagring bildats som reaktion.⁵⁶⁰

Plåten har tidigare tolkats som ett led i en kirurgisk behandling. Man har tänkt sig att den förts in under ar-

560. Hallböck 2004, s. 156ff. Den totala avsaknaden av spår efter fraktur gör ändå inte att Hallböck vill utesluta fraktur som orsak till plåtens applicerande. Framför allt verkar detta bero på att han saknar andra, bättre alternativa medicinska förklaringar.

mens mjukdelar för att stabilisera en fraktur eller hämma en inflammation (koppar är svagt antiseptiskt, men en plåt kan knappast ha utsöndrat joner i en mängd som haft någon antiseptisk effekt av betydelse). För att få plåten på plats under mjukvävnaderna har man i så fall behövt frilägga *humerus* genom att dissekera loss mjukvävnaderna och sedan trä det ganska tjocka och stela blecket på plats. Det är ett avancerat ingrepp, inte minst med tanke på de begränsade möjligheterna till sövning och bedövning och med de mycket stora infektions- och andra komplikationsriskerna som i så fall måste ha förelegat. Vad som kan ha motiverat ett så drastiskt ingrepp har diskuterats, men de förklaringar som hittills presenterats synes mig långsökt och otillfredsställande.

Flera liknande kopparplåtar kring ben har påträffats på andra håll i Europa (fig. K145). Det finns flera fall från Storbritannien och ett från Belgien. De flesta kommer från religiösa institutioner av olika slag, framför allt kloster. De förklaringar till behandlingarna som föreslås varierar. Endast i ett fall har en fraktur påvisats, över vilken kopparplåten kan ha suttit (även om plåtens korroderade skick verkar ha gjort en tydlig bestämning svår). Det är en knäfraktur som uppkommit genom kraftigt vridväld.⁵⁶¹ Kroniska inflammationer har däremot påvisats i flera fall. Mång gånger saknas dock uppgifter i de publicerade materialen om eventuella åkommor synliga på skelettet. Om

561. Knüsel et al. 1995.

man ser till de gemensamma nämarna för Varnhemsbenet och övriga kända liknande fynd, menar jag därför att helt andra tolkningar är möjliga och att det förmodligen inte rör sig om en kirurgisk behandling.⁵⁶²

De flesta plåtarna förefaller ha suttit på armar eller ben. Ett fall är från S:t Mary Magdalenes leprosorium i Reading, Storbritannien, med en trolig datering till 1200-talet. Där har en vuxen kvinna haft två kopparplåtar lindade/böjda runt armen. Under plåtarna har man funnit spår efter en gröt av växtdelar; möjligen murgröna eller syra. En av plåtarna hade ett hål som tolkats som dränage för var. Man har därför tolkat fallet som en behandling av ett öppet sår. Detta, tillsammans med ett möjligt fall från Rusper benediktinkloster i Sussex, är de enda fallen av kvinnor med kopparplåt. Vid cisterciensklöster S:t Mary Stratford Langthorne i Essex, har en kopparplåt påträffats vid höger underarm av ett manligt skelett. Plåten hade tydliga spår av textil, troligen linne, och utmed två kanter fanns perforeringar för snörning likt dem på Varnhemsplåten. Från det augustinska kloster S:t Mary Merton, i Surrey, finns ett fall där en man haft en kopparplåt på varje arm. Fyndet är daterat till cirka 1120–1220. Även från Belgien, från en begravning vid Vrasenekyrkan, finns ett exempel på en kopparplåt som suttit runt en persons överarm.⁵⁶³

Från S:t Marys Spital, London, finns två fynd av plåtar på benen, båda på vuxna män. Den ena mannen hade en kopparplåt som varit täckt av textil på utsidan. På insidan fanns spår av blad. Den andra mannen hade ett blybleck virat runt smalbenet. På insidan av blyblecket, mot kroppen, fanns spår efter djurhår. Vid Cluniackloster i Pontefract har skelettet efter en man som möjligen haft en kopparplåt på lårbenet påträffats. Det är oklart huruvida mannens lårben visade spår efter skada eller sjukdom. Vid samma kloster har ytterligare ett manligt skelett påträffats, med en plåt vid knäet. Inte heller detta skelett hade några spår efter sjukdom eller skada. Ett annat manligt skelett, daterat till sent 1200-tal eller 1300-tal och påträffat vid S:t Andrews gilbertinkloster i Fishergate i York, hade dock spår efter en allvarlig knäfraktur; den som nämns inledningsvis ovan. Mannen verkar ha varit i allmänt dålig fysisk kondition.⁵⁶⁴ Vid knäleden påträffades två hästskoformade (dvs. böjda), cirka 10 cm stora kopparplåtar. Plåtarna var perforerade som om de skulle ha bundits på plats och analyser visade att de kan ha varit täckta av läder. Knäskadan har uppkommit genom kraftigt vridvåld och kopparplåten kan ha suttit över knäleden. Åtminstone har den legat mot benet

när kroppens mjukdelar multnat, vilket grönfärgningar på benet visar (dessa har naturligtvis inte uppstått under mannens levnadstid, då han burit plåten). Huruvida den lilla plåten skulle ha kunnat verka stabiliserande och därmed lindrande på knäleden är dock diskutabelt. Knüsel et al. är inne på tolkningen att kopparplåten kan ha burits som en helande talisman.⁵⁶⁵ Från augustinerkloster S:t Mary Merton, i Surrey, finns ett ytterligare fall från cirka 1300–1390 där en man verkar ha haft en plåt vid knäet. Han hade lidit av *osteochondritis dissecans* (nedbrytning av brosket).⁵⁶⁶ Det finns även ett fynd från Belgien av ett manligt skelett med kopparplåt runt vänster överarm. Benvävnaden visade spår som skulle kunna tolkas som att mannen lidit av kronisk inflammation. Fyndet är daterat till mellan 1570 och 1650.⁵⁶⁷ Dess datering avviker alltså, om den är korrekt, från de andra fynden med flera hundra år.

Varnhemsbenet ingår alltså i en grupp fynd från, som det verkar, huvudsakligen västra eller nordvästra Europa. De flesta har en högmedeltida datering (1200–1300-talet) och är påträffade i kloster eller andra religiösa kristna institutionsmiljöer. Plåtarna är mer eller mindre böjda. Varnhemsplåten är mycket snävt böjd kring benet, men de andra är betydligt öppnare och har tydligtvis burits utanpå kroppens mjukdelar. Många har perforeringar som kan ha använts för att snöra samman dem runt armen/benet/knäet. Spår av läder och textil antyder att de ofta hölls på plats med hjälp av lindor av något slag. Arkeologerna Roberta Gilchrist och Barney Sloane påpekar att eftersom vissa plåtar har spår efter örter på insidan (ett fall antyder päls/djurhår), förefaller det som om de ibland avlägsnades för att färska löv skulle kunna appliceras.⁵⁶⁸

Ofta föreslås att plåtarna tjänat som en stabilisering vid fraktur. Gilchrist och Sloane hänvisar något långsökt till Hippokrates och att kopparplåtarna är en version av en hippokratisk behandling av benfrakturer, där frakturen skulle stabiliseras med hjälp av två rundlar av så kallat egyptiskt läder.⁵⁶⁹ Den hippokratiska källan omtalar dock läder, inte kopparplåt. Fraktur har dessutom endast kunnat påvisas i ett fall (knäfrakturen från Fishergate) och även om fallet med *osteochondritis dissecans* möjligen kan ha skapat behov av stabilisering kan det knappast ha gjorts av detta slag.

Kroniska inflammationer och vad som tolkats som öppen sårbildning har däremot påvisats i flera fall. Läkaren Vilhelm Möller-Christensen satte Varnhemsbenet i samband med osteologiska fynd från Øm kloster, där flera örben hade avtryck efter snören/remmar/trådar. Möller-Christensen

562. Även om ytterligare exempel än de jag funnit publicerade kan finnas, visar spridningsbilden att Varnhemsplåten ingick i en mer utbredd praktik.

563. Janssens 1987; Roberts 2002b; Gilchrist & Sloane 2005, s. 103f.; e-postkorrespondens med Jillian Greenaway, Reading Museum, 2010-12-03.

564. Eng. *rotary fracture*.

565. Knüsel et al. 1995, s. 380.

566. Gilchrist & Sloane 2005, s. 103f.

567. Hallbäck 2004, s. 158; Roberts & Manchester 1997, s. 97; Gilchrist & Sloane 2005, s. 103.

568. Gilchrist & Sloane 2005, s. 103f.

569. Ibid., s. 103f.

tensen menade att dessa avtryck var spår efter fastsnörda kopparplåtar, av samma typ som Varnhemsplåten.⁵⁷⁰ Benen med snöravtryck bär, menade Møller-Christensen, spår efter syfilis i långt gånget skede. Syfilis kan orsaka stora och djupa mjukdelssår, vilka kan leda till kronisk inflammation som i framskridet skede kan påverka benvävnaden. Det är dock svårt att förstå den bakomliggande argumentationen hos Møller-Christensen och varför man skulle behandlat öppna sår genom att snöra dem så hårt att den underliggande benvävnaden skadades.

Om man ser till det sammantagna materialet stärks snarare intrycket av att plåtarna kan sättas i samband med kroniska inflammationer, snarare än frakturer, men det finns inget som talar för att plåtarna avsågs *behandla* inflammationerna. Plåtarna kan i själva verket lika gärna, menar jag, ha varit dessas upphov. Det är signifikant att plåtarna huvudsakligen påträffas på individer vid religiösa institutioner, som regel kloster. En alternativ tolkning av plåtarna, som kan vara värd att fundera över, skulle därför kunna vara att de inte alls är uttryck för läkekonst, utan istället är en form av cilicier. Att bära en metallplåt hårt bunden runt arm eller ben (med hjälp av snören, textil eller läder), vilken successivt snörs allt hårdare runt lemnen, har kunnat fungera som späkning. De många fallen av kroniska inflammationer under plåtarna skulle på så vis förstås som en konsekvens av plåtarnas applicering, snarare än dess orsak. Fynden av läkande örter och djurhår under vissa plåtar motsäger inte detta. Om plåtarna snördes för späkning var inte deras syfte att förorsaka individen allvarliga skador, utan att hämma den fysiska sinnligheten och påminna sig om Jesu lidande. Örterna och djurhåren kan ha avsett att lindra och läka de inflammationer som ibland förefaller ha uppstått. Den successiva förtviningen av den underliggande muskelvävnaden som blivit följden har möjligen gått längst i Varnhemsmannens fall. Plåten ligger idag så tätt intill benet att det verkar som om så gott som all muskulatur förtvinat. Man måste dock även tänka att plåten kan ha tryckts ihop ytterligare runt benet under sina hundratals år i jorden. Den benpålagring som bildats vid Varnhemsplåtens skarv visar emellertid att mannen burit plåten ordentligt åtsnörd under lång tid.

Kommentar till Varnhems materialet

Sammansättningen av artefakter från Varnhem är lik den från Alvastra, men det finns även skillnader. Här finns, precis som i Alvastra, salvekrus, skedsonder och kyretter, skalpell och åderlättningsjárn samt pincetter av olika former, vilka huvudsakligen inte är användbara för epilering. Kyretterna och sonderna är specialiserade och ingår i en

materiell kulturtradition med rötter söderöver på kontinenten. De snirkliga miniatyrskedarna i kopparlegering, tillsammans med det lilla knippet, är uttryck för en elegans med materiella paralleller i den materiella kultur som användes för hygieniska ändamål i England. Det är inte troligt att de tillverkats i Sverige.

Materialet från Varnhem har dock en något svagare kirurgisk karaktär än materialet från Alvastra. Antalet skalpeller är relativt sett färre och här finns inte heller något brännjárn. Åderlättningsjärnen är rena åderlättningsjárn, utan kirurgisk hake. Kopparplåten har enligt min mening inte med läkekonst att göra, annat än möjligen religiöst magisk sådan.

Rum för vård i Varnhems kloster

De fynd från Varnhem som kan belysa läkekonst och hygienisk praxis har en sydostlig spridning i klosterområdet. Ett undantag från detta är fyra föremål påträffade i kapitelsalen. Några föremål har även påträffats i cellariet i västra längan (ett åderlättningsjárn och en pincett). Flera av de intressantaste föremålen har dock en otvivelaktig kontext genom att vara påträffade i stora vattenkanalen, utan närmare precision. Dessa fynd kan ha transporterats lång väg med avloppsvattnet i kanalen, vilket rann från öst till väst. Vattenkanalen löper genom hela södra delen av klostret. Samtidigt som vattenkanalen visserligen gör den rumsliga fyndpositionen vag, är det intressant att notera att av de mest speciella och tydligt läkekonstanknutna föremålen är en tredjedel påträffade just i stora vattenkanalen.

Om klostrets vattenledningssystem står det i ett PM från 1930 att "Klosterbyggnaderna ha haft 2:ne vattenledningssystem. Det ena med tryckvatten i blyrör, som bland annat passerat genom lavabon och köket. [...] Det andra systemet var en öppen, av kalksten byggd kanal, som kom från klostrets kvarn och passerade under abbotshuset, söder om östra längan, Refektoriet och köket och under västra längans sydligaste rum."⁵⁷¹ Den stora vattenkanalen var cirka en meter bred. Där den inte passerade genom byggnader har den troligen inte varit övertäckt, utan öppen. Den har på sina ställen haft ett tämligen kraftigt fall – inom det så kallade abbotshuset runt en meter – och bör alltså ha haft ett ordentligt flöde. Det är därför inte förvånande att ett relativt stort antal småfynd påträffades i kanalen – den fungerade som avlopp och för bortförsel av smuts och skräp i klostrets södra delar.⁵⁷² Det är av intresse att notera det faktum att kanalen dock rinner genom en enda byggnad, nämligen den så kallade "sydöstra flygeln" eller "abbotshuset" (även om anknypningar till kanalen

571. PM till Riksantikvarien 1930, s. 8, i kapsel för Varnhems kloster, ATA.

572. Forssén 1937, s. 35.

570. Møller-Christensen 1941, s. 28f. Se även Sjövall i Isager 1936, s. 112ff., vilken behandlar benen i fråga.

fanns även till östlängans sydligaste rum, lavabon, köket och cellariets södra del). Forssens tolkning är att vattenströmmen använts för att driva exempelvis svarvhjul i anslutning till hantverksrummet i "abbotshusets" nordöstra hörn.⁵⁷³ Detta är naturligtvis en möjlig förklaring, men i detta sammanhang är det av intresse att påpeka att även infirmarier behövde god tillgång till vatten för hygien och medicinska bad, och de facto ofta var försedda med sådana, som redan nämnts i diskussionen om Alvastra kloster.

Det finns flera byggnader som kan komma i fråga i diskussionen om var infirmarier i Varnhem kan ha legat. Den aktuella byggnadens ("abbotshusets") norra del var i bottenvåningen indelad i tre rum, medan dess södra del bestod av ett långsmalt rum. Dit hade man tillgång från den korridor i byggnadens västra del som förband huset med klostrets östra länga.⁵⁷⁴ Det framgår inte vad Forssens tolkning av sydostflygeln som abbotshus grundar sig på, men troligen är det på arkitektoniska paralleller, precis som i Alvastras fall. Två föremål med medicinsk anknytning är påträffade i det så kallade abbotshuset: en pincett i vattenkanalen genom huset och en skalpell i det nordöstra rummet som tolkades som verkstad.

I munkarnas samlingsal (auditoriet) är den lilla instrumentuppsättningen, en miniatyrsked och den största pincetten påträffad. En annan miniatyrsked påträffades i kapitelsalen och en skedsond i refektoriet. I det i Specialkatalogen omnämnda "sydosthuset" påträffades ett åderlätningsjärn.⁵⁷⁵ Byggnaden söder om östra längan undersöktes endast delvis, men man kunde konstatera att den har varit sex meter bred och minst 15 meter lång. Den har haft en korridor utmed delar av östra väggen, vilken varit försedd med en eldstad i norr och sittbänkar utmed östra innerväggen. I östra väggen har även funnits flera nischer. Golvet har varit av kalksten, och det verkar tydligt att byggnaden har varit avsedd att bo i.⁵⁷⁶

Varnhems klosterplan har stora likheter med Æbelholt klostrets i Danmark. Söder om östra längan i Æbelholt ligger ett byggnadskomplex som Vilhelm Møller-Christenson har tolkat som klostrets kanikinfirmarium.⁵⁷⁷ Detta består av en byggnad med nordsydlig sträckning, likt den ovan beskrivna i Varnhem. Till dess norra del hör ett kapell, sammanbyggt med infirmarielängan, men med östvärlig orientering, som sig bör. I Æbelholt finns även en bygg-

nad öster om klostret, genom vilken vattenkanalen löper. Denna tolkades av arkitekten Schultz, vilken var involverad i undersökningarna av klostret, som en byggnad med toalett- och hygieninrättningar. Han menade att en gång hade lett till huset från munkarnas dormitorium på andra våningen i östra längan och såg däri paralleller med "mange udenlandske klostre".⁵⁷⁸ Vilhelm Møller-Christensen, också involverad i projektet och specifikt intresserad av läkekonsten vid klostret, tolkade istället byggnaden med vattenkanalen som kvarnbyggnad och den nämnda byggnaden söder om östlängan som infirmarium.⁵⁷⁹

Jag menar att en lika rimlig tolkning av "sydöstra flygeln" i Varnhem som abbotshuset är att den fungerat som infirmarium. Detta grundar jag dels på artefakternas spridning i byggnadens närområde, dels på det faktum att vattenkanalen leder genom byggnaden men också på arkitektoniska paralleller som visar att även infirmarier kunde ha denna placering.⁵⁸⁰ Det faktum att klostrets munkar i möjligaste mån förväntades leva enligt klosterreglerna även under sin tid i infirmariet stärker tolkningen att det interna infirmariet låg i en byggnad i nära anslutning till resten av klostret. Genom den korridor som förband östra längan med den sydöstra flygelns södra rum kunde dessutom infirmariern obehindrat röra sig mellan köket, calefactoriet och infirmariet, vilket var nödvändigt i hans löpande ärenden. Den byggnad som ligger omedelbart söder om kanalen och som sträcker sig i nordsydlig riktning är emellertid också mycket intressant i sammanhanget och motsvarar alltså läget för Æbelholt klostrets infirmarium.⁵⁸¹

Vreta kloster

I Vreta fanns ett cisterciensiskt *nunnekloster* åtminstone från och med 1160-talet, men flera forskare menar idag att det fanns ett kloster på platsen redan vid sekelskiftet 1100. Huruvida det var ett munk-, nunne- eller dubbelkloster och vilken orden det i så fall kan ha tillhört (cisterciensorden eller möjligen benediktinorden) diskuteras.⁵⁸²

Vreta kloster var, inte minst under sitt tidiga skede, välförsett i fråga om materiellt välstånd och rikt i termer av donationer till institutionen. Bland nunnorna fanns dessutom många ur samhällets översta socioekonomiska skikt.⁵⁸³ År 1405 fanns i klostret 30 nunnor och 1462 35 stycken, vilket får betraktas som ett relativt stort antal invånare för att vara ett nunnekloster. Askeby kloster hade vid samma tid 21 nunnor. Siffrorna kan jämföras

573. Ibid., s. 35.

574. PM till Riksantikvarien 1930, s. 8, i kapsel för Varnhems kloster, ATA.

575. Jfr Sigsjö 1979, s. 125f., 144ff. Det är oklart om man med "sydosthuset" avser samma byggnad som den "sydöstra flygeln", det vill säga det som tolkades som abbotens bostad, eller det separata huset söder om vattenkanalen i höjd med östra längan, eller möjligen byggnaden i sydöst *utanför* den yttre klostermuren. Den senare tolkades dock som ett kapell.

576. Sigsjö 1979, s. 125f.; Karlsson & Sigsjö 1987, s. 19.

577. Møller-Christensen 1958, s. 98 fig. 24, s. 107.

578. Møller-Christensen & Roussel 1957, s. 15.

579. Møller-Christensen 1958, s. 106ff.

580. Swartling 1969, s. 141f.

581. Jfr Karlsson & Sigsjö 1987, s. 23.

582. Nyberg 2000, s. 153, 181ff.; McGuire 2010, s. 244; Nilsson 2010.

583. Andersson 2006, s. 165ff.

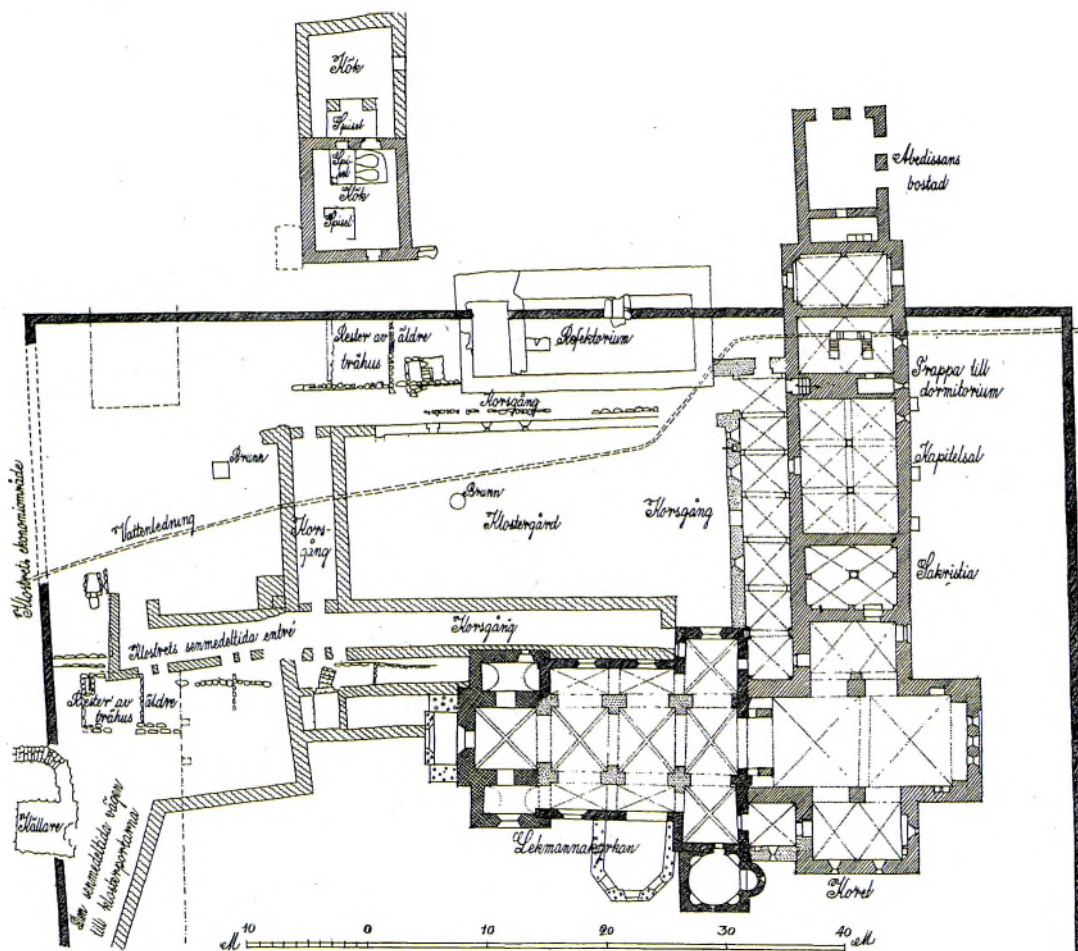


Fig. K146: Plan över Vreta kloster i Curman & Lundberg 1935, fig. 124. Klosterhuset ligger utanför planen till väster.

med att bortåt 50 % av de engelska nunneklostren hade högst tio nunnor.⁵⁸⁴ Vreta kloster bestod ända fram till 1580-talet och var ett av de kloster som överlevde längst efter reformationen.⁵⁸⁵

De mest omfattande arkeologiska undersökningarna av Vreta kloster utfördes mellan 1915 och 1926 under ledning av konsthistorikern och kyrkorestauratören Sigurd Curman och konsthistorikern och arkitekten Erik Lundberg. Undersökningarna var främst konst- och arkitekturhistoriskt motiverade, men viss arkeologisk dokumentation gjordes och fynd samlades in i någon mån. Curmans och Lundbergs undersökningar förefaller att på sina ställen ha nått orörd marknivå, medan kulturlager på andra ställen kan antas finnas kvar. Sannolikt nöjde man sig som regel med att frilägga tydligare konstruktioner för att dokumentera och renovera dessa och stannade sedan där. Delar av Curmans och Lundbergs resultat publicerades i en skrift

om Vreta klosters kyrka.⁵⁸⁶ Mindre undersökningar har företagits senare, men dessa har inte genererat något för den här studien relevant fyndmaterial.

Vreta kloster bestod av en rektangulär klostergård med östvästlig sträckning och en mindre, kvadratisk innergård väster om denna (fig. K146). Kring den östra klostergården löpte en korsgång. I söder låg kyrkan och i öster en östlig länga med sakristia, kapitelsal samt några ytterligare rum. Längst norrut låg det man tolkat som abbedissans bostad och på övervåningen i längan låg dormitoriet. I norr och väster förefaller regelrätta klosterlängor ha saknats och bebyggelsen istället bestått av mindre hus. Norr om klostergården fanns bland annat ett refektorium och mindre trähus, vilka bland annat tolkats som friliggande köksbyggnader. Väster om den västra korsgången har den kvadratiske innergården funnits, samt mindre byggnader som troligen varit byggda i trä. Möjligen har dessa hyst

584. Rajamaa 1992, s. 101.

585. Berntson 2010, s. 369ff.

586. Curman & Lundberg 1935.



Fig. K147: Det så kallade klosterhuset vid Vreta kloster, sett från nordöst. Foto den 18 juni 2011.

konverser samt fungerat som ekonomibyggnader. Den kvadratiske innergården har haft en brunn i sydöstra hörnet. En bit sydväst om den västra innergården står ännu det så kallade "klosterhuset"; en större stenbyggnad som i senare tid kommit att kallas *Stenmuseet*, eftersom stenmaterial från klostret nu är utställt där (fig. K147).⁵⁸⁷ Det är en stor och mycket påkostad byggnad med kryssvalv liknande dem i högkoret i klosterkyrkan.⁵⁸⁸ Genom hela den norra delen av klosterområdet löper en vattenkanal. Denna börjar flera hundra meter öster om klosteranläggningen och passerar därefter ett av de nordligare rummen i östra längan, snett över klostergården, västra korsgången och över den västra innergården samt norr om det så kallade *klosterhuset*.⁵⁸⁹

Äldst är de östra delarna av kyrkan, östra längan samt delar av köksflygeln. Kyrkan utvidgades senare åt väster och under 1200-talet valvslogs den. Samtidigt byggdes den östra korsgången. Under andra hälften av 1200-talet byggdes även det så kallade klosterhuset. Övriga byggnader har menats vara senmedeltida konstruktioner.⁵⁹⁰ Vretas klosterplan skiljer sig från Gudhems genom att sakna en

tydlig, av stenbyggnader omgärdad klosterkvadrant. Likheter finns istället med Vårfruberga kloster, med dettas inre klostergård och yttre ekonomigård, men orienteringen är annorlunda och Vretas struktur är ännu mer oregelbunden än Vårfrubergas.

Som en följd av Curmans och Lundbergs huvudsakligen arkitekturhistoriska intressen kom den arkeologiska dokumentationen att bli sekundär i förhållande till den arkitektoniska. Det rutnät som förefaller ha upprättats över klosterområdet syftade sannolikt primärt till att underlätta dokumentationen av murverk och andra konstruktioner. Ändå förefaller det som att man i viss mån hade ambitionen att dokumentera den geografiska och stratigrafiska tillhörigheten för de fynd man tillvaratog. En fyndkontext kan till exempel vara angiven som "V om klosterbyggnaden, ruta 5, undre lager". Man har alltså i någon mån separerat stratigrafiska enheter.⁵⁹¹ Den arkeologiska dokumentationen är dock till stor del förlorad. Inga planer över rutnät, förteckningar över lager eller fältdagböcker med beskrivningar som nyckel till de kortfattade kontextangivelserna i fyndkatalogen finns bevarade. Uppgifter om huruvida de omnämnda lagren tolkades som omrörda eller avsatta saknas nästan helt. En stratigrafisk-kronologisk analys låter

587. Ca 28,5 x 9 m, med en yta om cirka 255 m².

588. Curman & Lundberg 1935, s. 183; Tagesson 2007, s. 29.

589. Ett av de nordliga rummen har av Göran Tagesson 2010, s. 81ff tolkats som ett möjligt baptisterium, men även andra funktioner har föreslagits.

590. Ibid., s. 180ff.

591. SHM, Specialkatalog i Sök i samlingarna, under inventarie-nummer 18011.

sig därför inte göras. Däremot finns det en viss, om än begränsad, möjlighet att diskutera rumslig spridning.⁵⁹²

Artefaktmaterialet från Vreta

Föremålen från Vreta är drygt 20 stycken.⁵⁹³ Drygt hälften av dessa utgörs av epileringspincetter, vilket alltså skiljer materialet markant från materialen från Alvastra och Varnhem.

KIRURGISK HAKE

Det mest speciella föremålet är ett litet kirurgiskt instrument i form av en skarp hake i brons (fig. 42, kap. 2.1.7.).⁵⁹⁴ Den är unik i svenska historiska arkeologiska samlingar, med undantag från ett fynd från centrala Lund. Den yttersta delen av handtaget är avbruten, men den andra änden är helt bevarad. Den lilla kroken är skarp och ganska vass och cirka en centimeter djup. Tyvärr ger uppgifterna om dess fyndsammanhang ingen närmare upplysning om när eller var i klostret den kan ha varit i bruk. Den påträffades vid norra delen av kyrkogårdsmuren ("i och under dess norra del").

ÅDERLÄTNINGSJÄRN

Det finns två åderlätningsjärn från klostret. SHM 18011:280 är av enkel men klassisk form där skaftet är upprullat i en greppögla och saknar stopp framtill (fig. K148). Det påträffades i Ragnvald Knaphövdes gravkor, Grav II. SHM 18011:245 är ovanligt elegant (fig. 33a, kap. 2.1.5.). Den upprullade änden har utformats som ett hjulkors och järnet har ett kort, trubbigt utskott framtill. Det påträffades på Lilla Klostergården, i fyllningen i brunnen, andra kollagret. Eggarna är på båda järnen tillhör de mindre. De är 0,3–0,4 cm breda vid basen och ungefär lika långa och liknar i storlek järnen från Alvastra kloster.

SALVEKRUS OCH APOTEKSKÄRL

Det finns fem salvekrusskärvor från Vreta kloster med dateringar till medeltiden (fig. K149). Fyra är av brunglaserat stengods och en av oglaserat lergods. SHM 18011:211 och SHM 18011:299 kan möjligen ha en datering till andra hälften av 1200-talet, och de övriga till 1300-talet. De visar kärl med låga svagt utvinklade mynnningar och ett par av dem har närmast toppiga bukar. Tre av de medeltida skärvorna påträffades väster om klosterbyggnaden,

592. Bergqvist 2010.

593. Materialet förvaras idag på Statens historiska museum. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Linnémagasinet och Centralmagasinet den 1–11 april 2008 samt 2–5 mars 2009.

594. SHM 18011:398a:1.



Fig. K148: Åderlätningsjärn från Vreta kloster (SHM 18011:280).



Fig. K149: Salvekrusskärvor och apotekskärlskärva från Vreta kloster (SHM 18011:211; 18011:299; 18011:145; 18011:400; 18011:27; 18011:217).

en i västra korsgången och en öster om klostret.⁵⁹⁵ Utöver dessa fem finns en skärva av ett kärl med cylindrisk, albarelloinspirerad form som typologiskt bör dateras till tidigast det sena 1500-talet och alltså tillhör klostertidens absoluta slutskede (fig. K149).⁵⁹⁶ Den påträffades öster om köksflygeln i en igenfylld brunn.

PINCETTER

Det finns mellan tio pincetter (fig. K150 och fig. 23, kap. 2.1.3.). Ytterligare två är noterade, men inte avbildade, i Specialkatalogen och har därför inte varit möjliga för mig att ta ställning till.⁵⁹⁷ De är varierande till sin utformning och därmed delvis till sin funktion, även om de flesta förefaller vara epileringspincetter. Samtliga pincetter förefaller vara påträffade i kontexter från klostertiden, i flera fall i vad som i dokumentationen från undersökningarna benämns "undre lager".⁵⁹⁸ Det är därför troligt att de huvudsakligen ska knytas till klostrets tidiga skede, en period då epileringspincetter generellt sett var vanligare.

595. Påträffade V om klosterbyggnaden, ruta 19; på kyrkogården, Ö om klostret, jordlager med mycket kol, botten är mor brandlager; V om klosterbyggnaden, S om Ö dubbelporten, övre kollager; V om klosterbyggnaden, område 3, översta lagret; korsgången, V delen, SÖ hörnet, omedelbart under kollagret respektive V om klosterbyggnaden, ruta 19, myllan ovan brandlager och golv.

596. SHM 18011:217.

597. Två stycken, SHM 18011:Z3 och 18011:280, är dokumenterade i Specialkatalogen men förefaller vara förkomna. I SHM:s fynddatabas är även 18011:219 registrerad som pincett men det är troligen en torne till ett spänne och därför inte medtagen i detta arbete.

598. Påträffade N om Ö klosterlängan, myllans undre lager; V om klosterbyggnaden, ruta 19; klostergården, V 1/4, under murarnas



Fig. K150: Några av pincetterna från Vreta kloster (SHM 18011:60; 18011:211 [2 st]; 18011:265:1).

SHM 18011:265:1 är av järn och har helt raka, parallella skänklar och raka skänkelspetsar. De övriga är av kopparlegering. SHM 18011:200 har raka skänklar som smalnar något mot spetsarna och raka spetsar för tätslutande grepp.⁵⁹⁹ SHM 18011:211 (2 stycken med detta nummer), SHM 18011:126:2, SHM 18011:398A och SHM 18011:60 har svagt böjda skänklar och raka skänkelspetsar. De båda pincetterna SHM 18011:211 har ornamentik över hela skänklarna.⁶⁰⁰ De kan ha använts till exempelvis extraktion och för fixering av hud och vävnader vid kirurgiska ingrepp.⁶⁰¹ Spetsarna lämpar sig dock inte för epilering. SHM 18011:126:2, SHM 18011:398A och SHM 18011:60 har raka skänkelspetsar och inbördes liknande form, men olika storlek. SHM 18011:60 har dock smalare skänklar. De liknar pincetter som Möller-Christensen tolkar som kirurgiska pincetter och epileringspincetter.⁶⁰² De återstående pincetterna är också av kopparlegering, men har mer kraftigt svängda skänklar. Två har mjukt svängda skänklar och två har

vinklade. SHM 18011:127:4 och SHM 18011:G är mjukt svängda och har även förhållandevis långa halsar mellan de svängda skänklarna och öglan. De kan knappast ha använts för extraktion, eftersom greppet är för trubbigt, men väl för epilering och möjligen för fixering. SHM 19787:17 har kraftigt vinklade skänklar, men med parallella spetsar för ökad gripyta. Typen är förhållandevis ovanlig.

Kommentar till Vretamaterialet

Materialet från Vreta har en annan karaktär än materialet från de båda manliga cisterciensklöstrer. Flera föremålskategorier, framför allt miniatyrskedar, sonder, kyretter, brännjärn och skalpeller, det vill säga många av de mer specialiserade instrumenten, saknas. Den kirurgiska haken står emellertid ut i svenska sammanhang och man kan fundera över hur det kommer sig att den finns just i Vreta, där materialet i övrigt inte vittnar särskilt om kirurgisk aktivitet eller annan läkekonst (medikamentskärl undantaget). Hade den påträffats i Alvastra eller Varnhem hade den naturligtvis fortfarande varit lika unik för svenska förhållanden, men den hade ingått i ett sammanhang med flera andra mer specialiserade medicinsk-kirurgiska föremål, vilket hade gjort den mer förklarlig. I Vreta framstår den som ett udda föremål. Regner har pekat på att den materiella kulturen i Vreta på flera olika sätt skiljer klosteret från andra svenska nunnekloster och jag kan bara konstatera att den kirurgiska haken utgör ännu ett exempel på det.⁶⁰³ Salvekrusen är, liksom åderlättningsjärnen, många i förhållande till den totala fyndmängden. Pincetterna är dock den största fyndgruppen och är, till skillnad från pincetterna från de manliga institutionerna, huvudsakligen epileringspincetter, även om flera av dem kan ha använts även till annat. Detta ska förmodligen förklaras med det tidigmedeltida kvinnomodet att epilera kroppsbe håring (framför allt i ansiktet); en praktik som alltså förefaller ha upprätthållits i klosteret.

Om man jämför med materialet från Gudhems kloster, är likheterna stora. Både Vreta- och Gudhemsmaterialet måste emellertid betraktas som blygsamma om man jämför med de stora manliga klöstrer. Från Alvastra finns ett större antal föremål och föremålsvariation och även Varnhem visar på en större variation. Skillnaden är så tydlig att det finns anledning att fundera över den, vilket görs i kapitel 4.4.3.

Rum för vård i Vreta kloster

För de flesta föremålen finns någon form av fyndplats angiven.⁶⁰⁴ Av dessa är sex föremål (tre salvekrusskärvor och tre pincetter) funna "Väster om klosterbyggnaden", tre pincetter i "Lilla klostergården" (dvs. väster om klost-

footnivå; kyrkogårdsmuren, i och under dess norra del; refektoriekällaren, norr därom, under myllan, källarens fyllning; klostergården, Ö om lavabo; [fyndomständighet saknas]; lilla klostergården, SV hörnet, understa lagret; kyrkogården, öster om klosteret, NÖ hörnet, jordlagret omkring kollagret; kulturlager i källare i prästgården, 1–2, 2 m under trossbotten.

599. Utställd i monter i Vreta klosterkyrka och har därför inte kunnat dokumenteras fullständigt.

600. Pincett 18011:280 ser på bilden i Specialkatalogen ut att ha liknande utformning men uppges vara av järn.

601. Jfr Möller-Christensen 1938, fig. 124, 132, 168, 223, 239 och 240.

602. Jfr *ibid.*, fig. 124 och 174.

603. Om den avvikande materiella kulturen, se Regner 2010.

604. Specialkatalogen för undersökningarna i Vreta kloster.

rets huvudbyggnader), ett i "Västra klosterbyggnaden", en salvekrusskärva i västra delen av korsgången, en pincett i västra delen av klostergården samt en pincett i en källare i prästgården (strax NV om klostret), under trossbotten. Majoriteten av föremålen har alltså en västlig fyndplats. En jämförelse mellan platsangivelserna för samtliga fynd från den arkeologiska undersökningen (dvs. inte endast de som är av intresse i denna studie) ger vid handen att det område som benämns "Väster om klosterbyggnaden" med största sannolikhet avser området väster om hela det centrala byggnadskomplexet.

De västra regionerna av klosterområdet var det område där flest människor med skilda uppgifter torde ha rört sig. Det rymde framför allt bebyggelse tolkad som klostrets ekonomibygnader och möjligen bostad för leksystrarna, det så kallade *klosterhuset* (nuvarande stenmuseet) samt lämningar som tolkades som klostrets entré från 1400-talet.⁶⁰⁵

I området "väster om västra klosterlängan" (oklart hur det skiljer sig från "Lilla klostergården", som låg här) var kulturlagren emellertid, enligt uppgift, endast obetydliga. Området tolkades därför av Lundgren som ett under medeltid lågutnyttjat område.⁶⁰⁶ Mest aktivitet bör istället ha försiggått i sydväst, där ekonomibygnaderna och klosterhuset låg. En genomgång av samtliga fyndplatsangivelser i fyndkatalogen visar att flest fyndenheter totalt sett har tillvaratagits i området "Väster om klosterbyggnaden". Det är alltså troligt att tyngdpunkten av även medicinska artefakter där speglar den allmänna fyndtätheten. Oberoende av det kan man emellertid även tänka sig att det var där, i den öppnare delen av klostret, med dess större genomströmning av människor, som eventuella utifrån kommande sjuklingar togs om hand, om sådan aktivitet förekom.

Jag har inte funnit några skriftliga belägg för ett externt infirmarium (dvs. sjuk- och gästhus) av mer påkostat slag vid Vreta kloster. Vi vet emellertid att klostret hyste invånare per procent. Rent hypotetiskt skulle det så kallade *klosterhuset*, strax väster om själva klostret, mycket väl ha kunnat fungera som sjuk- och gästhus.⁶⁰⁷ Strax norr om detta löpte klostrets vattenkanal. Rinnande vatten och fungerande avlopp var, som redan framhållits, väsentligt för funktionen av klosterinfirmarier. I dagsläget finns inte underlag för en utförlig argumentation för att "klosterhuset" ska ha haft en funktion som infirmarium, inklusive härbärg och möjligen proventsbostad. Det är dock fullt möjligt och kan vara ett intressant alternativ till tolkningen som sädesmagasin.

Gudhems kloster

Man vet att Gudhems nunnekloster existerade 1175, då det omnämns i en påvlig bulla. Enligt traditionen grundades det 1161. Precis som Vreta kan det inledningsvis ha följt benediktinsk regel, för att senare, när cisterciensordern väl började tillåta kvinnliga institutioner i början av 1200-talet, övergå till denna.⁶⁰⁸ Klostret drog i sitt inledningskede till sig många av stormannaätternas döttrar och även fortsättningsvis visade kungligheter intresse för klostret, inte minst när drottning Katarina donerade omfattande egendomar 1250. Under en tid i mitten av 1300-talet (omkring 1340 – slutet av 1350-talet) bodde nunnorna på en gård, Rackaby, donerad av Magnus Eriksson, istället för på själva klostret. 1529 eldhärjades klostret svårt och därefter förföll det.⁶⁰⁹

Klostret är framför allt undersökt under ledning av konsthistorikern Stig Roth och hans assistent Olof Hedén. Undersökningarna pågick några månader per sommar mellan 1926 och 1950. Undersökningsmetoden var förhållandevis noggrann, med uppdelning av kulturlagren i meterrutor, iakttagande av vissa stratigrafiska enheter, sållande av jorden och inmätning av vissa ("mera värdefulla") fynd i höjddled.⁶¹⁰ Dessvärre finns inte mycket av denna dokumentation bevarad, med undantag för ett omfattande fotomaterial samt vissa planritningar. Det finns även en illustrerad fyndkatalog, med kontextuella uppgifter.⁶¹¹

Gudhems kloster bestod av en väst-, en nord- och en östlänga kring en klostergård omgiven av en korsgång (fig. K151). I söder begränsades denna av kyrkan. Dessutom fanns en större byggnad med öst-västlig orientering en bit sydöst om kyrkan, vilken förbands med denna genom en mur.⁶¹² Av dessa strukturer var kyrkan, som fungerat som kungsgårdskyrka, först på platsen. Den menas ha byggts under förra hälften av 1100-talet. Under andra hälften av 1200-talet byggdes den södra korsgången. I nästa skede tillkom den östra längan, med kapitelsal, parlatorium och cellarium med underliggande källare i bottenväningen och med dormitorium i överväningen, samt det separata huset sydöst om kyrkan, i utkanten av det hägnade klosterområdet. I ett sista byggnadsskede tillkom resten av korsgångarna, norra klosterlängan med vad som tolkats vara abbedissans bostad, refektoriet, köket med vattenränna från brunnen på klostergården samt en ekonomibygnad. Även västlängan ska ha tillkommit vid denna tid.⁶¹³

608. Roth 1973, s. 13f.; Regner 2005, s. 58; Fägerlind 2007, s. 63.

609. Andersson 2006, s. 27; Fägerlind 2007, s. 65.

610. Roth 1973, s. 19.

611. Förvaras f.n. på SHM; se även Roth 1987, där kontextuppgifterna dock saknas.

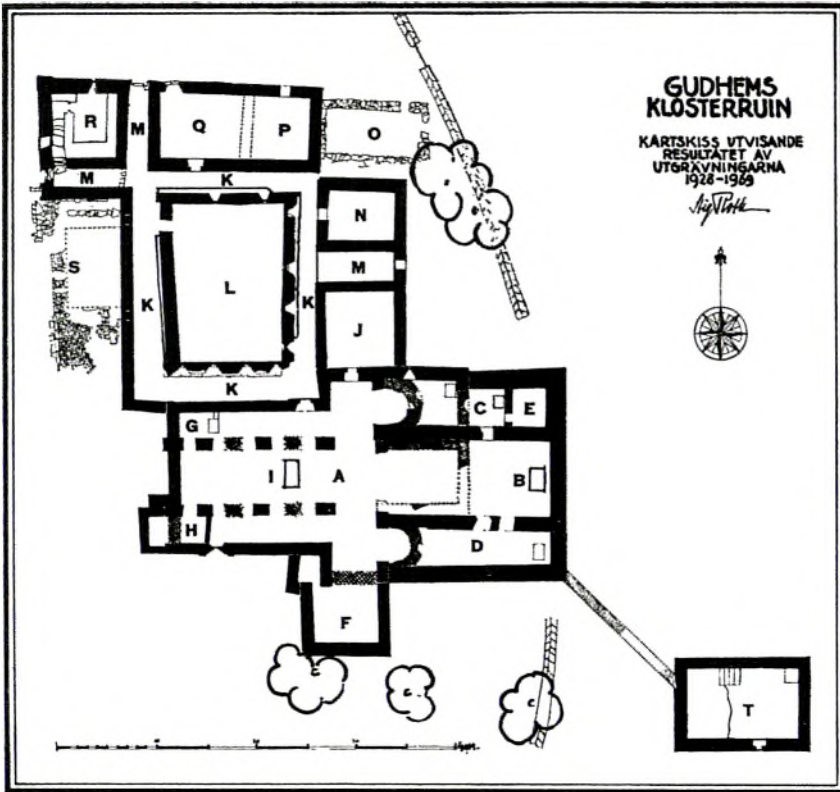
612. Av Roth kallat "Östra huset".

613. Roth 1973, s. Karlsson 2000; Regner 2005, s. 112f. Regner ifrågasätter dock om leksystrar funnits i klostret (2005, s. 113).

605. Curman & Lundberg 1935, s. 181ff.; Specialkatalogen för SHM Inv.nr. 18011.

606. Lundberg (?) opubl. s. 23.

607. Stenmuseet; ofast tolkat som spannmålsmagasin, t.ex. Curman & Lundberg 1935, s. 183.



Klosterruinens olika delar betecknas:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| A äldre kyrkan (med de under
golv dolda murarna sgraf-
ferade) | J Kapitelsalen |
| B presbyterium; högaltaret | K Korsgången |
| C Norra sidokoret | L klostergården |
| D Södra sidokoret | M förstugor |
| E sakristian | N Cellarium |
| F Södra kapellet | O ekonomibyggnad (grunder) |
| G Nordvästra kapellet | P kök |
| H Sydvästra kapellet | Q Refektorium |
| I Helga Korsaltaret | R abbedissans bostad |
| | S konverslängan (grunder) |
| | T Östra huset |

Fig. K151: Plan över Gudhems kloster, i Roth 1973, s. 10.



Fig. KI52: Skalpellen från Gudhems kloster (SHM 23950:1937:124).

Det finns goda förutsättningar att arbeta rumsligt kvalitativt med artefakterna från Gudhems kloster. Undersökningssyftorna delades in i rutor och fyndruta finns noterad för de flesta fynd i Roths delvis illustrerade fyndkatalog. Planer över rutnätet och murarna finns bevarade, liksom de mycket kortfattade redovisningar till riksantikvarien som gjordes löpande under de år undersökningarna pågick.⁶¹⁴ En kronologisk analys är däremot inte möjlig. Fynden är inmätta i höjddled, men i övrigt är stratigrafisk eller kronologisk kontext inte angiven.

Artefaktmaterialet från Gudhem

Föremålen från Gudhem är ungefär lika många som från Vreta; knappt 20 stycken.⁶¹⁵ Huvudparten utgörs av pincetter, men av ett annat slag än de som påträffas i Vreta – det är inte epileringspincetter.

SKALPELL

Det finns en trolig skalpell, SHM 23950:1947:124, vilken är mycket lik skalpellen från Varnhems kloster (fig. KI52). Spetsen är romboid och eggen rak. Bladet är emellertid hela 0,3 cm brett över ryggen mot tången till, vilket gör bestämningen som skalpell något osäker, även om bladformen och storleken i övrigt är mycket bra. Kniven påträffades på en gravs lockhäll och förefaller alltså ha en tydligt sekundär fyndkontext.

KYRETT OCH LANSETT

Gudhem saknar, liksom Vreta, helt miniatyrskedar i form av örslivar och skedsonder. Däremot finns det ett kirurgiskt instrument, SHM 23950:1930:265, som är en kombinerad liten lansett/rispare och kyrett (fig. 51, kap. 2.1.8.). Knivbladet är lansettformat och eneggat. Kyrettbladet är långsmalt och skarpt. Skaftet är spiralvridet, så som det var på många kirurgiska och medicinska instrument. Ett liknande instrumentet finns från Varnhem.⁶¹⁶ Gudhems-

614. Specialkatalogen finns år 2010 på SHM, medan resten av materialet finns på ATA.

615. Materialet förvaras på Statens historiska museum. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Linnemagasinet och Centralmagasinet den 1–11 april 2008 samt 2–5 mars 2009. Inventarienummer SHM 23950.

616. SHM 18393:548.

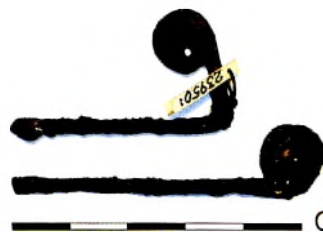


Fig. KI53: Åderlättningsjärn från Gudhems kloster (SHM 23950:1948:111 och 23950:1943:2).



Fig. KI54: Salvekrus från Gudhems kloster (SHM 23950:1929:669).

föremålet är påträffat i klostrets nordvästra rum, vilket har förmodats vara abbedissans bostad.

ÅDERLÅTNINGSJÄRN

Det finns ett par föremål som skulle kunna vara åderlättningsjärn, SHM 23950:1943:2 och 23950:1948:111 (fig. KI53). Själva eggarna är dock bortvittrade eller avbrutna, varför en säker bestämning inte är möjligt. Är det åderlättningsjärn rör det sig om små/fina sådana, av ännu mindre storlek än järnen från Vreta och Alvastra. Föremålen är mycket snarlika varandra, med ovanligt långsmala skaft som slutar i en upprullad ände. Kontextuppgift finns bara för SHM 23950:1943:2 och det är påträffat i södra korsgången.

SALVEKRUS

Det finns endast ett salvekrus, SHM 23950:1929:669 (fig. KI54). Det är intakt så när som på en del av hanken. Det är tillverkat i stengods som är glaserat in- och utvändigt. Det har smal fot och svagt utsvängd mynning. Kärlet påträffades i mittkoret i kyrkan.

PINCETTER

Pincetterna utgör den ojämförligt största delen av det här presenterade källmaterialet. En knapp tredjedel av dem har raka skänkelspetsar (fig. KI55). SHM 23950:1947:171, SHM 23950:1947:174 och SHM 23950:1948:134 har kraftigt svängda skänklar, medan SHM 23950:1928:199 och SHM 23950:1930:461 har raka skänklar; de två sena-



Fig. K155: Pincetter med rakslutande skänkelspetsar från Gudhems kloster (SHM 23950:1947:171; 23950:1947:174; 23950:1948:134; 23950:1928:199; 23950:1930:461).

re är dock i kraftigaste laget för att fungera för epilering. SHM 23950:1929:464 har jag endast studerat avbildad i Specialkatalogen.⁶¹⁷ Den har raka, jämbreda skänklar som är sekundärt svagt tillböckade på mitten. Skänkeländarna är svagt rundade, och det är svårt att bedöma om de från början varit raka.

Övriga tio pincetter kan inte ha fungerat för epilering, men däremot för extraktion eller möjligen fixering (fig. K156).⁶¹⁸ De har stora likheter med pincettmaterialet från Vadstena och man får ha i åtanke att de även kan ha haft andra användningsområden än kroppsvård. De har raka skänklar och rundade skänkelspetsar. De flesta är helt enkla, men flera har vacker ornamentik i form av stiliserade växtslingar eller zig-zaglinjer.⁶¹⁹ Det gäller även SHM 23950:1929:1171 och 23950:1930:263, som har ett lite ovanligare utseende med breda skuldror och raka skänklar.

Pincetterna har ett tydligt spridningsmönster. De flesta är påträffade inne i kyrkan eller på klostergården. Av de pincetter som påträffats inne i kyrkan låg sju stycken utmed södra innerväggen och tre stycken är påträffade utmed norra innerväggen i det rakavslutade korets mittparti, där även salvekruset är påträffat. Två är dessutom påträffade i nordöstra kapellet/sakristian. Sex pincetter är påträffade inne på klostergården. Pincetterna i mittkoret bör tolkas



Fig. K156: Pincetter med rundade skänkelspetsar från Gudhems kloster (SHM 23950:1946:38; 23950:1929:482; 23950:1930:459; 23950:1928:207; 23950:1929:480 [2 st]; 23950:1930:393; 23950:1946:54; 23950:1929:1171; 23950:1930:263).

som att pincetterna har burits av systrarna, kanske som personliga ägodelar, snarare än ingått i någon verksamhet med specifik rumslig anknytning. I koret har även andra småföremål som mynt, nålar, radbandspärlor och pressbleck påträffats. Systrarnas plats i kyrkan var sannolikt i denna del av mittkoret och småföremålens spridning indikerar förmodligen placeringen av korstolarna.⁶²⁰

Kommentar till Gudhems materialet

Artefaktmaterialet från Gudhem är litet, särskilt med tanke på den noggrannhet med vilken fynden enligt uppgift tillvaratogs vid de arkeologiska utgrävningarna. Gudhems materialet är påfallande homogent. Av de föremål som noteras här utgörs runt tre fjärdedelar av pincetter. Därutöver finns en möjlig skalpell, ett salvekrus, två möjliga åderlättningsjärn och en kombinerad kyrett/lansett/rispare. Av pincetterna kan högst en tredjedel ha använts för epilering. De flesta har runda skänkeländar och har alltså snarare form av extraktionspincetter som kan ha använts i exempelvis sårvård – men även inom helt andra områden, utan koppling till kroppsvård. Skalpellen, kyretten/

617. Inget foto, dock avbildad i Specialkatalogen.

618. Skänkelspetsarna på SHM 23950:1930:393 är avbrutna och pincetten kan därför inte säkert bedömas, men den förefaller ha haft något rundade skänkelspetsar.

619. Enkla: SHM 23950:1929:463; 23950:1929:482; 23950:1929:956; 23950:1930:459; 23950:1946:38; 23950:1947:173. Ornerade: SHM 23950:1928:207; 23950:1929:307; 23950:1929:480; 23950:1930:393; 23950:1946:54.

620. Roth 1973, s. 31f.; Regner 2005, s. 113. Enligt Roth 1973, s. 31 avgränsades systrarnas del av koret mot väster av ett korskränk.

risparen och salvekruset är tydligare medicinsk-kirurgiska artefakter, men de utgör en mycket liten del. Örslevar och strickor – det vill säga rena hygienartiklar – saknas, liksom i Vreta, helt.

Rum för vård i Gudhems kloster

Gudhems kloster ska ha haft ett välbesökt härbärge, *hospitium*, för bland andra pilgrimer på väg till och från Nidaros.⁶²¹ Den separata stenbyggnaden sydost om klosterklausuren tolkades av Stig Roth som klostrets portvaktshus och hospitium. Det mätte i markplan cirka 9 x 12 meter och var därmed det största rummet i Gudhems kloster, bortsett från kyrkorummet. På Erik Dahlbergs bild av Gudhem i *Suecia Antiqua* syns ruinerna efter byggnaden i två våningar. De arkeologiska undersökningarna visade att byggnaden även haft en rejält tilltagen, tunnvalvd källare. En trappa ledde ned dit från första våningens norra vägg. Första våningen har haft både spis och ugn i den östra delen. Den västra delen har varit tunnvalvd och den östra kryssvalvd, något som Roth tolkade som att våningen varit uppdelad i två delar. På andra våningen förefaller det ha funnits en privet (ett avträde) och avloppssystem.⁶²² Tolkningen som gästhus och hospitium förefaller trovärdig, med tanke på byggnadens läge och storlek. Inget av de fynd jag identifierat är visserligen från denna byggnad eller området runt omkring, men jag menar ändå att det är möjligt att det nämnda huset haft en sådan funktion för utifrån kommande.

Sjuka systrar torde ha vårdats inom klausuren. Fyndmaterialet är för litet för att man utifrån det ska kunna spekulera kring var. Den kombinerade risparen/kyretten påträffades i det nordvästra rum som tolkats som abbedisens bostad och av de två möjliga åderlättningsjärnen är det ena påträffat i södra korsgången. I ett manligt kloster hade den rutinmässiga åderlätningen av bröderna företagits här. Fyndmaterialet som helhet tyder inte på att någon mer omfattande eller avancerad läkekonst bedrivits i Gudhem, varken för systrarna själva eller för andra.

Vadstena kloster

Vadstena kloster var Frälsarordens första kloster. Det invigdes 1384, elva år efter ordensstiftaren den heliga Birgittas död. Klostret följde i grunden augustinerregeln, men med tillägg gjorda av Birgitta samt hennes dotter Katarina: *Ordo sancti Augustini sancti Salvatoris*. Även senare tillägg till regeln gjordes. Dessutom fanns en sedvanebok för systrarna; *Lucidarium*.⁶²³

Klostret var ett dubbelkloster, men den kvinnliga delen var den avgjort största. Regeln stiftar att det skulle finnas 60 nunnor, 13 präster, fyra diakoner och åtta lekbröder. I början kom nästan hälften av systrarna från adliga familjer, men denna andel sjönk med tiden.⁶²⁴ Nunnedelen av klostret var stor, både med svenska medeltida mått mätt och i internationell jämförelse.⁶²⁵ Klostret stängdes inte förrän 1595 (från 1540-talet fanns där dock enbart systrar, inga bröder).⁶²⁶ På 1640-talet revs en del av konventsbyggnaderna, medan det som återstod togs i bruk som soldathärbärge.⁶²⁷

Vadstena kloster uppfördes på platsen för en högmedeltida kungsgård. Delar av denna blev en del av klostrets norra och södra länga, som därmed utgör de äldsta byggnaderna i klostret. Kyrkan ligger i klostrets södra del (fig. K1 57). Runt en central klostergård ("Gräsgården") löpte en fyrkantig korsgång. I nedervåningen i norra längan fanns, enligt byggnadsantikvarien Ivar Andersons tolkning, systrarnas matsal, kapitelsal samt sjuksalar. På övervåningen låg dormitoriet. I östra längan fanns enligt samma källa från norr räknat ännu ett sjukrum, en passage tolkad som läkarmottagning, ett "uppbördskontor" samt de rum och passager varigenom systrarna hade kontakt med folk från den yttre världen. I västra längan fanns längst i norr passagen till klostrets avträde och badstuga, vilka låg mot vattnet till. Där fanns även köksutrymmen samt sommar- och vintermatsalar. Jag tänker mig att Anderson här menar leksystrarnas matsalar, eftersom han redan placerat nunnornas matsal i norra längan. Samtidigt kan det tyckas underligt om de fåtaliga leksystrarna skulle varit försedda med stora årstidsspecifika matsalar, medan nunnorna ätit i samma matsal året runt. Väster om västra längan låg ett par separata byggnader, möjligen med anknytning till matberedning, till exempel ölbruggning. Längre söderut låg ytterligare byggnader, vilka kan ha fungerat som (yngre) bageri och bryggeri. I det sydvästra hörnet av gräsgården fanns ännu en byggnad som härrörde från kungsgårdstiden där, enligt Andersons tolkning, systrarnas auditorium och "mörka stuffwo" (dvs. arrest) ska ha varit inhyst. I byggnadens östra del fanns en varmluftsgn.

Väster om kyrkan låg brödernas del av klostret. Denna var betydligt mindre än systrarnas del och inte lika symmetriskt ordnad kring klostergården. Bröderna hade kontakt med systrarna genom ett mötesrum väster om brödernas kor, med separata rum för systrar och bröder men med öppningar emellan, varigenom de kunde kommunicera. Söder om detta låg brödernas sjuksalar och därefter dormitorium i en lång södergående länga, avslu-

621. Jörälv 2000, s. 41f.

622. Roth 1973, s. 51ff.

623. Rajamaa 1987, s. 4; Rajamaa 1992, s. 37; Fritz 2000a, s. 93.

624. Rajamaa 1992, s. 72.

625. Ibid., s. 101.

626. Ibid., s. 107, 142.

627. Anderson 1972, s. 2.

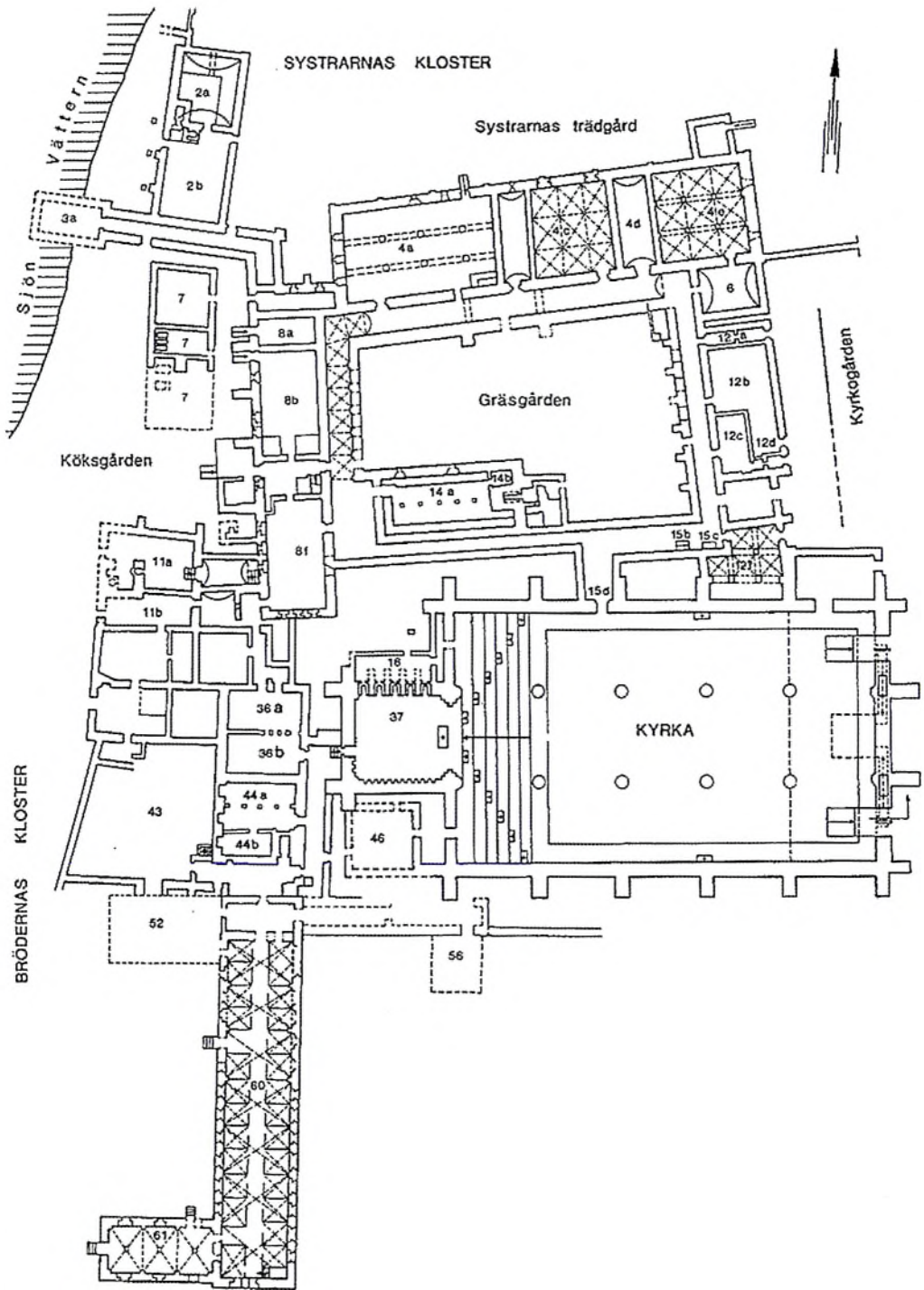


Fig. K157: Plan över Vadstena kloster. Ur Rajamäa 1992, s. 70.

tad av kapitelsalen. Väster om sjuksalarna låg brödernas muromgärdade klostergård och munkarnas refektorium låg sannolikt söder om denna.

Byggnaderna har undersökts arkeologiskt i flera omgångar, bland annat under åren 1926–1932 och 1959–1969. Undersökningarna har främst syftat till att belysa arkitekturen. Det fyndmaterial som är aktuellt i föreliggande studie är huvudsakligen från den senare undersökningsomgången.

Fyndinsamlandet vid undersökningarna 1959–1969 gjordes inte med någon större noggrannhet. Man samlade in fynden per ”område” eller byggnadsdel. Stratigrafiska angivelser saknas så gott som fullständigt, men Anderson noterar i sin publikation av undersökningsresultaten att jordmassorna i stor utsträckning var omblandade och kontaminerade och att mycket av fyllnadsmassorna härörde från rivningen av byggnader på 1640-talet. Om Gräsgården, det vill säga systrarnas klostergård, skriver han att ”[d]et är knappast möjligt, att genom de på gräsgården tillvaratagna lösfynden få några ledtrådar för den byggnadshistoriska tolkningen”.⁶²⁸ Möjligen avser han då främst fynd av arkitektoniska detaljer, men man får utgå ifrån att samma brist på mer ursprunglig kontext i så fall gällde fyndmaterialet som helhet. Denna bedömning kan, tänker jag mig, delvis ha föranlett de oprecisa fyndplatsangivelserna. Ett exempel på en i sammanhanget *relativt detaljerad* fyndplatsangivelse är ”Gräsgården. Intill Ö längans N ände”. Fyndangivelser från byggnaderna är lika oprecisa. När det gäller fynd inifrån byggnaderna får man i bästa fall veta i vilket rum fyndet påträffats.⁶²⁹

Då klostret föregicks av ett palats eller en storgård på platsen, som sedan ingick i klosterkonstruktionen, och efter sitt upphörande följdes av aktiviteter med kopplingar till såväl militär verksamhet som hospitalsverksamhet, är det osäkert i vilket sammanhang föremålen ska förstås. Bristen på stratigrafiska angivelser bidrar till detta. I jämförelse med de cisterciensiska kloster som studeras här är det alltså mer osäkert huruvida föremålen är spår efter klosterläkekonst eller inte.

Artefaktmaterialet från Vadstena kloster

Föremålen från Vadstena är drygt tjugo stycken.⁶³⁰ Av dessa utgörs nästan hälften av pincetter, vilka har likheter med pincetterna från Gudhem genom att inte vara epileringspincetter, utan ha rundade skänkelspetsar och lite större storlek.



Fig. K158: Fällkniv från Vadstena kloster (SHM 28813: B14:2).

FÄLLKNIV

Det finns en fällkniv, SHM 28813:B14:2, vilken är tåmligen kraftig (fig. K158). Den kan ha använts kirurgiskt, men även i andra syften. Knivbladet har rundad, konvex rygg och rak egg. Den påträffades vid ”Västra längan. Utbyggnaden väster om tvärande rummet”.⁶³¹ Jag tolkar detta som utbyggnaden i anslutning till det som tolkats som ”varusluss”-rummet i västlängan. Kniven kan vara eftermedeltida.

BRÄNNJÄRN

SHM 28813:A:326 är troligen ett spatelbrännjärn, men det är tveksamt om det är medeltida (fig. 39, kap. 2.1.6.). Det är dubbelsidigt, med likadana bladformade brännkroppar i båda ändarna. Skaftet är svagt svängt i S-form, har fyrkantigt tvärsnitt i ändarna och är i övrigt runt. Hela föremålet är drygt 20 cm långt.

Det påträffades i Norra längans västligaste del. Under konventstiden (från och med 1405) var detta rum systrarnas dormitorium. Föremålets läge under golvet gör att det tydligt kan knytas till rummet som sådant, men det är möjligt att det tillhör den period då anläggningarna tjänstgjorde som soldathärbärge, vilket även är en tidigare tolkning. På en lapp i fyndasken står det ”Övre V salen, V delen, under golvet. Krigmans tid?” För en fältskär från 1500-talet och framåt var brännjärnet ett av de viktigaste instrumenten och krigmanshuset är en betydligt mer rimlig brukskontext än systrarnas dormitorium.

SONDER OCH KYRETTER

Från Vadstena kloster finns det ett antal sonder och/eller kyretter. SHM 28813:E:21 har sin direkta motsvarighet i ett fynd från Varnhems kloster (fig. 21, kap. 2.1.2.). Skaftet är slätt med runt tvärsnitt och har ett litet mjukt rundat skedblad i ena änden och den andra skaftänden är formad till en mjuk spets. Hela instrumentet är en knapp decimeter långt. SHM 28813:E:28 kan ha haft en liknande längd, men skaftet är avbrutet (fig. K159). Den är snarlik SHM 28813:E:21 till sin utformning, men har en svagt profilerad vulst närmare skedbladet, vilket är vanligare på kyretter och egentligen inte

628. Anderson 1972, s. 111.

629. Uppgifterna finns i en fyndlista över fynd med inventarienummer 28813, i kapsel för Vadstena kloster, ATA.

630. Materialet förvaras på Statens historiska museum. Det material som gått igenom inom ramen för denna undersökning är samtligt material som förvarades i Linnémagasinet och Centralmagasinet den 1–11 april 2008 samt 2–5 mars 2009.

631. Anderson 1972, del 2, Pl. 48: 8c-d.



Fig. K159: Sonder och kyretter från Vadstena kloster (SHM 28813:E:28; 28813:E:215; 28813:O:25; 28813:D3:115).



Fig. K160: Miniatyrskedar från Vadstena kloster (SHM 28813:O:22; 28813:K:19:1 (2 st); SHM 28813:G28:6). Bild av SHM 28813:G28:6 är hämtad ur SHM:s bilddatabas på nätet via Sök i Samlingarna. http://mis.historiska.se/mis/soek/resultat_foeromal.asp. Hämtad den 16 december 2012. Övriga foton: författaren.

lämpligt på sonder. Den har även ett skarpare skedblad.⁶³² SHM 28813:E:215 har ett smalt skaft av hopviktt bleck (fig. K159).⁶³³ Skedbladet är bredare och skarpare i förhållande till skaftet än på sönerna. Den andra änden är spetsig och vass. SHM 28813:O:25 har smalt slätt (avbrutet) skaft och skarpt kupat skedblad (fig. K159). SHM 28813:D3:115 har spiralvridet (avbrutet) skaft, vilket kyretter ofta hade, men dess skedblad är flackt och trubbigt (fig. K159). Föremålen är alla påträffade på olika håll på Gräsgården.⁶³⁴

ÖVRIGA MINIATYRSKEDAR

Från Vadstena finns det tre miniatyrskedar och ett miniatyrskedsämne.⁶³⁵ Jag kommer bara att behandla de färdiga miniatyrskedarna (fig. K160). SHM 28813:O:22 förefaller vara i elfenben eller möjligen horn; materialet är vitt. Den

632. Jfr med kyretten SHM 20748:5dh:II från Alvastra, som har en större vulst. På en sond hade en sådan vulst varit dysfunktionell.

633. Samma fyndnummer som en glasflaska.

634. Fyndplatsangivelse saknas för ett av föremålen. De andra har påträffats på Gräsgården; Gräsgården. SÖ delen intill östra längan; Gräsgården, västra delen, mittpartiet samt i östra längan. Korsvägen, södra delen.

635. Jfr med Alvastra kloster.



Fig. K161: Salvekrus från Vadstena kloster (SHM 28813:E:14).

är utsökt mejslad med ett fint litet skedblad och profilerat skaft (ska det föreställa en arm?), som dock är avbrutet. SHM 28813:K:19:1 är enklare och tillverkad i ben. Den har dock ett mycket fint litet skedblad som är så skarpt att det till och med skulle kunnat fungera som kyrett. Skaftet är avbrutet, men den bevarade delen är platt och mycket bred. SHM 28813:G28:6 har ett fint, ganska skarpt litet skedblad. Det avbrutna skaftet är platt och ornerat med koncentriska cirklar. Numret SHM 28813:K:19:1 rymmer även ett ämne till en enklare miniatyrsked. Den första miniatyrskedens läge är okänt, den andra och ämnet påträffades i Kungens trädgård och den tredje i nordvästra längan.

SALVEKRUS

Det finns endast ett salvekrus från Vadstena kloster (fig. K161).⁶³⁶ Det är tillverkat i in- och utvändigt glaserat grått stengods, har liten fot, rundad buk och har haft hank. Kruset påträffades på Gräsgården, söder om gallerigrunden och mitt för källarporten, vilket innebär söder om norra korsgången, ungefär mitt på denna.

GLASFLASKA

De små glasflaskorna är desto fler, men de flesta är uppenbart av betydligt senare datum. Några exemplar skulle emellertid, av formen att döma, kunna vara medeltida eller renässanstida (fig. K162). SHM 28813:B14:3 är av gulbrunt glas. Endast en del av mynningen, som är mycket trång, är bevarad. Flaskan har inte haft någon smal hals, utan mynningen sitter så att säga direkt mot skuldrorna. Den påträffades i västra längan.⁶³⁷ SHM 28813:E:215 har en liten rundad buk och lång smal hals. Glaset är missfärgat av kraftig glaspest.⁶³⁸ Den påträffades på Gräsgården, ej närmare angivet var. SHM 21172:52 är av grönt glas, möj-

636. SHM 28813:E:14.

637. Preciserad fyndplats är "Utbyggnaden väster om tvärande (?) rummet. Under valvet".

638. Dvs. samma nr som en sond/kyrett.



Fig. K162: Små glasflaskor från Vadstena kloster (SHM 28813:B14:3; 28813:E:215; 21172:52).

ligen med spår av förgyllning längst ned på halsen. Buken är långsmal. Den är ett lösfynd utan angiven fyndplats.

PINCETTER

Pincettmaterialet från Vadstena liknar det från Gudhem genom att de alla är av modell större och har raka skänklar (fig. K163). Det finns inga vanliga epileringspincetter och inte heller pincetter med böjda skänklar. SHM 21172:64 och SHM 28813:K:5 har visserligen raka skänkelspetsar, men de är så långa och den ena även så kraftig, att de varit olämpliga för epilering. Pincetterna med nummer SHM 28813:E:9 har rundade, lite spetsiga skänkeländrar som extraktionspincetter. Två av dessa har emellertid profileringar på skänklarna, vilket gör dem mindre troliga även som sådana. Ytterligare två har rundade skänkelspetsar. SHM 28813:O:12 är dock så trubbig att den är tveksam som extraktionspincett. SHM 28813 har märkligt symmetriskt men ändå sannolikt sekundärt (?) böjda skänklar.⁶³⁹ De två senare har båda stiliserad växtornamentik över hela skänklarna.

De flesta av Vadstena klostrets pincetter kan visserligen mycket väl ha använts som till exempel extraktionspincetter, men de ger, precis som Gudhemspincetterna, intryck av att spegla ett annat användningsområde. Fyndläget är endast känt för några få. Av de tre som jag bedömer som möjliga extraktionspincetter är två påträffade på Gräsgården intill östra längans norra ände och en i norra rummet i västra längan.⁶⁴⁰ En av pincetterna med raka skänkelspetsar är påträffade i Kungens trädgård.

639. Utan närmare fyndnummer, men med SHM Fid 530470.

640. Dvs. utanför de utrymmen som av Anderson tolkades som sjuk-salarna; se nedan.



Fig. K163: Pincetter från Vadstena kloster: SHM 21172:64; 28813:K:5; 28813:B27:3; 28813:E:9 (4 st); 28813:O:12; 28813 Fid 530470.

GLASÖGON

Från Vadstena kloster finns ett par glasögonbågar i kopparlegering, SHM 28813:O:28 (fig. K164). De är av en icke hopfällbar modell som kneps ihop över näsroten. Fyndläget är okänt och det går därför inte att spekulera i om det är en syster eller broder som burit dem. Det går inte heller att säga om de är från klostertid eller senare.

Kommentar till Vadstena klostermaterialet

Inga åderlätningsjärn har påträffats i det arkeologiska materialet, vilket skiljer det från såväl de manliga som de kvinnliga cisterciensiska klostren. Genom *Vadstenadiariet* har vi emellertid belägg för att åderlätning förekom bland både bröderna och systrarna.⁶⁴¹

Genomgången av det arkeologiska artefaktmaterialet visar att sju av fynden är påträffade på Gräsgården, men att de är spridda över denna. Endast en svag dragning åt öst-nordöst kan skönjas. I övrigt var föremålen vitt spridda över systrarnas område. Andersons anmärkning om de omblandade jordmassorna på Gräsgården, som återges ovan, antyder dessutom att ingen vidare tolkning av spridningen kan göras.

641. DV 114:2 (12/6 1402); DV 131:2-3 (12/9 1405).



Fig. K164: Glasögon från Vadstena kloster (SHM 28813:O:28).

Rum för vård i Vadstena kloster

Infirmitorio – sjukstugan – omtalas på flera ställen i *Vadstenadiariet*. Birgittinordens stadgar uttrycker att sjukstugan (den manliga respektive den kvinnliga) skulle bestå av minst två rum. Det ena rummet var till för de svårt sjuka, medan det andra var till för tillfälligt försvagade individer som led av lättare besvär eller behövde återhämta sig efter sjukdom, men även efter åderlätning. Även de systrar som menstruerade vistades i detta rum. Denna tudelning av sjukrollen (de riktigt sjuka och andra) kan jämföras med cisterciensordens tredelning, som diskuteras i kapitel 4.4.3. Den sjukroll som saknas i augustinernas sätt att se är den så att säga intermittenta grupp av sjuka och svaga som väntade på bedömning eller diagnos. Inom augustinregeln påbjöds istället att man utan tvekan skulle tro på och rätta sig efter den sjukas egen utsago om huruvida hon eller han var sjuk. I kloster som följde augustinregeln kunde det emellertid även finnas ett tredje sjukrum, men det var reserverat för individer med smittsamma åkommor. Sjukstugorna vid frälsarordens institutioner skulle ligga så till att de friska medsystrarna eller -bröderna passerade på väg till kyrkan och därvid kunde visa uppmuntran gentemot de sjuka.⁶⁴² Var i Vadstena kloster var då detta?

Fyndmaterialet ger oss tyvärr ingen vägledning, men precis som för de manliga cisterciensklostren finns det arkitektoniska tolkningar av var i klostret sjukvården kan ha ägt rum. Enligt föreskrifterna skulle sjukvårdsavdelningen "for siwka systra skyld" ligga i öster.⁶⁴³ "Swa skal infirmitorium byggias, at annat rummet wari for them, som alzstingx hardelika äru kranke, Oc annat j them, som nw widherfas oc mindre thola" och "Än wm nakor syster finge langsamlika soot ällir wanlika wordhe spitälsk ällir witlös For tholkom mää hus byggias swa at the warin maghin them hugna, oc wpwäckkia til thz bäzsta".⁶⁴⁴

Arkeologen Bertil Berthelson har föreslagit att syst-rarnas sjukrum låg i mellersta delen av östra längan, i

en långsträckt sal utmed klostergången.⁶⁴⁵ Ytterligare ett utrymme söder om den långsträckta salen kan enligt honom ha hört till sjukstugan. Då det skulle finnas ett särskilt förråd för sjukstugan, är det i och för sig inget som motsäger att det varit både och. Efter de arkeologiska undersökningarna ändrades dock tolkningen av klosterplanen. Ivar Anderson menade istället att den östligaste delen av norra längans bottenvåning (de rum han på sin rekonstruktionsplan benämner 4d och 4e) samt möjligen norra rummet i östligaste längan (6), ska ha varit sjuksalar. Söder om östlängans nordligaste rum fanns dessutom ett utrymme (12a) med ingång både från öster och inifrån klostergången, vilket Anderson tolkade som "en föreskriven 'läkarmottagning', där svårt sjuka systrar kunde 'taga läke-dom genom vindögat'".⁶⁴⁶ Läkare fick inte vistas innanför systrarnas klausur annat än om det var absolut nödvändigt och den sjuka inte kunde vara utan medicin.⁶⁴⁷ Helst skulle konsultationen ske genom vindögat. Kvinnliga läkare ska dock ha förekommit i systrarnas badstuga (se nedan), vilket föranledde upprörda anmärkningar i samtiden.⁶⁴⁸

Rum 4d⁶⁴⁹ är det mindre av de av Anderson föreslagna rummen. Det har möjligen varit tunnvalvt redan under klostertiden och troligen haft en port mot söder.⁶⁵⁰ Anderson tolkar rummet som det möjliga spetälskesjukrum som omtalas i *Constitutiones XLVII* som "... wordhe spitälsk ällir witlös For tholkom maa hus byggias swa at the warin hart widh wmgangana oc thz almännelika siwkahusit".⁶⁵¹ Rummet 4d skulle alltså enligt Andersons tolkning ha varit ett rum för kroniskt sjuka och spetälska. En passage i *Vadstenadiariet* antyder emellertid att de spetälska kan ha placerats ännu mer avskilt än vad rum 4d, som ligger mitt i den norra längan, kan menas vara. Det står nämligen att "Under några år uthärdade hon [syster Ramborg] tålmodigt att på grund av spetälska [lat. "lepram"] leva avskild från systrarnas konvent".⁶⁵² Jag har dock inget förslag till var detta i så fall skulle vara.

Rum 4e⁶⁵³ är nästan tre gånger så stort som 4d och det rum som Anderson tolkar som det huvudsakliga sjukrum-

645. Berthelson 1928, s. 214; Berthelson 1946, s. 154 samt Pl. IV: 12, samt möjligen även 21. Hans rumsnumreringar syns även på planen efter Rajamaa i fig. K157.

646. Anderson 1972, del 1, s. 79; del 2, Pl. 48 med beskrivning. Anderson utesluter inte att något av de föreskrivna sjukrummen legat i östlängans mellersta del, men det är inget han diskuterar vidare. Anderson 1972, del 1, s. 187.

647. Rajamaa 1987, s. 13 med ref. till Add. 46.

648. *Ibid.*, s. 10.

649. Eller B4, som det benämns i Andersons textvolym från 1972, s. 24, fig. 23.

650. Anderson 1972, del 1, s. 31, 70.

651. *Ibid.*, del 1, s. 187.

652. DV 294 (6/1 1419).

653. Eller B5, som det benämns i Andersons textvolym från 1972, s. 24, fig. 23.

642. Rajamaa 1987, s. 10f.

643. Berthelson 1946, s. 153 med citat ur *Revelationes extravagantes, Uppenbarelserna V*.

644. *Ibid.*, s. 153f med citat ur *Constitutiones*, kap. 13 och 47, *Uppenbarelserna V*.

met.⁶⁵⁴ Det har haft innertak av trä och troligen tegelgol. Man har kommit dit genom det norra rummet i östra längan (rum 6 på Pl. 48). Vid de arkeologiska undersökningarna kunde ingen eldstad från klostrets tid iaktas i sjukrummen, vilket Anderson förklarar med bevaringsförhållanden och förstörda yttermurar. Däremot förekommer skriftliga referenser till vedhuggning för sjukhusets räkning – till "siwkostwffwona".⁶⁵⁵

Till sjukstugan skulle även höra en bastu. Den kallas, om jag förstår Anderson rätt, uttryckligen för *sjukhusbastun*.⁶⁵⁶ En bastu låg för systrarnas del ned mot vattnet till.⁶⁵⁷ Detta är den enda bastun för klostret man känner till och det är oklart om den endast varit till för sjukstugans patienter och konvalescenser eller för alla systrar. Bastun var indelad i två rum, varav ett hade breda fasta britsar utefter två väggar. Båda rummen hade ugnar. Möjligen kan man tänka sig att det ena rummet fungerade som sjukhusbastu och det andra för de friska systrarna. Viss sjukvård förefaller ha förekommit i badstugan. I en förmaning till systrarna utfärdad av generalkonfessor Johannes Borkvardsson 1444 står "oc soblica läkirscor gåånga in i systra badstuguo thän tiid systrarna the som siwka ärw thæe ärw nakna oc badha mädh them som thät sig".⁶⁵⁸

Bröderna hade en egen sjukstuga, möjligen belägen i ett par salar väster om deras kor i västra delen av kyrkan.⁶⁵⁹ Precis som systrarnas bestod den av en större och en mindre sal. År 1413 omnämns munkarnas *infirmitorium* i diariet för första gången.⁶⁶⁰ Ganska snart byggdes en ny. Denna ("nove infirmarie") invigdes 1442. I diariet står: "... under sommaren murades en ny sjukstuga. Konfessorn och broder Johan Magnusson lade ner särskild omsorg på detta arbete" och "Vidare: Broder! Lagg noga märke till och var försiktig med att berätta för flera, att det under golvet och i ett utrymme mellan fyra väggar, som är beläget mellan dormitoriet och matsalens förrum, eller mellan de fyra dörrarna, det vill säga dormitoriets, matsalens förrums,

den nya sjukstugans och kyrkans (den som låses nattetid) dörrar, finns en skattgömma eller ett valvförsett rum".⁶⁶¹ Utifrån detta förefaller det som om det har funnits en dörr från den nya sjukstugan söderut, vilket dock inte framgår av de av Rajamaas sammanställning av Berthelsons och Andersons plantolkningar som jag tagit del av. Sjukstugan uppges i diariet ha eldhärjats ett par gånger. 1486 skadades dess tak och 1495 bröt en ny kraftig eldsvåda ut under natten.⁶⁶²

I Birgittas ursprungliga föreskrifter ska en sjukstuga finnas även söder om brödernas byggnader. Berthelson menar att dess placering "vid klosterområdets gräns i närheten av en port till yttervärlden synes närmast betyda, att anläggningen varit avsedd att mottaga sjuka, som utifrån uppsökte klostret för att få vård. Huruvida den någonsin kom att utföras, är osäkert; i varje fall saknas uppgifter därom." Den omtalas inte i diariet, men även utifrån kommande personer, åtminstone högt ansedda män, kunde få vård vid klostret. I en notis i diariet står "Vidare, i fastan kom herr biskopen broder Åke allvarligt sjuk till Vadstena. Då han kände att döden var nära, bad han ödmjukt om att föras in i klostret, där han stannade i ett par dagar och låg i dödsplågor." Sedan han undfått sakramenten och iklänts munkkåpan låg han på en halm-madrass på golvet tills han gick bort.⁶⁶³ Brödernas (men inte systrarnas) sjukstuga förefaller även i viss mån ha fungerat som gäststuga, intressant nog även för de egna, möjligen i avsaknad av egen bädd i dormitoriet. När Peder Månsson ("Frater noster doctor Petrus Magni de Roma") var på besök från Rom, står det att: "[h]an mottogs på sysslomannagården och inträdde därefter under två dagar i klostrets sjukstuga och åt aftonmåltid med oss. Därefter reste han till herredagen i Jönköping."⁶⁶⁴

Pedagogen Ruth Rajamaa som disputerade på Vadstena kloster 1992, har gjort en översikt över Vadstena klostrets regler för hälso- och sjukvård.⁶⁶⁵ Hon menar att attityden gentemot kroppslig klenhet och sjukvård var generös. I augustinerregeln står till exempel att man utan att tveka ska tro på den individ som menar sig vara sjuk, även om sjukdomen eller värken i sig uppfattades som svårförståelig. Den sjuka personen ska få den sjukvård hon eller han vill ha och om man inte vet hur den ska utföras ska man rådgöra med läkare. Sjuksköterskorna/skötarna, som skulle vara två till antalet, skulle sköta om de sjuka som om det vore Kristi egen kropp.⁶⁶⁶ De sjuka skulle på bestämda tider få allt de kände att de behövde för att tillfriskna – mat,

654. Anderson 1972, del 1, s. 79, 187 med ref. till *Revelationes* Ex. 29.

655. Ibid., del 1, s. 166, 169, 187. Anderson uppger inte om räkningarna särskilt avser systrarnas del eller om de kan ha rört brödernas sjukstuga.

656. Anderson 1972, del 1, s. 106 med ref. till Vadstena klostrets uppbörds och utgiftsbok, ed. Silfverstolpe, *Antikvarisk tidskrift XVI*: 1. Sthm 1895.

657. Berthelson placerar den söder om latrinen (1946, Pl. IV) och Anderson, efter arkeologiska undersökningar, norr om latrinen (1972, del 2, Pl. 48: 2a+b).

658. Rajamaa 1987, s. 10.

659. Ibid., s. 10f med ref. till Berthelson 1946; Rajamaa 1992, s. 70, fig. 1: 44a och b som är en sammanställning av Berthelsons och Andersons uppgifter.

660. DV 228 (17/10 1413): Om broder Tideke: "Men då han gick ut ur sin cell, kom en plötslig smärta över honom och blott med en annan broders hjälp kunde han ta sig in i konfessorns rum." Han bekänner där sina synder. "Och så bars han till sjukstugan, mottog sista smörjelsen, men dog efter denna utan att ha hunnit avsluta alla sina böner."

661. DV 522 (16/5 1442).

662. DV 861 (17–18/9 1486); 921 (15/10 1495).

663. DV 633 (14/1 1453).

664. DB 1089 (16/7 1524).

665. Rajamaa 1987.

666. Ibid., s. 11, 165.

dryck, böcker att läsa, bad, extra sängkläder eller mer tid för vistelse i korsgången eller trädgården.⁶⁶⁷ I sjukstugorna kunde de som behövde, kanske för kroniska åkommor, få vistas under långa perioder. Om broder Torsten Johansson står: "Sedan han blivit förslamad, låg han i sjukstugan under nästan 10 år".⁶⁶⁸

Övriga kloster och konvent

De övriga ordnarnas institutioner är inte arkeologiskt undersökta i någon motsvarande omfattning och de kommer därför inte att behandlas mer ingående här. Ett åderlättningsjärn finns från cisterciensklostret Skokloster (fig. K165).⁶⁶⁹ Från Ramundeboda kloster finns en miniatyrsked eller -spatel i ben.⁶⁷⁰ Från Roma kloster finns en salvekrusskärva.⁶⁷¹ Från Solbega finns tre epileringspincetter och från klostret i Västerås en större pincett av liknande modell som förekommer i flera andra kloster, redovisade ovan.⁶⁷² De båda dominikaninstitutionerna i Skänninge (systrakonventet S:ta Ingrid och brödrakonventet S:t Olof) är visserligen delvis arkeologiskt undersökta, men de materiella belägg för läkekonst därifrån är mycket



Fig. K165: Åderlättningsjärn i hylsa från Skokloster (SHM 28883:138).

få. Det enda jag känner till är ett åderlättningsjärn från S:t Olof, påträffat i utkastlager som troligen kan knytas till konventet.⁶⁷³ Från de benediktinska institutionerna i Lund – S:t Peters kloster (för kvinnor) och Allhelgonaklostret (för män) – finns enstaka salvekrukar och glaskärl för mediciner eller oljor. De presenteras i katalogen för Lunds stad. I övrigt förekommer någon enstaka möjlig skalpell samt en kyrett från den manliga franciskanska institutionen i staden. Kyretten har på svenskt område sina närmsta paralleller i de manliga cisterciensklostren. Franciskanklostret i Lund hade en bad- och läkestuga där instrumenten kan ha använts.⁶⁷⁴

667. Ibid., s. 11.

668. DV 968 (9/11 1505).

669. SHM 28883:138.

670. SHM 28889:VI.

671. GLM Dnr 413-1697/1997, fnr 732.

672. SHM 6468/81, fnr 945; SHM Solbega 4-8 RAÄ 216 33854:26; SHM Solbega 4-11 RAÄ S24 Dnr 4258/72, fnr 925; VLM utan fnr.

673. ID 200302/Fnr 283.

674. Materialen behandlas i katalogen under kvarteren Allhelgona, S:t Peter och Gräbröder för Lunds stad

Referenslista

Muntliga uppgifter och e-post

- Arcini, Caroline. Riksantikvarieämbetet UV Syd. Muntligen 2009-12-14 om benbrotsläkning.
- Ericsson, Alf. Riksantikvarieämbetet UV Öst. Muntligen 2012-02 om koppareortnamn.
- Ferm, Olle. Historiska institutionen, Stockholms universitet. E-postkorrespondens 2012-10-18 om medeltida universitetsnationer.
- Greenaway, Jillian. Reading Museum, Storbritannien. E-postkorrespondens 2010-12-03 om kopparplåtar i gravar.
- Jahreborn, Max. Kalmar läns museum. Muntligen 2008-05-20 om undersökningarna av skeppet Kronan.
- Nyberg, Petter. Östergötlands museum. E-postkorrespondens 2011-09-16 om arkeologisk undersökning på Hospitals-torget, Linköping.
- Roslund, Mats. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet. Muntligen 2011-11-24 om keramikglasyr.
- Strid, Jan Paul. Linköpings universitet. E-postkorrespondens 2012-02-15 om koppareortnamn.
- Svensson, Ola. Dialekt- och ortnamnsarkivet, Lund. E-postkorrespondens och muntligen 2012-02 om koppareortnamn.
- Söderberg, Bengt. Riksantikvarieämbetet UV Syd. E-postkorrespondens 2012-08 om undersökningar i Uppåkra.
- Wikström, Anders. Sigtuna Museum. Muntligen 2009-12-17 – 2009-12-21 om undersökningar i Sigtuna.
- Ödman, Katarina. Malmö museer. E-postkorrespondens 2012-01-31 om undersökningarna av S:t Jörgens hospital i Malmö.

Arkivmaterial

- Antikvarisk-Topografiska Arkivet, Stockholm:* Sockenarkivet, Interimsarkivet samt mikrofilm för klosterundersökningarna i Alvastra, Varnhem, Vreta, Gudhem och Vadstena. Samtliga kapslar för de i avhandlingen behandlade orterna (även här ej behandlade kvarter) och klostren, från vilka jag registrerade fynd av intresse för undersökningen i SHM:s samlingar, och som behandlas i avhandlingen. Dessutom samtliga kapslar för Julita kloster, Solberga kloster-Köpingavik, Adelsö-Hovgården, Eketorps borg, Nyköping och Strängnäs, samt ytterligare socknar varifrån fyndmaterial av intresse också registrerats.
- Hagströmerbiblioteket, Karolinska institutet, Stockholm:* Volymer från 1500–1700-talet innehållande fr.a. kirurgiska illustrationer, vänligen och kunnigt framtagna av Ove Hagelin.
- Kulturen, Lund:* Kulturens arkeologiska arkiv, Kulturens lappkatalog och accessionskatalog, databasen Carlotta.
- Lödöse Museum, Gamla Lödöse:* Arkiv för berörda undersökningar. Dessutom genom Katarina Kåhres assistans Gamla Lödöses stads-GIS samt museets fynddatabas.
- Sigtuna Museum, Sigtuna:* Museets arkiv, SF-nummerliggare och lappkatalog. Dessutom med Anders Wikströms hjälp stads-GIS för Sigtuna, gjort på uppdrag av länsstyrelsen, samt museets fynddatabas.
- Statens historiska museum, Stockholm:* Stig Roths Specialkatalog för undersökningarna i Gudhems kloster.
- Västergötlands museum, Skara:* Arkivet, inklusive Stig Roths Arkiv. Bland kapslar om Gudhems kloster finns i en kapsel även en mapp märkt "O. Hedéns papper rörande Varnhem".
- Östergötlands länsmuseum, Linköping:* Museets topografiska arkiv: kapslar för samtliga berörda kvarter i Linköping samt för Söderköping. Dessutom diverse årsböcker, rapporter och databasen Sofi.

Digitalt material

- Apotekarsocieteten, Farmacihistoriska museet, 2011-11-02. <http://www.swepharm.se/templates/SPTvaspalsida.aspx?id=1446>
- FMIS Fornsök, 2012-09-11. <http://www.fmis.raa.se/cocoon/fornsok/search.html>
- Fornsvensk Lexikalisk Databas, 2012-03-23. <http://spraakbanken.gu.se/fsvldb>
- Lantmäteriet, Kartsök och Ortnamn, 2012-03-23. <http://kso.lantmateriet.se/kartsok/kos/index.html>
- Ottawa Charter Health Promotion Glossary, 2012-09-10. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Pressmeddelande från SLU 2012-04-18, 2012-10-09. <http://www.forskning.se/nyheterfakta/nyheter/pressmeddelanden/klokagummorhaderattgrobldkanlakasar.5.52cd6a9b136c0ce9dd525.html?fsesrc=nyhetswidget>
- Projekt Runeberg, 2012-03-23. <http://runeberg.org/>
- Specialkataloger på SHM Sök i samlingarna för Alvastra kloster, Gudhems kloster, Varnhems kloster, Vreta kloster, 2012-09-10. <http://mis.historiska.se/mis/sok/start.asp>
- Svenskt Diplomatariums Huvudkartotek över medeltidsbrev, 2012-09-05. <http://www.nad.riksarkivet.se/SDHK>
- TAG: *Medicine, healing, performance: beyond the bounds of 'science'?*, 2012-01-31. <http://www.nomadit.co.uk/tag/tag2010/panels.php?PanelID=842>
- Världshälsoorganisationens hemsida angående WHO:s hälsodefinition från 1948, 2012-09-10. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>

Opublicerad litteratur

- Bergman, Anna. 1993. *Spel i kloster. Om spelpjäser och tär-*

- ningar från Alvastra kloster. C-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Bergqvist, Johanna. 1997. *Läkekonstens professionalisering under medeltid och stormaktstid*. D-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Dal, Björn. 2007. *Biblioteca Döbeliana*. Universitetsbibliotekets utställningskatalog 49. Lund: UB Media.
- Falk, Ann-Britt. 1996. *Sjukdom i medeltid – Hippokrates arv eller trolldom och vidskepelse*. D-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Feldt, Ann-Charlott. I manus. *Mellan kloster och hospital – Arkeologi på Kriminalvårdsanstalten i Skänninge. Basrapport. Arkeologiska undersökningar. Kriminalvårdsanstalten/Kv Östanå 6, RAÄ 28 och 31–35, Skänninge stad, Mjölby kommun, Östergötland*. Linköping: Östergötlands museum.
- Fridh, Jenny. 1999/2000. *Medicinalhantering i Skandinavien under nära 700 år. Arkeologi versus historia*. C/D-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Gardelin, Gunilla. In prep. *Kv Billegården 6, fornlämning nr 73, Lunds stad, Lunds kommun. Arkeologisk undersökning 1999*. Rapport. Kulturen. Lund.
- Hansson, Marit. 1991. *Allhelgonaklostret i Lund. Ett rekonstruktionsförsök*. Uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Hedlin, Anna. 2001. *Medeltida värdinrättningar – religiös välgörenhet och social kontroll*. D-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Heimdahl, Jens. I manus. *Den klassiska världens medicin i 1100-talets Nyköping*.
- Lagerås, Per. 2013. In press. Medieval colonization and abandonment in the South-Swedish Uplands: a review of settlement and land-use dynamics inferred from pollen data. I: *Archaeologia Baltica* 19.
- Löfgren, Anders. 1990. *Kv Maria 7, Ystad, Skåne, 1990. Fornlämning nr 50. Förundersökning*. Riksantikvarieämbetet, Byrån för Arkeologiska Undersökningar.
- Mogren, Mats. 1984. *Spetälska och spetälskehospital i Norden under medeltiden*. C/D-uppsats i Medeltidsarkeologi. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Ohlson, Bo & Lindeke, Björn. 2006. *Undersökning av fynd KLM 15194:BI KR från regalskeppet Kronan: rostad rabarberrot*. Apotekar societeten, Stockholm.
- Sandén, Annika & Westling, Claes. I manus. *Rasande, besatta och andra hospitalshjon. De äldre hospitalens organisation och människor*.
- Roslund, Mats. In press. Tacit knowing of thralls – style negotiation among the unfree in 11th and 12th C. Sweden. I: Clatck, T. (red.) *Archaeology, Syncretism, Creolisation*. Oxford University Press.
- Tagesson, Göran. 1989. *Kv Aposteln 2 och Absalon 1, Linköping. Arkeologisk undersökning 1960–63*. Dnr 26/89. Östergötlands läns museums arkiv.
- Woods, Lori A. 1998. *Monasticism and Medicine: Gendered Activities in Healing Practices, 500–1100*. A thesis submitted to the faculty of graduate students in partial fulfillment of the requirements for the degree of masters of arts. Department of History. Calgary, Alberta: The university of Calgary.

Publicerad litteratur

A

- af Acrel, Olof. 1965 (1759). *Chirurgiske Händelser*. Faksimilie-utgåva. Stockholm: Repro-Print AB.
- Agrimi, Jole & Crisciani, Chiara. 1998. *Charity and Aid in Medieval Christian Civilization*. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press. S. 170–196.
- Albucasis (Abu al-Qasim Al-Zahrawi). 1971. *On Surgery and Instruments. A definitive edition of the Arabic text with English translation and commentary by M. S. Spink and G. L. Lewis*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Ambjörnsson, Ronny. 2002. *Europas idéhistoria. Medeltiden, Tänkens pilgrimer*. Stockholm: Natur och kultur.
- Andersson, Catharina. 2006. *Kloster och aristokrati. Nunnor, munkar och gåvor i det svenska samhället till 1300-talets mitt*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Anderson, Iwar. 1972. *Vadstena gård och kloster*. Del 1 (text) och 2 (planscher). Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Andersson Palm, Lennart. 2001. *Livet, kärleken och döden. Fyra uppsatser om svensk befolkningsutveckling 1300–1850*. Göteborg: Historiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Andrén, Anders. 1980. *Lund. Rapport Medeltidsstaden 26*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Andrén, Anders. 1982. *Lund. Tomtindelning, ägostruktur, sockenbildning*. Rapport Medeltidsstaden 56. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Andrén, Anders. 1985. *Den urbana scenen. Städer och samhälle i det medeltida Danmark*. Acta Archaeologica Lundensia. Series in 8:0. Nr 13. Malmö: Liber Förlag.
- Andrén, Anders. 1997. *Mellan ting och text. En introduktion till de historiska arkeologierna*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Andrén, Anders. 1991. *Guld och makt – en tolkning av de skandinaviska guldbraekteaternas funktion*. I: Fabeck, Charlotte & Ringved, Jytte (red.). *Samfundsorganisation og Regional Variation. Norden i Romersk Jernalder og Folkevandringstid. Beretning fra 1. nordiska jernaldersymposium på Sandbjerg Slot 11–15 april 1989*. Jysk Arkæologisk Selskabs Skrifter XXVII. Moesgård: Jysk Arkæologisk Selskab. S. 245–256.
- Arcini, Caroline. 1999. *Health and Disease in Early Medieval Lund. Osteo-Pathologic Studies of 3,305 individuals buried in the first cemetery area of Lund 990–1536*. Archaeologica Lundensia. Investigationes de Antiquitatibus Urbis Lundae VIII. Department of Community Health Sciences, Medical Faculty Lund University. Lund: Lunds universitet.

- Arcini, Caroline. 2003. *Åderförkalkning och portvinstår. Vålfördssjukdomar i medeltidens Åhus*. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter 48. Stockholm: Riksantikvarieämbetet förlag.
- Arcini, Caroline & Artelius, Tore. 1993. Äldsta fallet av spetälska i Norden – Lepra fanns redan i yngre romersk järnålder. I: Andræ, Tiiu et al. (red.). *Arkeologi i Sverige 2*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet. S. 55–71.
- Arnott, Robert (red.) 2002. *The archaeology of medicine: papers given at a session of the annual conference of the Theoretical Archaeology Group held at the University of Birmingham*. Oxford: Archaeopress.
- Augustsson, Jan-Erik. 1985. *Keramik i Halmstad ca 1322–1619. Produktion – distribution – funktion*. Hallands läns museers skriftserie No 2. Halmstad: Stiftelsen Hallands Läns museer.
- B**
- Bagge, Sverre. 1992. From sagas to society: the case of Heimskringla. I: Pálsson, Gisli (red.). *From Sagas to Society. Comparative Approaches to Early Iceland*. Enfield Lock, Middlesex: Hisarlik Press. S. 61–75.
- Baker, Patricia Anne. 2002. Diagnosing some ills: the archaeology, literature and history of Roman medicine. I: Baker, Patricia A. & Carr, Gillian (red.). *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge November 2000*. Oxford: Oxbow Books. S. 16–29.
- Baker, Patricia Anne & Carr, Gillian (red.). 2002. *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge, November 2000*. Oxford: Oxbow Books.
- Balic, Ivan. 2002. *Kv. Döbeln 4, Lund. Arkeologisk undersökning 1999. Lunds kommun, Skåne*. Arkeologiska rapporter från Lund, nr 24. Lund: Kulturen.
- Balic, Ivan. 2004. *Kv. Bispen & Allhelgona Kyrkogata, Lund. Arkeologisk förundersökning 2001*. Kulturens rapporter, nr 1. Lund: Kulturen.
- Banham, Debby. 2011. Dun, Oxa and Pliny the Great Physician: Attribution and Authority in Old English Medical Texts. I: *Social History of Medicine, Vol. 24, No. 1*. S. 57–75.
- Bell, David N. 1992. Introduction. I: Bell, David N. (red.) *The Libraries of the Cistercians, Gilbertines and Premonstratensians*. Corpus of British Medieval Library Catalogues 3. London: The British Library in association with The British Academy. S. XXIII–XXX.
- Bell, David N. 1998. The Siting and Size of Cistercian Infirmaries in England and Wales. I: Parsons Lillich, Meredith (red.). *Studies in Cistercian Art and Architecture 5*. Cistercian Studies Series Number 167. Kalamazoo: Cistercian Publications. S. 211–237.
- Bell, Rudolph M. 1985. *Holy Anorexia*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Bencard, Mogens & Roesdahl, Else. 1972. *Dansk middelalderlertøj 1050–1550*. Jysk Arkeologisk Selskabs Håndbøger 1. Köpenhamn: Gyldendahl.
- Bennike, Pia. 1985. *Palaeopathology of Danish skeletons: a comparative study of demography, disease and injury*. Köpenhamn: Akademisk förlag.
- Bennike, Pia. 2008. Paleopatologi. I: *Biologisk antropologi med human osteologi*. I: Lynnerup, Niels, Bennike, Pia & Iregren, Elisabeth (red.). Köpenhamn: Gyldendal. S. 319–358.
- Bennike, Pia & Brade, Anna-Elisabeth. 1999. *Middelalderens sygdomme og behandlingsformer i Danmark*. Köpenhamn: Medicinsk-Historisk Museum & Københavns Universitet.
- Berntson, Martin. 2006. The Dissolution of the Hospitaller houses in Scandinavia. I: Mol, Johannes A., Militzer, Klaus & Nicholson, Helen J. (red.). *The Military Orders and the Reformation. Choices, State building, and the Weight of Tradition. Papers of the Utrecht Conference, 30 September – 2 October 2004*. Utrecht: Hilversum Verloren. S. 59–77.
- Berntson, Martin. 2010. Vreta kloster och reformationen. I: Tagesson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 369–383.
- Berger, John. 1987. *Konsten att se*. Stockholm: Brombergs Förlag.
- Bergh, Birger. 2005. Långsökt epilepsihypotes om heliga Birgitta. *Svenska Dagbladet* 2005-03-21
- Bergmark, Matts. 1991 (1959). *Bad och bot. Om vattnet som läkemedel och njutningsmedel*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Bergqvist, Johanna. 1999. Spår av religion i Uppåkra under 1000 år. I: Hårdh, Birgitta (red.). *Fynd i centrum. Keramik, glas och metall från Uppåkra*. Uppåkrastudier 2. Acta Archaeologica Lundensia. Series in 8°, No. 30. Stockholm: Almqvist & Wiksell International. S. 113–125.
- Bergqvist, Johanna. 2008. Medicine professors kirurgiska pincett. I: Arcadius, Kerstin & Bogæus, Sofie (red.). *Skånska läkekonster. Medicinhistoria och folkmedicin från forntid till nutid*. Skånes Hembygdsförbund Årsbok 2008. Lund: Skånes hembygdsförbund. S. 45–50.
- Bergqvist, Johanna. 2010. Kropp, själ och läkekonst. Kulturhistorisk tolkning av medicinska föremål i Vreta kloster. I: Tagesson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 345–368.
- Bergqvist, Johanna. 2013. Gendered attitudes towards physical tending amongst the piously religious of late medieval Sweden. I: Gemi-Iordanou, Effie et al. (red.). *Medicine, Healing, Performance*. Oxford: Oxbow Books.
- Berthelson, Bertil. 1928. *Ur Vadstena klostrets byggnadshistoria*. Stockholm: Cederquist.
- Berthelson, Bertil. 1946. *Studier i Birgittinerordens byggnadsskick. 1. Anläggningsplanen och dess tillämpning*. Lund: Håkan Ohlssons Boktryckeri.
- Beskow, Jan. 1995. Mötet med döden och dess funktion vid sjukdom och kriser. I: Qvarsell, Roger & Rosén, Anne-Sofie (red.). *Om nyttan av att vara sjuk. Existentiella perspektiv*

- på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden. S. 53–57.
- Bildhauer, Bettina. 2006. *Medieval Blood*. Cardiff: University of Wales Press.
- Billberg, Ingmar, Wilhelmsson, Lena & Kling, Jörgen. 1987. *Från trattbägare till fajans*. Malmö 1987, vol. 5. Malmö: Malmö Museer.
- Bjarnar Saga Hítédalokappa/The Saga of Bjorn, champion of the Hítardal people. 1997. I: *The Complete Sagas of Icelanders I*. Including 49 tales. General Editor: Víðar Hreinsson. 1997. Eifuriríksson Publishing.
- Bloch, Marc. 1973. *The Royal Touch. Sacred Monarchy and Scrofula in England and France*. London: Routledge & Kegan Paul, Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Blomqvist, Ragnar. 1942. Byamoret i Lund. Topografiska notiser. *Kulturen. En årsbok 1941*. Lund: Kulturen. S. 143–158.
- Blomqvist, Ragnar. 1950. Hospitalet i Lund. I: *Kulturen. En årsbok 1949*. Lund: Kulturen. S. 118–155.
- Blomqvist, Ragnar. 1951. *Lunds historia 1. Medeltiden*. Lund: Liber läromedel/Gleerup.
- Blomqvist, Ragnar. 1978. *Lunds historia 2. Nyare Tiden*. Lund: Liber läromedel/Gleerup.
- Blomqvist, Ragnar & Mårtensson, Anders W. 1963. *Thulegrävningen 1961*. Archaeologica Lundensia. Investigationes de antiquitatibus urbis Lundae II. Lund: Kulturhistoriska museet.
- Bohlin, Henrik. 2009. Tyst kunskap: ett mångtydigt begrepp. I: Bornemark, Jonna & Svenaeus, Fredrik (red.). *Vad är praktisk kunskap?* Södertörn Studies in Practical Knowledge 1. Stockholm: Södertörns högskola. S. 55–85.
- Bohrn, Erik & Svahnström, Gunnar. 1981. *HelgeAnd's ruin och Hospitalet*. Volym 184 av Sveriges kyrkor, konsthistoriskt inventarium grundat av Sigurd Curman och Johnny Roosval. Riksantikvarieämbetet och Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Bos, Egbert P. 2001. *The Summa 'In omni doctrina': (MS. Munich, Bayerische Staatsbibliothek, CLM 14458, fols. 291a–397b): epistemology in semantics: an anonymous early 13th century manual of dialectic*. Louvain-la-Neuve: Peeters.
- Brambilla, Giovanni Alessandro. 1781. *Instrumentarium chirurgicum Viennense. Oder Wienerische chirurgische Instrumenten Sammlung*. Wien: Matthias Andreas Schmidt.
- Brennu-Njáls saga*. 1954. Íslenzk Fornrit, band XII. Reykjavik: Hið Íslenzka Fornritafélag.
- Brennu-Njáls saga (Njála)*. 1908. Halle: Verlag von Max Niemeyer.
- Broberg, Birgitta & Hasselmo, Margareta. 1978. *Söderköping. Rapport Medeltidsstaden 5*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Broberg, Birgitta & Hasselmo, Margareta. 1981. *Keramik, kammar och skor från 7 medeltida städer. Fyndstudie. Rapport Medeltidsstaden 30*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Brockliss, Laurence. 2010. Medical Education and Centres of Excellence in Eighteenth-century Europe: Towards an Identification. I: Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Arrizabalaga, Jon (red.). *Centres of Medical Excellence? Medical Travel and Education in Europe, 1500–1789*. Farnham & Burlington: Ashgate. S. 17–46.
- Brody, Saul Nathaniel. 1974. *The Disease of the Soul. Leprosy in Medieval Literature*. Ithaca & London: Cornell University Press.
- Bullough, Vern L. 1959. Training of the Nonuniversity-Educated Medical Practitioners in the Later Middle Ages. I: *Journal of the History of Medicine 1959, vol. 14*. S. 446–458.
- Bullough, Vern L. 1966. *The Development of Medicine as a Profession. The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*. Basel/New York: S. Karger.
- Burke, Peter. 2007. *Vad är kulturhistoria?* Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Bylebyl, Jerome. 1993. The manifest and the hidden in the Renaissance clinic. I: Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). *Medicine and the Five Senses*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 40–60.
- Bylock, Jesse L. 1988. *Medieval Iceland. Society, Sagas, and Power*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Bynum, Caroline Walker 1987. *Holy Feast and Holy Fast. The religious significance of food to medieval women*, Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Bynum, Caroline Walker. 1991. *Fragmentation and Redemption. Essays on Gender and the Human Body in Medieval Religion*. New York: Zoone Books.
- Bynum, Caroline Walker. 1995. *The Resurrection of the Body in Western Christianity, 200–1336*. New York: Columbia University Press.
- Bynum, Caroline Walker. 2007. *Wonderful Blood. Theory and Practice in Late Medieval Northern Germany and Beyond*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). 1993. *Medicine and the Five Senses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bäck, Mathias. 2003. *Danvikens hospital. Köksavfall och byggnadslämningar från Sveriges första sjukhus. Södermanland, Nacka socken, Sicklaön 37:2, RAÄ 13. UV Mitt rapport 2003: 3. Arkeologisk undersökning*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet.
- Böckernas bok: texterna; Gamla testamentet, Tillägg till Gamla testamentet, De apokryfa eller deuterokanoniska skrifterna, Nya testamentet*. 1999. Bibelkommissionens översättning. Stockholm: Verbum.

C

- Cabré, Montserrat. 2010. Beautiful Bodies. I: Kalof, Linda (red.). *A cultural history of the human body in the medieval age*. Oxford/New York: Berg. S. 121–139.
- Carelli, Peter. 1991. *Kv. Gyllenkrok 3, 4, 5, Lund. Rapport över arkeologisk undersökning, nr 1*. Lund: Kulturen.
- Carelli, Peter. 2001. *En kapitalistisk anda. Kulturella förändringar i 1100-talets Danmark*. Lund Studies in Medieval Archaeology 26. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Carelli, Peter & Lenntorp, Karl-Magnus. 1994. *Kv S:t Märten nr 25–26, Lund. Arkeologisk undersökning 1993*. Arkeologiska rapporter från Lund, nr 8. Lund: Kulturen.

- Carlsson, Kristina. 1998. *Tre kvarter i Gamla Lödöse: kronologi och funktion*. Göteborg: Dept. of Archaeology [Institutionen för arkeologi], Univ.
- Carlsson, Kristina & Ekre, Rune. 1980. *Gamla Lödöse*. Rapport Medeltidsstaden 21. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Carmichael, Ann G. 2010. Health, Disease, and the Medieval Body. I: Kalof, Linda (red.). *A cultural history of the human body in the medieval age*. Oxford/New York: Berg, S. 39–57
- Cassidy-Welch, Megan. 2008. *Monastic spaces and their meanings. Thirteenth-Century English Cistercian Monasteries*. Turnhout: Brepols.
- Chamberlain, Andrew T. & Parker Pearson, Michael. 2001. *Earthy Remains. The history and science of preserved human bodies*. London: The British Museum Press.
- Chaucer, Geoffrey. 2003. *The Canterbury Tales*. London: Penguin Books.
- Christensen Nugues, Charlotte. 2008. Skolmedicinen i det medeltida Sverige. I: Broberg, Gunnar (red.). *Til at stw-dera lakedom. Tio studier i svensk medicinhistoria*. Svenska läkaresällskapet 200 år av Vetenskap, bildning, kvalitet. Lund: Sekel, Stockholm: Svenska läkaresällskapet. S. 61–77.
- Cinthio, Erik & Carlsson, Kristina (red.). 1982. *Lödöse: västsvensk medeltidsstad. 1, Bebyggelseutvecklingen, 3, Stra-tigrafi i Gamla Lödöse*. Stockholm: Vitterhets-, historie- och antikvitetsakademien.
- Cinthio, Maria. 2002. *De första stadsborna. Medeltida gravar och människor i Lund*. Stockholm/Ste-hag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Clarke, Edwin 1971. The History of Scientific and Social Medicine. I: *Modern Methods in the History of Medicine*. (red.) Edwin Clarke. London: The Athlone Press of the University of London. S. 194–210.
- Cnattingius, Bengt. 1929. *Hospitalet i Skeninge*. Linköpings Stifts Julbok. Särtryck.
- Coakley, Joan. 1994. Introduction: Women's Creativity in Religious Context. I: Matter, Ann & Coakley, Joan (red.). *Creative Women in Medieval and Early Modern Italy. A Religious and Artistic Renaissance*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. S. 1–16.
- Cohen, Robin & Toninato, Paola. 2010a. Introduction. I: Cohen, Robin & Toninato, Paola (red.). *The Creolization Reader. Studies in mixed identities and cultures*. London & New York: Routledge. S. 1–21.
- Cohen, Robin & Toninato, Paola. 2010b. Kindred concepts. I: Cohen, Robin & Toninato, Paola (red.). *The Creolization Reader. Studies in mixed identities and cultures*. London & New York: Routledge. S. 243–246.
- Collin, Hans Samuel & Schlyter, Carl Johan (red.). 1827–1877. *Corpus iuris sueo-gotorum antiqui. Samling af Sveriges gamla lagar, på kongl. maj:ts nädigste befallning utgifven af d. H.S. Collin och d. C.J. Schlyter*. Stockholm: Z. Haeggström.
- Collinder, Björn. 1993. Övers. av *Den poetiska Eddan*, med kommentarer. Stockholm: Forum.
- Cordus, Valerius & Coudenberg, Pierre. 1590. *Dispensatorium, sive pharmacorum conficiendorum ratio a Petro Coudebergo plus quadringentis erroribus liberata atque vindicata: adiecto Valerij Cordi novo libello, alisque paucis post præfationes annotatis*. Lugduni Batavorum.
- Cowgill, J., de Neergaard, M. & Griffiths, N. 1987. *Medieval finds from excavations in London 1: Knives and scabbards*. London: Her Majesty's stationery office. Museum of London.
- Crawford, Sally. 2010. The nadir of Western Medicine? Texts, contexts and practice in Anglo-Saxon England. I: Crawford, Sally & Lee, Christina (red.). *Bodies of knowledge: Cultural Interpretations of Illness and Medicine in Medieval Europe. Studies in Early Medicine 1*. BAR International Series 2170. Oxford: BAR. S. 41–51.
- Crawford, Sally & Lee, Christina. 2010a. Introduction. I: Crawford, Sally & Lee, Christina (red.). *Bodies of knowledge: Cultural Interpretations of Illness and Medicine in Medieval Europe. Studies in Early Medicine 1*. BAR International Series 2170. Oxford: BAR. S. 1–4.
- Crawford, Sally & Lee, Christina (red.). 2010b. *Bodies of knowledge: Cultural Interpretations of Illness and Medicine in Medieval Europe. Studies in Early Medicine 1*. (red.) Sally Crawford & Christina Lee. BAR International Series 2170. Oxford: BAR.
- Crummy, Philip. 2002. A preliminary account of the doctor's grave at Stanway, Colchester, England. I: Baker, Patricia A. & Carr, Gillian (red.). *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge November 2000*. Oxford: Oxbow Books. S. 47–57.
- Cunningham, Andrew. 2010. The Bartholins, the Platters and Laurentius Gryllus: the peregrinatio medica in the Sixteenth and Seventeenth Centuries. I: Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Arrizabalaga, Jon (red.). *Centres of Medical Excellence? Medical Travel and Education in Europe, 1500–1789*. Farnam & Burlington: Ashgate. S. 3–16.
- Curman, Sigurd & Lundberg, Erik. 1935. Östergötland. Band II. I: Curman, Sigurd & Roosval, Johnny (red.). *Vreta klosters kyrka*. Sveriges kyrkor. Konsthistoriskt inventarium. Stockholm: Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien.

D

- Dahlbäck, Göran (red.). 1983. *Helgeandsholmen. 1000 år i Stockholms ström*. Stockholmsmonografier utgivna av Stockholms kommun. Stockholm: Liber Förlag.
- Dahlbäck, Göran, Ferm, Olle & Rahmqvist, Sigurd. 1984. *Uppland. Tiundaland: Ulleråker, Vaksala, Uppsala stad*. Det medeltida Sverige 1 & 2. Stockholm: Riksantikvarieämbetet.
- Dahlerup, Verner. 1913. Anmälan av Lis Jacobsen f. Rubin: Studier til det danske Rigssprogs Historie fra Eriks Lov til Chr. III:s Bibel. I. Lydhistorie. I: Kock, Axel (red.). *Arkiv för Nordisk Filologi* vol. 55/56, band 29/25. Lund: C. W. K. Gleerup. S. 84–94.
- Danmarks gamle love paa nutidsdansk. Bd 1, Skaanske lov; Valdemars sjællandske lov*. 1945. Kroman, Erik. & Iuul, Stig (red.). København.
- Darnton, Robert. 1985. *The great cat massacre and other episodes in French cultural history*. Harmondsworth: Penguin books.

- Davis, Audrey & Appel, Toby. 1979. *Bloodletting instruments in the National Museum of History and Technology*. Smithsonian Studies in History and Technology, number 41. Washington: Smithsonian Institute Press.
- de Ridder-Symoens, se Ridder-Symoens
- Den poetiska Eddan. 1993. Collinder, Björn (övers.). Juvä: Forum.
- Doobs, Penelope B. R. 1974. *Nebuchadnezzar's Children. Conventions of Madness in Middle English Literature*. New Haven/London: Yale University Press.
- Douglas, Marietta. 1978. *Sigtuna*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet/Statens historiska museer.
- E**
- Edda. *Die lieder des Codex Regius Nebst Verwandten Denkmälern*. 1962. Kuhn, Hans (red.). Heidelberg: Carl Winter Universitätsverlag.
- Edda: *Gylfaginning og prosafortellingene av Skaldskaparmål*, se Sturluson 1968.
- Egan, Geoff. 2007. Material Culture of Care for the Sick: Some Excavated Evidence from English Medieval Hospitals and Other Sites. I: Bowers, Barbara S. (red.) *The Medieval Hospital and Medical Practice*. AVISTA Studies in the History of Medieval Technology, Science and Art, Volume 3. Burlington: Ashgate. S. 65–76.
- Egan, Geoff & Pritchard, Frances. 1991. *Medieval finds from excavations in London: 3. Dress Accessories c. 1150 – c. 1450*. Museum of London. London: HMSO.
- Egil Skallagrímsson's saga. 1990. I: *Isländska sagor. Egil Skallagrímsson's saga. Gunlaug Ormstungas saga. Hraunkel Freysgodes saga. Hönsa-Tores saga. Viga-Glums saga. De sammansvurnas saga. Smásagor*. Alving, Hjalmar (övers.). Solna: Lettura.
- Egil Skallagrímsson's saga*. 1992. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Atlantis.
- Egil's saga / Egils Saga Skallagrímssonar. 1997. I: *The complete sagas of Icelanders I: including 49 tales*. Hreinsson, Viðar & Cook, R. (red.) Reykjavík: Leifur Eiríksson Publishing.
- Egils Saga Skalla-Grímssonar*. 1933. Utg. av Sigurð Nordal. Reykjavík: Hið Íslenska Fornritafélag. Köpenhamn: Levin & Munksgaard.
- Ehn, Ola & Gustavson, Jan Helmer (red.). 1984. *Kransen: ett medeltida kvarter i Uppsala*. Upplands fornminnesförenings tidskrift 50. Uppsala: Upplands fornminnesförening.
- Eijk, Ph. J. van der, Horstmanshoff, H. F. J., Schrijvers, P. H. (red.). 1995. *Ancient Medicine in its Socio-Cultural Context. Papers read at the congress held at Leiden University 13–15 April 1992*. 1 & 2. Amsterdam & Atlanta: Rodopi.
- Einarsen, Cathrine. 2002. Hospital eller inte? I: *S:t Jörgen mitt i medeltiden. Malmöya nr 7*. Malmö: Malmö kulturmiljö. S. 13–14.
- Ekenvall, Asta. 1992. *Manligt och kvinnligt. Idéhistoriska studier*. Skara: Viktoria Bokförlag.
- Ekholst, Christine. 2009. *För varje brottsling ett straff. Föreställningar om kön i de svenska medeltidslagarna*. Stockholm: Stockholm University.
- Eklöf, Motzi. 2008. *Kurkulturer. Bircher-Benner, patienterna och naturläkekonsten*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Ekre, Rune. 1989. *Medeltidens Lödöse – det första Göteborg*. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Ekre, Rune & Hylander, Carl & Sundberg, Rolf. 1994. *Lödösefynd, ting från en medeltidsstad*. Gamla Lödöse: Stödföreningen för Lödöse Museum.
- Ekström, Anders. 2009. *Representation och materialitet. Introduktion till kulturhistorien*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.
- Ellis, Harold. 2001. *A history of Surgery*. London: Greenwich Medical Media Limited.
- Engeström, Ragnar, Falck, Waldemar & Yrwing, Hugo. 1988. *Visby. Historisk bakgrund Arkeologiska dokumentationer. Rapport Medeltidsstaden 71*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Eriksdotter, Gunhild. 1994. *Stortorget, Lund. Stratigrafisk berättelse*. Arkeologiska rapporter från Lund, nr 7. Lund: Kulturen.
- Erikskrönikan*. 2003. Jansson, Sven-Bertil (red.). Stockholm: Prisma.
- Eyler, Joshua. 2010. Introduction: Breaking Boundaries, Building Bridges. I: Eyler, Joshua (red.) *Disability in the Middle Ages. Reconsiderations and Reverberations*. Ashgate: Farnham & Burlington.
- Eyrbyggarnas saga. 1979. I: *Isländska sagor. Eyrbyggarnas saga. Laxdalingarnas saga*. Alving, Hjalmar (övers.). Stockholm: Gidlund.
- Eyrbyggarnas saga. 1990. I: *Isländska sagor. Eyrbyggarnas saga. Laxdalingarnas saga. Gisle Sursson's saga. Grette Asmundsson (den starkes) saga*. Solna: Lettura.
- Eyrbyggja saga. Brands þátr Orva. Eiriks saga Rauða. Grœnlendinga saga. Grœnlendinga þátr*. 1935. Utg. av Einar ðl. Sveinsson & Matthias Þórðarson. Reykjavík: Hið Íslenska Fornritafélag. Köpenhamn: Levin & Munksgaard.
- F**
- Fabry von Hilden, Wilhelm. 1652. *Wundt-Artzney, gantzes Werck und aller Bücher, so viel deren vorhanden, welche. Alle von dem Authore auff's new übersehen ... Aus dem Lateinischen in das Teutsche übersetzt, durch Friderich Greiffen*. Frankfurt am Mayn.
- Fallberg Sundmark, Stina. 2008. *Sjukbesök och dödsförberedelse. Sockenbudet i svensk medeltida och reformatorisk tradition. Bibliotheca Theologiae Practicae 84*. Malmö: Artos & Norma bokförlag.
- Fallberg Sundmark, Stina. 2009. Om konsten att dö på rätt sätt. I: Hagberg, Markus (red.) *Jean Gersons Ars moriendi. Om konsten att dö. Skara stiftshistoriska sällskaps skriftserie 45*. Värnamo. S. 35–67.
- Feldt, Ann-Charlott. 2004. Medeltid i domkyrkans skugga – kvarteret Absalon. I: Mörkfors, Gunnel et al. (red.) *Kulten – makten – människan. Arkeologi i Östergötland. Meddelanden från Östergötlands länsmuseum*. Linköping: Östergötlands länsmuseums förlag. S. 104–118.
- Ferm, Olle. 2002. *Abboten, bonden och hölasset. Skratt och humor under medeltiden*. Stockholm: Atlantis.
- Flaum, Alfred. 1968. *Lasaretet i Lund 1768–1968. En historik*

- utarbetad på uppdrag av Malmöhus läns landsting till lasarettets tvåhundraårsjubileum. Lund: Landstinget.
- Forsmark, Ann-Sofi. 2001. Kvinnoarbete från medeltid till 1600-tal. Om bilder som historiska källor. I: Liljewall, Britt, Niskanen, Kirsti & Sjöberg, Maria (red.). *Kvinnor och jord. Arbete och ägande från medeltid till nutid. Skrifter om skogs- och lantbrukshistoria 15*. Stockholm: Nordiska museets förlag. S. 87–111.
- Forsssén, Axel. 1937. *De medeltida vattenledningarna i Varnhems kloster: för rörinstallatören*.
- Föstbrædra saga. 1943. I: Þórolfsson, Björn & Jónsson, Guðni (red.). *Vestfirðinga sögur*. Reykjavík: Hið Íslenska Fornritafélag.
- Foucault, Michel. 1983 (1961–71). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Arkiv.
- Foucault, Michel. 2003 (1963). *The Birth of the Clinic. An archaeology of medical perception*. London/New York: Routledge.
- France, James. 1992. *The Cistercians in Scandinavia*. Cistercian studies series, 9901287499; 131. Kalamazoo, Mich.: Cistercian Publ., cop.
- French, Roger K. 1985. Berengario da Carpi and the use of commentary in anatomical teaching. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge: Cambridge university press. S. 42–74.
- French, Roger. 1998. Introduction: The "Long Fifteenth Century" of Medical History. I: French, Roger, Arrizabalaga, Jon, Cunningham, Andrew & García-Ballester, Luis (red.). *Medicine from the Black Death to the French Disease*. Aldershot, Brookfield USA, Singapore & Sydney: Ashgate. S. 1–5.
- French, Roger. 2003. *Medicine before Science. The Business of Medicine from the Middle Ages to the Enlightenment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Friis-Jensen, Karsten. 2000. Efterord till *Saxos Danmarks-historie*, se denna.
- Fritz, Birgitta. 2000a. Klosteret. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia. S. 86–109.
- Fritz, Birgitta. 2000b. Livet i staden. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia. S. 149–161.
- Fritz, Birgitta. 2000c. Helgeandshuset, Jungfru Marie psaltares brödraskap och övriga gillen. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia. S. 168–174.
- Frängsmyr, Tore. 1990. *Framsteg eller förfall. Framtidsbilder och utopier i västerländsk tanketradition*. 2:a uppl. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Frödin, Otto. 1918. *Alvastra under medeltiden: undersökningarna år 1917*. Linköping.
- Frödin, Otto. 1919. *Alvastrabygden under medeltiden: arkeologiska undersökningar åren 1916–1918*. Stockholm: Cederquist.
- Frödin, Otto. 1920. *Från det medeltida Alvastra: undersökningarna år 1919*. Stockholm.
- Frödin, Otto. 1938. *Alvastra kloster: En orientering*. Vadstena: Östgötabladet.
- Frölich, Annette. 2003. The armamentarium of the army surgeon. I: Jørgensen, Lars, Storgaard, Birger & Gebauer Thomsen, Lone (red.). *The Spoils of Victory. The North in the shadow of the Roman Empire*. Köpenhamn: Nationalmuseet. S. 342–343.
- Frölich, Annette. 2004. Dansk feltkirurgi i perioden mellem Kristi fødsel og år 500. I: *Dansk Medicin-Historisk Årbog 2004*. Dansk Medicin-Historisk Selskab. S. 41–47.
- Frölich, Annette. 2006. Förhistoriens Skåninge heled frænders sår. Ny tolkning af artefakter fra Uppåkra. *Ale 2006:3*. S. 1–9.
- Frölich, Annette. 2009. *Jernalderens lægekunst: en nytolkning af arkeologiske fund fra danske offermoser*. Jysk Arkæologisk Selskabs skrifter, 63. København: Carlsbergfondet: Nationalmuseet; Højbjerg: Moesgård Museum.
- Frölich, Annette. 2010. Lægkunst i Uppåkra. I: Hårdh, Birgitta (red.). *Från romartida skalpeller till senvikingatida urningsspännen. Nya materialstudier från Uppåkra*. Uppåkrastudier 11. Acta Archaeologica Lundensia Series 8°, No. 61. Lund: Institutionen för arkeologi och Antikens historia. S. 45–82.
- Fägerlind, Ingemar. 2007. Gudhems kloster. I: Hagberg, Jonny (red.). *Kloster och klosterliv i det medeltida Skara Stift*. Skara stiftshistoriska sälls-kaps skriftserie: 33. Skara: Skara stiftshistoriska sällskap. S. 63–80.

G

- García-Ballester, Luis. 1985. Academicism versus empiricism in practical medicine in sixteenth-century Spain with regard to morisco practitioners. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge: Cambridge university press. S. 246–270.
- Gardelin, Gunilla. 2002. *Kv. Färgaren 28. Arkeologisk förundersökning och undersökningsplan 2002*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 106. Lund: Kulturen.
- Gardelin, Gunilla. 2007a. *Kv. Apotekaren 4, Lund. Arkeologisk undersökning 1979–80*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 246. Lund: Kulturen.
- Gardelin, Gunilla. 2007b. *Kv. Replagaren 1–7, Lund, Arkeologisk undersökning 1977–1978*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 250. Lund: Kulturen.
- Gardelin, Gunilla. 2007c. *Kv. S:t Botulf 12, Lund. Arkeologisk undersökning 1964*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 277. Lund: Kulturen.
- Gardelin, Gunilla. 2007d. *Kv. S:t Clemens 8, Lund. Arkeologisk undersökning 1974–1975*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 278. Lund: Kulturen.
- Gardelin, Gunilla. 2007e. *Kv. S:t Clemens 9, Lund. Arkeologisk undersökning 1982–1984*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 279. Lund: Kulturen.
- Geertz, Clifford. 1973. *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books, cop.
- Gejrot, Claes. 1996. *Vadstenadiariet. Latinsk text med översättning och kommentar. Ugivet genom Claes Gejrot*. Kungliga

- Samfundet för utgivande av handskrifter rörande Skandinaviens historia. Handlingar del 19. Stockholm.
- Gersdorf, Hans von. (1517) 1542. *Feldtbuch der Wundartzney*. Augsburg: Hainrich Stayner.
- Gesner, Konrad (red.). 1555. *De Chirurgia. De Chirurgia scriptores optimi quique veteres et recentiores, plerique in Germania antehac non editi, nunc primum in unum coniuncti volumen*. Zürich.
- Gilchrist, Roberta. 2000. Unsexing the Body: The Interior Sexuality of Medieval Religious Women. I: Schmidt, Robert A. & Voss, Barbara L. (red.). *Archaeologies of sexuality*. London/New York: Routledge. S. 89–103.
- Gilchrist, Roberta & Sloane, Barney. 2005. *Requiem. The medieval monastic cemetery in Britain*. London: The Museum of London Archaeology Service.
- Gisla Súrssonar Saga / Gísla Saga Súrssonar. 1990. I: *Isländska sagor. Eyrbyggjarnas Saga, Laxdalingarnas Saga, Gisle Súrssonar Saga, Grette Asmundssonar Saga*. Alving, Hjalmar (övers.). Stockholm: Lettura.
- Gisli Súrssonar Saga / Gísla Saga Súrssonar. 1997. I: *The complete sagas of Icelanders II: including 49 tales*. Hreinsson, Viðar & Cook, R. (red.) Reykjavík: Leifur Eiríksson Publishing.
- Gotfredsen, Edvard. 1980. Bartskeer. I: Brønsted, Johannes et al. (red.). *Kulturhistorisk lexikon för Nordisk Medeltid från vikingatid till reformationstid*, vol. 1. Rosenkilde og Bagger förlag. S. 370–371.
- Gottfried, Robert S. 1983. *The Black Death. Natural and Human Disaster in Medieval Europe*. London: Robert Hale.
- Gottfried, Robert S. 1986. *Doctors and Medicine in Medieval England 1340–1530*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Grágás I & II. *Laws of Early Iceland. The Codex Regius of Grágás with Material from Other Manuscripts*. 2000. Translated and edited by A. Dennis, P. Foote, R. Perkins. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Grágás efter det Arnarnagnæanske Haandskrift Nr. 334 fol., *Staparhólsbók*. 1879. Köpenhamn: Gyldendalske Boghandel. Thiels Bogtrykkeri.
- Grágás. *Islandernes lovbog i fristatens tid*. 1852. Utdgivet efter det kongelige Bibliotheks Haandskrift og oversat af Vilhjálmur Finsen, for det nordiske Literatur-Samfund. Første Del. I Text. Köpenhamn: Trykt i Brødrene Berlings Bogtrykkeri.
- Graner, Gunlög, Knabe, Ebba & Thorsberg, Kalle. 2008. *6000 år på Säby. Närke, Vintrosa socken, Säby 2.19 och 3:1, RAÄ 93. UV Bergslagen rapport 2008: 13. Arkeologisk undersökning*. Örebro: Riksantikvarieämbetet, Avdelningen för arkeologiska undersökningar.
- Granlund, John. 1976 (1951). Övers. och kommentar till *Olaus Magnus Historia om de nordiska folken*. Stockholm: Gidlunds.
- Green, Dennis H. 1998. *Language and history in the early germanic world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, Monica H. 2009. *Making Women's Medicine Masculine. The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynaecology*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Green, Monica H. 2010a. Bodily Essences: Bodies as Categories of Difference. I: Kalof, Linda (red.). *A cultural history of the human body in the medieval age*. Oxford/New York: Berg. S. 141–162.
- Green, Monica H. 2010b. Introduction. I: Kalof, Linda (red.). *A cultural history of the human body in the medieval age*. Oxford/New York: Berg. S. 1–16.
- Greenspan, Robert E. 2006. *Medicine. Perspectives in history and art*. Alexandria, Virginia: Ponteverde Press.
- Grell, Ole Peter. 2010. "Like the bees, who neither suck nor generate their honey from one flower": The Significance of the *peregrine academica* for Danish Medical Students in the Late Sixteenth and Early Seventeenth Centuries. I: Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Arrizabalaga, Jon (red.). *Centres of Medical Excellence? Medical Travel and Education in Europe, 1500–1789*. Farnam & Burlington: Ashgate. S. 171–189.
- Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Arrizabalaga, Jon (red.). 2010. *Centres of Medical Excellence? Medical Travel and Education in Europe, 1500–1789*. Farnam & Burlington: Ashgate.
- Grette Asmundssonar (den starkes) saga. 1990. I *Isländska sagor del 1. Eyrbyggjarnas sag., Laxdalingarnas saga, Gisle Súrssonar saga, Grette Asmundssonar (den starkes) saga*. Solna: Lettura.
- Grettis saga Ásmundarsonar. *Bandamanna saga. Oddspáttir Ófeigssonar*. 1936. Utg. av Jónsson, Guðni. Reykjavík: Hið Íslenska Fornritafélag. Köpenhamn: Levin & Munksgaard.
- Grmek, Mirko D. (red.). 1998 (1993). *Western Medical Thought From Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press.
- Grmek, Mirko D. 1998. The concept of disease. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought From Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press. S. 241–258.
- Guðmundar Sögur Biskups. 1983. I: *Guðmundar saga A. Bjó til prentunr Stefán Karlsson*. Editiones Arnarnagnæanæ. Series B, vol. 6. Kaupmannahöfn: C. A. Reitzels Forlag.
- Gunnlaug Ormstungas saga. 1990. I: *Isländska sagor. Egil Skallagrímssonar saga. Gunnlaug Ormstungas saga. Hravnlék Freysgodes saga. Hönsa-Tores saga. Víga-Glums saga. De sammansvurnas saga. Smásagor*. Alving, Hjalmar (övers.). Solna: Lettura.
- Gunnlaug Ormstungas saga. 1992. I: *Egil Skallagrímssonar och Gunnlaug Ormstungas sagor*. Stockholm: Fabel.
- Gustavson, Helmer. 2010. Särfeberbenet från Sigtuna. I: Edberg, Rune & Wikström, Anders (red.). *Situne Dei. Årsskrift för Sigtunaforskning 2010*. Sigtuna: Sigtuna Museum. S. 61–76.
- Gustavson, Helmer, Snædal Brink, Thorgunn, Strid, Jan Paul. 1984. Runfynd 1982. I: *Fornvännan 1983*, vol. 3–4. Stockholm: Vitterhetsakademien. S. 224–243.
- Gustin, Ingrid. 2007. *Stora Torget i Linköping. RAÄ 153. Stora Torget. Linköpings stad och Kommun. Östergötlands län. Arkeologisk undersökning*. Rapport 2007:66. Linköping: Östergötlands länsmuseum. Avdelningen för arkeologi.
- Götlind, Anna. 1988. *Teknikens medeltida apostlar. En studie av cistercienserna som bärare och förmedlare av teknisk kunskap i det medeltida Skandinavien*. Occasional papers on

- medieval topics 4. The department of history, University of Göteborg. Alingsås: Viktoria Bokförlag.
- Götriks och Rolfs saga. Om kungarna Göte, Götrik och Rolf från Västergötland. 1990. I: *Tre isländska sagor om Sverige. Götriks och Rolfs saga, Herrauds och Bosas saga, Hervarasagan/översatta till svensk av Olof Verelius åren 1664–1672. Nyutgåva med ordförklaringar, kompletteringar och en utförlig kommentar av Dan Korn*. Mölnlycke: Dan Korn AB.
- H**
- Hakon Hårdabreds saga. 1994. I: Sturluson, Snorre. *Nordiska kungasagor 3. Magnus den gode till Magnus Erlingsson*. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Fabel Bokförlag.
- Hall, Stuart. 2010. Créolité and the process of creolization. I: Cohen, Robin & Toninato, Paola (red.). *The Creolization Reader. Studies in mixed identities and cultures*. London & New York: Routledge. S. 26–38.
- Hallbäck, Dan-Axel. 2004. Humerus Varnhemensis – Varnhemsbenet. Ett medeltida ben med en stödande kopparplåt vilket antyder en öppen kirurgisk behandling. I: Ask, Christer (red.). *Medicinshistoria i Västergötland. Västergötlands Fornminnesförenings Tidskrift 2003–2004*. Skara: Västergötlands Fornminnesförening. S. 153–161.
- Hammarström, Magnus. 1925. *Glossarium till Finlands och Sveriges latinska medeltidsurkunder jämte språklig inledning*. Helsingfors: Finska historiska samfundets Handböcker.
- Hammond, E. A. 1960. Incomes of Medieval English Doctors. I: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, vol. XV, no. 2*. Oxford: Oxford University Press. S. 154–169.
- Harald Hårfagres saga. 1991. I: Sturluson, Snorre. *Nordiska kungasagor 1. Från Ynglignasagan till Olav Tryggvassons saga*. Stockholm: Fabel bokförlag.
- Harald Sigurdssons saga. 1994. I: Sturluson, Snorre. *Nordiska kungasagor 3. Magnus den gode till Magnus Erlingsson*. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Fabel Bokförlag.
- Haralds Saga Hårfagra. 1991. I: Sturluson, Snorre. *Heimskringla. 1 bandi*. Kritisjänsdóttir, Bergljót S. et al. (övers.). Reykjavik: Mál og menning.
- Haraldssönernas saga. 1994. I: Sturluson, Snorre. *Nordiska kungasagor 3. Magnus den gode till Magnus Erlingsson*. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Fabel Bokförlag.
- Harrison, Dick. 2000. *Stora Döden. Den värsta katastrof som drabbat Europa*. Stockholm: Ordfront.
- Harrison, Dick & Eriksson, Bo. 2010. *Sveriges historia 1350–1600*. Stockholm: Norstedts.
- Harttramff, Johann Valentin. 1735. *De non differenda secundinum adgerentium extractione*. Press: Johann Caspar Kuechler: (Leipzig), Langenheim.
- Harvey, Barbara. 1993. *Living and Dying in England 1100–1540. The Monastic Experience*. Oxford: Clarendon Press.
- Hassan Jansson, Karin. 2006. Völdsgärning, illgärning, ogärning: könskodat språkbruk och föreställningar om våld i den medeltida landslagen. *Väld: representation och verklighet*. S. 145–165.
- Hasselberg, Gösta. 1953. *Studier rörande Visby stadslag och dess källor*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Hasselmo, Margareta. 1982. *Vadstena*. Rapport Medeltidsstaden 36. Stockholm: Riksantikvarieämbetet & Statens historiska museer.
- Håvamål. 1962. I: *Edda. Die lieder des Codex Regius Nebst Verwandten Denkmälern*. Kuhn, Hans (red.). Neckel, Gustav (utg.). Heidelberg: Carl Winter Universitätsverlag.
- Heimdahl, Jens. 2009. Bolmörtens roll inom magi och medicin under den svenska förhistorien och medeltiden. *Fornvännen* 104. S. 112–128.
- Helgadóttir, Guðrún P. 1984. Kvinner og legekunst i fornsagaene. I: *Nordisk Medicinhistorisk Årsbok 1984*. Stockholm: Medicinhistoriska museet. S. 35–47.
- Helgadóttir, Guðrún P. 1985. Kvinner og legekunst i den norrøne litteraturen. *Kvinnearbeid i Norden fra vikingtiden til reformasjonen. Foredrag fra et nordisk kvinnehistorisk seminar i Bergen 3–7 august 1983*. Bergen: Universitetet i Bergen. S. 17–29.
- Hellquist, Elof. 2003. *Svensk Etymologisk Ordbok. Band 1–2*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Helmfrid, Björn. 1999. *Ringstaden: fästet i Motala ström*. Norrköping: Föreningen Gamla Norrköping.
- Herjulfsdotter, Ritwa. 1993. *Medeltida örtmedicin. Recept ur en svensk handskrift från början av 1500-talet*. Ask och Emblas skriftserie, 8. Dals Långed: Ask och Embla.
- Herjulfsdotter, Ritwa. 1997. *Medeltida klosterörter*. Ask och Emblas skriftserie, 15. Dals Långed: Ask & Embla HB.
- Herlihy, David. 1995. *Women, Family and Society in Medieval Europe. Historical Essays, 1978–1991*. Providence & Oxford: Berghahn Books.
- Hervarasagan. 1995. I: *Isländska mytsagor*. Lönnroth, Lars (övers.). Stockholm: Atlantis.
- Hjelle, Kari Loe. 2007. Foreign trade and local production – plant remains from medieval times in Norway. I: Karg, Sabine (red.). *Medieval Food Traditions in Northern Europe*. Köpenhamn: Publications from the National Museum. S. 161–179.
- Holck, Per. 1986. *Sott og sår. Sykdom og skader i middelalderen*. Stavanger: Arkeologisk museum i Stavanger.
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1962. *Magnus Erikssons Landslag i nusvensk tolkning*. Skrifter utgivna av Institutet för rätthistorisk forskning, grundat av Gustav och Carin Olin. Serien 1, Rätthistoriskt bibliotek, sjätte bandet. Stockholm: Nord. bokh. (distr.).
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1966. *Magnus Erikssons Stadslag i nusvensk tolkning*. Skrifter utgivna av Institutet för rätthistorisk forskning, Serien 1, Rätthistoriskt bibliotek. Stockholm: Nord. bokh. (distr.).
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1979a. *Dalalagen och Västmannalagen. Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar, andra serien*. Stockholm: AWE/Gebers
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1979b. *Skånelagen. Gutalagen. Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar*. Stockholm: AWE/Gebers.
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1979c. *Södermannalagen och Hälsingelagen. Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar, tredje serien*. Stockholm: AWE/Gebers.
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1979d. *Äldre Västgötalagen*. Yngre Västgötalagen. Smålandslagens kyrkobalk. Bjärköa-

- rätten. *Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar*. Stockholm: AWE/Gebers.
- Holmbäck, Åke & Wessén, Elias. 1979. Östgötalagen och Upplandslagen. Svenska Landskapslagar tolkade och förklarade för nutidens svenskar, första serien. Stockholm: AWE/Gebers.
- Holmes, Brooke. 2010. Medical Knowledge and Technology. I: Garrison, Daniel H. (red.). *A Cultural History of the Human Body in Antiquity*, vol. 1. Oxford/New York: Berg. S. 83–105.
- Holmqvist, Wilhelm. 1941. Medeltida munkkirurgi. I: *Svenska Läkartidningen nr 46*, Stockholm. S. 2468–2475.
- Holmqvist, Wilhelm. 1942. En gammal hälsokur och dess instrument. I: *Situne dei, Sigtuna Fornhems årsbok 1942*. Sigtuna: Sigtuna Fornhems Förlag. S. 41–50.
- Holmqvist, Wilhelm. 1961. En vikingatida sjukstuga på Helgö. *Lychnos. Årsbok för idéhistoria och vetenskapshistoria: annual of the Swedish History of Science Society*. Stockholm. S. 24–36.
- Hoorn, Johan von. 1697. *Den svenska wäl-öfvade jord-gumman hwilken grundeligen underwijser huru med en hafvande handlas, en wändande hielpasen barna-qwinna handteras, och det nyfödda barnet skiötas skal*. Stockholm: Nathanael Goldenaus Tryckerij.
- Hornemann Bredsdorff, Jacob, Pingel, Christian & Worsaae, Jens Jakob Asmussen. 1976 (1838). *Grönlands historiske mindesmærker, Vohym 2*. Köpenhamn: Det Konglige Nordiske Oldskrift-Selskab.
- Hrafns saga hin sérstaka. 1988. I: Thorsson, Örnólfur (red.). Kristjánisdóttir, Bergljót et al. (övers.). *Sturlunga saga II. Sturlunga saga. Árna saga Biskups. Hrafns saga hin sérstaka*. Reykjavik: Svart á hvítu.
- Hrafn Saga Sveinbjarnarsonar*. 1967. B-redaktionen. Utg. av Hasle, Annette. Editiones Arnarnar Series B. vol. 25. Köpenhamn: Munkgaard.
- Hrafnkels saga Freysgoda/ Hrafnkel Freysgodes saga. 1990. I: Alving, Hjalmar (red.). *Isländska sagor. Egil Skallagrimssons Saga, Gunnlaug Ormstungas Saga, Hrafnkel Freysgodes Saga, Hönsa-Tores Saga, Viga-Glums Saga, De Sammansurnas Saga, Smásagor*. Stockholm: Lettura.
- Hsu, Elisabeth. 2002. Medical anthropology, material culture, and new directions in medical archaeology. I: Baker, Patricia A. & Carr, Gillian (red.). *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge November 2000*. Oxford: Oxbow Books. S. 1–15.
- Huisman, Frank & Warner, John Harley. 2004. Medical histories. I: Huisman, Frank & Warner, John Harley (red.). *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press. S. 1–30.
- Hunt, Tony. 1994. *The Medieval Surgery*. Woodbridge: The Boydell Press.
- Hylland Eriksen, Thomas. 2007. Creolization in Anthropological Theory and in Mauritius. I: Stewart, Charles (red.). *Creolization. History, Ethnography, Theory*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press. S. 153–177.
- Härdelin, Alf. 2009. Jean Gerson – en senmedeltida praktisk teolog. I: Hagberg, Markus (red.). *Om konsten att dö*. Skara stiftshistoriska sällsksaps skriftserie 45. Skara: Skara stiftshistoriska sällskap. S. 11–34.
- Hönsa-Tores Saga. 1990. I: *Isländska sagor. Egil Skallagrimssons Saga, Gunnlaug Ormstungas Saga, Hrafnkel Freysgodes Saga, Hönsa-Tores Saga, Viga-Glums Saga, De Sammansurnas Saga, Smásagor*. Alving, Hjalmar (övers.). Stockholm: Lettura.
- Høyersten, Joh Geir. 2007. Madness in the Old Norse Society. Narratives and ideas. *Nordic Journal of Psychiatry 2007: 61*. Oslo. S. 324–331.

I

- Ibn Fadlan, Ahmad. 2006. *Ibn Fadlan's Journey to Russia. A tenth-century traveler from Baghdad to the Volga River*. Frye, Richard N. (övers. och kommentar). Princeton: Markus Wiener Publishers.
- Isager, Kristian. 1936. *Skeletfundene ved Øm kloster. Til belysning av middelalderlig patologi og klostret som hospital. Med inledning og bidrag af Professor Ejnar Sjøvall*. Cara Insula MCLXXII – MDLX. Köpenhamn: Levin & Munksgaard.

J

- Jackson, Ralph. 1995. The composition of Roman medical instrumentaria as an indicator of medical practice: a provisional assessment. I: Eijk, Philip J. van der, Horstmannhoff, Herman Frederik Johan & Schrijvers, P. H. (red.). *Ancient Medicine in its Socio-Cultural Context. Papers read at the congress held at Leiden University 13–15 April 1992*. Amsterdam: Rodopi. S. 189–207.
- Jacobsson, Bengt & Arcini, Caroline. 2002. Landskronas helgeandshus. I: Mogren, Mats (red.). *Märkvärt, medeltida. Arkeologi ur en lång skånsk historia*. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska undersökningar Skrifter No. 43. Stockholm: Riksantikvarieämbetet. S. 149–180.
- Jacquot, Danielle. 1998. Medical Scholasticism. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press. S. 197–240.
- Janssens, P. A. 1987. A copper plate on the upper arm in a burial at the church of Vrasene, Belgium. *Journal of Paleopathology 1 (1)*. S. 15–18. <http://onlinelibrary.wiley.com> DOI: 10.1002/oa.696 (Hämtad 2012-09-10)
- Jennbert, Kristina. 1991. Trepanation from Stone Age to Medieval Period from a Scandinavian Perspective. I: Jennbert, Kristina, Larsson, Lars, Petré, Rolf & Wyszomirska-Werbar, Bozena (red.). *Regions and reflections in honour of Märta Strömberg*. Acta Archaeologica Lundensia Series in 8° N° 20. Lund: Almqvist & Wiksell. S. 357–378.
- Johannesson, Gösta. 1982. *Lunds universitets historia II. 1710–1789. Utgiven av universitetet till dess 300-årsjubileum*. Lund: LiberFörlag.
- Johannisson, Karin. 1995. Vårt behov av sjukdom. I: Qvarsell, Roger & Rosén, Anne-Sofie (red.). *Om nyttan av att vara sjuk. Existentiella perspektiv på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden. S. 9–14.

- Johannisson, Karin. 1997. *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur*. Göteborg: Norstedts Förlag.
- Johannisson, Karin. 2002. *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: P. A. Norstedts & Söner AB.
- Johannisson, Karin. 2004. *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Johannisson, Karin. 2005. *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Johansson, Karl G. & Malm, Mats. 1997. Övers. och inledning till *Snorres Edda*. Stockholm: Fabel bokförlag.
- Johansson Hervén, Conny. 2001. *Mårtenstorget i Lund. Arkeologisk undersökning 1997. En kulturhistorisk redogörelse*. Arkeologiska rapporter från Lund, nr 21. Lund: Kulturen.
- Johansson Hervén, Conny. 2007. Helgonabacken. Tusen år i lärdomens tjänst. I: Håkansson, Håkan, Nilsson Nyländer, Eva & Dal, Björn (red.). *"Här får intet arbete utföras" Universitetsbiblioteket 100 år på Helgonabacken*. Lund: Kulturen. S. 17–28.
- Jonsson, Kristina. 2012. *Det medeltida hospitalet i Skänninge. En självhushållande gård i stadens utkant. Särskild arkeologisk undersökning. Fornlämning Skänninge stad 52:1, Skänninge 3:1, Skänninge stad, Mjölby kommun, Östergötlands län*. Stiftelsen Kulturmiljövård rapport 2012:48. Västerås: Stiftelsen Kulturmiljövård.
- Jouanna, Jacques. 1998. The Birth of Western Medical Art. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press. S. 22–71.
- Järpe, Anna. 1976. *Arboga*. Rapport Medeltidsstaden 2. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Järpe, Anna. 1979. *Strängnäs*. Rapport Medeltidsstaden 10. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Järpe, Anna. 1986. *Nya Lödöse*. Rapport Medeltidsstaden 60. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Jönsson, Lars. 2011. *Tommarp. Kunglig produktionsort och klosterstad*. Lund Studies in Historical Archaeology 13. Lund: Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds Universitet.
- Jörälv, Lennart. 2000. *Vägen till Nidaros. Längs medeltida pilgrimsleder genom Sverige och Norge*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- K**
- Kaliff, Anders & Tagesson, Göran. 2005. Linköpingsbygden. Ett centralt område med flera centra? I: Kaliff, Anders & Tagesson, Göran (red.). *Liunga. Kaupinga. Kulturhistoria och arkeologi i Linköpingsbygden*. Riksantikvarieämbetet, Arkeologiska undersökningar, Skrifter 60. Stockholm: Riksantikvarieämbetet. S. 8–45.
- Kalof, Linda (red.) 2010. *A Cultural History of the Human Body, I-VI*. Oxford & New York: Berg.
- Kalmar stads tänkebok. 1945–1949. Modéer, Ivar & Engström, Sten (red.). Samlingar utgivna av Svenska Fornskrift-sällskapet. Uppsala: Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB.
- Karg, Sabine. 2007a. Long term dietary traditions: archaeological records from Denmark dated to the Middle Ages and early modern times. I: Karg, Sabine (red.). *Medieval Food Traditions in Northern Europe*. Köpenhamn: Publications from the National Museum. S. 137–159.
- Karg, Sabine. 2007b. Synthesis and a mission for the future. I: Karg, Sabine (red.). *Medieval Food Traditions in Northern Europe*. Köpenhamn: Publications from the National Museum. S. 181–190.
- Karlsson, Jan O. M. 2000. *Gudhems kloster*. Skara: Gudhems klostermuseumförening.
- Karlsson, Jan O. M. & Sigsjö, Ragnar. 1987. *Varnhems kloster. Kyrkan, ruinerna, museet*. Varnhem: Varnhems församling.
- Karlsson, Mattias. 2007a. *Kv. Färgaren 25, Lund. Arkeologisk undersökning, 1980*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 241. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007b. *Kv. Färgaren 28, Lund. Arkeologisk undersökning, 1981*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 287. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007c. *Kv. Gråbröder 32, Lund. Arkeologisk undersökning 1983*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 289. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007d. *Kv. Gyllenkrok, Lund. Arkeologisk undersökning 1983*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 244. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007e. *Kv. Katedralskolan 2. S:t Andreas kyrkogård. Arkeologisk undersökning 1986*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 293. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007f. *Kv. S:t Mårten 22, Lund. Arkeologisk undersökning 1966*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 299. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007g. *Kv. Svartbröder 22, Lund. Arkeologisk undersökning 1971–72*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 307. Lund: Kulturen.
- Karlsson, Mattias. 2007h. *Kv. Svartbröder 23, Lund. Arkeologisk undersökning 1971–72*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 308. Lund: Kulturen.
- Kemp, Martin. 1993. "The mark of truth": looking and learning in some anatomical illustrations from the Renaissance and eighteenth century. I: *Medicine and the Five Senses*. Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). Cambridge: Cambridge University Press. S. 85–121.
- Keynes, Geoffrey (red.) 2004. *Medicine, surgery and warfare in sixteenth century Europe: Ambroise Paré*. I: Peter Elmer & Ole Peter Grell (red.). *Health, disease and society in Europe 1500–1800. A source book*. Manchester & New York: Manchester University Press & The Open University. S. 256–262.
- Kinder, Terryl N. 2002. *Cistercian Europe. Architecture of Contemplation*. Grand Rapids, Michigan/Cambridge, U.K.: William B. Eerdmans Publishing Company/Kalamazoo, Michigan: Cistercian Publications.
- Kjellström, Anna. 2010. Possible Cases of Leprosy and Tuberculosis in Medieval Siguna, Sweden. I: *International Journal of Osteoarchaeology* 22. S. 261–283. <http://onlinelibrary.wiley.com> DOI: 10.1002/oa.1204 (Hämtad 2010-09-07)
- Klemming, Gustaf Edvard (utg.). 1881–1882. *Svenska medeltids dikter och rim*. Stockholm: P. A. Norstedt & söner.

- Knüsel, Christopher J., Kemp, Richard L. & Budd, Paul. 1995. Evidence for Remedial Medical Treatment of a Severe Knee Injury from the Fishergate Gilbertine Monastery in the City of York. *Journal of Archaeological Science* 22, s. 369–384.
- Kockum, Axel. 1949. *Läkare och apotekare vid Gustav Vasas och hans söners hov. Bidrag till medicinens och farmaciens historia i Sverige under 1500-talet*. Stockholm: Hugo Gebers Förlag.
- Konsmar, Annika. 2010. *Det medeltida hospitalet i Skänninge. Bebyggelselämningar och odlingsmark inför RV 50. RAÅ 52, gårdstomt, spetalen, Skänninge 3:1, Skänninge stad, Mjölby kommun, Östergötlands län, Dnr 422-491-2009, UV Öst Rapport 2010:9. Arkeologisk undersökning*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet.
- Kousgård Sørensen, John. 1981. *Lægebøger. I: Brønsted, Johannes, Nordman, C. A., Lárusson, Ólafur, Arup Seip, Didrik & Thordeman, Bengt (red.). Kulturhistoriskt lexikon för Nordisk Medeltid från vikingatid till reformationstid, vol. 11. Rosenkilde og Bagger förlag. S. 75–79*
- Kraft, Salomon (red.). 1976. *Linköpings Historia 1. Från äldsta tid till 1567*. Linköping: Kommittén för Linköpings historia.
- Kristjánadóttir, Steinunn. 2008. Skriðuklaustur monastery: medical centre of medieval east Iceland? I: *Acta Archaeologica* 79. S. 208–215.
- Kristjánadóttir, Steinunn & Collins, C. 2010. Cases of Hydatid Disease in Medieval Iceland. *International Journal of Osteoarchaeology*. www.interscience.wiley.com DOI: 10.1002/oa. (Hämtad 2012-09-10)
- Kuhn, Thomas S. 2009. *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Stockholm: Thales.
- L**
- Lagerås, Per. 1996. *Vegetation and land-use in the Småland Uplands, southern Sweden, during the last 6000 years*. Lundqua thesis, vol. 36. Lund: Lund university, Department of Quaternary Geology.
- Lagerås, Per. 2006. *The Ecology of Expansion and Abandonment. Medieval and Post-Medieval Land-use and Settlement Dynamics in a Landscape Perspective*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet / National Heritage Board.
- Landtblom, Ann-Marie. 2000. Hade heliga Birgitta epilepsi? *Läkartidningen* volym 97, nr 51–52. S. 6044–6048.
- Laqueur, Thomas. 1990. *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Larsson, Inger. 2009. *Millefolium, rölika och näsegräs. Medeltidens svenska växtvärld i lärd tradition*. Kungl. Skogs- och Lantbruksakademien. Skogs- och lantbrukshistoriska meddelanden nr 45. Supplement till Kungl. Stockholm: Skogs- och Lantbruksakademiens Tidskrift.
- Larsson, Stefan. 2000. *Stadens dolda kulturskikt. Lundaarkeologins förutsättningar och förståelsehorisonter uttryckt genom praxis för källmaterialsproduktion 1890–1990*. Archaeologica Lundensia IX. Lund: Kulturhistoriska museet.
- Lave, Jean & Wenger, Etienne. 2005 (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Lawrence, Susan C. 1993. Educating the senses: students, teachers and medical rhetoric in eighteenth-century London. I: Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). *Medicine and the Five Senses*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 154–178.
- Laurence, Ray. 2001. Roman narratives. The writing of archaeological discourse – a view from Britain? I: *Archaeological Dialogues* 8:2. S. 90–101.
- Laxdalingarnas saga. 1990. I: *Isländska sagor. Eyrbyggarnas saga. Laxdalingarnas saga. Gisle Surrssons saga. Grette Asmundssons (Den starkes) saga*. Alving, Hjalmar (övers.). Solna: Lettura.
- Laxdæla saga. 1934. I: Sveinsson, Einar Ól (utg.). *Laxdæla saga. Halldórs þáttir Snorrasonar. Stúfs þáttir*. Reykjavík: Hið Íslenska Fornritafélag.
- Lee, Paul. 2001. *Nunneries, Learning and Spirituality in Late Medieval English Society. The Dominican Priory of Dartford*. York: York Medieval Press.
- Le Goff, Jaques & Truong, Nicolas. 2011. *Kroppens historia under medeltiden*. Höör: Agerings Bokförlag.
- Liepe, Lena. 2003. *Den medeltida kroppen. Kroppens och könets ikonografi i nordisk medeltid*. Lund: Nordic Academic Press.
- The life of Gudmund the good, bishop of Holar*. 1942. Turville-Petre, Gabriel & Olszewska, E. S. (red.). The Viking Society for Northern Research. Coventry: Viking Society for Northern Research.
- Lindahl, Anders. 1967. Stenhus, systuga och badstuga i kvarteret Ambrosia i Linköping. I: Noreen, Sven E. (red.). Östergötland. *Meddelanden 1966/67*. Linköping: Östergötlands och Linköpings stads museum. S. 55–65.
- Lindeblad, Karin. 2010. Lavendel, hjärtstilla och svarta vinbär. Om medeltida klosterträdgårdar i Östergötland. I: Tagesson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 281–305.
- Lindeke, Björn, Ohlson, Bo, Einarsson, Lars & Jahrehorn, Max. 2009. Gilded pills in the medical chest on board the warship Kronan. I: *Journal of Nordic Archaeological Science* 16. S. 25–31.
- Lindemann, Mary. 1999. *Medicine and Society in Early Modern Europe*. Cambridge, New York & Melbourne: Cambridge University Press.
- Lindgren, John. 1986 (1918). *Läkemedelsnamn. Ordförklaring och historik*. Stockholm: Svensk Farmaceutisk Tidskrifts Förlag AB.
- Lindroth, Sten. 1943. *Paracelsismen i Sverige till 1600-talets mitt*. Uppsala: Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB.
- Lindroth, Sten. 1951. *Sjukvård och läkare i forna tiders Stockholm*. I: von Platen, Magnus (red.). *Stockholm 1252–1952. En minnesskrift*. Stockholm: Anders Fricks förlag. S. 41–65.
- Lindroth, Sten. 1976. *A history of Uppsala university 1477–1977*. Uppsala: Uppsala University, Almqvist & Wiksell International.
- Lindroth, Sten. 1997. *Svensk Lärdomshistoria. Medeltiden. Reformationstiden*. Stockholm: Norstedts.

- Lindskog, Bengt I. 1997. Medicinens historia som akademiskt ämne. Förhandlingar från XVI Nordiska Medicinhistoriska Kongressen. I: *Svensk Medicinhistorisk Tidskrift, vol. 1, Supplement 1*. Stockholm: Föreningen för utgivande av Svensk Medicinhistorisk Tidskrift. S. 9.
- Lindström, Dag. 1991. *Skrå, stad och stat. Stockholm, Malmö och Bergen ca 1350–1622*. Studia Historica Upsaliensia 163. Uppsala: Universitetet i Uppsala.
- Ljung, Sven. 1954. *Uppsala under yngre medeltid och Vasatid. Uppsala stads historia II*. Uppsala Stads Historiekommitté. Red: Herbert Lund. Uppsala: Kommittén för utgivandet av Uppsala stads historia.
- Ljungstedt, Sune. 1976. Linköpings medeltida bebyggelse och topografi. I: *Linköpings Historia 1. Från äldsta tid till 1567*. Kraft, Salomon (red.). Linköping: Kommittén för Linköpings historia. S. 85–113.
- Lundberg, Anders. 1995. *Kv. Mynnet 7, Lund. Arkeologisk undersökning 1994–95*. Arkeologiska arkivrapporter från Lund, nr 13. Lund: Kulturen.
- Lämpinen, Terttu. 2007. Archaeobotanical evidence of plants from the medieval period to early modern times in Finland. I: Karg, Sabine (red.). *Medieval Food Traditions in Northern Europe*. Köpenhamn: Publications from the National Museum. S. 97–118.
- Lönnroth, Lars (övers.). 2006. *Njals saga*. Stockholm: Atlantis.
- M**
- Magnus den godes saga. 1994. I: *Snorre Sturluson. Nordiska kungasagor 3. Magnus den gode till Magnus Erlingsson*. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Fabel bokförlag.
- Magnus Erikssons Landslag* 1962, se Holmbäck & Wessén.
- Manjo, Guido. 1975. *The Healing Hand. Man and Wound in the Ancient World*. Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press.
- Mann, Thomas. 2011. *Bergtagen*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Marks, Deborah. 1999. *Disability. Controversial debates and psychosocial perspectives*. London & New York: Routledge.
- McGuire, Brian Patrick. 2010. Vretas nonner i europæisk perspektiv. I: Tagesson, Göran, Regner, Elisabet, Alinder, Birgitta & Ladell, Lars (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 243–255.
- McKinnell, John, Simek, Rudolf & Düwel, Klaus. 2004. *Runes, Magic and Religion. A Sourcebook*. Studia Mediaevalia Septentrionalia 10. Wien: Fassbaender.
- McVaugh, Michael. 1998. *Surgery*. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge, Mass. & London: Harvard University Press. S. 273–290.
- Metzler, Irina. 2006. *Disability in Medieval Europe. Thinking about physical impairment during the high Middle Ages, c. 1100–1400*. London & New York: Routledge.
- Meulengracht Sørensen, Preben. 1992. *Fortælling og ære. Studier i islændingsagaerne*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Mitchell, Piers D. 2004. *Medicine in the Crusades. Warfare, Wounds and the Medieval Surgeon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Modéer, Kjell Åke. 1997. *Historiska rättskällor: En introduktion i rättshistoria*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Modéer, Kjell Åke. 2004. Lag och rätt. I: Christensson, Jakob (red.). *Signums svenska kulturhistoria. Medeltiden*. Lund: Bokförlaget Signum. S. 173–189.
- Mogren, Mats. 1989. S:t Göran i Visby – en nordisk hospitalshall? I: *Visby. Staden och omlandet II*. Rapport Medeltidsstaden 72. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer. S. 7–10.
- Molander, Bengt. 2004. *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Morris, David. B. 1993. *The Culture of Pain*. Berkley/Los Angeles/London: University of California Press.
- Morris, Ian. 2000. *Archaeology as cultural history: Words and things in Iron Age Greece*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Murray Jones, Peter. 1998. Thomas Fayreford: An English Fifteenth-Century Medical Practitioner. I: French, Roger, Arrizabalaga, Jon, Cunningham, Andrew & García-Ballester, Luis (red.). *Medicine from the Black Death to the French Disease*. Aldershot, Brookfield USA, Singapore & Sydney: Ashgate. S. 156–183.
- Murray Jones, Peter. 2006. Image, Word, and Medicine in the Middle Ages. I: Givens, Jean A., Reeds, Karen M. & Touwaide, Alain (red.). *Visualizing Medieval Medicine and Natural History, 1200–1550*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited. S. 1–24.
- Müller-Wille, Michael. 1973. Eisengeräte aus Haitaby (Ausgrabung 1963–1964). I: Schietzel, Kurt (red.). *Das archäologische Fundmaterial der Ausgrabung Haitabu*, 2. Berichte über die Ausgrabungen in Haitabu 6. Schleswig-Holsteinisches Landesmuseum für Vor- und Frühgeschichte. Neumünster: Karl Wachholtzverlag. S. 23–37.
- Myrdal, Janken & Bärnhielm, Göran. 1994. *Kvinnor, barn och fester i medeltida mirakelberättelser*. Skrifter från Skaraborgs länsmuseum nr 19. Skara: Skaraborgs länsmuseum.
- Myrdal, Janken. 2000. *Jordbruket under feodalismen 1000–1700*. Stockholm: Natur och Kultur / LTs förlag / Nordiska museets förlag / Stiftelsen Lagersberg.
- Myrdal, Janken. 2003. *Digerdöden, pestvägor och odeläggelse. Ett perspektiv på senmedeltidens Sverige*. Stockholm: Sällskapet Runica et Mediaevalia.
- Mårtensson, Anders W. (red.). 1976. *Uppgrävt förflutet för PKbanken i Lund. En investering i arkeologi*. Archaeologica Lundensia. Investigationes de Antiquitatibus Urbis Lundae VII. Lund: Kulturhistoriska museet i Lund.
- Møller-Christensen, Vilhelm. 1938. *The history of the forceps*. Köpenhamn: Levin & Munksgaard.
- Møller-Christensen, Vilhelm. 1941. *Om kirurgisk behandling af den galliske syge i Danmark før 1550*. Historisk Samfund for Aarhus Stift. Aarhus: De Forenede Bogtrykkerier.
- Møller-Christensen, Vilhelm. 1944. *Middelalderens Lægekunst i Danmark*. Acta Historica Scientiarum Naturalium et Medicinalium. Bibliotheca Universitatis Hauniensis vol. III. Köpenhamn: Einar Munksgaard.

- Møller-Christensen, Vilhelm. 1958. *Bogen om Æbelholt kloster*. Köpenhamn: Dansk Videnskabs Forlag.
- Møller-Christensen, Vilhelm. 1981. Lægekunst. I: Brønsted, Johannes et al. (red.). *Kulturhistorisk lexikon för Nordisk Medeltid från vikingatid till reformationstid*, vol. 11. Rosenkilde og Bagger förlag. S. 79–80.
- Møller-Christensen, Vilhelm, Reiter, Paul J. & Schultz, Carl Georg. 1945. *Æbelholt kloster*. Köpenhamn: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Møller-Christensen, Vilhelm & Rousell, Aage. 1957. *Æbelholt klostermuseum*. Nationalmuseets blå böger. Köpenhamn: Nationalmuseet.
- N**
- Nationalencyklopedin*. 1992. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB.
- Nicolson, Malcom. 1993. The art of diagnosis: medicine and the five senses. I: (red.) Bynum, W. F. & Porter, Roy. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. I & II. London & New York: Routledge. S. 801–825.
- Nilsson, Bertil. 2010. Der tidigaste klostret i Vreta. I: Tageson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 29–47.
- Nilsson, Carl Gustaf. 1995. Trons betydelse för tolkning av symptoms innebörd. I: Qvarsell, Roger & Rosén, Anne-Sofie (red.). *Om nyttan av att vara sjuk. Existentiella perspektiv på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden. S. 15–20.
- Njals saga*. 2007. Lönnroth, Lars (övers. och inl.). Stockholm: Atlantis.
- Nordenfelt, Lennart. 1991. *Hälsa och värde. Studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Nordholm, Uno. 1971. *Apoteket Svanen i Lund genom seklerna*. Lund: AB P. H. Lindstedts Universitetsbokhandel.
- Nordholm, Uno. 1977. *Apoteket Svanen i Lund – 350 år*. Lund: Apoteksbolaget.
- Norstedts latinsk-svenska ordbok*. 1994. Stockholm: Norstedts.
- Nutton, Vivian. 1985. Humanist surgery. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge: Cambridge university press. S. 75–99.
- Nutton, Vivian. 1993. Galen at the bedside: the methods of a medical detective. I: *Medicine and the Five Senses*. Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). Cambridge: Cambridge University Press. S. 7–16.
- Nutton, Vivian. 1998. Medicine at the German Universities, 1348–1500: A Preliminary Sketch. I: French, Roger, Arizabalaga, Jon, Cunningham, Andrew & García-Ballester, Luis (red.). *Medicine from the Black Death to the French Disease*. Aldershot, Brookfield USA, Singapore & Sydney: Ashgate. S. 85–109.
- Nutton, Vivian. 2004. *Ancient medicine*. London & New York: Routledge.
- Nya Lödöse tänkeböcker (1586–1621)*. 1923. Grauers, Sven (red.). Skrifter utgivna till Göteborgs stads trehundraårsjubileum genom jubileumsutställningens publikationskommitté. Göteborg.
- Nyberg, Tore. 2000. *Monasticism in North-Western Europe, 800–1200*. Aldershot/Vermont: Ashgate.
- O**
- O'Boyle, Cornelius. 1998. *The Art of Medicine. Medical Teaching at the University of Paris, 1250–1400*. Leiden, Boston & Köln: Brill.
- O'Day, Rosemary. 2000. *The professions in early modern England, 1450–1800. Servants of the commonweal*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Ólafs saga Helga. 1991. I: *Snorri Sturluson Heimskringla*. 2 bandet. Kristjánsdóttir, Bergljót S., Halldórsson, Bragi, Torfason, Jón & Thorsson, Örnólfur (red.). Reykjavik: Mál og menning.
- Olaus Magnus. 1976. *Historia om de nordiska folken*. Övers. Granlund, Johan. Stockholm: Gidlunds.
- Olav den heliges saga, se Sturluson 1993
- Olin Lauritzen, Sonja. 2001. Vardagliga föreställningar om hälsa och sjukdom. I: Qvarsell, Roger & Torell, Ulrika (red.). *Humanistisk hälsoforskning. En forskningsöversikt*. Lund: Studentlitteratur. S. 87–125.
- Olsen, Björnar. 2010. *In Defence of Things. Archaeology and the Ontology of Objects*. Lanham, New York, Toronto & Plymouth, UK: Altamira Press; Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Ortved, Edward. 1927. *Cisterciordenen og dens klostre i Norden. Del 1*. Köpenhamn: J. H. Schultz forlag.
- Ortved, Edward. 1933. *Cisterciordenen og dens klostre i Norden. Del 2*. Köpenhamn: J. H. Schultz forlag.
- Ottosson, Per-Gunnar. 1977. Sveriges medeltida läkeböcker. I: *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift 1977*. Lund: Sydsvenska medicinhistoriska sällskapet. S. 124–165.
- Ottosson, Per-Gunnar. 1984. *Scholastic medicine and philosophy. A study of Commentaries on Galen's Tegni (ca. 1300–1450)*. Uppsala: Bibliopolis.
- P**
- Papavramidou, Niki, Thomaidis, Vassilios & Fiska, Aliki. 2011. The ancient surgical bloodletting method of arteriootomy. I: *Journal of Vascular Surgery* 2011: 54. S. 1842–1844.
- Paré, Ambroise. 2004. Fragment av Parés texter under rubriken Medicine, surgery and warfare in sixteenth century Europe: Ambroise Paré, I: Elmer, Peter & Grell, Ole Peter (red.). *Health, disease and society in Europe 1500–1800. A source book*. Manchester & New York: Manchester University Press & The Open University. S. 256–262.
- Park, Katherine. 1997. Medicine and the Renaissance. I: Loudon, Irvine (red.). *Western Medicine. An illustrated history*. Oxford/New York: Oxford University Press. S. 66–79.
- Pelling, Margaret. 2004a. Medicine: trade or profession? I: Elmer, Peter & Grell, Ole Peter (red.). *Health, disease and society in Europe 1500–1800. A source book*. Manchester & New York: Manchester University Press & The Open University. S. 30–34.

- Pelling, Margaret. 2004b. Physical appearance and the role of the barber surgeon in early modern London. I: *Health, disease and society in Europe 1500–1800. A source book*. Elmer, Peter & Grell, Ole Peter (red.). Manchester & New York: Manchester University Press & The Open University. S. 45–50.
- Petersen, Alan & Bunton, Robin (red.). 1997. *Foucault. Health and Medicine*. London & New York: Routledge.
- Piltz, Anders. 2010. Uppsala universitets första tid. I: Harrison, Dick & Eriksson, Bo (red.). *Sveriges historia 3. 1350–1600*. Stockholm: Norstedts. S. 87–92.
- Pires Boulhosa, Patricia. 2005. *Icelanders and the kings of Norway. Medieval Sagas and Legal Texts*. Leiden & Boston: Brill.
- Polanyi, Michael. 1969. *Knowing and Being. Essays by Michael Polanyi*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polanyi, Michael. 1983 (1966). *The Tacit dimension*. Gloucester, Mass.: Peter Smith.
- Pormann, Peter E. & Savage-Smith, Emilie. 2007. *Medieval Islamic Medicine*. The New Edinburgh Islamic Surveys. Series editor: Carole Hillenbrand. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Post, J. B. 1972. Doctor versus patient: two fourteenth-century lawsuits. I: *Medical History, vol. 16, no. 3*. S. 296–300.
- Puranen, Britt-Inger. 1986. *Tuberkulos. En sjukdoms förekomst och dess orsaker. Sverige 1750–1980*. Umeå Studies in Economic History 7. Umeå: Umeå universitet.
- Pursche, Werner. 2000. Befolkningen. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstenas historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 386–398.
- ## Q
- Qvarsell, Roger. 1995. Om nyttan av att vara sjuk. I: Qvarsell, Roger & Rosén, Anne-Sofie (red.). *Om nyttan av att vara sjuk. Existentiella perspektiv på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden. S. 36–51.
- Qvarsell, Roger. 2000. Vadstena som sjukvårdsstad. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstenas historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 617–626.
- Qvarsell, Roger. 2004. Sjukdomar och läkekonst. I: Christenson, Jakob (red.). *Signum svenska kulturhistoria. Medeltiden*. Lund: Bokförlaget Signum, s. 353–377.
- Qvarsell, Roger. 2007. Historia och medicin – En studie av svenska medicinhistoriska avhandlingar 1970–2004. I: Åhrén, Eva (red.). *Medicinshistoria idag. Perspektiv på det samtida forskningsfältet. Nobel occasional papers, 4*. Stockholm: Nobel Museum. S. 19–40.
- ## R
- Radford Ruether, Rosemary. 1998. *Women and Redemption. A Theological History*. London: SCM Press LTD.
- Rajamaa, Ruth. 1987. *Hälsoregler och sjukvård i Vadstena kloster 1384–1595*. PH-gruppen. Gruppen för pedagogikhistorisk forskning och tolkningsteori. Rapport nr 4. Pedagogiska Institutionen, Stockholms universitet. Stockholm: Stockholms universitet.
- Rajamaa, Ruth. 1992. *Systrarnas verksamhet, undervisning och uppfostran i Vadstena kloster 1384–1595*. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm: Stockholms universitet.
- Rawcliffe, Carole. 1995. *Sources for the History of Medicine in Late Medieval England. Selected, Introduced and Translated*. Kalamazoo, Michigan: Medieval Institute Publications, Western Michigan University.
- Rawcliffe, Carole. 1999. *Medicine and Society in Later Medieval England*. London: Sandpiper books.
- Rawcliffe, Carole. 2009a. *Leprosy in medieval England*. Woodbridge: The Boydell Press.
- Rawcliffe, Carole. 2009b. *Medicine for the Soul. The Life, Death and Resurrection of an English Medieval Hospital*. Gloucestershire: Sutton Publishing Limited.
- Redin, Lars. 1976. *Uppsala. Rapport Medeltidsstaden 3*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Regner, Elisabet. 2005. *Den reformerade världen. Monastisk och materiell kultur i Alvastra kloster från medeltid till modern tid*. Stockholm Studies in Archaeology 35. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Regner, Elisabet. 2010. Vreta – ett bland andra cisterciensiska kloster? I: Tagesson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 321–343.
- Rehnberg, Mats. 1976. Förord till *Olaus Magnus Historia om de nordiska folken*. Stockholm: Gidlunds.
- Reichborn-Kjennerud, Ingjald. 1924. Eddatidens medicin. *Arkiv för nordisk filologi* nr 40. S. 103–148.
- Reichborn-Kjennerud, Ingjald. 1928–1947. *Vår gamle trolldomsmedisin I–V*. Skrifter utgitt av Det Norske Videnskaps-Akademi i Oslo. II. Hist.-Filos. Oslo: Jacob Dybwad/A.W. Brøgers Boktrykkeri A/S.
- Reverby, Susan M. & Rosner, David. 2004. "Beyond the Great Medical Doctors Revisited." A Generation of the "New" Social History of Medicine." I: Huisman, Frank & Warner, John Harley (red.). *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press. S. 167–193.
- Reykðæla saga og Víga-Skútu/ The saga of the people of Reykjardal and of Killer-Skuta. 1997. I: *The complete sagas of Icelanders IV: including 49 tales*. Hreinsson, Viðar & Cook, R. (red.) Reykjavík: Leifur Eiríksson Publishing.
- Ricci, James V. 1990. *The Development of Gynecological Surgery and Instruments*. San Francisco: Norman Publishing.
- Ridder-Symoens, Hilde de. 1992. Mobility. I: Ridder-Symoens, Hilde de (red.). *A History of the University in Europe. Volume 1. Universities in the Middle Ages*. Cambridge/New York/Port Chester/Melbourne/Sydney: Cambridge University Press. S. 280–304.
- Ridder-Symoens, Hilde de. 2010. The Mobility of Medical Students from the Fifteenth to the Eighteenth Centuries: The Institutional Context. I: Grell, Ole Peter, Cunningham, Andrew & Arrizabalaga, Jon (red.). *Centres of Medical Excellence? Medical Travel and Education in Europe, 1500–1789*. Farnham & Burlington: Ashgate. S. 47–89.

- Riddle, John M. 1992. *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press.
- Roberts, Charlotte. 2002a. Tuberculosis: a multidisciplinary approach to past and current concepts, causes and treatment of this infectious disease. I: Baker, Patricia A. & Carr, Gillian (red.). *Practitioners, Practices and Patients. New Approaches to Medical Archaeology and Anthropology. Proceedings of a conference held at Magdalene College, Cambridge November 2000*. Oxford: Oxbow Books. S. 30–46.
- Roberts, Charlotte. 2002b. Paleopathology and archaeology: The current state of play. I: Arnott, Robert (red.). *The Archaeology of Medicine. Papers given at a session of the annual conference of the Theoretical Archaeology Group held at the University of Birmingham on 20 December 1998*. BAR International Series 1046. Oxford: Archeopress. S. 1–20.
- Roberts, Charlotte. 2011. The Bioarchaeology of Leprosy and Tuberculosis. A comparative Study of Perceptions, Stigma, Diagnosis, and Treatment. I: Agarwal, Sabrina C. & Glencross, Bonnie A. (red.). *Social Bioarchaeology*. Chichester: Wiley-Blackwell. S. 252–281.
- Roberts, Charlotte & Manchester, Keith. 1997. *The Archaeology of Disease. 2nd edition*. Ithaca, New York: Sutton Publishing Limited/Cornell University Press.
- Roberts, K. B. & Tomlinson, J. D. W. 1992. *The Fabric of the Body. European Traditions of Anatomical Illustration*. Oxford: Clarendon Press.
- Rolf, Bertil. 1991. *Profession, tradition och tyst kunskap: en studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Nya Doxa.
- Rosén, Jerker. 1968. *Lunds universitets historia I. 1668–1709. Utgiven av universitetet till dess 300-årsjubileum*. Lund: Gleerup.
- Rosenberg, Björn. 1984. *Åhus*. Rapport Medeltidsstaden 52. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Rosengren, Jerry. 2006. Läkekonstens Uppåkra. I: *Ale 2006:3*. S. 10–20.
- Ross, James B. & McLaughlin, Mary M. 2004. The history of surgery: Guy de Chauliac (1298–1368). I: Elmer, Peter & Grell, Ole Peter (red.). *Health, disease and society in Europe 1500–1800. A source book*. Manchester & New York: Manchester University Press & The Open University. S. 8–12.
- Roth, Stig. 1973. *Gudhems klosterruin. Grävningens berättelse avseende planform och murverk, altaren, stendekor och gravar*. Acta Regiae Societatis Scientiarum et Litterarum Gothoburgensis. Humaniora 8. Göteborg: Kungl. Vetenskaps- och Vitterhets-Samhället.
- Roth, Stig. 1987. *Gudhems kloster. Fyndföremål tecknade av Stig Roth*. Acta Regiae Societatis Scientiarum et Litterarum Gothoburgensis. Humaniora 27. Göteborg: Kungl. Vetenskaps- och Vitterhets-Samhället.
- Rowland, Beryl. 1981. *Medieval Woman's Guide to Health. The First English Gynecological Handbook. Middle English Text, with Introduction and Modern English Translation by Beryl Rowland*. London: Croom Helm.
- Runciman, Steven. 1975. *Byzantine style and civilization*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Rutkow, Ira M. 1993. *Surgery. An illustrated history*. St. Louis, Missouri: Mosby.

S

- Sachs, Lisbeth. 1995. Sjukdomars ontologiska mening. I: Qvarsell, Roger & Rosén, Anne-Sofie (red.). *Om nyttan av att vara sjuk. Existentiella perspektiv på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden. S. 80–82.
- Saga af Viktor ok Blavus. A fifteenth century Icelandic Lygisaga. An English edition and translation*. 1972. Chappel, Allen H. (övers.). Haag-Paris: Mouton.
- The Saga of Bjorn, Champion of the Hitardal People/ Bjarnar Saga Hitadælakappa. 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete Sagas of Icelanders I. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- The Saga of Grettir the Strong/ Grettis saga. 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete Sagas of Icelanders II. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- The saga of Gunnar, the fool of Keldungnup / Gunnars saga Keldungnúpsfífls. 1997. I: *The Complete Sagas of Icelanders III. Including 49 tales*. General Editor: Vidar Hreinsson. 1997. Eifuriríksson Publishing.
- The Saga of Gunnlaug Serpent-Tounge/Gunnlaugs saga Ormstungo. 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete Sagas of Icelanders I. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- The Saga of Hrafn Sveinbjarnarson. The life of an Icelandic physician of the thirteenth century*. 1951. Tjomsland, Anne (övers. och inl.). Ithaca, New York: Cornell University Press.
- The Saga of the People of Reykjadal and of Killer-Skuta/ Reykdæla saga og Viga-Skútu. 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete sagas of Icelanders IV. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- The Saga of the People of Vopngfjörð/Vopnfirðinga saga. 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete sagas of Icelanders IV. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- The Saga of the Sworn Brothers/Fóstrbrædra saga 1997. I: Hreinsson, Vidar (red.). *The Complete sagas of Icelanders IV. Including 49 tales*. Reykjavik: Eifuriríksson Publishing.
- Saxo Grammaticus. 2005. *Gesta Danorum. Danmarks historien. Band 1 & 2*. Friis-Jensen, Karsten (utg.), Zeeberg, Peter (övers.). Köpenhamn: Det Danske Sprog- og Litteraturselskab & Gads Forlag.
- Scarborough, John. 1969. *Roman Medicine*. London & Southampton: Thames and Hudson.
- Schenk-Gustafsson, Karin (red.). 2003. *Kvinnors hjärtan – hjärt- och kärleksjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- Schia, Erik & Molaug, Petter B. (red.). 1990. *De arkeologiske utgravninger i Gamlebyen, Oslo. Bind 7. Dagliglivets gjenstander – del 1*. Oslo: Övre Ervik: Alvheim & Eide Akademisk Forlag.
- Schlyter, Carl Johan. 1827–1877. *Glossarium ad Corpus Iuris Sueo-Gotorum Antiqui*. *Corpus Iuris Sueo-Gotorum Antiqui*

- Samling af Sweriges Gamla Lagar på Kongl. Maj:ts Nädigste Befallning Utgifven af D. C. J. Schlyter.* Lund: C. W. K. Gleerup.
- Schlyter, C. J. 1859. *Skåne-lagen med ärkebiskopen i Lund Andreas Sunnessons latinska bearbetning, Skånska Kyrkrätten och stadsrätten, samt åtskilliga stadgar för Skåne.* 1859. Lund: Berlingska Boktryckeriet.
- Schmid, Toni. 1951. Medicinsk lärdom i det medeltida Sverige. I: *Fornvännen* 46. Stockholm. S. 309–339.
- Schmiedebach, Heinz-Peter. 2004. Bildung in a Scientific Age. Julius Pögel, Max Neuburger, and the Cultural History of Medicine. I: Huisman, Frank & Harley Warner, John (red.). *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings.* Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press. S. 74–94.
- Schmitt, Charles B. 1985. Aristotle among the physicians. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century.* Cambridge: Cambridge university press. S. 1–15.
- Schuenemann, Verena J. et al. 2011. Targeted enrichment of ancient pathogens yielding the pPCP1 plasmid of Yersinia pestis from victims of the Black Death. I: *PNAS*. September 20, 2011, vol. 108, no. 38. www.pnas.org/cgi DOI: 10.1073/pnas.1105107108. (Hämtad 2012-09-10)
- Sculetus, Johannes. 1672. *Armamentarium chirurgicum renovatum & auctum triginta novem tabulis, tam veteresquam recenter excogitatas machinas & operations exhibitibus. Una cum Observationum Medico-Chirurgicarum canturia à præcipuis hujus patrie & seculi Practicis annotata, & collecta. Opera & studio Joannis Baptistæ Lamzweerde.* Amstelodami, apud Joannem à Someren.
- Sears, Elizabeth. 1993. Sensory perception and its metaphors in the time of Richard of Fournival. I: Bynum, W. F. & Porter, Roy (red.). *Medicine and the Five Senses.* Cambridge: Cambridge University Press. S. 17–39.
- Seeberg-Elverfeldt, Roland. 1975. *Revaler Regesten. Band III. Testamente Revaler Bürger und Einwohner aus den Jahren 1369 bis 1851.* Veröffentlichungen der Niedersächsischen Archivverwaltung, häfte 35. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shatzmiller, Joseph. 1994. *Jews, Medicine and Medieval Society.* Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press.
- Sigsjö, Ragnar. 1979. *Klosterstaden Varnhem.* Västergötlands fornminnesförenings tidskrift 1979–1980. Skara: Skaraborgs länsmuseum.
- Sigsjö, Ragnar. 1980. *Skara.* Rapport Medeltidsstaden 24. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Sigsjö, Ragnar. 1985. Skara stadsplan, arkeologi och historia. I: Sträng, Arne, Sigsjö, Ragnar & Södervall, Bo (red.). *Skara 1. Före 1700. Staden i stiftet.* Skara: Skara Historiekommitté. S. 123–250.
- Sigsjö, Ragnar. 2005. Varnhems kloster. I: Hagberg, Johnny (red.). *Ora et labora. Varnhems klosterkyrka under tio seklér.* Skara stiftshistoriska Sällsksaps skriftserie nr 19. Skara: Skara stiftshistoriska Sällsksap. S. 27–60.
- Siraisi, Nancy. G. 1990. *Medieval and early renaissance medicine. An introduction to knowledge and practice.* Chicago & London: University of Chicago Press.
- Siraisi, Nancy G. 1997. *The Clock and the Mirror. Cirolamo Cardano and Renaissance Medicine.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sjöberg, Maria. 2008. *Kvinnor i fält 1550–1850.* Hedemora/Möklinta: Gidlunds förlag.
- Sjöholm, Elsa. 1988. *Sveriges medeltidslagar. Europeisk rätts-tradition i politisk omvandling.* Skrifter utgivna av Institutet för Rättshistorisk Forskning Grundat av Gustav och Carin Olin. Lund: Institutet för rättshistorisk forskning.
- Snaprud, Per. 2008. Gud på hjärnan. *Forskning och framsteg nr 3/2008.* Stockholm. S. 20–25.
- Snorres Edda* 1968, se Sturluson
- Snyder, Sharon L. & Mitchell, David T. 2006. *Cultural locations of disability.* Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Socialstyrelsen. 2006. *Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument.* Artikelnummer 2006-102-1. Stockholm.
- Solomon, Michael. 2010. *Fictions of Well-Being. Sickly Readers and Vernacular Medical Writing in Late Medieval and Early Modern Spain.* Philadelphia & Oxford: University of Pennsylvania Press.
- Sotres, Pedro Gil. 1998. The Regimens of Health. I: Grmek, Mirko D. (red.). *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages.* Cambridge, Mass. & London, Eng.: Harvard University Press. S. 291–318.
- Steffensen, Jón. 1975. *Menning og Meinsemdir. Ritgerðasafn um mótunarsögu íslenskrar hjóðar og baráttu hennar við hungur og sóttir.* Reykjavik: Ísafoldarprentsmiðja.
- Steffensen, Jón. 1980. Islandske medicinhistoriske kilder, der ikke har påviselige forebilleder i samtidens Europa. I: Diener, Lennart (red.). *Förhandlingar vid VI nordiska medicinhistoriska kongressen Stockholm 9–11 juni 1978. Nordisk Medicinhistorisk Årsbok 6.* Södertälje: Axling Tryckeri AB. S. 94–105.
- Stockholms stads tänkebok 1524–29 M. M.* av M:r Olauus Petri Phase. 1929–1940. Larsson, Ludvig (utg.). Lund: Gleerup.
- Stockholms stads tänkeböcker från år 1592. Del 1 1592–1595.* 1939. Almqvist, Daniel (red.). Stockholm: Stockholms stadsarkiv.
- Strathern, Andrew J. 1999. *Body thoughts.* Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Ström, Folke. 1954. *Diser, nornor, valkyrior. Fruktharbetskult och sakralt kungadöme i Norden.* Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademiens Handlingar Filologisk-Filosofiska Serien 1. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sturlunga saga.* 1946. Jóhannesson, Jón, Finnbogason, Magnús og Eldjárn, Kristján (red.). Reykjavik.
- Sturlunga Saga. I-III.* 1988. Thorsson, Örnólfur (red.). Reykjavik: Svart á Hvítu.
- Sturluson, Snorre. 1968. *Edda: Gylfaginning og prosafortellingene av Skáldskaparmál.* Utg. av Anne Holtsmark & Jón Helgason. Köpenhamn/Oslo/Stockholm: Einar Munksgaard/Dreyers Forlag/Svenska Bokförlaget Norstedts.

- Sturluson, Snorre. 1991. *Nordiska kungasagor. 1. Från Ynglingasagan till Olav Tryggvasons saga*. Stockholm: Fabel.
- Sturluson, Snorre. 1993. *Nordiska kungasagor 2. Olav den helige*. Johansson, Karl G. (övers.). Johannesson, Kristinn (förord). Stockholm: Fabel.
- Sturluson, Snorre. 1994. *Nordiska kungasagor 3. Magnus den gode till Magnus Erlingsson*. Johansson, Karl G. (övers.). Stockholm: Fabel Bokförlag.
- Strömbom, Sixten. 1924. *Forskningar på platsen för det forna nya Lödöse (1915–1918)*. Skrifter utgivna till Göteborgs stads trehundraårsjubileum; 5. Göteborg.
- Sundquist, Nils. 1953. *Östra Aros. Stadens uppkomst och dess utveckling intill år 1300*. Uppsala stads historia utgiven av Uppsala Stads Historiekommitté. Del 1. Red: Herbert Lundh. Uppsala: Almqvist & Wiksell Boktryckeri AB.
- Svahnström, Gunnar. 1981. *Hospitalet*. I: Bohrn, Erik & Svahnström, Gunnar (red.). *HelgeAnd's ruin och Hospitalet*. Visby: Sveriges kyrkor, vol. 184. Riksantikvarieämbetet och Kungl. Vitterhets- Historie- och Antikvitets Akademien. Stockholm: Almqvist & Wiksell International. S. 70–92.
- Svahnström, Gunnar. 1990. *Visby under tusen år*. Visby: Bokförlaget Hanseproduktion AB.
- Swartling, Ingrid. 1969. *Alvstra Abbey. The first Cistercian Settlement in Sweden*. Acta Universitatis Stockholmiensis. Stockholm Studies in History of Arts 16. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Svärd, Gustaf. 1971. Om hälsovårdens yrkesutövare i Sverige omkr. 1500–1800. *Svensk Farmaceutisk tidskrift nr 2, 1970, årgång 74*. Stockholm: Svensk farmaceutisk tidskrift. S. 81–102.
- Söderberg, Bengt & Piltz Williams, Birgitta. 2012. *Uppåkra 2011. Forsknings- och seminarieundersökningar. Skåne, Staffanstorps kommun, Uppåkra socken, Stora Uppåkra 8:3 och 8:4, RAÄ 5. Arkeologisk undersökning*. Institutionen för arkeologi och antikens historia, Lunds universitet.
- Söderström, Göran. 2000a. Kungar, borgargårdar och borgare i 1500-talets Vadstena. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 301–319.
- Söderström, Göran. 2000b. Mårten Skinnarens hus och hospital. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 333–341.
- Söderström, Göran. 2000c. Stadens offentliga byggnader. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 236–249.
- Söderström, Göran. 2000d. Stadens rätt och orätt I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 354–370.
- Söderström, Göran. 2000e. Stadsgårdarna. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 219–235.
- Söderström, Göran. 2000f. Vadstena år 1560. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstens historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 320–332.
- Söderwall, Knut F. 1884–1918. *Ordbok öfver svenska medeltids-språket*. Lund: Svenska fornskriftsällskapet.

T

- Tacitus, Cornelius. 2005. *Germania*. Önnersfors, Alf (övers., inl. och kommentar). Stockholm: Wahlström & Widstrands Klassikerserie.
- Tagesson, Göran. 2002. *Biskop och stad – aspekter av urbanisering och sociala rum i medeltidens Linköping*. Lund Studies in Medieval Archaeology 30. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Tagesson, Göran. 2007. *Vreta klostets kyrka*. Linköping: Linköpings stifts kyrkoberskrivningskommitté, cop.
- Tagesson, Göran. 2010. *Vreta före cistercienserna*. Huvudgård, kyrka och en (o)möjlig dopanläggning. I: Tagesson, Göran et al. (red.). *Fokus Vreta kloster. 17 nya rön om Sveriges äldsta kloster*. The Museum of National Antiquities, Stockholm Studies 14. Riksantikvarieämbetet Arkeologiska Undersökningar Skrifter no 77. Stockholm: Statens historiska museum. S. 81–110.
- Talbot, C. H. & Hammond, E.A. 1965. *The medical practitioners in medieval England. A biographical register*. London: Wellcome Historical Medical Library.
- Tempte, Thoms. 1982. *Arbetets Åra. Om hantverk, arbete, några rekonstruerade verktyg och maskiner*. Stockholm: Ordfront.
- Ternström, Claes. 2002. Spåren efter en alkemist. I: Hedvall, Rikard, Ersgård, Lars, Karlsson, Pär, Stribeus, Magnus & Ternström, Claes (red.). *Arkeologi i Vadstena. Nya resultat med utgångspunkt i undersökningarna i stadsdelen Sanden*. Stockholm: Riksantikvarieämbetet. S. 87–93.
- Tesch, Sten. 1983. *Ystad I. Rapport Medeltidsstaden 44*. Projektledare: Margareta Björnstad & Hans Andersson. Stockholm: Riksantikvarieämbetet och Statens historiska museer.
- Tesch, Sten. 2006. *Sigtuna 2:181 (kv Granhäcken). Rapport Arkeologisk förundersökning*. Meddelanden och rapporter från Sigtuna Museum nr 30. Sigtuna: Sigtuna Museum.
- Thunborg, Camilla. 1999. *Lärande av yrkesidentiteter – en studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Linköping Studies in Education and Psychology No 64. Linköpings universitet, Department of Education and Psychology. Linköping: Linköpings universitet.
- Thyresson, Nils. 1991. *Från Fransoser till AIDS. Kapitel ur de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Tjomsland, Anne. 1951. Övers. och inl. *The Saga of Hrafn Sveinbjarnarson. The life of an Icelandic physician of the thirteenth century*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Towler, Jean & Bramall, Joan. 1986. *Midwives in History and Society*. London: Croom Helm.
- Trabjerg, Lis. 1993. *Middelalderens hospitaler i Danmark*. Speciale i Middelalder-arkæologi, Aarhus Universitet. Moesgaard: Avd. for Middelalder-arkæologisk Nyhedsbrev.
- Tuchman, Barbara W. 1994. *En fjärran spegel. Det stormiga 1300-talet*. Stockholm: Atlantis.

Turner, Stephen. 1994. *The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presuppositions*. Cambridge: Polity Press.

U, V

- Universitets Apoteket Svanen Lund*. 1990. Trycksak/broschyr. Lund: Wallin & Dalholm Boktr. AB.
- Vadstenadiariet. Latinsk text med översättning och kommentar*. 1996. Gejrot, Claes (red.). Kungl. Samfundet för utgivande av handskrifter rörande Skandinaviens historia. Handlingar del 19. Stockholm: Gotab.
- Vandereycken, Walter & van Deth, Ron. 1996. *From Fasting Saints to Anorectic Girls. The History of Self-Starvation*. London: The Athlone Press.
- Väpnfirðinga saga. 1950. I: Jóhannesson, Jón (red.) *Austfirðinga sogur*. Reykjavik: Hið Íslenska Fornritafélag.
- Viga-Glums Saga. 1990. *Isländska sagor. Egil Skallagrimssons Saga, Gunnlaug Ormstungas Saga, Hrafnkel Freysgodes Saga, Hönsa-Tores Saga, Viga-Glums Saga, De Sammansvurnas Saga, Smásagor*. Alving, Hjalmar (övers.). Solna: Lettura.
- Viklund, Karin. 2007. Sweden and the Hanse – archaeological aspects of changes in farming, gardening and dietary habits in medieval times. I: Karg, Sabine (red.). *Medieval Food Traditions in Northern Europe*. Köpenhamn: Publications from the National Museum. S. 119–135.
- Völsunga saga. 1965. *The saga of the Völsungs. Edited and Translated with Introduction, Notes and Appendices by R. G. Finch*. London/Edinburgh: Nelson.
- Vretemark, Maria. 1997. *Från ben till boskap. Kosthåll och djurbållning med utgångspunkt i medeltida benmaterial från Skara. Del 1*. Skrifter från Länsmuseum Skara nr 25. Skara: Skaraborgs länsmuseum.
- Völsungasagan*. 1991. Knutsson, Inge (övers.). Lund: Studentlitteratur.

W

- Wahlöö, Claes. 1976a. *Keramik 1000–1600 i svenska fynd*. Archaeologica Lundensia VI. Lund: Kulturhistoriska museet i Lund.
- Wahlöö, Claes. 1976b. Lagerbild och fasindelning. I: Mårtensson, Anders W. (red.). *Uppgrävt förflutet för PKbanken i Lund. En investering i arkeologi*. Archaeologica Lundensia VII. Lund: Kulturhistoriska museet i Lund. S. 15–20.
- Wahlöö, Claes. 2001. *Metropolis. Årkebiskoparnas och kungarnas Lund*. Lund: Historiska Media.
- Walker-Meikle, Kathleen. 2011. Animal bites in the Middle Ages. I: *Wellecome History*, nr 47 2011. S. 6.
- Wallis, Faith. 2000. Signs and Senses: Diagnosis and Prognosis in Early Medieval Pulse and Urine Texts. I: *The Society for the Social History of Medicine*, vol. 13, nr 2. S. 265–278. <http://shm.oxfordjournals.org> DOI: 10.1093/shm/13.2.265. (Hämtad 2012-09-11)
- Wase, Dick. 1978. Befolkningsförhållanden och förbindelser – det dubbelsidiga samhället. I: *Visby. Staden och omlandet II*. Rapport Medeltidsstaden 72. Stockholm: Riksantikvarieämbetet & Statens historiska museer. S. 41–43.
- Wear, Andrew. 1985. Explorations in renaissance writings

- on the practice of medicine. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge: Cambridge university press. S. 118–145.
- Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. 1985. Introduction. I: Wear, Andrew, French, Roger K. & Lonie, Iain M. (red.). *The medical renaissance of the sixteenth century*. Cambridge: Cambridge university press. S. IX–XVI.
- Webster, Jane. 2001. Creolizing the Roman Provinces. I: *American Journal of Archaeology*, Vol. 105, No. 2. Archaeological Institute of America. S. 209–225.
- Weibull, Lauritz et al. 1952. *Lunds stadsbild: byggnader, gatunät, miljöer, fornminnen*. Särtryck. Kommittén för inventering av Lunds äldre byggnadsverk: Betänkande och inventeringslista. Lund: Stadsfullmäktige i Lund.
- Welin, Sanfrid. 1946. *Skara hospital. Kort historik*. Skara: Västergötlands Tryckeri Aktiebolag/Bergers bokhandel.
- Wessén, Elias. 1927. Eddadikterna om Helge Hundingsbane. *Fornvännen* 1927. S. 1–95.
- Westholm, Gun. 1978. Visby – bönders hamn och handelsplats. I: *Visby. Staden och omlandet II*. Rapport Medeltidsstaden 72. Stockholm: Riksantikvarieämbetet & Statens historiska museer. S. 49–113.
- Westling, Claes. 2000. En stad i Sverige 1521–1660. I: Söderström, Göran (red.). *600 år i Vadstena. Vadstenas historia från äldsta tider till år 2000*. Stockholm: Stockholmia Förlag. S. 251–265.
- Wiesenfeld-Hallin, Zsuzsanna. 2005. Sex differences in pain perception. *Gender Medicine*, vol. 2, No. 3. S. 137–145.
- Wikström, Anders (red.). 2008. *På väg mot Paradiset. Rapport Arkeologisk undersökning*. Meddelanden och Rapporter från Sigtuna Museum nr 33. Sigtuna: Sigtuna Museum.
- Wikström, Anders. 2010. *Humlegården & Trekanten, Sigtuna, Up, 2006–2010: Rapport arkeologisk förundersökning*. Sigtuna: Sigtuna Museum.
- Wikström, Anders (red.). 2011. *Fem stadsgårdar – arkeologisk undersökning i kv. Trädgårdsmästaren 9 & 10 i Sigtuna 1988–90*. Meddelanden och Rapporter från Sigtuna Museum nr 52. Sigtuna: Sigtuna Museum.

X, Y

- Yearl, M. K. K. 2007. Medieval Monastic Customaries on *Minuti* and *Infirmi*. I: Bowers, Barbara S. (red.) *The Medieval Hospital and Medical Practice*. AVISTA Studies in the History of Medieval Technology, Science and Art, Volume 3. Burlington: Ashgate. S. 175–194.
- Ynglingasagan*. 1991. I: Sturluson, Snorre. *Nordiska kungasagor 1. Från Ynglingasagan till Olav Tryggvassons saga*. Stockholm: Fabel bokförlag.
- Ynglinga saga. 1991. I: Kriksjándóttir, Bergljót S. et al. (red.). *Snorri Sturluson Heimskringla. 1 bandi*. Reykjavik: Mál og menning.

Z, Å, Ä

- Zachrisson, Torun. 2004. Det heliga på Helgö och dess kosmiska referenser. I: Andrén, Anders, Jennbert, Kristina & Raudvere, Catharina (red.). *Ordning mot kaos. Studier av*

nordisk förkristen kosmologi. Vägar till Midgård 4. Lund: Nordic Academic Press. S. 343–388.

Ö

Ödman, Samuel. 1830. *Några quarlefvor af naturens fordna kännedom, hemtade utur nordiska Sagorna. Inträdes-Tal i Kongl. Vitterhets-, Historie- och Antiquitets-Academien,*

Kongl. Vitterhets-, Historie- och Antiquitets-Academiens Handlingar. Trettonde delen. Stockholm: Direct. Henr. A. Nordström.

Österberg, Eva. 1985. Människor och mirakler i medeltidens Sverige. I: Sandberg, Robert (red.) *Studier i äldre historia tillägnade Herman Schück 5/4 1985*. Stockholm: Historiska institutionen Universitetet.



I samband med sjukdom och ohälsa blir människans litenhet och sårbarhet, men också hennes livsvilja och vilja att förbättra, tydlig. Läkekonst är ett uttryck för människans försök att bemöta och betvinga det oacceptabla som livet ställer henne inför i form av fysiskt och mentalt lidande. Det är också en kulturprodukt. Hur man inom ett samhälle eller en kultur hanterar umbäranden i form av sjukdomar och skador säger därför mycket om ett samhälle i stort; om dagens, såväl som om medeltidens och renässansens. Genom att studera medeltidens och renässansens läkekonst kommer vi en liten bit närmare de människor som levde då.

Med hjälp av arkeologiska fynd och skriftliga källor från det medeltida och renässanstida Sverige och Norden undersöker Johanna Bergqvist hur man under dessa perioder förstod sjukdomar och skador, vad man tänkte sig orsakade dem, hur man behandlade och vårdade dem som drabbats och vilka som arbetade med detta. Under medeltiden och renässansen skedde flera förändringar inom såväl läkekonsten som inom de yrken som sysslade med olika former av läkekonst, men utvecklingen gick inte ständigt framåt. Från mitten av 1300-talet och genom 1400-talet innebar digerdöden och efterföljande epidemier bokstavligen ett dråpslag för äldre kunskaper, traderade genom generationer, som det tog tid att återhämta sig ifrån och som bidrog till att läkekonsten därefter kom att få en delvis ny inriktning.

Johanna Bergqvist är arkeolog med ett förflutet inom bland annat uppdragsarkeologin. Detta är hennes doktorsavhandling i Historisk arkeologi.



ISBN 978-91-89578-52-4



9 789189 578524

Distribution: Riksantikvarieämbetet via UV:s nätbokhandel www.arkeologibocker.se