

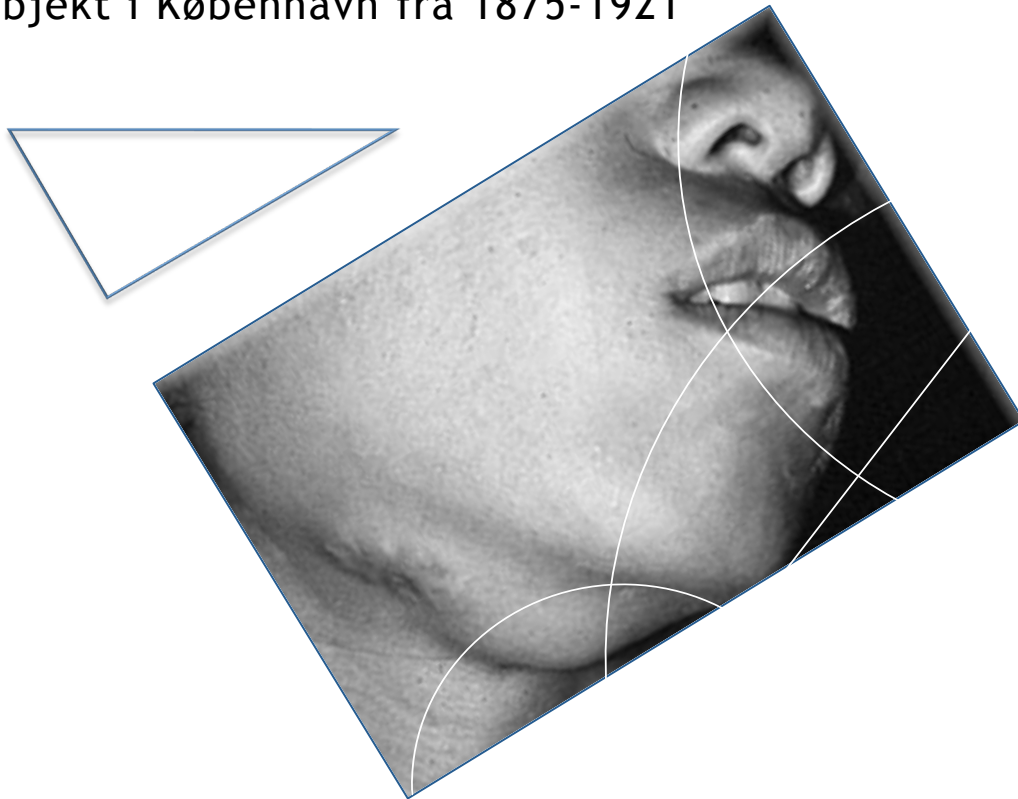


Kandidatspeciale

Ulrik Bak Kirk

En skrofuløs historie

- en undersøgelse af skrofulose som multipelt objekt i København fra 1875-1921



Vejleder: Sniff Andersen Nexø

Afleveret den: 01/04/2015

Enheder: 191.751 (79,89 normalsider)

Indholdsfortegnelse

PROLOG: DEN MULTIPLE SKROFULOSE TAGER FORM	3
SKROFULOSE I SAMTIDEN: KONTEKSTUALISERING	4
AKT I: ANALYSESTRATEGI	5
LITTERATUR OM BØRNESUNDHED	7
LITTERATUR OM SKOLELÆGEORDNING	9
LITTERATUR OM FRILUFTSBEHANDLING	12
SPECIALETS ANALYTISKE BLIK: FRA DISKURSANALYSE TIL PRAKSISONTOLOGIER.....	14
BEGREBER, AFGRÆNSNINGER SAMT TIL- OG FRAVALG	17
DET EMPIRISKE KILDEMATERIALE.....	19
SPECIALETS TILGANG TIL KILDEMATERIALET.....	21
AKT II: SKROFULOSE SOM ET VIDENSKABELIGT OBJEKT	22
DEN TIDLIGE SKROFULOSE	23
FASTLÆGGELSE AF FREMTRÆDELSSESFORMER.....	24
SYGDOMMENS ÅRSAGSFORHOLD: NÆRINGSVÆSKERNES SAMMENSÆTNING	27
BEHANDLING: LINDRING AF EN KONSTITUTIONEL LIDELSE	29
DEN SENE SKROFULOSE	30
FORANDRING AF FREMTRÆDELSSESFORMER	30
SYGDOMMENS ÅRSAGSFORHOLD: EN TUBERKULØS INFEKTION.....	31
BEHANDLING: AT OPBYGGE EN UIGENNEMTRÆNGELIG SKILLEMUR.....	33
SAMMENFATNING	34
AKT III: SKROFULOSE SOM ET POLITISK OBJEKT	35
FRA INDIVIDETS SYGDOM TIL BORGERENS SAMFUNDSPLIGT	36
TIDLIG OPSPORING: FRA FRIVILLIGT TILBUD TIL TVUNGEN STYRINGSTEKNIK.....	38
SKOLEBØRNS SUNDHED OG SYGELIGHED PÅ DEN POLITISKE DAGSORDEN	39
SKOLELÆGEORDNING I KØBENHAVN: SKROFULOSENS MEDIKALISERING.....	41
SAMMENFATNING	44
AKT IV: SKROFULOSE SOM ET TERAPEUTISK OBJEKT	45
FRILUFTSBEHANDLING AF SKROFULØSE I DANMARK.....	46
SOMMEROPHOLD I SNOGEBÆK.....	47
FRILUFTSBEHANDLINGENS FIRE ELEMENTER	48
SELEKTION AF SKROFULØSE SKOLEBØRN	51
BAGUDRETTET BEHANDLING, FREMADRETTET VIDENSPRODUKTION	53
SAMMENFATNING	54
AKT V: SKROFULOSE SOM ET MULTIPLELT OBJEKT	55
AKT VI: KONKLUSION	58
ABSTRACT	61
APPENDIX A: LITTERATURLISTE	62
APPENDIX B: BILAG	67

Prolog: Den multiple skrofulose tager form

"Tuberkulose er et af de Felter inden for Lægevidenskaben, hvor der i Løbet af den sidste Menneskealder er sket det største Omslag i vor Opfattelse af Sygdomsaarsagens Natur og Væsen."
(Ugeskrift for Læger, 1889)¹

"Skrofulose Børn ville nyde godt af Opholdet i Snogebæk, som kunde blive til en Velsignelse for hele Samfundet"
(Ugeskrift for Læger, 1890)²

I perioden 1876-1927 blev flere tusind fattige og svagelige københavnske skolebørn sendt på sommerkoloni i Snogebæk på Bornholm. Børnene blev indkvarteret privat, men svagbørnskolonier var ingenlunde privatfilantropiske foretagender. Derimod var der tale om en nøje koordineret indsats mellem Københavns Kommune på den ene side og lægerne på den anden side. Som det øverste citat vidner om, forekom i løbet af det 19. århundrede et betydeligt skifte i lægers sygdomsforståelse af tuberkulose, mens det nederste udsagn dækker over, at de terapeutiske tiltag, der blev iværksat over for *skrofulose* (kirteltuberkulose), blev begrundet i og med samfundsøkonomiske rationaler. Skrofulose var altså ikke en rent medicinsk diagnosticeret sygdom eller en politisk sag, der skulle (be)handles på, men som hvad trådte entiteten 'skrofulose' da frem i verden?

Formålet med specialet er at undersøge skrofulose som multipelt objekt ved at fremhæve tre praksisser, hvori fænomenet *skrofulose* blev videnskabeliggjort, politiseret samt behandlet i København i perioden fra 1875-1921, herunder om disse bidrog til at fortætte eller omvendt opsplittede skrofulose i flere entiteter og sygdomspanoramaer. Dette undersøger jeg via følgende problemstilling: **På hvilke måder tog skrofulose form som et multipelt objekt i København fra 1875-1921?**

Ved at se på håndteringer af skrofulose frem for at undersøge måder, hvorpå lægevidenskaben fx frembragte en epistemologisk sand skrofulose, viser det sig, at der ikke blot var tale om én enkelt repræsentation af virkeligheden. Der var i stedet for tale om en koordineret, forbundet serie af forskellige skrofuloser. Dette speciale vil undersøge, hvordan det i praksis gik til, at medicinske aktører (læger) og politiske protagonister (politikere og offentligheden) over tid forstod skrofulose som forskellige entiteter, der kunne og skulle handles på. Fra medicinsk viden til politisk (be)handling.

Dette speciale er en undersøgelse af, på hvilke måder skrofuloser kom til syne og materialiserede sig inden for bestemte tidsrum på specifikke steder. Det er ikke et lineært narrativ, men en serie af akter, som udtrykker hver sin praksis inden for sygdommen skrofulose og dens håndteringer i København i perioden fra 1875-1921. På den måde bevæger specialet sig væk fra det generaliserende, universelle plan og ned på det partikulære, lokale niveau, men det er ikke intentionen at hierarkisere det lokale over det universelle. Derimod er det et analytisk fikspunkt at undersøge de eventuelle skrofuloser, der direkte bevægede sig fra den ene til den anden eller tredje praksis. Skrofulosers koordination og diffusion er derfor en aktiv rød tråd igennem specialet.

¹ Ugeskrift for Læger, 4:20 (1889), p. 7.

² Idem, 4:21 (1890), p. 36.

Skrofulose i samtiden: Kontekstualisering

I løbet af det 19. århundrede voksede befolkningstallet i København eksplosivt som følge af en omfattende migration fra land til by. Den signifikante tilvækst betød på den ene side en øget koncentration af borgere med sociale problemer, og på den anden side blev de dårligst stilledes livsvilkår anderledes synlige i bybilledet end tidligere.³

Koleraepidemien i 1853 udstillede – qua den socialt skæve fordeling blandt de koleraramte – for alvor forskellene i livsforhold og levestandarder blandt de sociale klasser. Det fik blandt andet den danske lægestand til at foretage og formidle en række undersøgelser af boligforholdene i København, og fx agiterede dr. Søren Hansen⁴ og dr. med. Cold⁵ for strammere boliglove samt adgang til lys og luft for arbejderklassen.

I 1855 udgav dr. Sophus Engelsted en artikel om Klærkegade og Rosengade, som lå i Københavns ældste bydel, hvor der var 17 beboere per 40 m² mod højst 11 beboere i resten af hovedstadens kvarterer.⁶ Dr. Engelsted var – helt i tråd med den moderne medicinske statistik – optaget af at beskrive sammenhængen mellem miljøet og sundheden, hvor det blev registreret, at det gamle bykvarter havde oplevet i alt 463 sygdomstilfælde blandt de 998 beboere (46 %) mod 137 forekomster af sygdom blandt de 437 beboede i Lægeforeningens egne, nyopførte boliger på Øster Fælled (31 %).⁷ De murede huse til i alt 250 arbejderfamilier var lægestandens mest moderne flagskib,⁸ mens dr. Engelsted beskrev fattige familiers almene boliger som "aabne Rendestene".⁹

Samtidig opstod privatfilantropiske projekter med det formål aktivt at afhjælpe elendigheden blandt byens fattigste familier ved at fjerne børnene fra deres familier og usunde bymiljø og i stedet placere dem på sommerkolonier på landet. I 1853 blev 20 københavnske børn sendt på sommerophold i private, landlige hjem; en praksis der over tid dels fortsatte, som fx førnævnte Snogebæk, dels blev institutionaliseret under Københavns Kommunalærerforenings Feriekolonier i 1902 med fælles indkvartering.¹⁰

På den måde opstod der efter 1900 en periode kendetegnet ved, at den private, den statslige og den kommunale involvering i (skole)børnenes velfærd tiltog, hvor de privatfilantropiske projekter spillede den største rolle indledningsvist, hvorpå flere og flere initiativer overgik til staten eller kommunen, som derpå driftede institutionerne. Skolen blev – især efter folkeskoleloven fra 1899 – et stadigt vigtigere *sted* i børns liv.¹¹

Læge Julius Bentsen hævdede i 1867, at forebyggelse i form af adgang til rent drikkevand samt bortfjernelse af affald og spildevand var vejen mod større sundhed,¹² og det var med til at sætte skub i bevægelsen for større skolehygiejne. Efter 1875 blev medicinalindberetningerne fx udvidet fra at være fortrykte skemaer til også at rumme kommentarfelter til beskrivelser af individerne og de hygiejniske forhold i hjemmet.¹³

³ Jacobsen og Larsen, *Ve og velfærd*, pp. 79 f.

⁴ Hansen, "Forholdet mellem hushøjde og gadebredde"; Idem, "Om sollyset i København".

⁵ Cold, "Hygiejniske forhold i København".

⁶ Engelsted, "Beskrivelse af et Fattigkvarter": 358-360.

⁷ Ibid: 360 og 365.

⁸ Jacobsen og Larsen, *Ve og velfærd*, pp. 79 f.

⁹ Engelsted, "Beskrivelse af et Fattigkvarter": 364.

¹⁰ Coninck-Schmidt, *For barnets skyld*, p. 320.

¹¹ Ibid, p. 41.

¹² Bentsen, *Om Renlighedens Nytte*, pp. 5 og 11.

¹³ Nyland, *Alment praktiserende læger*, p. 283.

Theodor Sørensen, praktiserende læge på Hobro-egnen, markerede sig tilsvarende som en hovedskikkelse i debatten om de ringest stillede livsvilkår og arbejderklassens sundhed. Dr. Sørensen udgav i løbet af perioden fra 1882 til 1890 undersøgelser af børnedødeligheden i Danmark, hvori han konkluderede, at årsagen til den relativt høje børnedødelighed i København frem for på landet, blandt andet skyldtes "den ved(...)Industri forurenede Luft i Forbindelse med utilstrækkelig Adgang til Sollys til Boligerne(...)samt mindre gode Næringsmidler", som ville "udøve en svækkende indvirkning paa den menneskelige Organisme, særlig paa Barnets".¹⁴ Den dårlige og mangelfulde ernæring, usunde boligforhold og personhygiejne kom på dagsordenen, og omkring overgangen til det 20. århundrede forekom der tiltagende bekymring for børnenes helbredsmæssige tilstand blandt danske læger samt kommunalpolitikere.¹⁵ Skellet og grænsen mellem sygelighed og generel svagelighed var imidlertid hårdfin.

Problematiseringen af børns sundhed – især de fattige familiers livssituation – hang uløseligt sammen med forståelsen af, hvilken viden om løsninger, aktørerne kunne trække på og gribe til. Fra 1900 kom behandling af tuberkulose – og dermed skrofulose – i fokus, og der blev oprettet kystsanatorier i friluftsbælgens ånd som modreaktion på udviklingen i den moderne metropol. Tuberkulose blev indtil midten af det 19. århundrede anset for at være en arvelig og uhelbredelig sygdom, men efter 1882 blev det videnskabeligt påvist, at det var en smitsom infektionssygdom. På det tidspunkt var den sundhedshygiejniske bevægelses kamp for større forebyggelse med forskellige midler, fx frisk luft og større renlighed i hjemmet, allerede godt i gang. Det var i denne tid med øget opmærksomhed på skolebørns sundhedstilstand, at en række skolehygiejniske tiltag, fx skolelægeordning, skolebade og skolefag med formålet at fremme elevernes hygiejnesans, kom på den kommunalpolitiske dagsordenen og på skoleskemaet. Det var i den kontekst at skrofulose tog form som et multipelt objekt.

Akt I: Analysestrategi

Når jeg i problemformuleringen har spurgt om, hvordan skrofulose over tid opstod som et multipelt objekt i og på tværs af tre specifikke praksisser, har jeg allerede anlagt en specifik analysestrategi. Ud fra en vekselvirkning mellem den teoretiske litteratur og det empiriske kildemateriale er dette speciales analysestrategi opstået: En interaktion mellem den historiske empiri og de intellektuelle traditioner.¹⁶

Der er på den måde ikke tale om en ensrettet bevægelse, hvor en teori er inddraget til at forklare den anvendte empiri eller omvendt, men i stedet en gensidig påvirkning i en kontinuerlig, fortløbende tanke- og skriveproces. På den ene side er mine valg og læsninger af kildematerialer og den videnskabelige litteratur præget af teoretisk modelbygning. På den anden side har min gennemgang af den faghistoriske litteratur, ikke mindst kildematerialet, haft en væsentlig betydning for udformningen af de konkrete analysespørgsmål og de centrale begreber i specialets analyseapparat.¹⁷

¹⁴ Sørensen, *Børnedødeligheden*, pp. 12 f.

¹⁵ Coninck-Schmidt, *For barnets skyld*, p. 251.

¹⁶ Mol, *The body multiple*, p. ix.

¹⁷ Ibid, p. 6.

Når jeg har spurgt, hvordan skrofuloser kom til udtryk, har jeg allerede igennem min problemformulering anlagt en analysestrategi, hvor jeg ikke har forsøgt at finde ud af, *hvad* der skete, men tværtimod *hvordan* skrofuloser blev praktiseret og trådte frem som forskellige konfigurationer, herunder hvad der karakteriserede og kendetegnede disse.

Denne læsning og præsentation af den historiske litteratur hænger uløseligt sammen med specialets teori og metode; der blev skabt en særlig betydning ved at ordne og tale om litteraturen på bestemte måder frem for andre. Frem for at opsætte en klassisk litteraturoversigt med en faktuel orienteret organisering, vil dette speciale forstå tekst og historisk kildemateriale som *fremstillinger* i ordets bogstavelige forstand: Fra hvad der vides til **hvordan** der vides for den enkelte fremstilling. For ifølge den teoretiske retning inden for historieskrivningen, der benævnes *vendingen mod sproget*, kan en historisk tekst ikke adskilles fra den måde, den udtrykker noget. Konstruktionen af historiske begivenheder er og vil altid være fortolkninger af fortiden, hvorfor historisk viden og historieskrivning må tolkes som netop 'fremstillinger' frembragt sprogligt.¹⁸

Det er specialets ambition at analysere den historiske empiri om skrofuloser ud fra erkendelsen om at opfatte læsningen af litteraturen som *fremstillinger*.¹⁹ Følgende beskriver de kommende analysestrategiafsnit ikke blot litteraturen, men de gør også noget ved den, idet de læser den gennem en defineret optik. Læsningen af litteraturen vil derfor være farvet af dette filter – en særlig måde at forstå verden på – uanset om skrofuloser er eksplicit til stede i det enkelte værk, og uden at forfatteren nødvendigvis definerer skrofuloser, som jeg fremstiller dem. Det har derfor været vigtigt i specialets analysestrategi at tydeliggøre, hvordan jeg har investeret mening og betydning i det historiske kildemateriale, samt hvordan jeg har skrevet min fremstilling.

Sigtet med de næste afsnit vil altså ikke være at forsøge at give en fuldstændig gennemgang af forskningsfeltet. Derimod at diskutere, hvordan skrofulosers objekter eller genstande i den historiske litteratur, der indeholder historiske fremstillinger af børnesundhed, skolen og friluftsbehandling, bliver fremstillet, for derved at nærme sig netop dette speciales analysestrategi. Min læsning har således været fokuseret inden for disse tre domæner, samt en anden type tekster, der også har spillet en hovedrolle for udformningen af specialets analysestrategi, nemlig teoretisk litteratur knyttet til såkaldt filosofisk praksisografisk analyse, som den udfolder sig hos Annemarie Mol og deslige.

Den følgende forskningsdiskussion sigter ikke mod at afvise den foregående historiske litteratur som forkert eller forfejlet, ej heller at fremhæve noget andet eller nogen anden som en rigtig måde at bedrive historieforskning på. Udgangspunktet vil i stedet være, at forskellige blikke ser noget forskelligt, og at forsøge at identificere de karakteristiske træk ved den eksisterende litteratur igennem den fremherskende optik. For at præsentere et alternativ til de fremhævede træk i litteraturdiskussionen, har jeg i stedet, som omtalt ovenfor, fokuseret på tre temaer ud fra specialets analysestrategi.

¹⁸ Simonsen, "Fortid i (g) oversættelse": 120.

¹⁹ Mol, *The body multiple*, p. 17.

Litteratur om børnesundhed

Eftersom skrofulose (kirteltuberkulose) var en sygdom, der angreb især børn og unge – som derved blev den primære patientgruppe – har jeg udvalgt litteratur, der rummede historiske fremstillinger af børn, sundhed og børnesundhed. Jeg har valgt at begynde min analysestrategi med at fremhæve og beskrive de væsentlige problemstillinger i historiske fremstillinger om børnesundhed i den vestlige verden i tiden fra 1875-1921.

Historiske fremstillinger af børnesundhed fra 1980 har haft en tendens til at knytte udlægningen af børnesundhedshistorie til essentialiseringer af visse historiske elementer. Det kom fx til udtryk på den bestemte måde, at fænomenet *børnesundhed* er blevet tildelt en række specifikke betydninger – en form for uforanderlig essens – samt at de involverede parter, som fx staten, læger, forældre og børn, blev ikklædt identiteter eller interesser, der har dannet grundlag for en særlig historisk fortolkning.

Indtil 1980 havde der blot været sporadiske tilløb til historiske studier inden for børnesundhed, og fremstillingen af børnesundhed som et fænomen bundet til tid og sted tog afsæt i undersøgelser af de formelle interaktioner mellem børn, forældre, institutioner og læger, som fx Seidlers og Loudons arbejder.²⁰ Disse møder kunne dels afsløre viden om holdninger til børnesundhed generelt, dels kunne de afdække sundhedsrationaler og samfundssyn, som læger byggede sin profession på. Fænomenet *børnesundhed* blev her tildelt en essens og fik betydning som 'institutionaliseret' objekt, mens de involverede parter blev defineret som institutionernes udførende subjekter. Følgende byggede den mere kvantitativt funderede historieforskning i 1980'erne og 1990'erne, fx legemshøjdestudierne af Floud, Wachter og Gregory,²¹ i udgangspunktet på denne fremstilling, men fokus blev udvidet fra barnets til nationalstatens sundhed.

Det var vanskeligt at ændre på denne essentialistiske betydning, som fænomenet *børnesundhed* fik tildelt fra 1980 om at være et bestemt 'institutionaliseret' objekt, og de involverede institutionernes subjekter. Det var ingenlunde en tilfældighed, for denne fremstillings mål og motiver var at fremhæve statspromoverede forsøg på at kultivere befolkningen²² – Foucault talte om biomagt²³ – og sundhedsrationalet var strukturelt: Et barn var en miniature af staten, som havde til opgave at dyrke fremtidens voksne.

Antologien *In the Name of the Child: Health and Welfare, 1880-1940*, som Roger Cooter redigerede i 1992, grundlagde reelt forskningsfeltet inden for børnesundhedens historie. Artiklerne gentog pointen fra britisk historieforskning, der var kendetegnet ved sin empiriske tradition, snarere end fremhævede tendensen hos visse kontinentale forskere: At barndommens 'medikalisering' var en slags social kontrol.²⁴ En foucaultsk teoribygning blev introduceret på forskningsfeltet – og med den en ny fremstilling.

Den britiske børnesundhedsforskning anerkendte, at den medicinske profession var magtfuld og med succes udøvede sin indflydelse for at sikre allokering af gradvist flere offentlige midler, men samtidig betonedes den, at der i praksis forekom et mere subtilt samspil imellem aktørerne, end hvad der tidligere var blevet påvist.²⁵

²⁰ Seidler, "An Historical Survey"; Loudon, "The Origins and Growth".

²¹ Floud, Wachter og Gregory, *Height, Health and History*.

²² Cooter, "In the Name of the Child Beyond": 292-94.

²³ Foucault, *History of Sexuality*, p. 25.

²⁴ Lupton, "Foucault and the medicalization critique".

²⁵ Donzelot, *The Policing of Families*.

I en britisk forskningskontekst har blandt andre Bernhard Harris, John Welshman, Harry Hendrick, John Stewart og David Parker belyst fænomenet børnesundhed inden for historiske studier af børns behov, velfærd samt det private hjem.²⁶ De undersøgte alle, hvordan sundhedspleje og sygdomsforebyggelse blev iværksat af autoriteter, samt hvordan børn blev opfattet af selvsamme. Konklusionen blev, at der var tale om en utvetydig og envejs magtforskydning, der forløb oppefra og ned, fra staten til barnet.

I 2003 lancerede Marijke Gijswijt-Hofstra og Hilary Marland den direkte efterfølger til Cooters antologi fra 1992. Hovedparten af børnesundhedsforskningen drejede imidlertid stadig omkring et tema om nationalstatens sundhed,²⁷ hvilket ifølge Gijswijt-Hofstra og Marland gav teoretiske problemer, idet konceptet "(...)have been overused by historians as an explanatory model, and often with little subtlety".²⁸

I en danske kontekst har barndomshistorikeren Ning de Coninck-Smith i værket *For Barnets Skyld* undersøgt hvilke syn på barnet, der kom til udtryk i datidens debatter, samt hvordan skolereformer i købstadsskolen fra 1880-1914 indvirkede på barnelivet. Coninck-Smith har tidligere beskæftiget sig med skoleinitiativer, og hendes hovedpointe var, at der skete en udvikling i selve barnesynet. Barnet blev indtil 1880 opfattes som en lille voksen, men efter 1880 blev barnet tolket som et forsvarsløst individ, der skulle beskyttes, og ansvaret for barnets ve og vel blev skolens,²⁹ idet et af dens formål var at drage omsorg for de fattige børns beklædning og -spisning samt lægeadgang.³⁰

Historiker Anne Løkke undersøgte i værket *Vildfarende Børn* fra 1990, hvordan staten og filantropien fra 1880-1920 greb ind i de forsømte og kriminelle børns liv via bl.a. lovgivning. Løkke bedrev mentalitets- og socialhistorie ved at inddrage kritiske teorier om social kontrol, hvor hun fx behandlede optakten til og konsekvenser ved Børneloven 1905. Her argumenterede filantroperne for etablering af offentlig forsorg for at opdrage de vildfarende børn og forebygge en kriminel livsvej, hvilket byggede på antagelsen om, at børnenes og samfundets behov var helt identiske. Det var altså umiddelbart uproblematisk "(...)at lade en myndighed vurdere, om barnet fik den opdragelse, det havde krav på hos forældrene, en fjernelse skete til barnets bedste!".³¹

Fælles for ovenstående historiske litteratur var, at den både undersøgte og diskuterede, hvilke konsekvenser velfærdsreformerne fik for børnenes liv, herunder at staten og privatfilantropiske projekter kom til at spille en stadig større rolle for det enkelte barns liv og velbefindende.³² På den ene side opstod konsensuskendetegnedede fremstillinger af udviklingen, hvor tolkningen var, at disse reformer bidrog til at *forbedre* de ugunstige forhold, som de fattige familier levede under og i. På den anden side forekom anderledes kontrolkritiske fremstillinger af virkninger, som reformernes øgede indflydelse fik, hvor institutionaliseringen fx blev kritiseret for at medføre større social kontrol – ikke mindst 'medikaliseringen' af skolen som sundhedsarena.

²⁶ Harris, *The Health of the School Child*; Welshman, "Physical education"; Hendrick, "Child Labour"; Stewart, "Campaign for School Meals"; Parker, "A Convenient Dispensary".

²⁷ Levene, "Childhood and Adolescence": 332.

²⁸ Marland og Gijswijt-Hofstra, "Introduction": 15.

²⁹ Coninck-Smith, "Børn og Skole", p. 3.

³⁰ Idem, "Haderslevgadesagen": 67.

³¹ Løkke, *Vildfarende Børn*, p. 128.

³² Hendrick, *Child Welfare*, p. 2.

I modsætning til ovenstående tilgang, hvor staten aktivt fremmede udviklingen inden for børnesundhed, fremhævede historiker Hilary Marland kulturhistoriske aspekter og eksemplificerede, hvordan Froebel Selskabet allerede i 1874 forsøgte at indføre fysisk træning i børnehaver for at genopbygge de kroppe, som kapitalismen havde nedslidt.³³

Marland var eksponent for en kulturbevægelse i historieskrivningen, som ville udfordre de traditionelle til- og tankegange, fx at unge kvinder skulle have biologiske begrænsninger i forhold til nye sundhedstiltag, samt at det udelukkende var staten, der kunne intervenere effektivt inden for sundhedsområdet i perioden. Marland påpegede i stedet, at hovedparten af samtidens sundhedstiltag skete i utraditionelle institutioner for medicinsk praksis, som fx skoler, sociale selskaber og filantropiske foreninger.³⁴

Ifølge Marlands kulturhistoriske forskningstilgang spillede staten en langt mere passiv rolle end hidtil antaget i tidligere historiske fremstillinger, og det var her målet at forstå opkomsten af en proces, kendetegnet ved at en række eksperter inden for skolehygiejne, ernæring og fysisk træning, som promoverede aktørdrevne tiltag for at skabe et barn i en moderne krop. Formålet var at vise, hvordan sundhedsinitiativer, frem for at være statslige initiativer, ofte var 'aktørdrevne' og netop forekom mange år før de formaliserede statspromoveringer.³⁵ En magtforskydning, der forløb nedefra og op, fra de utraditionelle institutioner og praksisser til barnet og ultimativt til staten.

Det er netop i spændingsfeltet mellem fænomenet *børnesundhed* som fremstillet institutionaliseret, medikaliseret og aktørdrevet objekt, at min historiske undersøgelse af skrofulose som multipelt objekt begynder sit anslag. På hvilken måde tog *skrofulose* form som et videnskabeligt, politisk og terapeutisk objekt?

Litteratur om skolelægeordning

Eftersom *skolen* kom til at spille en stadig større og mere direkte rolle i barnets liv efter 1880 – og dermed også indirekte indvirkede på skrofulosers domæne – har jeg udvalgt litteratur med historiske fremstillinger af fænomenet *skolen* som utraditionel institution for medicinsk praksis. Jeg vil i det følgende afsnit se på, hvad den forskningsbaserede litteratur om børn og skolelægeordning i den vestlige verden i perioden fra 1890-1921 fokuserede på, og hvad historikerne har valgt at lægge vægt på i deres fremstillinger.

Mange medicinske møder udspillede sig i det 19. århundrede traditionelt set på steder, hvor børn i forvejen var samlet: Arbejdsplads, velfærdsinstitution og klinik.³⁶ Inden for skolens domæne blev medicinske praksisser etableret som komplekse og subtile afhængighedsforhold mellem sygeplejersker, lærere, læger, børn og forældre fra slutningen af det 19. århundrede og i løbet af de første årtier af det 20. århundrede. Disse afhængighedskæder blev forstærket af parallelle praksisser inden for eugenik, hygiejne og folkesundhed, og på materiel form blev de manifesteret på arkitektoniske pladser, i sundhedsdiskurser og i klinikker, retssale, hospitaler, fængsler og på *skoler*.³⁷

³³ Marland, *Health and Girlhood in Britain*, p. 125.

³⁴ Ibid, p. 13.

³⁵ Ibid, p. 14.

³⁶ Levene, "Childhood and Adolescence": 326.

³⁷ Petrina, "The Medicalization of Education": 503.

Historiske fremstillinger af skolelægeordning fra 1980'erne har haft en tendens til at knytte udlægningen af skolemedicinhistorien til essentialisering af historiske elementer. Det kom fx til udtryk på den måde, at fænomenet *skolelægeordning* – ligesom det blev gennemgået i afsnittet om *børnesundhed* – blev tildelt en vifte af bestemte betydninger.

De britiske historikere J. D. Hirst³⁸ og A. J. Welshman³⁹ åbnede forskningsfeltet og konkluderede, at skolelægeordningen blev oprettet på baggrund af politiske ønsker om at håndtere problemerne med samfundets slette sundhedstilstand. Historikeren N. D. Daglish fandt ligeledes i en artikel fra 1990,⁴⁰ at den britiske skolelægeordning opstod i et politisk miljø kendetegnet ved eugeniske løsninger på samfundets slagsider. Fænomenet *skolelægeordning* blev i de første fremstillinger i den historiske faglitteratur tildelt en bestemt betydning som et 'socialpolitisk' objekt funderet i sundhedsrationalet om nationalstatens effektivitet og styrke. Fattige familier blev objekt for *medikalisering*, som blev mere tæt vævet og magtfuld, og som lod færre elementer undslippe.

Imidlertid fremhævede kulturhistoriker Hilary Marland i 2013, hvordan byrådet i London på eget initiativ oprettede den første skolelægeordning i England i 1890, og at det ikke var før 1908, at staten fik ansvar for britisk skolelægeordning på et nationalt niveau.⁴¹ På den måde dekonstruerede Marland fremstillingen om skolelægeordning på De britiske Øer som et nationalt socialpolitisk foretagende, idet hun i stedet betonede, at der forekom lokale forskelle og unikke udviklinger, indtil ensretningen indtrådte.

I modsætning til den britiske skolelægeordnings historiografis fokus på de rent socialpolitiske aspekter funderet i et socialmedicinsk sundhedsrationale om nationens effektivitet, opstod i Holland en kulturhistorisk forskningstilgang til institutionen. I forlængelse af Marijke Gijswijt-Hofstra og Hilary Marlands antologi fra 2003, indskrev Bakker og de Beer i en artikel fra 2009⁴² det hygiejniske, skolemedicinske projekt i en børnesundhedsmæssig kontekst. Selve etableringen af skolelægeordning blev her – helt i tråd med de engelske forarbejder – forankret i en socialpolitisk sammenhæng, mens årsagerne til oprettelsen i det hollandske tilfælde blev indplaceret i en *kulturel* kontekst om, at skolen skulle være et trygt og sundt sted for børnene at opholde sig. Skolen skulle aktivt stimulere den kulturelle sammenhængskraft, ikke splitte den yderligere.⁴³

På den måde var den anden fremstilling i den historiske litteratur kendetegnet ved, at fænomenet *skolelægeordning* blev tildelt en betydning som 'kulturpolitisk' objekt funderet i sundhedsrationalet om nationens sammenhængskraft og kulturelle enhed. En markant forskel på de to institutioner var, at de hollandske skolelæger ikke selv måtte behandle børnene, hvorfor man ikke åbnede skoleklinikker ligesom i England. Gijswijt-Hofstra og Marland konkluderede herom, at religiøse gruppers stigende magt begrænsede det medicinske regimes udfoldelsesmuligheder. På den baggrund blev den enkelte skolelæge i Holland ikke en fuldt ud integreret del af hele skolesystemet eller fik etableret fælles fodfæste og indflydelse inden for den nationale skolelægeordning.⁴⁴

³⁸ Hirst, *The Origins and Development*; Idem, "The Growth of Treatment".

³⁹ Welshman, "The School Medical Service".

⁴⁰ Daglish, "Robert Morant's hidden agenda".

⁴¹ Marland, *Health and Girlhood in Britain*, p. 127.

⁴² Bakker og de Beer, "The dangers of schooling".

⁴³ Levene, "Childhood and Adolescence": 323.

⁴⁴ Bakker og de Beer, "The dangers of schooling": 522-23.

I en dansk kontekst var udfordringen den, at der ikke blev indført landsdækkende skolelægeordning før 1946, men ifølge historiker Søren Kolstrup, var det problematisk at opfatte Danmark som et homogent land "med én fælles socialpolitisk praksis, der kan undersøges gennem én national lovgivning" før 1960'erne.⁴⁵ Kolstrup var i værket *Velfærdsstatens Rødder – Fra kommunesocialisme til folkepension* fra 1996 i stedet optaget af et kommunalt niveau i forhold til velfærdsreformer i Danmark, især *kommunesocialismen* kendetegnet ved Socialdemokratiets lokalpolitiske dominans i perioden fra 1900-1920.

Kolstrup forklarede etableringen af skolelægeordninger i København, Esbjerg, Horsens og Nakskov ud fra kommunesocialismens katalysatorkræfter,⁴⁶ mens det var Kolstrups opfattelse, at den danske skolelægeordning udelukkende fokuserede på at overvåge kroppe og udføre ydre kontrol frem for at forebygge børnenes sygdomme.⁴⁷ Børn blev testet, målt og vejjet, hvilket de ikke var blevet før, og dette gav sikkerhed og stolthed for forældre, lærere og lovgivere, men det opsatte også normer og standarder – som andre familier og børn, især de fattige, ikke levede op til.

Hvor Kolstrup i sin institutionsanalyse fremstillede skolelægeordning som en reform, der skabte større social kontrol, samt fremhævede de politiske aspekter og lod de social- og kulturhistoriske elementer forblive i skyggen, fokuserede professor Ning de Coninck-Smith i føromtalt *For Barnets Skyld* fra 2000 på, hvordan oprettelsen af skolelægeordning skete i kølvandet på interesse for skolehygiejne og barnets sundhed. Børnene fik i det 19. århundrede i større grad lægernes opmærksomhed.⁴⁸ Imidlertid fremhævede Coninck-Smith – helt på linje med Kolstrup – at skolehygiejniske tiltag i skolemedicinshistorien blev indført som **disciplinerende** elementer, fx arkitektonisk.⁴⁹

I tråd med både Søren Kolstrup og Ning de Coninck-Schmidts fremstillinger af fænomenet *skolelægeordning* i Danmark i den historiske litteratur som et 'disciplinerende' objekt, bidrog den norske historiker Vibeke Erichsen med et interessant foucaultsk fokus på skolelægeordning. Erichsen anså fysiske undersøgelser som magtteknologier til at håndtere sundhed og sygdom,⁵⁰ og hun sondrede skarpt mellem det medicinske blik (medical gaze) og statens *udvidede* blik (extended gaze). Mere magt, større kontrol.

En stor del af den historiske litteratur, der blev skrevet om skolelægeordning, kredsede omkring 'magt' og 'social kontrol'. Børnene var her enten ofre for statens socialpolitiske tiltag eller borgerskabets magtudøvelser forklædt som filantropiske foretagender. Omvendt fremstilledes reformerne i den konsensusprægede litteratur som et positivt skridt på vejen mod større børnevelfærd, hvor *medicinsk viden* var et afgørende middel til magt. Jeg vil i dette speciale undersøge skrofulose som objekt inden for den danske skolelægeordning, men jeg tolker imidlertid ikke de fremhævede fremstillinger – konsensus og kontrol – som modsætninger, idet magt i foucaultsk forstand er en kraft, der er indlejret i enhver social relation;⁵¹ der er ikke magtfrie rum.

⁴⁵ Kolstrup, *13 historier*, p. 95.

⁴⁶ Idem, *Velfærdsstatens Rødder*, p. 193.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Coninck-Smith, *For barnets skyld*, p. 254.

⁴⁹ Idem, "Stadsarkitekt Ludvig Fengers skoler": 72.

⁵⁰ Erichsen, "The Health of the School Child?": 30.

⁵¹ Foucault, "Truth and Power": 119.

Litteratur om friluftsbehandling

Sommerkolonier blev, som nævnt, introduceret i Danmark lige efter koleraepidemien i 1853, og for skrofuloses (kirteltuberkuloses) vedkommende fra 1876 i bl.a. Snogebæk, og derfor har jeg udvalgt litteratur med historiske fremstillinger af friluftsbehandling. Jeg vil afrunde forskningsdiskussionen ved at fremhæve væsentlige problemstillinger i det historiske kildemateriale omhandlende den vestlige verden i tiden fra 1875-1921.

Historiske fremstillinger af friluftsbehandling fra 1990'erne har haft en tendens til at knytte udlægningen af kolonierne til essentialisering af historiske elementer. Det kom til udtryk derved, at også fænomenet *friluftsbehandling* – som det blev gennemgået tidligere om *børnesundhed* og *skolelægeordning* – blev tildelt en række særlige betydninger.

I England forekom fra året 1907 et nyt fænomen: **Friluftsskolen** (Open-Air School). Dette tiltag, der kom fra Tyskland, inspirerede også de danske friluftskolonier hvad angik mål og midler. Byrådet i London åbnede i 1907 den første friluftsskole i England i kølvandet på *Education (Administrative Provisions) Act*, der indførte systematisk skolelægeordning og lægebehandling på skolerne.⁵² På den måde var friluftsskolen en klar kontinuitet af 'medikaliseringen' og hele den skolehygiejniske sundhedsbevægelse.

Den engelske historiker Marjorie Cruickshank fremstillede friluftsskolen som et væsentligt 'forebyggende' tiltag, idet selve behandlingen af tuberkulose, svagelige og underernærede storbyeskolebørn via præventive indsatser var deres hovedformål.⁵³ På nogenlunde tilsvarende vis tolkede historiker Laura Lee Downs feriekolonier for parisiske børn i perioden fra 1880-1960 som socialpolitiske tiltag for at forbedre børns velfærd, idet koloniophold gav børnene mulighed for at udvikle og skabe en identitet inden for institutionen.⁵⁴ Friluftsbehandling var et både positivt og proaktivt projekt.

I diametral modsætning hertil hævdede den engelske historiker Linda Bryder, at friluftsskolen nok var et middel mod tuberkulose, men at det samtidig var en måde for den britiske stat at dominere børnene på ved at indpode dem victoriansk disciplin og selvkontrol.⁵⁵ Friluftsskolen blev her fremstillet i et klassisk, kritisk perspektiv, hvor børnene blev udsat for større grad af social kontrol. I kølvandet på den kolonikritiske fremstilling undersøgte den svenske etnolog Anne Charlotte Münger i sin ph.d.-afhandling *Stadens barn på landet* kolonivirksomhed for Stockholms børn fra 1910-1960. Münger fandt, at kolonierne dels opstartede som et privatfilantropisk projekt, der over tid blev indlemmet i en svensk velfærdsstat, dels at de stockholmske koloniers idealer konfliktede med børnenes hverdagsliv under opholdene.⁵⁶ Der var også her et fokus på disciplinens kontrollerende perspektiv frem for individuel frihed og handlingsrum.

I en dansk kontekst hævdede fornævnte barndomshistoriker Ning de Coninck-Smith med udgangspunkt i svagbørnskolonien Wesselminde,⁵⁷ at friluftskolonierne forsøgte at give arbejderbørnene en ubekymret barndom med frisk luft, sollys, rigelig mad og daglige bade ud fra et rent borgerligt ideal, som imidlertid vanskeligt lod sig overføre til de fattige børns dagligdag, grundet de eklatante forskelle i livssituationer.

⁵² Hughes, "Preston Open Air School": 445.

⁵³ Cruickshank, "The Open-Air School Movement": 62.

⁵⁴ Downs, *Childhood in the Promised Land*, p. 7.

⁵⁵ Bryder, "Wonderlands of Buttercups": 72.

⁵⁶ Münger, *Stadens barn på landet*, p. 22.

⁵⁷ Coninck-Smith, "Med klare og glade øjne": 137-38.

Her blev konflikten mellem børnenes ønsker og borgerskabet behov fremsat som en *socialisering*, hvilket mindede om såvel Müngers som Bryders kritik af kolonikontrollen.

I modsætning hertil opfattede historiker Lizette Albæk Jensen københavnske sommerkolonier som drevet af en konsensus om, at arbejdet og indsatsen bundede i oprigtig omsorg for de svagelige børn samt fortørnelse over de fattiges forhold.⁵⁸ De fleste informationer stammer fra sekundært materiale i form af jubilæumsskrifter, fx to særtryk udgivet af Københavns Kommunalærerforening om feriekolonierne, hvorfor fremstillingen er tendentiøs, idet den ikke forholder sig til de primære kildematerialer.

En stor del af den historiske litteratur om friluftsbehandling, kredsede – som tilfældet var i afsnittet om skolelægeordning – omkring 'social kontrol'. Friluftsskoler og feriekolonier blev her enten tolket som proaktive og produktive praksisser, hvori de svagelige og syge storbybørn kunne genopbygges og skabe sin egen identitet, eller forstået som privatfilantropiske projekter, der over tid blev statslige strukturer, hvori børnene blev underlagt stram social kontrol med henblik på at lære større selvkontrol.

Den engelske historiker David Hughes har forsøgt at nuancere rationalet bag oprettelsen af friluftsskoler. Hughes hævdede, at de opstod efter friluftsbævegelsens kamp for frisk luft, især for de fattige børn, grundet stor overbefolkning i de engelske storbyer i løbet af det 19. århundrede, samt at de blev fremskyndet af undersøgelser, der dokumenterede sammenhænge mellem børnenes sundhed og evnen til indlæring i skolerne.⁵⁹ At den *medicinske viden* tilgængelig var en produktiv magt, der kunne og var i stand til at påvirke kommunalpolitiske beslutningsprocesser.

Friluftsskolen i Preston var fx kendetegnet ved, at skolelægen på den ene side forsøgte at dokumentere ernæringsmæssige gevinster, og på den anden side tog hensyn til den relativt store fattigdom blandt skolebørnene som begrænsede faktorer i forhold til at påvise friluftsskolens fremskridt.⁶⁰ Der var tale om et yderst interessant forhold på den måde, at vidensproduktion var en integreret del af skolelægens praksis på friluftsskolen, hvor vægtforøgelse blev opfattet som målet for behandlingssucces. Der var noget mere og andet på færde end blot friluftsbehandling af tuberkuløse børn.

⁵⁸ Jensen, "Københavnske Feriebørn".

⁵⁹ Hughes, "Preston Open Air School": 445.

⁶⁰ Ibid: 458.

Specialets analytiske blik: Fra diskursanalyse til praksisontologier

Teoretisk er jeg inspireret af Michel Foucault og Annemarie Mol, hvilket betyder, at jeg trækker på forskellige begreber fra deres analyser, når jeg undersøger de empiriske materialer. Det, de har tilfælles er erkendelsen om, at den menneskelige eksistens var resultatet af en række konkrete handlinger, som skulle gøres i praksis hver gang på ny.

Michel Foucault hævdede i artiklen "The Subject and Power", at individet som et subjekt ikke blot 'var', men blev skabt i en historisk proces (*subjektivering*) igennem fremstillinger, sociale teknologier samt diskurser.⁶¹ Central i den proces var forholdet mellem subjekt og magt. Ifølge Foucault var det mennesket (aktøren) frem for magten i sig selv, der var det generelle tema for hans forskning, idet mennesket, når det ville producere og skabe betydning, blev indlejret i komplicerede magtrelationer.⁶² Magten var ikke noget, der kunne besiddes, men noget, der eksisterede imellem mennesker; Foucault så ikke blot på individet, men på det mønster, der opstod i den setting, han analyserede på.

Foucault ville undersøge den magt, der var uformel og ikke var stivnet; de steder, hvor mennesker havde mest brug for sandhed, netop dér var det interessant at studere magt, fordi man ikke havde lyst til at være relationist, men pragmatiker.⁶³ Magt var hverken godt eller skidt; det var en relation, som gøres hver gang nogen var i stand til at sætte sin egen vilje igennem, uanset om der var modstand imod den eller ej. Magt var en produktiv kraft, som indholdsformede og konstruerede viden og sandheder.⁶⁴

Et andet nøglebegreb hos Foucault var *diskurs* – at tale – der således var noget, der skulle gøres uafsladeligt. Diskurser var de ting, man tænkte selvfølgelig i. Diskurser var både dagligdagsord og ordmønstre samt sandhed om ord, herunder talepositioner, som ikke var biologisk givet, men ændrede sig i et antal mønstre, og de var bundet i det, vi kunne sige til hinanden. Det centrale var, at den måde, man talte om noget på, ifølge Foucault altid var bundet af tid og rum. Diskurser var måder at tale på, herunder i hvilke kanaler magten løb, og hvem der var i en taleposition til at fremsige viden.⁶⁵

Til enhver tid til ethvert sted var der måder at tale på, der kunne producere sandheder, som mennesker i denne tid følte sig tiltalt af på en sådan særlig måde, at de opfattede det som sandhed, fx en forklaring, en diagnose etc. Hvordan producerede mennesker sandheder? Ved at bedrive historiske analyser i form af komparationer over tid for at undslippe de diskurser, der holdt én fast i en forestilling fra fortiden. Ved at foretage en sammenligning med diskurser fra både andre steder og tider, der tilsyneladende var uden for historien, for at kunne sige noget om sin egen tid.⁶⁶

I analysen om den videnskabelige skrofulose undersøger jeg fænomenet på to forskellige tidspunkter med henblik på at producere sandhed i form af komparation; det er ikke min intention af tildele *skrofulose* essens, men at fremhæve konfigurationer.

⁶¹ Nexø, Sniff Andersen, *Det rette valg*, p. 43.

⁶² Foucault, "The Subject and Power": 778.

⁶³ Idem, *History of Sexuality*, p. 92.

⁶⁴ Idem, "Truth and Power", p. 119.

⁶⁵ Idem, *History of Sexuality*, p. 73.

⁶⁶ Ibid, p. 127.

Fra det 19. århundrede blev det enkelte subjekts liv ifølge Foucault kontrolleret via *biomagt*, der dels blev udtrykt igennem statens omsorg for sin befolkning, dels ved at det styrede borgerens liv ved at skabe sandhed om en 'normal' helbredstilstand. Det gode liv i et sundt legeme inden for en kollektiv bevidsthed, der formede subjektets liv og krop samt de måder, hvorpå det tænkte, talte og praktiserede sundhed på.⁶⁷

Diskursbegrebet har historisk set skabt dissens, men at vi ifølge Foucault ikke kunne forstå uden diskurser, var ingenlunde det samme som at hævde, at alt var diskurser. Mennesker handlede langt fra frit i systemet, for den enkelte læge skulle fx stille diagnosen, før et barn blev diagnosticeret som skrofuløst. Ifølge sociologerne Goffman og Parsons blev samfundets sammenhængskraft sikret af roller og rutiner.⁶⁸

Foucault præciserede: "The Normal is established in the effort to organize a nationale medical profession and a hospital system capable of operating general norms of health(...)normalization becomes one of the great instruments of power at the end of the classical era".⁶⁹ Ifølge Foucaults normaliseringskoncept og idé om biomagt var sundhed et væsentligt element i forhold til at bibeholde den sociale orden, men hos Foucault var lægerne ikke en kontrolinstans. De definerede normaliseringsstandarder ved at være i en taleposition til at udtale sig om, hvad der var normalt – og hvad der ikke var. I modsætning til dommere dømte læger ikke dem, der ikke kunne efterleve disse normer, som i stedet blev marginaliseret til samfundets skyggeside. Normalitet blev noget, som folk begærede inderligt frem for en generel leveregel pålagt udefra.⁷⁰

Den medicinske profession spillede en nøglerolle i etableringen af normalen, idet medicinsk viden udgjorde bindeleddet mellem kroppens og samfundets balance – det var inden for en medicinsk sandhed at normale og afvigerne blev differentieret. På den måde anser jeg den videnskabelige skrofulose for at være forståelsesnøglen til at begribe, hvordan skrofulose dels blev forsøgt behandlet terapeutisk, dels blev gjort til et politisk problem, der skulle handles på: Hvad var skrofulose, hvad var det ikke?

Imidlertid var Foucaults insisteren på den medicinske fagdisciplins forenende kraft – at samfund efterlignede organismer og hang sammen i et *épistème* – ugyldig. Der eksisterede ikke sammenhængende normer i en enkelt samfundsorden, ej heller var der nogen massive strukturer, som kunne handle selvstændigt. Mol omtalte pasteurisering af Frankrig, hvor en ny videnskabelig diskurs ikke *selv* kunne modsige sine skeptikere.⁷¹

Latour opløste den logiske kohærens' magt, herunder at et sammenhængende épistème, fx en videnskab, skulle have magt til at distribuere sig selv, og han omtalte i stedet, hvordan en række associationskæder formede et netværk: "The consistency of an alliance is revealed by the number of actors that must be brought together to separate it".⁷² Et netværks kohærens var et praktisk spørgsmål om aktivitet, ikke blot en fortænkt logik; samfundet forklarede intet, det skulle selv forklares. I modsætning til de lukkede épistèmer, var netværk anderledes åbne, for nye links gjorde netværket stærkere; det var en homogeniseringsproces, hvor en association blev skabt eller ikke.

⁶⁷ Foucault, *History of Sexuality*, p. 139.

⁶⁸ Mol, *The body multiple*, p. 57.

⁶⁹ Foucault, *Discipline and punish*, p. 184.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Mol, *The body multiple*, p. 62.

⁷² Latour, *We have never been modern*, p. 206.

John Law forlod Foucault ved at gå væk fra en singular, sammenhængende diskurs eller forsøget på at opspore få stor-netværk med mange associationer, til i stedet "to treat the discourse as a set of patterns that might be imputed to the networks of the social(...)to look for discourses in the plural, not discourse in the singular(...)to treat discourses as ordering attempts, not orders(...)to explore how they are performed, embodied and told in different materials(...)and to consider the ways in which they interact, change, or indeed face extinction".⁷³

Men hvad kom efter diskurs og diskursanalyse? Den ene retning forholdt sig skeptisk over for den magt, der skulle være i stand til at holde en diskurs sammen, hvilket førte til udviklingen af *aktør-netværk-teorien* (ANT), hvori magten ikke kunne forventes at være til stede per se, men måtte fremvises i form af associationer (Latour). Den anden tendens satte spørgsmålstegn ved omfanget af den diskurs, der skulle udgøre et hele, hvilket førte til udspaltningen af et enkelt system i en række forskellige måder at (sam)ordne på, som interagerede og forandrede sig konstant (Law).

Annemarie Mol argumenterede i tråd hermed for det første for, at der var sket et markant fokusskifte i sundhedshistorisk forskning inden for de seneste tiår. Fra hvordan vestlig medicin forstod kroppene og sygdomme, til hvordan den i praksis *håndterede* objekter. Fremfor at beskrive perspektiver på kroppene og sygdomme, var forskerne i stedet dybt optagede af den serie af forskellige praksisser, som afdækkede, hvordan krop og sygdom blev gjort.⁷⁴ Der var ikke tale om en entitets kronologiske rejse fra start til slut, fx sygdommen skrofuloses vej fra diagnosticering til behandling, men om forskellige former for entiteter, idet der skete registrerbare forskydninger fra den ene til den anden eller tredje praksis. Fra den ene akt til den næste.

Mol forstod for det andet ikke viden referentielt, men derimod – inspireret af Latour og Law – ud fra, at det var noget manipulerbart: "If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view of seemingly endless series of perspectives. Instead, objects come into being – and disappear – with the practices in which they are manipulated".⁷⁵ Mol argumenterede her for en empirisk filosofisk tilgang til viden, idet "the enactment of reality in practice makes it possible to ethnographically explore the body multiple and its diseases in all their fleshiness".⁷⁶

Ifølge Mol opstod en ontologi, som fx en materiel genstand som skrofulose, ikke blot ud fra tings indbyrdes hierarkier i menneskers sociale verden, men ontologier blev i stedet konstrueret, vedligeholdt og tilladt at diffundere rundt i hverdagsagtige, sociomaterielle praksisser. Ontologier var derfor således velegnede analysegenstande, idet de var *topiske* objekter, som både informerede om og blev informeret af kroppe.⁷⁷

Objekter var i Mols optik genstande manipulerede i praksisser frem for at være analysens fokuspunkt, og i analysen anskuer jeg *skrofuloser* som manipulerede objekter i Molsk forstand derved, at jeg opfatter skrofuloser som plastiske praksisontologier.

⁷³ Law, *Organizing modernity* p. 95.

⁷⁴ Mol, *The body multiple*, pp. vii f.

⁷⁵ Ibid, p. 5.

⁷⁶ Ibid, p. ix.

⁷⁷ Ibid, p. 7.

Det kan være fristende at opsummere Mols etnografiske studie af arteriosklerose via observation og interview gennem en periode på fire år på et hollandsk hospital ved at postulere, at hun blot omtalte forskellige perspektiver på en enkelt sygdom. At hævde, at Mols teoretiske udgangspunkt endte med at blive det narrative slutpunkt. Det var imidlertid præcis, hvad Mol afviste og ville undgå, idet hun betoned, at hver eneste praksis genererede sin særegne materielle virkelighed og konfiguration. Nogle gange koordineres praksisser til en fælles virkelighed, men ofte forekom dette ikke.⁷⁸

Mols postulat var simpelt, men kontraintuitivt: I teorien var en sygdom som skrofulose måske en samlet entitet, men i praksis var den mange skrofuloser, idet der eksisterede mange forskellige skrofulosepraksisser. I forhold til aktør-netværk-teorien som ekstern forståelsesramme for specialets skrofuloser betyder det, at der i stedet for et enkelt netværk og virkelighed eksisterer flere. Mol anfægtede således en væsentlig præmis ved aktør-netværk-teorien, nemlig at en vellykket transfer og oversættelse af viden dannede et koordineret netværk og en sammenhængende virkelighed. Dette var ifølge Mol langt fra sikkert i praksis, men det betød omvendt ikke, at alt var tilfældigt.⁷⁹ Spørgsmålet er nu, hvordan skrofuloser diffunderede rundt imellem de tre praksisser, hvori den videnskabelige, den politiske og den terapeutiske skrofulose tog form.

Begreber, afgrænsninger samt til- og fravalg

Eftersom specialet beskæftiger sig med skrofulose som multipelt objekt i Købehavn fra 1875-1921, vil jeg redegøre for begrebets betydning. Termen 'tuberkulose' er ligeså gammel som lægevidenskaben, og den har historisk set fået påhæftet en bred palet af betegnelser: Lungesår, lungetæring, lungesvindot, brystsyge. Det var *lungerne*, der var det medicinske fokuspunkt for en sygdom, der med træfsikkerhed og regelmæssighed bortrev "flere Mennesker end forbigaaende Epidemier af smitsomme Sygdomme".⁸⁰

Trods den høje frekvens af dødsfald forårsaget af tuberkulose, forekom indtil midten af det 19. århundrede i den medicinske verden en nærmest fatalistisk holdning over for både behandling og helbredelse af tuberkulose, der blev anset for at være en uhelbredelig og arvelig sygdom.⁸¹ Patienten kunne og måtte forvente, at gode perioder blev afløst af dårligere tider med hoste, opspyt af blod og afmagring (lungesvindot).

I Danmark gjorde lægen Sophus Marius Neergaard Engelsted (1823-1914) i sin disputats⁸² fra 1854 op med samtidens fremherskende dogme om, at tuberkulose var absolut uhelbredeligt. Sygdommen blev imidlertid endnu opfattet som arvelig, hvorfor Engelsteds resultater ikke fik gennemslagskraft før 20 år efter afhandlingens udgivelse.

I løbet af sidste halvdel af det 19. århundrede påviste medicinske forskere, fx Laënnec, Virchow og Villemin, at tuberkulose var en *smitsom* sygdom – den var ikke blot arvelig – samt at sygdomsprocessen kunne opstå i tarmene, leddene, kirtlerne og hjernebinderne.⁸³ Den form for tuberkulose, der angreb kirtlerne hos især børn, blev benævnt *skrofulose* (kirteltuberkulose), der er specialets afgrænsede, multiple genstand.

⁷⁸ Law, "Actor network theory": 152.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Geill, *Brystsyge*, p. 1.

⁸¹ *Ugeskrift for Læger*, 4:20 (1889), p. 8.

⁸² Engelsted, *Anatomisk-clinisk Undersøgelse om Tuberkulosens Helbredelighed*.

⁸³ Geill, *Brystsyge*, p. 2.

Tuberkulose blev derpå medicinsk inddelt i henholdsvis lungetuberkulose og kirurgisk tuberkulose (fx skrofulose),⁸⁴ hvor den hyppigst forekommende form var førstnævnte. Lungetuberkulose var i det 19. århundrede på den ene side særlig synlig og på den anden side frygtelig farlig, idet ingen læger ikke før overgangen til det 20. århundrede fuldt ud erkendte, hvad sygdommens årsag var, samt hvordan man kunne (be)handle. I 1882 fandt den tyske læge og bakteriolog Robert Koch eksperimentelt ud af, at tuberkulose var en infektionssygdom forårsaget af bakteriestammer fra mykobakteriekomplekset, oftest *Mycobacterium tuberculosis*.⁸⁵ På den måde var 1882 et skelsættende år.

Den kirurgiske tuberkulose – herunder skrofulose – blev benævnt sådan, idet det var opfattelsen, at tuberkuloseformen kunne fjernes ved et kirurgisk indgreb. Det var efter dr. Kochs opdagelse i 1882 forståelsen, at fx skrofulose opstod hos et barn enten efter dets direkte kontakt med blod og opspyt indeholdende tuberkelbakterier, eller efter smitte via optag i mave-tarm-kanalen. Til forskel fra lungetuberkulosen kunne kirurgisk tuberkulose sætte sig i et hvilket som helst organ, kirtler m.m.⁸⁶

I takt med at kirteltuberkulosens væsen, årsag og konfiguration ændrede sig fra en uhelbredelig og arvelig sygdom til diagnosticerbar infektionssygdom, klassificeret som kirurgisk tuberkulose, fulgte i kølvandet herpå store forventninger om forskellige former for (be)handling. Fra en radikal ændring i den videnskabelige praksis, herunder skrofulose som videnskabelig genstand, over den politiske praksis og skrofulose, som det tager form som et politisk problem, der skal handles på, til den terapeutiske praksis og behandlingen af skrofulose. Skrofulose som umiddelbart entydigt, multipelt objekt.

Det er ikke min intention at fremhæve én bestemt form for medicinsk viden om skrofulose på bekostning af en anden, ej heller er det et angreb på den moderne lægevidenskab for at placere et moralsk ansvar. Derimod er der tale om en analyse, som undersøger, på hvilke måder det særlige fænomen skrofulose tog form som et multipelt objekt, herunder hvordan det materialiserede og konfigurerede sig over tid.

Et inklusionskriterium for udvælgelsen af en praksis var, hvorvidt det var et sted, hvor mennesker havde mest brug for sandhed, jf. Foucault. På den måde var den videnskabelige praksis kendetegnet ved at producere medicinsk sandhed om, hvad den videnskabelige skrofulose *var*, hvor jeg, som nævnt, undersøger skrofuloser til to tider. Den politiske praksis er fremhævet, idet den definerede skrofulose som et bestemt og særligt folkesundhedsproblem ud fra en række årsagsforklaringer, herunder hvad den politiske skrofulose *var*. I den retning vil jeg især se på skolens medikalisering i form af skolelægeordning i København, men ikke ud fra et kritisk fokus, som fx hos Vibeke Erichsen om 'the extended gaze'. Derimod vil jeg tolke de fysiske skoleundersøgelser som særlige steder, hvor der blev produceret medicinsk sandhed.⁸⁷ Den terapeutiske praksis var på den ene side klart inspireret af den videnskabelige skrofulose, og på den anden side karakteriseret ved at producere bestemte betydninger af og om, hvad den terapeutiske skrofulose *var*. Et interessant moment i den retning var, hvordan læger dataindsamlede og formidlede viden om vægtforøgelse som ny, medicinsk sandhed.

⁸⁴ Jensen, *Bekæmpelse af infektionssygdomme*, p. 98.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Ibid, p. 99.

⁸⁷ Mol, *The body multiple*, p. 84.

Det empiriske kildemateriale

Jeg vil i dette afsnit gøre rede for det empiriske materiale fra de tre udvalgte praksisser, jeg har undersøgt, og som specialets analyse bygger på. Hovedparten af materialet har jeg fundet på Københavns Stadsarkiv samt i *Ugeskrift for Læger*, der blev udgivet af den danske lægeforening som medlemsblad siden 1839. Det drejer sig om følgende:

- *Lægevidenskabelige publikationer om skrofulose samt tuberkulose.*
- *Skolelægeordning i København (medikalisering).*
- *Sommerkolonien Snogebæk.*

Skrofulose og tuberkulose

Selv om der i 1882 umiddelbart forekom et stort skifte i ophavssituationen, nemlig at medicinens forståelse af årsagen bag tuberkulose ændrede sig radikalt, har jeg valgt at undersøge videnskabeliggørelsen af skrofulose ud fra to primærværker, der begge blev udgivet efter dette kardinaltidspunkt. Materialet består dels af lægen Paul Niemeyers *Om Kirtelsyge (Skrofulose), dens Aarsager, Forebyggelse og Behandling* fra 1888, dels af dr. med. Christian Geills *Brystsyge. Lungetuberkulosens Opstaaen, Forebyggelse og Helbredelse med særligt Hensyn til Hjemlige Forhold* fra 1890. Værkerne blev udgivet med få års mellemrum, begge af medicinske forfattere – hvilket giver kilderne stor troværdighed – og de er opbygget på samme måde omkring sygdommens væsen, årsag, forebyggelse og terapi.

På trods af at den tyske læge dr. Robert Koch i 1882 i mikroskopet kunne iagttage myriader af stavformede bakterier i opspyt fra tuberkuløse patienter,⁸⁸ udgav dr. Niemeyer i 1888 bog nr. fem i serien til det *Medicinske Husbibliotek*, hvori han med største selvfølgelig og autoritet formidlede, at sygdommen skrofulose var en tilstand skabt af usund næringsvæskesammensætning.⁸⁹ Formålet for dr. Niemeyer var dermed at informere borgerne om sundhedsplejens bud samt konsekvenserne af de forskellige forsyndelser, der ville overgå barnet, hvis ikke den korrekte og sunde sammensætning af næringsvæskerne blev imødekommet. På den måde var eksistensen af dr. Niemeyers videnskabelige værk med folkelig formidling for øje fra 1888 udtryk for, at dr. Kochs påvisning af tuberkulosen som en smitsom infektionssygdom i 1882 først og fremmest var en viden fremdyrket i et laboratorium. Det tog tid at transformere nyt til praksis.

En interessant omstændighed efter dr. Kochs opdagelse i 1882 var imidlertid, hvordan ovenstående dr. Geill opfattede skrofulose som forstadium til den langt værre lungetuberkulose: "Tegn på Schrophulose [var et] Vidnesbyrd om, at de allerede føre Sygdomsspiren i sig; ligesaa Børn, som vise Tegn paa Tuberkulose andre Steder (Ben, Led etc.)".⁹⁰ På samme måde kunne blegkot af lægmand tolkes som om, at det "kun er lidt Blegkot", men ifølge dr. Geill var også denne "Lungetuberkulosens Forløber".⁹¹ Den nye sandhed om skrofulose lød, at indtørrede tuberkelbakterier kunne leve "indtil et halvt Aar udenfor Legemet" i tør tilstand, fx i borgerens private hjem.⁹² På den måde blev *forebyggelse* i bredeste forstand midtpunkt for samtidens paniske bakteriejagt.

⁸⁸ Jensen, *Bekæmpelse af infektionssygdomme*, p. 96.

⁸⁹ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 5

⁹⁰ Geill, *Brystsyge*, p. 49.

⁹¹ Ibid, p. 61.

⁹² Ibid, p. 6.

Skolelægeordning i København

Den senere skolelæge Axel Hertel anførte allerede i 1881: "Skolen selv anerkjender det ogsaa for sin Opgave at lede det Barn, der betros den, saa vel i aandelig som legemlig Henseende",⁹³ og blandt politikere og læger herskede der fra sidst i 1800-tallet en udbredt opfattelse af, at byens fattige familier ikke var i stand til at drage tilstrækkelig omsorg for deres børns elementære fysiske behov og sundhed.⁹⁴ Spørgsmål om især skolebade, -bespisning og -lægeordning kom på den kommunalpolitiske agenda.⁹⁵

Skolelægeordning blev vedtaget som forsøgsordning i København i 1897, og det var et af de kommunale tiltag, der rettede sig direkte imod børns sundhed. Skolen blev i stadigt større omfang et utraditionelt område for medicinsk praksis, og de fattige familier blev objekt for *medikalisering*. Børns skolegang omhandlede i udgangspunktet blot tilegnelsen af en række faglige kundskaber. At læger overhovedet kunne udvælge og fremhæve skolen som et sted til at introducere flere indsatsområder, hvor man med fordel kunne bedre børns sundhed og trivsel, indikerer implicit, at skolelægeordning er et oplagt børnesundhedshistorisk udforskningsrum – derfor vil jeg undersøge dette.

Pilotprojektet var præget af kommunalpolitiske diskussioner mellem læger, lærere, kommunalpolitikere og skolehygiejnere. Magistratens arkivalier, fx *Københavns Borgerrepræsentations Forhandlinger*, den af Kultusministeriets (Undervisningsministeriet efter 1916) nedsatte kommissions *Betænkning fra 1882-1884* og *Betænkning fra 1909-1911* samt *Betænkning angaaende Skolelægernes Virksomhed afgivet af Kommission nedsat af Direktionen for Borger- og Almueskolevæsenet i København 11. marts 1914*, vil tjene til at belyse den kommunale og ministerielle behandling af skolelægespørgsmål. I 1946 blev lov nr. 4513 af 12. juli om national skolelægeordning vedtaget i Rigsdagen, hvorfor dette speciales analyse er opbygget omkring diskussioner om skolelægernes *funktionsområde*, som de kom til udtryk i debatter hos Københavns Borgerrepræsentation om emnet.

Sommerkolonien Snogebæk

Ifølge lægen Holger Rørdam, der stiftede *Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse* i 1901 sammen med Carl Lorentzen, skyldtes hvert tredje dødsfald i Danmark endnu omkring år 1900 i aldersgruppen 15-60 år – ca. 5-6.000 døde – tuberkulose.⁹⁶ Derimod var *friluftsbehandling* ved kysten af patienter med tuberkulose i Danmark ifølge overlæge Johannes Meyer ikke en struktureret, statspromoveret praksis før 1. verdenskrig.⁹⁷ Der var både fremgang inden for diagnostikken og terapeutisk tomgang på samme tid.

Man skelnede mellem de lettere og de sværere former for kirtelsyge. De lettere skrofuløse patienter blev fx henvist til *private* sommerophold i Hellebæk ved Helsingør samt Snogebæk på Bornholm, mens patienter med sværere forekomster af kirtelsyge blev henvist til længere behandling på kysthospitalet, fx Refsnæs. Før indførelsen af tuberkuloselovene i 1905 var kystsanatorierne og -hospitalet tiltænkt de skrofuløse, men patienter var ikke begrænset til børn, og underernæring blev også behandlet her.⁹⁸

⁹³ Hertel, *Om Sundhedsforholdene*, p. 1.

⁹⁴ Engberg, *Det heles vel*, p. 46.

⁹⁵ Petersen et al, *Mellem skøn og ret*, p. 671.

⁹⁶ Møller, *Nationalforeningen*, p. 29.

⁹⁷ Meyer, *Kysthospitalet på Refsnæs*, p. 6.

⁹⁸ *Børnesanatorierne for København*, pp. 5 f.

Specialets udvalgte historisk empiri er det kildemateriale, der nøje beskriver skrofuløse børns sommerophold ved Snogebæk på Bornholm, herunder dr. Gerners journaler og årsberetninger med nøjagtigt anførte antropometriske mål over børnenes legemsvækst hvad angår både højde og vægt, samt forholdene disse børn levede og voksede op i. Københavns Kommune initierede sommerophold for skrofuløse børn i fiskerlejerne Snogebæk, Melsted og Gudhjem fra 1876, og de fortsatte helt indtil 1927.⁹⁹

Specialets tilgang til kildematerialet

Jeg beskæftiger mig med, hvordan det empiriske materiale i tre praksisser producerer sandhed om og fremstiller konfigurationer af skrofuloser på bestemte måder. I forhold til den foucaultske fremgangsmåde har jeg nærlæst det historiske kildemateriale med henblik på at lede efter betydningsdannelser. I sproget udtrykkes forskellige diskursive netværk af udsagn, som definerer, hvorvidt et enkeltstående udsagn bliver tolket som betydningsfuldt og meningsskabende i en sproglig sammenhæng – eller ekskluderet som uforståeligt eller uden nævneværdig mening i konteksten.

Min analyse af skrofulose som et multipelt objekt er dels struktureret ved en undersøgelse af det empiriske materiale i hver af de tre praksisser – de videnskabelige, politiske og terapeutiske sandheder – dels kiggede jeg særligt efter *skrofulose* ontologier, der diffunderede rundt imellem de tre praksisser, uden at forvente koordineret viden. Helt konkret undersøgte jeg de sproglige udsagn i alt materialet med udgangspunkt i, hvilke ord samt rationaler der blev anvendt til at beskrive og fremstille de respektive skrofuloser i de forskellige praksisser, herunder om der forekom oplagte praksisspring.

Analysen bliver derfor ikke et rent lineært narrativ, men en serie af akter, som udtrykker hver sin skrofulosepraksis i København i perioden fra 1875-1921. Første del omkring den videnskabelige skrofulose sammenligner to perioder – den tidlige og den sene – relativt nær hinanden tidsmæssigt, men ikke tankemæssigt, med udgangspunkt i ligheder og forskelle. Det vil på den måde være tale om en heterogen praksisanalyse.

I anden analysedel omhandlende den politiske skrofulose – som et bestemt og særligt folkesundhedsproblem ud fra en række årsagsforklaringer – har jeg undersøgt de sproglige udsagn, der plæderede for helbredelse samt forebyggelse af skrofuloser. Der blev identificeret i alt fem indsatser, som bliver gennemgået med henblik på at afdække hvilke tiltag og hvilket rationale, der dominerede politiseringen af skrofulose i perioden. Det vil være en homogen analyse, idet jeg søger efter ligheder og gentagelser i fremstillingen af den politiske skrofulose, barnets *medikalisering* og skolelægeordning. Jeg har i den forbindelse fravalgt et kønsteoretisk perspektiv, selv om skolelægerne i samtiden er dybt optaget af forskelle på drenge og piger, ikke mindst deres sygelighed.

I tredje analysedel vedrørende den terapeutiske skrofulose har jeg ledt efter mønstre i de sproglige udsagn i materialet for at få et overblik over behandlingens elementer og begrundelser. Modsat udviklingen i viden om skrofulose videnskabeligt forekom terapeutisk *træghed* – behandling af infektionssygdomme i det 19. århundrede var reelt virkningsløs¹⁰⁰ – hvorfor analysen vil være homogen, idet der ikke forekom væsentlige forskelle over tid. Analyseblikket vil også være rettet på vidensproduktion.

⁹⁹ Gerner, "Om fiskerlejet Snogebæk": 29; Jørgensen, *Omsorgen for børn og unge*, p. 58.

¹⁰⁰ Nyland, *Alment praktiserende læger*, p. 270.

Akt II: Skrofulose som et videnskabeligt objekt

Vi kan gaa ud fra, at Kirtelsygen strængt taget har sin Aarsag i en Børnepleje, der strider mod Reglerne for Opretholdelsen af en sund Blanding af Næringsvæskerne, i det hele taget mod al sund Levemaade
(Dr. Paul Niemeyer, 1888)¹⁰¹

Skrofulosen og Tuberkulosen stamme fra samme Kilde, Tuberkelbacillen, hvorfor Behandlingen bør være saavel lokal som universel
(Professor Hofnøkl, 1889)¹⁰²

Der var ikke mere end et år imellem de to lægers udsagn, og alligevel afspejlede de hver sin epoke inden for skrofulosens kulturhistorie i Danmark. Hvor førstnævnte udtrykte en forståelse af, at *skrofulose* (kirtelsyge) hang snævert sammen med individets måde at leve på – målet var den sunde blanding af næringsvæskerne – repræsenterede sidstnævnte en anerkendelse af, at dens hovedårsag var tuberkelbakterien, herunder at skrofulose var en form for tuberkulose. Dette ontologiske skifte satte sit tydelige præg på måden, hvorpå medicinen i Danmark dels opfattede skrofulose, dels i terapeutisk henseende behandlede selvsamme i løbet af det 19. århundrede (mere herom senere).

At skrofulose blev en herostratisk berømt infektionssygdom i Danmark siden midten af det 19. århundrede ses derved, at det var fælles for de to lægers udsagn, at de både rummede oplysninger om selve skrofulosens årsag – og i samme ombæring kom med konkrete anvisninger til *håndteringer* i medicinsk praksis for at modgøre den. Interessant nok fremkom begge udsagn efter opdagelsen af tuberkelbakterien i 1882.

Denne første analysedel har som særligt genstandsfelt en praksis, der vedrører indholdsformningen – *videnskabeliggørelsen* – af skrofulose i København fra 1875-1921. Grundlæggende set handler det om at undersøge, hvordan sygdommen **skrofulose** blev begrebsliggjort som særlig medicinsk struktur, samt gengjort som videnskabeligt objekt: Hvordan trådte skrofulose frem i verden som en selvstændig vidensgenstand? Desuden vedrører analysedelen de skrofulosespecifikke sygdomsforståelser, der bliver udtrykt: Hvordan blev skrofulose klassificeret som sygdom over tid? Sidst, men ikke mindst, drejer det sig om at undersøge, på hvilken måde videnskabeliggørelsen af skrofulose var forbundet til (foranderlige) sundhedsrationaler for interventioner og behandlinger.

Denne analysedel består af to komponenter – den tidlige og sene skrofulose – med tre, identiske elementer: Fremtrædelsesform, ætiologi og behandling. Formen er udvalgt med henblik på at kunne beskrive den videnskabelige skrofuloses udvikling over tid, struktureret efter forandringer iblandt skrofuloserne. Formålet med denne første analysedel er at kunne give et plausibelt svar på, hvad den videnskabelige skrofulose 'er', herunder hvordan den er opstået, og hvordan den har påvirket og formet samtidens sundhedsrationaler og sygdomsforståelser. Det er en kulturhistorisk analyse, hvor det biomedicinske og det historiske ikke følger hinanden, men bliver bundet sammen på mere kompleks vis.

¹⁰¹ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 28.

¹⁰² *Ugeskrift for Læger*, 4:19 (1889), p. 663.

Den tidlige skrofulose

Denne første komponent i den første analysedel har til formål at analysere, hvordan sygdommen skrofulose blev frembragt som en specifik medicinsk entitet, der trådte frem i verden på ganske særlig vis og som blev begrundet på et begrænset antal måder, der havde indflydelse på, hvordan læger terapeutisk håndterede den tidlige skrofulose.

Skæringspunktet for den tidlige og sene skrofulose definerer jeg til opdagelsen af tuberkelbacillen i 1882, men som det indledningsvist i analysedelen blev påvist, var dette imidlertid udelukkende en teoretisk frem for en praktisk periodeafgrænsning. Da den tyske læge dr. Robert Koch i 1882 påviste, at tuberkulose var en infektionssygdom forårsaget af bakteriestammer fra mykobactere-komplekset, skete der imidlertid noget afgørende med opfattelsen af skrofulose.¹⁰³ Der opstod et klart før og efter, hvor den afgørende forandring var, at *forebyggelse* kom til at spille den største rolle i bekæmpelsen af skrofulose. Den tidlige skrofulose omhandler tiden før bakterieklapjagten satte ind.

Lægen Paul Niemeyer indledte føromtalt værk *Om Kirtelsyge (Skrofulose), dens Aarsager, Forebyggelse og Behandling* fra 1888 med et inciterende afsnit om legemets næringsvæsker, "de for Organismen nødvendige Næringsstoffer", der gennemsyrede og -trængte "hele vort Legeme lige til dets mindste Dele".¹⁰⁴ Den udtrykte tankegang – at et fænomen og en helt specifik sygdom kunne forklares ud fra en universalistisk, medicinsk forståelse af mennesket i sammenhæng med naturen og omverdenen – var ingenlunde moderne, men havde rod i den humoralpatologiske teoriarv. Dr. Niemeyer tolkede skrofulose som "Resultatet af en usund Sammensætning af disse Væsker",¹⁰⁵ hvilket var en eksplicit kommentar om, at han vedkendte sig humoralpatologiens lære.

Kroppen blev opfattet som et hermetisk lukket system med intern gensidig afhængighed, hvor næringsvæskerne sammensætning fx afhang af hvilke stoffer, som blodet tilegnede sig "paa sin Vandring gennem Legemet, optog ved Aandedrættet og [på] sin Passage gennem Vævene". Blodets sundhedstilstand var samtidig betinget af, at næringsvæsker, der blev afgivet til blodet var "sunde eller usunde".¹⁰⁶ For at kunne bedømme kvaliteten af næringsvæskerne, måtte man ifølge dr. Niemeyer først betragte den "samlede Mængde og dernæst deres Beskaffenhed".¹⁰⁷

Hvorvidt der var for meget væske – et oppustet ansigt – eller for lidt væske – et magert og tørt ansigt – var den enkelte læge "i det daglige Liv temmelig øvede i at bedømme",¹⁰⁸ hvorfor ansigtet ifølge dr. Niemeyer spillede en hovedrolle, når lægen foretog en klinisk vurdering med henblik på at vurdere, om en person var syg eller ej. På trods af at Kurt Jacobsen og Klaus Larsen i *Ve og velfærd* postulerede,¹⁰⁹ hvordan den humoralpatologisk funderede medicin i Danmark var en saga blot fra midten af det 19. århundrede, levede humoralpatologien tilsyneladende i bedste velgående endnu i 1880'erne. Sundhedslæren om de fire legemsvæsker var mere sejlivet end som så, og den tidlige skrofulose byggede på medicinsk sandhed om ubalance i næringsvæskerne.

¹⁰³ Jensen, *Bekæmpelse af infektionssygdomme*, p. 98.

¹⁰⁴ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 5.

¹⁰⁵ Ibid, p. 7.

¹⁰⁶ Ibid, p. 1.

¹⁰⁷ Ibid, p. 6.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Jacobsen og Larsen, *Ve og Velfærd*, p. 27.

Fastlæggelse af fremtrædelsesformer

Dette første element under den tidlige skrofulose i den første analysedel har til formål at analysere, hvilke påvirkninger af patientens organer og synlige legemsoverfladetegn, som de specifikke symptomer medførte, hvilket muliggjorde, at danske læger kunne genkende et bestemt medicinsk objekt som 'skrofulose'. Det var medicinens aktører, der tildelte skrofulosens symptomer konkrete fremtrædelsesformer, hvorfor analysen, som nævnt, tager udgangspunkt i den publicerede, medicinske litteratur herom. De skrofuløse lidelser blev lokaliseret til: Halsen, huden, slimhinderne, knogler og led.

Fra ærtesmå til æblestore knuder på halsen

I *Om Kirtelsyge (Skrofulose), dens Aarsager, Forebyggelse og Behandling* fra 1888 beskrev lægen Paul Niemeyer, hvordan sygdommen skrofulose patologisk kunne karakteriseres ved, at lymfekirtlerne først dannede "ærtestore, smertefri Knuder, der er forskydelige under Huden og som ligger enkeltvis; senere vokser de og kan blive saa store som Æbler". De optrådte primært på halsen og fordelt i underkæberegionen, men de kunne også forekomme andre specifikke steder med ophobede lymfekirtler, fx armhule og lyske.¹¹⁰ Det var signifikant for skrofulose, at dets mest markante symptom var et tykhalset udseende; svineansigtet (scrofula = so) blev den kliniske skildrings forankringspunkt.

Som tidligere nævnt tog dr. Niemeyer udgangspunkt i en klinisk vurdering af, hvorvidt patienten havde et oppustet, et tørt eller et normalt udseende ansigt, hvilket bundede i troen på, at en usund sammensætning af næringsvæsker ville medføre den ene eller den anden unormale tilstand. På samme måde forholdt det sig med *skrofulose*. Hvis et individ var sundt, eller der ikke forekom betændelse i lymfekirtlerne, var disse hverken direkte følbare eller synlige for den almindelige borger, idet de lå indhyllet i fedt. Hvis individet omvendt var sygt eller der var gået betændelse i kirtlerne – "hos kirtelsvage, skrofuløse Børn" – ville man ofte finde lymfekarrene og -kirtlerne på både "Halsen og i Nakken stærkt svulne," indledningsvist som "tykke Strænge" og slutteligt som "store ømme Knuder," der krævede et kirurgisk "Indsnit for at udtømme" dem.¹¹¹ Skrofulose blev klassificeret som og var i praksis, som nævnt, en kirurgisk tuberkulose.

Efterhånden gik de angrebne lymfekirtler til grunde ved at danne "osteagtige materieopfyldte Masser, som saa maa fjernes, hvis de sidder paa tilgængelige Steder," hvilket kunne efterlade et "huleagtigt Saar, hvorfra der flyder en sparsom Mængde Materie, der er iblandet med osteagtige Klumper". Disse kirurgiske sår heledes kun langsomt og dannede karakteristiske "hvide, dybe, straaleformede Ar, som vi saa ofte har set i det daglige Liv".¹¹²

Det var interessant, at dr. Niemeyer fremhævede, at kirtelsygens (skrofulosens) kirurgiske behandling kunne betyde, at individer, der, om muligt, fik fjernet bristede lymfekirtler, desuden blev mærket med disse ar, der tilsyneladende ofte forekom i slutningen af det 19. århundrede. Svineagtigt ansigt først, stigmatiserende stråleformet ar så. Der var i sandhed stor grad af direkte individfokus hos denne tidlige skrofulose trods den universalistiske sandhed bag om usund sammensætning af næringsvæskerne.

¹¹⁰ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 38.

¹¹¹ Ibid, p. 13

¹¹² Ibid, p. 39.

Huden

Huden var både det sted, hvor "Kirtelsygen mest ynder at vise sig," og den "Del af det menneskelige Legeme, der først angribes(...)Særlig optræder den i den behaarede Del af Hovedet, i Ansigtet og bag Ørerne". Årsagen til, at det særligt var de behårede dele af hovedet og ansigtet, som først blev angrebet var, at kropshår var "skikkelige til at holde paa Skorper og Snavs".¹¹³ Det underforstås her, at der var meget snavs, hvor skrofulose opstod og udviklede sig; skrofulose blev betragtet som en 'snavset' sygdom.

Skrofulose fremtrådte på huden som et "udslet bedækket med tykke væskende gule Skorper," og disse gullige skorper kløede, barnet kradsede, væske flød og spredte sygdommen til barnets øvrige hudpartier. Væsken var både irriterende for huden og smittende, hvorfor der var fokus på ikke at overføre den til andre dele af legemet. Det handlede om for individet "i Tide [at] iagttage den fornødne Renlighed" og forhindre at skrofulose fra et lokalt sted på huden forplantede "sig til større og større Flader".¹¹⁴

Endnu engang var der fokus på patientens ansigt, idet skrofulosens svineansigt via de behårede dele af hovedet og ansigtet – især øjenbrynene – kunne udvikle sig til en "gulbrun, væskende og stinkende Maske".¹¹⁵ Knuderne under huden kunne sprede sig til hele ansigtet, og skrofulosen kunne derpå ikklædte patienten en makaber maske.

Der forekom imidlertid andre fremtrædelsesformer for kirtelsyge, idet også væv under huden kunne blive udsat for og ramt af skrofuløse lidelser. De viste sig som bylder, der kunne optræde overalt på legemet, "snart ere de beliggende tæt under Huden og snart dybt nede mellem Musklerne". Størrelsen varierede fra ærtestore til hasselnødstore knuder, der, "naar de bliver 'modne', har en mørk blaaligrød Farve". Hvis lægen åbnede bylden, flød "tynd blodig Materie ud", og såret helede langsomt.¹¹⁶

Det var en karakteristisk egenskab ved skrofuløse patienters hud, at alle former for sår helede overordentligt langsomt og afgav megen materie. Der var på den måde tale om, at disse former for skrofulose, der først angreb halsen og derpå bredte sig til ansigtet, på forskellige vis var særligt *synlige* for lægen, patienten og de pårørende.

Slimhinderne

Foruden førnævnte bylder, der viste sig som svulne knuder under huden, forekom der også skrofuløse slimhindelidelser i form af "kroniske Katarrher med en overordentlig stærk Afsondring af Slim", der vedvarede "med stor Haardnakkethed".¹¹⁷ Slimhinderne forbundet til den ydre hud "i Øjet, ved Mundkroge, Næsen og Øret" var oftest udsat, og især kunne næsen svulme op og give kirtelsyge patienter et ret karakteristisk udseende, men også maven, tarmen og luftrørgrenene kunne blive ramt af katarer.¹¹⁸

¹¹³ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 40.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid, p. 41.

¹¹⁷ Ibid, p. 42.

¹¹⁸ Ibid.

Knogler og led

På arme og ben viste skrofulose sig derved at led svulmede op til "dobbelte Led," hvor armenes og benenes knogler kunne bøjes som voks, hvor de blev udsat for tryk. Det kom fx til udtryk på skinnebenene, "saa den skarpe Benkant paa Skinnebenet staar frem som Eggen paa en Sabel".¹¹⁹ Ved skrofulose var der imidlertid ikke blot tale om forvoksninger, men betændelser – karakteristiske knuder – i selve knogler og led.¹²⁰

Skrofulose greb dybere derved, at der opstod betændelser i knoglerne og leddene. Der udviklede sig "Knuder i selve Knoglen, de ere fyldte med Materie og arbejder sig efterhaanden op til Knoglens Overflade," hvorfra knuderne kunne åbne sig ud i det omliggende muskelvæv og videre ud til huden.¹²¹

Hvis en betændelsesknode åbnede af sig selv, skete det meget langsomt, mens det omvendt gav anledning "til Saar, der kan holde sig aarevis under stadig Afsondring af en tyndflydende, ildelugtende Væske".¹²² Selv om såret lukkede sig, var man imidlertid aldrig sikker på, "at det ikke ved en eller anden Lejlighed bryder op igen," og det efterlod et dybt ar, der kunne hindre naturlig bevægelse i "vedkommende Del af Legemet".¹²³ Skrofulose i denne form var en kronisk, skæbnesvanger sygdom.

To forskellige former for skrofulose

Dr. Niemeyer opdelte skrofuløse patienter i to typegrupper. For det første den gænge slags med den 'fede' patient, der havde "et ganske ejendommeligt Udseende. Legemet er plumpt bygget; Huden er opdunet, mangler Elasticitet og er af en ejendommelig graableg Farve; Læberne er tykke, fremstaaende og har en blegblaa Farve". De fede patienter var oftest fra de velhavende klasser, "hvis Børn faar Lov til at fylde sig med alle mulige Spiser, uden at man tager Hensyn til disses Art eller Mængde".¹²⁴ Dette var problematisk for både lægen og legemet, idet det skabte ubalance i lymfekarsystemet, hvilket havde følgevirkninger for hele patientens organisme.

For det andet den 'magre' patient med "en spinkel Legemsbygning med gennemsigtig, hvid, tynd, fin Hud med ringe Fedtunderlag; Kinderne har en ejendommelig fin rød Farve; Muskulaturen er svagt udviklet".¹²⁵ De magre patienter kom almindeligvis omvendt fra den "fattigere Befolkning, som maa leve af Kartofler, Flæsk og lignende billige Retter, der kun til en vis Grad kan kaldes nærende".¹²⁶ Igen var det ubalancen grundet ulødig kost, der var i fokus; forsyndelsen var her klasseløs.

Dr. Niemeyers fænotypiske forklaringsmodel for skrofulose havde – helt i tråd med teorien om de fire legemsvæsker – et medicinpædagogisk forklaringspotentiale og en stor formidlingsappel, da den skabte en logisk kobling mellem samfundsklasse og skrofulosefremtrædelsesform. Denne klassekarakteristik blev fremsat som medicinsk sandhed – et sammenhængende narrativ lige fra madindtag over sygdommens særlige symptomer til kropsudtryk – i en alvidende, humoralpatologisk fortælleramme.

¹¹⁹ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 46.

¹²⁰ Ibid, p. 48.

¹²¹ Ibid, p. 47.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid, p. 48.

¹²⁴ Ibid, p. 35.

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ Ibid, p. 36.

Sygdommens årsagsforhold: Næringsvæskernes sammensætning

Dette andet element under den tidlige skrofulose har til formål at analysere, hvilke sygdomsårsager de danske læger opstillede for den tidlige skrofulose, dens ætiologi. Dr. Niemeyers værk var opbygget på den måde, at det dels beskrev betydningen af skrofulose som en selvstændig sygdom blandt andre sygdomme, især sammenlignet med den engelske syge,¹²⁷ dels blev skrofuloses fatale følger fremhævet.

På den ene side skulle skrofulose manifestere sig som sin egen entitet, og på den anden side skulle skrofulose tilpasses det overordnede, humoralpatologiske paradigme. Dette skete på den måde, at dr. Niemeyer beskrev den universelle årsag til skrofulose som "Næringsvæskernes sygelige eller fejlagtige Sammensætning," der følgende var så meget desto "mere indgribende i den menneskelige Organisme".¹²⁸

I forlængelse heraf identificerede, definerede og lokaliserede dr. Niemeyer derpå et specifikt sted i kroppen, "Indholdet af Lymfekarrende" – *lymfen* – en "næsten farveløse Væske, som tilberedes i Tarmkanalen af tilførte Næringsmidler",¹²⁹ som skrofulosens afgrænsede arnested. Ifølge dr. Niemeyer var den direkte og konkrete årsag til skrofulose således lymfens ubalance betinget af individets ernæringsindtag.

Dersom individet var raskt og sundt uden betændelse i lymfekirtlerne kunne man ikke umiddelbart registrere, at skrofulose var der. Det var først, når individet blev skrofuløst, lymfekirtlerne svulmede op og blev ømme for tryk grundet betændelse, at skrofulose kunne konstateres med det blotte øje. Dr. Niemeyer sondrede mellem de hurtigt opståede kirtler ved en akut lidelse, der "i Almindelighed [var] meget ømme," og de mere kroniske lidelser med et langvarigt forløb og dybt liggende årsager, hvor "Kirtlerne [kunne] være fuldstændig smertefri".¹³⁰ Kirtelsmerter var derfor ingen god indikation på skrofulose, men det var heller ikke nødvendigt, idet synlige kirtler i sig selv var et sikkert sygdomstegn. At skrofulose var en alvorlig sygdom, argumenterede dr. Niemeyer indirekte for ved direkte at påvise, at "Sygdommen kan optræde overalt, i alle Organer og Væv, fra Huden og Slimhinderne til de dybest liggende Knogler".¹³¹

Arvelig eller erhvervet sygdom

Dr. Niemeyer benævnte en usund sammensætning af næringsvæskerne som *skrofuløs*,¹³² hvor det var opfattelsen, at skrofulose i "en Del Tilfælde(...)er nedarvet," men i de fleste tilfælde "sikkert nok erhvervet," forstået på den måde, at barnet "har faaet en urigtig Behandling" eller levet under forhold, der enten har udviklet "mulige Anlæg for Sygdommen eller ogsaa ligefrem har fremkaldt den".¹³³ Allerede i 1865 opdagede og dokumenterede den franske læge Villemin (1827-1892), at tuberkulose ikke var en rent arvelig sygdom – den kunne erhverves¹³⁴ – men ikke før efter 1882 blev det klart for medicinen, hvordan tuberkulosen reelt smittede.

¹²⁷ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 45.

¹²⁸ Ibid, p. 48.

¹²⁹ Ibid, p. 12.

¹³⁰ Ibid, p. 13.

¹³¹ Ibid, p. 48.

¹³² Ibid, p. 28.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ *Ugeskrift for Læger*, 4:20 (1889), p. 8.

I forhold til de tilfælde, hvor skrofulose blev erhvervet, fandt dr. Niemeyer årsagen "i en Børnepleje, der strider mod Reglerne for Opretholdelsen af en sund Blanding af Næringsvæskerne, i det hele taget mod al sund Levemaade".¹³⁵ For at sikre en passende og sund blanding af næringsvæsker, var det ifølge dr. Niemeyer afgørende at sikre et rigtigt (læs: balanceret) forhold mellem "Spise og Drikke" på den ene side og "Legemsbevægelse (med Aandedrættet)" på den anden side.¹³⁶ En sund livsførelse fordrede følgende omstændigheder: Frisk luft, hudpleje, ernæring og legemsbevægelse.

Frisk luft

Frisk og ren luft blev anset for at være "en af de største Betingelser for Sundheden," mens dårlig, indelukket og fugtig luft var det "absolut mest skadelige, man kan tænke sig". Frisk og ren luft blev opfattet som et "Renselsesmiddel for Næringsvæskerne, og følgelig lige saa vigtig for Organismen som Tilførslen af Næringsmidler".¹³⁷ Kort sagt: Frisk luft var det gode og sunde, dårlig luft var det onde og ødelæggende, idet luftens beskaffenhed influerede på blodet samt næringsvæskerne, legemets væv og organer. Hvad netop lungerne og lufttrørets forgreninger angik, mente dr. Niemeyer fx, at katar forekom, da slimhinden var "modtagelig og udsat for Virkningerne af daarlig Luft".¹³⁸

Det indbyrdes forhold mellem frisk luft og ernæring blev opsat på den måde, at et menneske bedre kunne trives "af mindre god Mad, naar det lever i frisk Luft," end af særdeles god "Næring med samtidigt Ophold i daarlig Luft".¹³⁹ Dårlig luft var en medvirkende årsag til skrofulose, og det handlede derfor om af skaffe frisk luft.

Hudpleje

Dr. Niemeyer hævdede, at hvad luften var for lungerne, var vandet for huden, og at man kun sjældent så kirtelsygen udvikle sig, "saalænge man vedbliver med Badene". Imidlertid skete der ofte det i praksis, at forældrene ophørte med at give barnet bad, når de første par uge var forløbet, især hvis der var flere børn i familien. Da efter et år, hvor "en Læge tilfældigvis forordner et Bad," så forekom det, at det var noget, som "Barnet slet ikke er vant til".¹⁴⁰

Efterhånden udviklede angsten sig til vandskræk, selv om de fleste børn ikke var "i Stand til uden Skade at bære Følgerne af denne Synd". Konsekvensen var den, at jo før forældrene ophørte med badningen, og jo mindre de udførte almindelig hudpleje, desto tidligere forekom tidlige tegn på skrofulose i form af "Udslet paa Kroppen, i Ansigtet eller paa Hovedet".¹⁴¹

¹³⁵ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 28.

¹³⁶ Ibid, p. 25.

¹³⁷ Ibid, p. 20.

¹³⁸ Ibid, p. 44.

¹³⁹ Ibid, p. 19.

¹⁴⁰ Ibid, p. 23.

¹⁴¹ Ibid.

Ernæring og legemsbevægelse

På samme måde som frisk lufts vitale rolle blev omtalt ovenfor, blev uhensigtsmæssig ernæring opfattet som én af de mest skadelige årsager til skrofulose, "naar Legemets Næringsvæsker i Forvejen er af en daarlig Beskaffenhed".¹⁴² Den uhensigtsmæssige ernæring kom endnu hurtigere til udtryk, hvis barnet samtidig opholdt sig "indelukket i Stuer med daarlig Luft, hvor de desuden ikke kan faa tilstrækkelig Motion". Der var en forståelse af, at *legemsbevægelse* havde direkte indflydelse på blodets og lymfens omløb.¹⁴³

Dr. Niemeyer skrev således eksplicit, at "Lidelsen bliver egentlig dobbelt," hvis kirtelsvulsterne forekom i tarmen, da de kunne medføre ernæringsforstyrrelser og fordøjelsesbesvær. På den ene side fik patienten angrebet eller ødelagt lymfebaner, som ikke kunne restitueres, og på den anden side hæmmede skrofulose her "Tilførslen af muligt sunde Næringsvæsker".¹⁴⁴ Dette var i en humoralpatologisk logik en tragedie.

Behandling: Lindring af en konstitutionel lidelse

Dette tredje og sidste element under den tidlige skrofulose har til formål at analysere, hvilken skrofulosebehandling de danske læger indtil 1882 udførte, herunder hvilke sundhedsrationaler der konkret kom til udtryk og blev praktiseret. Indtil 1865 hævdede og troede medicinen i Danmark – som tidligere nævnt – på, at skrofulose var en rent arvelig sygdom, hvilket betød, at terapien indskrænkede sig til symptomatiske midler, fx ophold på Madeira og Korsika for at give patienterne sol og varme, samt "en rigelig Anvendelse af Levertran og svensk Banko".¹⁴⁵

På den baggrund hævdede dr. Niemeyer, at skrofulose kunne behandles "dels ved at rette sig efter almindelige diætetiske Forskrifter og dels ved Indgivelse af Medicin".¹⁴⁶ Det var ikke uden grund, at det blot var tre ud af bogens 52 sider, der eksplicit omhandlede selve skrofulosens behandling, hvor indholdet flød sammen med pointer om frisk luft, bevægelse, hudpleje og ernæring omtalt tidligere, for der var ikke tale om behandlinger, snarere forebyggende foranstaltninger og praktiske anvisninger.

Dr. Niemeyer var i den retning inde på, at skrofulose var en "gennemgribende konstitutionel Lidelse," der "lettere kan forhindres end helbredes(...)ved gunstige hygiejniske Betingelser, Renlighed, frisk Luft, Bevægelse og passende Næring," hvilket netop havde rod i en ganske særlige forståelse af sygdommens årsagsforhold.¹⁴⁷ Dette aspekt vil blive gennemgået indgående i den tredje analysedel om terapiens praksisser.

¹⁴² Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 34.

¹⁴³ Ibid, p. 36.

¹⁴⁴ Ibid, p. 7.

¹⁴⁵ *Ugeskrift for Læger*, 4:20 (1889), p. 8; Reisz, *Tuberkulosens udbredelse*, p. 8.

¹⁴⁶ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 49.

¹⁴⁷ Ibid, p. 52.

Den sene skrofulose

*"Tuberkulosen er en dominerende etiologisk Faktor
til Frembringelse af Skrofulosens brogede Billede"*
(Overlæge Rolf Hertz, 1910)¹⁴⁸

Som det blev gennemgået under den tidlige skrofulose i denne første analysedel, blev skrofulose indtil 1865 opfattet som en uhelbredelig og arvelig sygdom. Derpå forekom perioden indtil 1882, hvor skrofulose i en humoralpatologisk logik blev tolket som ubalance i næringsvæskerne – grundet dårlig luft, manglende hudpleje og hygiejne, samt utilstrækkelig ernæring – særligt lokaliseret til lymfesystemet. Behandling bestod i at genoprette balancen via adgang til elementerne, der manglede: Frisk luft, lødigt kost, daglige bade og motion.

Efter 1882 skete med opdagelsen af tuberkelbacillen et kvantespring inden for den medicinske forståelse af sygdommen tuberkulose. Der udbrød blandt tidens læger en slags lungetuberkuløs paranoia – og skrofulose blev her opfattet som tuberkulose – hvilket fik direkte indflydelse på samtidens behandlingsbehov. Imidlertid begyndte kritiske læger, fx Rolf Hertz ovenfor, efterhånden at pointere, at medicinen – ved at klassificere skrofulose i et fikseret, underordnet forhold til tuberkulose – var med til at opretholde og vedligeholde en uhensigtsmæssig sygdomsforståelse, hvor skrofuloses selvstændighed blev nedvurderet og -prioriteret. Dette vender jeg tilbage til i Akt V.

Overordnet set blev sygdommen skrofulose i den anden komponent i denne første analysedel frembragt som *tuberkuløs* medicinsk entitet, der trådte frem i verden på en særlig måde, og som stod i et modsætningsforhold til den videnskabelige, tidlige skrofulose, der eksisterede og blev vedligeholdt i den danske medicin før 1882. Som dr. Niemeyers værk imidlertid vidnede om, var det ikke en lineær udvikling i praksis, idet humoralpatologien stadigvæk levede i bedste velgående i 1888. Der skete i praksis det, at humoralpatologiens diskursive netværk af udsagn og sandhed blev udfordret af nye udsagn om, at skrofulose var smitsom – og derved ikke direkte individets ansvar.

Forandring af fremtrædelsesformer

Dette første element under den sene skrofulose i den første analysedel har til formål at analysere, hvordan sygdommen skrofulose efter 1882 af medicinen blev genkendt som medicinsk objekt. Den største forandring var, at selve ophavssituationen ændrede sig, idet skrofulose efter 1882 dybest set blev anset for at være en form for tuberkulose; skrofulose gik fra at være kirtelsyge til at blive kirteltuberkulose, barnet var kirtelsvagt.

Dr. med. Christian Geill var – helt i råd med førnævnte dr. Niemeyer – inde på, at tuberkulosen ikke var en sygdom "specifik for Lungerne, men den kan findes i andre Dele af Organismen, i Tarmkanalen, i Leddene og hyppigst i Kirtlerne".¹⁴⁹ Han beskrev derpå tuberkelbacillens rejse gennem barnets krop: "Tuberkelbacillen blive da opsugede af Lymfestrømmen og føres til Kirtlerne, hvor den vil sætte sig fast(...)hænder det et Barn, hvis Kirtler ere særligt modtagelige, vil den eller de Kirtler blive angrebne af Tuberkulose, Barnet bliver 'kirtelsvagt' (scrophuløst)".¹⁵⁰

¹⁴⁸ Hertz og Thomsen, "En Undersøgelse", p. 2.

¹⁴⁹ Geill, *Bjstsyge*, p. 7.

¹⁵⁰ Ibid, p. 8.

Ifølge lægen Carl M. Reisz forekom et tuberkuløst angreb i vævet i hovedreglen på den måde, at sygdomsprocessen skred frem "Kirtel for Kirtel, indtil det danner en sammenhængende Klump(...)undertiden sker det, at en Kirtel bliver saa hurtigt og fuldstændigt forandret gennem hele sin Masse, at den bliver uigennemtrængelig".¹⁵¹ Dette var ifølge Reisz at sammenligne med en sømandstatovering, hvor den nærmeste "Aksillærkirtel fyldes med Pigment, saa det fuldstændigt stopper for al videre Cirkulation i Kirtlen, der bliver en Bom for Pigmentets videre Fremtrængen".¹⁵²

Dette kunne være en forklaring på, hvorfor tuberkulosen blev stående i den nærmeste kirtel – forblev lokal – frem for at fortsætte ud i vævet, men det passede imidlertid ikke på halsen, hvor tuberkelinfektionen ofte vandrede. Blev kirtlerne på halsen angrebet, fik barnet "det velbekjendte Udseende med store, let følelige Knuder paa Halsen, men er det Brystets eller Underlivets Kirtler, der blive tuberkuløse, bliver Sygdommen ikke kjendelig for Alle og Enhver".¹⁵³ På den måde forekom der ikke umiddelbart store forandringer i skrofuloses fremtrædelsesformer efter 1882, men det var tydeligt, hvordan en ny årsagsforklaring gennemsyrede enhver beskrivelse.

Sygdommens årsagsforhold: En tuberkuløs infektion

Dette andet element om sygdomsårsagsforhold under den sene skrofulose tager sit udgangspunkt i den situation, at den tyske bakteriolog og læge Koch med opdagelsen af tuberkelbacillen var stærkt medvirkende til at demontere teorien om den rolle, "Arveligheden spillede ved Lungetuberkulosens Opstaaen".¹⁵⁴

For at tuberkulose kunne opstå, var det ifølge dr. Geill således nødvendigt, at såvel tuberkelbacillen som dispositionen til tuberkulose (generel tilstand af svagelighed og modstandsløshed) var til stede. Dispositionen alene bevirkede ikke sygdommen: Uden tuberkelbaciller, ingen tuberkulose, men skrofulosen var omvendt ikke blot forårsaget af tuberkelbacillen.¹⁵⁵ Fx blev skrofulosens "primære Lidelse i Munden, Næsen og Ansigtshuden" forklaret som en "tuberkuløs Affektion" med rod i "Tuberkulose i Mandlerne".¹⁵⁶ Skrofulosens lidelser skulle bagrundes som en tuberkuløs infektion.

På den måde var der tre overordnede former for ætiologiske momenter, der kombineret kunne resultere i, at et barn blev diagnosticeret som værende skrofuløst:¹⁵⁷

- Smitte: Bakteriel infektion.
- Fordring: Indførelse ved føden, fx mælken.
- Disposition: Direkte (medfødt) eller indirekte (erhvervet).

¹⁵¹ Reisz, *Tuberkulosens udbredelse*, p. 54.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Geill, *Brystsyge*, forordet.

¹⁵⁴ Ibid, p. 9.

¹⁵⁵ Stadfeldt, "Bemærkninger": 293.

¹⁵⁶ Reisz, *Tuberkulosens udbredelse*, p. 5.

¹⁵⁷ Ibid, pp. 40, 47.

De medfødte disponerede skrofulose – børn af syge forældre – havde et karakteristisk udseende – "phthisisk Habitus" – med en flad brystkasse, der var tegn på, at lungerne generelt var svage, mens de erhvervede disponerede – børn af sunde forældre – kunne blive modtagelige for lungetuberkulose med alderen.¹⁵⁸ Skrofulose blev opfattet som en kronisk sygdom, der nok var opstået som en infektionssygdom ved et smitstofs indvirkning, men som havde udviklet sig på baggrund af en langvarig "medfødt eller erhvervet Sygelighedstilstand". Behandlingen tog – førend "absolut Helbredelse"¹⁵⁹ – derfor ikke dage og uger, men måneder og år.

Lægerne var her særligt opmærksom på de individer, der i forvejen var svækket efter "Overanstrengelser, Sygdomme, Barselsenge etc.", og behandling blev iværksat for at bringe "Organismen op fra den disponerede Tilstand, hvori den er sunken".¹⁶⁰ Især blev "Urenlighed og slet Hudpleje" anset for at indtage en nøglerolle mellem de til skrofulose disponerende momenter, idet "Huden [ligesom lungerne, nyrerne og tarmkanalen] ogsaa deltager i Arbeidet for at skille Legemet af med en stor Mængde skadelige Omsætningsprodukter".¹⁶¹ Hvis ikke huden bestandigt blev holdt ren, ville hudkirtlerne tilstoppes af hudfedt og -rester m.m. – og skrofulose kunne udvikle sig.

Det handlede ifølge dr. Geill derfor om at udsætte børnene for skånsom hærkning for at tilføje det disponerede individ den størst mulige modstandskraft ved at hæve dets stofskifte. Der blev her luftet en forståelse af, at "Organismens Kraft og Modstandsevne" afhang af *organernes* tilstand. Det var derfor, at det var væsentligt, at barnet dels skulle tilføjes "rigelig, styrkende og let fordøielig Næring," dels skulle lade lungerne indånde "frisk og ren Luft" og dagligt lave legemsøvelser for at styrke "Respirationsmusklerne og bringe Blodet i livligere Cirkulation," hvilket igen var med til at fremme "Ernæringen".¹⁶² For at bekæmpe dispositionerne til skrofulose (samt forebygge tuberkulose) skulle de diætetiske og hygiejniske forholdsregler følges nøje.

¹⁵⁸ Reisz, *Tuberkulosens udbredelse*, p. 41.

¹⁵⁹ Geill, *Brystsyge*, p. 77.

¹⁶⁰ Ibid, p. 50.

¹⁶¹ Ibid, p. 14.

¹⁶² Ibid, p. 51.

Behandling: At opbygge en uigennemtrængelig skillemur

Dette tredje element om behandling under den sene skrofulose begynder med, at den føromtalte læge dr. Koch ved den internationale lægekongres i Berlin i 1890 forsøgte at avancere fra opdageren af tuberkelbakterien til fremstilleren af "et Stof, der kunde benyttes til baade Forebyggelse og Helbredelse af Tuberkulose hos nogle af de alm. Forsøgsdyr, og han stillede snarlige Meddelelser om forsøg paa Mennesker".¹⁶³

Det nye mirakelmiddel, *Tuberkulinet*, som var fremstillet ved at ekstrahere tuberkelbakterier, viste sig desværre ikke at være kuren mod tuberkulose, idet indsprøjtning af tuberkulin ingen helbredende effekt havde. Dr. Geill håbede da for fremtiden, at det "engang vil lykkes os at finde et Middel, der direkte kan paavirke og dræbe Bacillerne, efterat de ere trængte ind i Lungerne og have angrebet dem," men han erkendte samtidig, at intet sådant middel eksisterede i 1890.¹⁶⁴ Der var – i tråd med cellularpatologiens fremmarch – ikke hovedfokus på væskerne, men cellerne.

Ifølge dr. Reisz var tuberkulosebehandlinger anno 1899 netop kendetegnet ved en "sammensat Beskaffenhed". Der var stadigvæk gode resultater med "Tuberkulin," franskmændene roste "Svovlsyringen," Maragliano og andre italienere sværgede til "Serum," og andre hævdede at kreosot eller arsenik givet i forbindelse med diætetisk-hygienisk kur var effektive midler.¹⁶⁵ Jo flere afhængigheder, desto svagere argument.

Skrofuloses brogede kliniske sygdomsbillede hæmmede udviklingen af en mirakelkur, men det var netop det, der var målet for medicinens skrofulosebehandling efter 1882. Sekundært gik behandlingen fortsat ud på at "hæve Organismens Kraft og Modstandsevne ved at sætte den under gode hygieiniske samt diætiske Forhold".¹⁶⁶

Rationalet bag behandling var, at en forbedring af blodets sammensætning og den enkelte celledes vitalitet gav lungerne større kraft til at sætte en "uigennemtrængelig Skillemur op mod Tuberkelbacillernes Angreb"; "en bruskagtig Kapsel, som udelukker Tuberkelbacillerne fra det omliggende sunde Lungevæv", berøvede dem adgangen til næring, og det ville ultimativt udslukke sygdommen.¹⁶⁷ Bakterierne skulle mures ude, mens barnets celler skulle hærdes. Dette var forsvarsværnet mod en ekstern aggressor – indtil medicinen fik fremstillet en effektiv vaccine, der forblev at være slutmålet.

Indtil da fortsatte lægerne i praksis med de metoder, de altid havde benyttet, men dr. Geill kom i den retning ind på, hvordan tuberkulosens udbredelse altid stod i forhold til "Befolkningens Beskæftigelser og Erhvervskilder, dens Fattigdom og dens Laster". At skrofulosen altid havde et miljømæssigt udspring. Derfor anså dr. Geill "Byens Industri- og Fabriksvirksomhed og Alkoholisme," der reducerede og nedsatte befolkningens modstandsevne, for at være modernitetens celle, mens "Landlivet med dets megen Bevægelse i fri Luft, dets forholdsvis lettere Adgang til hensigtsmæssig Føde (f. Ex. Mælk) og dets ringere Drikfældighed," blev ophøjet til en idyllisk tilstand. Fokus var skiftet fra individets ubalance til den moderne borgers miljøpåvirkninger, og der forekom på den måde stor grad af indirekte individfokus hos den sene skrofulose.

¹⁶³ *Ugeskrift for Læger* 5:14 (1907), p. 257.

¹⁶⁴ Geill, *Brystsye*, p. 71.

¹⁶⁵ Reisz, *Behandling af den kroniske Brystsye*, p. 78.

¹⁶⁶ Geill, *Brystsye*, p. 75.

¹⁶⁷ Ibid.

Sammenfatning

'Skrofulose' blev i den tidlige, videnskabelige forstand en betegnelse anvendt af såvel læger som af lægfolk om en ejendommelig sygdomstilstand eller konstitutionsanomali. Det var imidlertid vanskeligt at afgøre, hvad det essentielle ved skrofulosen var, hvortil dens grænser gik, hvad der forekom af eventuelle, sekundære fænomener, og om den eksisterede som konstitutionel lidelse, eller om der var tale om et sygdomskompleks af ekstern oprindelse. Der var derfor ikke enighed om, hvad der skulle forstås ved og tolkes som sygdommen skrofulose; det var på ingen måde en medicinsk diagnosticeret 'sygdom' i moderne forstand.

Nogle mente, at tilbøjelighed til sygdom i lymfekirtlerne var fikspunktet for det skrofuløse sygdomspanorama, mens andre udvidede det til forøget modtagelighed for ydre påvirkninger generelt. Fik børn, der havde en mindre kraftig, almen konstitution eller som i det hele taget var mere modtagelige over for smitte, fx ikke oftere udbrud af skrofuløse sygdomme, end kraftige og bedre rustede børn?

Dr. Niemeyer troede fuldt og fast på en usund næringsvæskesammensætning som hovedårsagen til skrofulose, der viste sig på halsen, huden, slimhinderne, knogler og led. En universel tilstand, der dannede et symptomkompleks, som fortfarende gik under navnet skrofulose. Der var på den måde ofte tale om en almen tilstand, der viste sig hos især blege børn af sygeligt udseende med slap muskulatur, der enten var magre og spinkle med sart hud, eller blegfede med svampet udseende og tykke læber. Hertil sluttede sig en række lokale sygdomsforhold (kirtler, svulster og bylder m.m.) – flere eller færre samtidig – som nævnt ovenfor, der tilsammen dannede det billede, der blev anset for at være karakteristisk for den tidlige skrofulose. En individorienteret sygdom.

Skrofulose var i den sene, videnskabelige forstand en specifik betegnelse, der blev anvendt af læger efter 1882 om en tuberkuløs sygdomstilstand, der essentielt blev opfattet som forstadium til lungetuberkulose. Skrofulose kunne forekomme i tarmen, i leddene og hyppigst i kirtlerne hos kirtelsvage børn – ikke afgrænset til lungerne – og modsat den tidlige skrofulose krævede den sene 'skrofulose' en medicinsk diagnose.

Efter 1882, hvor det blev klarlagt, at skrofulose både kunne erhverves gennem smitte og fordring samt nedarves, kom der dels fokus på at reducere smittefare, dels at minimere risikoen for at et barn var eller blev disponeret for skrofulose. Det handlede om at lade barnet følge de diætetiske og hygiejniske forholdsregler opstillet af lægerne, for derved at ruste organismen til at kunne modstå tuberkelbacillernes tunge belejring. Barnets skulle skånsomt hærdes for at opbygge den største legemlige modstandskraft.

Som hos den tidlige skrofulose var der en opfattelse af, at huden var en vigtig del af legemets omsætning af skadelige affaldsprodukter, hvorfor mangelfuld hudpleje samt en dårlig blodcirkulation kunne resultere i, at barnet udviklede skrofulose. Derfor skulle barnet dagligt styrke respirationsmusklerne for at bringe blodet i cirkulation.

I den retning blev den moderne by opfattet som et ugunstigt miljø at opholde sig i for det svækkede barn, mens det landlige liv med bevægelse, fri luft og god kost samt mindre alkohol stod som det mest efterstræbelseværdige ekskursionsmål. Dog ikke de områder, hvor hygiejnen var utilstrækkelig, eller komælken var kontamineret. En samfundsorienteret sygdom, der både krævede bakteriel infektion og dispositioner.

Akt III: Skrofulose som et politisk objekt

Meddelelserne har vakt levende Opmærksomhed og Interesse i hele den civiliserede Verden. Tuberkelbacillens navnkundige Opdager maatte ganske naturligt komme til den Antagelse, at det ikke var udelukket at finde et Vaaben mod denne frygtelige Sygdom.
(Politiken, 30.10.1890)

Men skal der kunne udrettes noget mod denne frygtelige og pinefulde Sygdom, er det nødvendigt, at Publikum ikke lader Lægerne staa ene i den Kamp, de føre for at forebygge og helbrede den.
(Dr. med. Christian Geill, 1890)¹⁶⁸

Den tyske læge dr. Kochs opdagelser vakte den største opmærksomhed inden for både lægestanden og i offentligheden. Det var besnærende at antage, at havde man først identificeret årsagen til sygdommen (tuberkelbacillen), ville det ikke være så svært at finde midlet til dens tilintetgørelse. Kampen mod tuberkulose blev ihærdig og sej med "Karbolsyre, Sublimat og alle de desinficerende, bakteriedræbende Midler. Og Videnskabsmændene prøvede i Reagensglas Karbolsyrens, Kreosotets, Thymolets, Jodoformets, Anilinets, Sublimatets og andre Substansers Indvirkning paa Renkulturer af Tuberkelbacillen".¹⁶⁹ Men lægernes behandlingsmetoder viste sig "alle unyttige", da de blev gransket nøjere, og det var kun "Dagbladene", fx *Politiken* ovenfor, der greb dem "med en vis Iver," samt "Charlataner af enhver Art," der spekulerede i sygdom.¹⁷⁰

Lægerne fandt, at de nok dræbte denne renkultur, men da de forsøgte sig med samme behandlinger på tuberkuløse patienter – stofferne blev både indåndet, sprøjtet ind i lungevævet og indført i fordøjelseskanalen – blev resultaterne mindre gunstige. I 1890 konkluderede dr. med. Christian Geill, at "vi kjende endnu ikke noget sikkert medikamentelt Middel mod den Sot, der kaldes Tuberkulose, og om Fremtiden vil bringe os et saadant er tvivlsomt". Omvendt stod lægerne ikke totalt magtesløse over for sygdommen, og midlet til helbredelse var grundig og "gjennemført hygieinisk og symptomatisk Behandling".¹⁷¹ Den *præventive* skrofuloseindsats så dagens lys.

Spredning af en smitsom infektionssygdom, som fx skrofulose, kunne generelt forhindres eller forebygges via fem indsatser: 1) helbredelse af den skrofuløse, 2) tidlig diagnosticering af skrofuløse med henblik på en-eller-anden behandling, 3) begrænse de skrofuløses kontakt med raske, fx ved isolation, 4) forebyggelse via vaccination, og 5) forebyggelse via hygiejniske tiltag, både den personlige og den miljømæssige slags.¹⁷² Førstnævnte bliver behandlet indgående i tredje og sidste analysedel, mens vaccination af tuberkulose først blev iværksat i Danmark i 1940'erne;¹⁷³ de gennemgås ikke her.

En fraktion af tuberkulosebekæmpelsens forkæmpere plæderede således for at begrænse de skrofuløses kontakt med raske borgere ved at isolere de syge, som fx ved kopper og skarlagensfeber, men dr. Geill hævdede, at tuberkulose ret effektivt kunne bekæmpes ved simple "Forholdsregler og en strengt gennemført Renlighed".¹⁷⁴

¹⁶⁸ Geill, *Brystsyge*, forordet.

¹⁶⁹ Ibid, p. 2.

¹⁷⁰ Ibid, p. 72.

¹⁷¹ Ibid, p. 3.

¹⁷² Vallgård, *Folkesundhed som politik*, p. 90.

¹⁷³ Ibid, p. 100.

¹⁷⁴ Geill, *Brystsyge*, p. 45.

Denne form for forebyggelse blev ikke valgt til at forhindre skrofulosens spredning, dersom isolation i eget hjem – via separat soveværelse, kogning af lagner og linned – var mulig. Hvis det ikke lod sig gøre på grund af ugunstige leveforhold, var behandling kun mulig ved absolut isolation, hvor "Statens og Kommunernes Mellemkomst" kom til at spille en afgørende rolle, idet medicinen ikke kunne løfte opgaven alene.¹⁷⁵ Det var netop, hvad sommerkolonien Snogebæk og kysthospitalet på Refsnæs gik ud på.

Politiseringen af skrofulose omhandlede således diskussionen om at *forebygge* skrofulose med andre greb og midler end vaccination og karantæne, dvs. om indsatser over for skrofulose smittebærere og forbedringer af lokalmiljø, bolig, ernæring m.v. I den henseende spillede det ind, hvorvidt skrofulose blev forstået som og anset for at være arvelig, levekårsskabt eller påvirket af individets livsførelse, idet det havde en afgørende betydning for, om kommunalpolitikere forsøgte at ændre den enkelte borgers adfærd i en bestemt retning, eller om de i stedet var optaget af at forandre de ydre forhold, som vedkommende levede i. Hvis skrofulose fx mestendels blev opfattet som forårsaget af bakteriesmitte fra mennesker eller kvæg via mælk, betød det et helt anderledes handlingsrum, end hvis skrofulose fx blev forstået sådan, at boligforhold, ernæringsstatus og lignende havde den afgørende betydning for sygdommens opståen.

Denne anden analysedel har som sit særlige genstandsfelt den praksis, der vedrører *politiseringen* af skrofulose i København fra 1875-1921. En analyse af, hvordan sygdommen **skrofulose** blev gjort til genstand for en særlig politisk opmærksomhed, bevågenhed, regulering og intervention fra offentlighed, politikere og myndigheder. I den retning vil skolen som sundhedsarena, især skolelægeordning, blive inddraget med særligt henblik på at fremhæve de valgte forebyggelsesindsatser og styringsteknikker.

Fra individets sygdom til borgerens samfundspligt

I *Ugeskrift for Læger* slog danske læger i 1889 – få år efter Kochs opdagelse – helt fast, at "Fthisikernes Udaandingsluft ikke indeholder Bacillerne" – at tuberkulosen dermed ikke direkte smittede via den tuberkuløses udåndingsluft – "og man maa derfor gaa ud fra, at den Smitteoverførelse, der notorisk finder Sted, sker gennem det tuberkuløse Opspyt".¹⁷⁶ Senere samme år blev samme slutning frembragt i en artikel om, hvordan dr. Cornet nøjsomt havde undersøgt støvet hos "Fthisikersale paa flere Sygehuse, fra Fængsler, Sindssygeanstalter, Poliklinikker, Inhalationsanstalter og fra Værelser hos en Del Privatpatienter".¹⁷⁷ Tuberkelbacillerne var altså ingenlunde allestedsnærværende.

Det var kun *opspyt*, indtørret som støv, som spredte bakterier; tuberkelbaciller svævede ikke vilkårligt omkring, og når blot tuberkuløse spyttede i glas eller krus, var der ikke øget smittefare: "Deres Aande smitter ikke; thi saalænge Bacillerne ere i fugtig Tilstand, kunne de ikke bortføres af Luften(...)deres Sved er absolut smittefri".¹⁷⁸ Det blev eksplicit fremhævet og implicit moraliseret, hvordan den tuberkuløse på den ene side led af en sygdom, og på den anden side bar "en Fare for, at hans Nærmest kunne angribes af samme frygtelige Sygdom".¹⁷⁹ Individets sygdom fik et nyt kollektivt fokus.

¹⁷⁵ Geill, *Brystsyge*, p. 45.

¹⁷⁶ *Ugeskrift for Læger*, 4:19 (1889), p. 53.

¹⁷⁷ Idem, 4:20 (1889), p. 162.

¹⁷⁸ Geill, *Brystsyge*, p. 22.

¹⁷⁹ Ibid.

Fra 1890 begyndte de danske læger ifølge dr. Geill at forstå, at det ikke ene og alene var "Tuberkelbacillerne, vi have at bekjæmpe," idet også tuberkulosens disponerende momenter var en væsentlig del af (be)handlingen. Ved "Renlighed og Forsigtighed" kunne man ifølge dr. Geill gøre meget for at hindre tuberkulosebacillens udbredelse.¹⁸⁰

Hygiejnen kom i løbet af det 19. århundrede til at spille en stadig større og mere afgørende rolle for lægevidenskaben, idet den stræbte efter at forhindre sygdommes opståen, og "Videnskabsmænd og Læger overalt i den civiliserede Verden" arbejdede på at udvikle og sikre den. Førend man kunne se resultaterne, var det nødvendigt, at forebyggelsen greb ind og kom til at spille en rolle i den enkeltes liv og gerning, og "paa Overholdelsen af dens Love hviler det enkelte Individ og i sidste Instans hele Samfundets Velfærd".¹⁸¹ Skrofulose blev i denne sammenhæng en samfundssygdom.

Dr. Geill udtrykte, hvordan lægerne nok var i stand til at udrette noget for "de Tuberkuløse af Middelstanden," mens forholdene var "overordentligt ugunstige for hele den store, ubemidlede, arbejdende Klasse". Hvor *viljen* til at blive rask for både individets og samfundets bedste var nøglen til succes i borgerskabet, var dr. Geill af den mening, at "selv med den bedste Villie og ærligste Stræben efter at blive rask," var det komplet umuligt for de fattige at opnå de nødvendige betingelser "for at blive helbredet". Det var her, hvor individets indflydelse på tuberkulosen faldt til jorden, at "det Offentlige maa træde til, hvis der virkelig skal kunne udrettes Noget".¹⁸²

Udfordringen var imidlertid den, at "Stat og Kommuner synes at betragte Tuberkulosen som en ikke smitsom Sygdom," men som et nødvendigt onde, som myndighederne hverken kunne eller ville have noget med at gøre eller en aktie i.¹⁸³ Fx anerkendte Sundhedskollegiet i 1890 endnu ikke opspyttet som hovedsmittekilden til tuberkulose, hvilket var problematisk, idet instansen optrådte "som Raadgiver for det store Publikum i Sagen".¹⁸⁴ Dette forhold fik lægerne til at påkræve en revision af Sundhedskollegiets vejledning til desinfektion af 31. juli 1884, "der paa flere Punkter dels ikke er tidssvarende, dels ikke ganske korrekt". Lægerne var udmærket klar over, at den medicinske presses ord, "hvor sagkyndige og indtrængende de end ere" trængte "vanskeligere igjennem i Befolkningens bredere Lag",¹⁸⁵ der var meget autoritetstro.

I 1890 tolkede politikerne skrofulose som konstitutionel svagelighedstilstand, mens den moderne medicin opfattede den som en diagnosticeret tuberkuløs tilstand. Der var tale om en paradoksal situation, idet de akutte smitsomme sygdomme, som fx difteritis og skarlagensfeber, havde affødt en "Lov om smitsomme Sygdomme," mens tuberkulose – "som under helt almindelige Forhold aarligt bortriver ligesaa mange Individuer som akutte smitsomme Sygdomme tilsammen" – fra politisk hold endnu blev opfattet som en individuel mangelsygdom.¹⁸⁶ Først i 1897 blev tuberkulose i Danmark politisk anerkendt ved lov, da sygdommen blev skrevet ind i epidemiloven fra 1888.¹⁸⁷

¹⁸⁰ Geill, *Brytsyge*, p. 18.

¹⁸¹ Ibid, p. 70.

¹⁸² Ibid p. 133.

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ *Ugeskrift for Læger*, 4:20 (1889), p. 11.

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Geill, *Brytsyge*, p. 134.

¹⁸⁷ Vallgård, *Folkesundhed som politik* p. 100.

Tidlig opsporing: Fra frivilligt tilbud til tvungen styringsteknik

Ifølge de danske læger Bie og Maar var tidlig diagnosticering af tuberkulose i 1903 et fuldt ud institutionaliseret instrument i København, og de berettede således til deres internationale kolleger om, hvordan "the early and ready recognition of tuberculosis is facilitated by the State having arranged that examinations of sputum may be made gratis by specially appointed bacteriologists. This has been carried out for several years already in Copenhagen at the expense of the town."¹⁸⁸ På den måde var der ifølge dr. Bie og dr. Maar i 1903 på Københavns Kommunes regning opsat et screeningssystem af opspyt for tuberkelbaciller med henblik på en tidlig opsporing af tuberkulose.

Frivillig, tidlig opsporing blev i 1905 fulgt op af en særlig tuberkuloselov, som indebar, at 1) lægerne fik meldepligt og skulle anmelde nye tuberkulosetilfælde til kredslægen (indførelse af overvågning og registrering), 2) behandlingstvung, hvis den syge risikerede at smitte andre (tvang over for uansvarlighed), 3) statsstøtte til ophold på behandlingssted (omsorg), og 4) forbud mod at udøve erhverv, hvor den syge kom i kontakt med børn, hvis man havde smittefarlig tuberkulose. Den sidste bestemmelse udvidedes i 1912 til at gælde flere erhverv og kontakt med befolkningen generelt.¹⁸⁹

Behandlingstvungen gjaldt dem, der ikke kunne eller ville medvirke til at undgå at smitte andre – som fx fattige, der boede under dårlige forhold – eller som udviste en skodesløs adfærd: "Dersom den syge eller hans Omgivelser af Modvillie undlader at følge de givne Forskrifter, og det som Følge heraf viser sig umuligt at skaffe den syge en til Modarbejdelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig Pleje".¹⁹⁰

Tvungen var i Danmark forbundet med rettigheder, fx ret til gratis behandling, hvis man ikke kunne betale behandlingen, og loven gav ret til pension, hvis man blev afskediget fra en offentlig stilling som tuberkuløs.¹⁹¹ De tuberkulosesyge var på flere måder i en privilegeret situation sammenlignet med dem, der led af andre sygdomme. Samfundets interesse for de syge blev dikteret af modsatrettede hensyn over for både syge og raske, og tvang som styringsteknologi gavtede på den måde ingen af parterne.

I forbindelse med diskussioner i Rigsdagen vedrørende 1905-loven blev der hos både socialdemokrater og borgerlige lagt stor vægt på, at samfundets interesser vejede tungere end den enkelte borgers, og at de besluttede styringsmetoder ikke var til debat. Socialdemokraten Jakob Christensen udtalte herom, at "Loven [jo] tilsigter, kort udtrykt, Kamp fra Samfundets Side imod Tuberkulosen af samfundsmæssige Hensyn".¹⁹² Den radikale K. H. Kofoed ytrede, at "værre er det selvfølgelig, at en Del af disse Foranstaltninger griber ind paa den personlige Friheds Omraade, men ogsaa dette maa man selvfølgelig finde sig i, for saa vidt som man er klar over, at disse Indgreb er nødvendige for at naa det tilsigtede Maal".¹⁹³ Tvang blev eksplicit omtalt som et 'indgreb' i individets personlige frihed, og det måtte retfærdiggøres politisk.

¹⁸⁸ Bie og Maar, "The campaign against tuberculosis in Denmark": 111.

¹⁸⁹ Vallgård, *Folkesundhed som politik* p. 100.

¹⁹⁰ Forslag til 'Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse'.

Fremsat i Folketinget den 11. oktober 1904. Bragt i *Rigsdagstidende* 1904-05, blad nr. 10.

¹⁹¹ Forslag til Lov om Foranstaltninger til Tuberkulosens Bekæmpelse.

Fremsat i Folketinget den 13. december 1917. Bragt i *Rigsdagstidende*.

¹⁹² 15/12 1917. Første behandling i Folketinget. *Rigsdagstidende*, p. 2023.

¹⁹³ Ibid, p. 2029.

Myndighederne i Danmark iværksatte initiativer kendetegnet ved tvang og tryghed, som omvendt udtrykte, at de tog et større ansvar for borgernes ve og vel ved at give mere økonomisk støtte til behandlingen af tuberkulose end til andre syge. Dertil kom bidrag til familiens forsørgelse og pensioner til tidligere offentligt ansatte. Uden større modstand blev bestemmelserne om meldepligt og erhvervsforbud desuden indført i Danmark fra 1905. På den måde blev tvang og påbud, hvor sanktionsmuligheder blev sammenkædet med lovhjemmel, indført som den politiske styremetode for at undgå smittespredning af den smitsomme infektionssygdom tuberkulose (samt skrofulose).

Danmark blev kendt som et af de første lande i verden med en omfattende tuberkulose-registrering, hvor indberetninger og sygdomslistor bidrog til medicinsk statistik over tuberkulose-mortalitet i danske byer fra 1876, hvilket fra 1920 blev udvidet til hele landet. I en retsakt af 1897 blev de danske læger pålagt at anmelde "svindsot", mens tuberkulose i lunger og strubehoved, som tidligere nævnt, blev anmeldelsespligtig i lov af 14. april 1905. Lige siden 1921 har tuberkulosedata været samlet i et nationalt centralregister.¹⁹⁴ I forhold til tidlig opsporing som forebyggelse var den politiske skrofulose kendetegnet ved initiativer, der nok begyndte som frivilligt tilbud, men over tid blev til tvang og påbud, begrundet i myndighedernes argumenter om et større samfundsansvar over for borgerne. 'Af samfundsmæssige Hensyn'.

Skolebørns sundhed og sygelighed på den politiske dagsorden

Skolernes (u)sundhed blev sat på den politiske dagsorden af lægerne Emil Hornemann og A. G. Drachmann, som i 1861 udtrykte bekymring for skolebørnenes legemlige og sjælelige sundhed – og som først agiterede for ansættelsen af skolelæger. I 1881 satte lægen Axel Hertel (1840-1911) på ny spot på skolelokalernes forfærdelige forfatning.¹⁹⁵

Der var især et fokus på *luft*. Førømtalte dr. Niemeyer var inde på, hvordan der næppe var noget værre for "Kirtelsvagheder end Sammenstuvningen af en 30-40 Børn i én Skolestue," hvor de var tvunget til at sidde "i daarlig Luft" i længere tid.¹⁹⁶ Det var dr. Geill helt enig i, idet et sundt barns lunger – dersom de ofte og længe indåndede "uren Luft" – "forandre efterhaanden deres Beskaffenhed og blive modtagelige" for skrofulose. Særligt var der en "Fare ved Skolelokaler, hvor mange Mennesker komme sammen, naar de ei ere godt ventilerede og gjøres ofte og omhyggeligt rene".¹⁹⁷

I perioden fra 1886 til 1904 blev der bygget 14 skoler i København efter de fremmeste skolehygiejniske standarder, alle tegnet af stadsarkitekt Ludvig Fenger, med fokus på sollys, frisk luft og renlighed med store vinduer og højt til loftet.¹⁹⁸ Professor Sophus Engelsted (1823-1914), der havde sæde i Københavns Borgerrepræsentation fra 1882-1894, fremhævede over for byrådet i 1887 disse nyopførte københavnske skolers skolehygiejniske standarder, med "(...)Rum af tilstrækkelig Kubikindhold, med god ventilation, fortrinlige Varmeindretninger og velindrettede Borde og Bænke".¹⁹⁹

¹⁹⁴ Lindhardt, "Tuberculosis statistics".

¹⁹⁵ Coninck-Smith, *For barnets skyld*, p. 250; Hertel, *Om Sundhedsforholdene*.

¹⁹⁶ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 37.

¹⁹⁷ Geill, *Brystsyge*, p. 14.

¹⁹⁸ Coninck-Smith, "Stadsarkitekt Ludvig Fengers skoler": 63.

¹⁹⁹ KBF 48, (1887), p. 572.

På den måde kunne skolehygiejnens indflydelse tydeligt ses i selve byskolernes arkitektoniske totalløsninger, og de nye hygiejniske krav i anden halvdel af det 19. århundrede ændrede forventningerne til, hvad en skolebygning skulle indeholde og kunne benyttes til. De moderne og monumentale byskoler var blevet en realitet.²⁰⁰

Dr. Niemeyer og dr. Geill var imidlertid ikke kun optaget af rene rammer, for også det enkelte skolebarn blev genstand for lægernes interesse. I den retning opsatte dr. Geill fx en kausalitet mellem sygdom og sygelighed: "Lungernes lokale Disposition fremkalder efterhaanden en konstitutionel Disposition, idet de svage, ufuldstændigt fungerende Lungers Virksomhed fremkalder Svaghedstilstand af hele Organismen".²⁰¹

Direkte appliceret på skolen som sundhedsarena betød det, at hvis et barn fx sad sammenbøjet i timevis dagligt, fik lungerne ikke plads til at udvidede sig korrekt, hvorfor de i stedet netop udvikle en flad form, "det phthisiske Habitus".²⁰² Hvis ikke skolebørn blev tilset med henblik på at korrigere deres siddestillinger, kunne lungerne ikke udvikle sig korrekt, hvilket kunne medføre et svageligt legeme på sigt. Dr. Geill efterlyste, at der blev ansat skolelæger til at udføre dette vigtige, forebyggende arbejde: "Der tiltrænges omhyggelig Lægekontrol med Skolebørnenes Helbredstilstand".²⁰³ Der var et udtalt behov blandt samtidens læger for at få besigtiget og kontrolleret elevernes sundhedstilstand i skolerne i form af både generelle afdækninger og mere lokale tilsyn.

Lægernes argument for at sætte ind på systematisk vis over for skrofulose var, at selv om det umiddelbart blot var den enkelte families interesser, der stod på spil i bekæmpelsen af skrofulose, ramte den sekundært institutioner, kommuner og staten. Skrofulose ødelagde børn og unge mennesker i deres bedste og kraftigste alder, og det var en smitsom sygdom, der kunne diffundere begge veje fra private hjem til "Skoler, Opdragelsesanstalter, Fabrikker, Arbejdsanstalter, Kaserner, Fængsler osv." og retur.²⁰⁴

Der kunne på den måde "spares mange Menneskeliv, megen Arbeidskraft for Landet, mange Penge til Forsørgelser i Kommunerne og først og sidst megen Nød og Elendighed",²⁰⁵ hvis man satte ind over for skrofulose politisk og intervererede ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv; det handlede om at sikre de arbejdsduelige mænd. Den *politiske* skrofulose trådte frem i verden ud fra samfundsøkonomiske argumenter, idet det handlede om at sundhedssikre de steder, hvor børnene opholdt sig, fx skolen.

Dr. Geill talte her direkte i tråd med den skolehygiejniske bevægelse, der fik vind i sejlene i sidste halvdel af det 19. århundrede. Læger, skolefolk, arkitekter og ingeniører blev involveret i det systematiske arbejde med at forhindre smittespredning, men mærkesagerne udviklede sig i to hovedretninger. I begge tilfælde var formålet at forebygge sygdomme samt at sikre den yngste generations sundhed, hvor et fokus for den ene gren af skolehygiejnikerne var at forbedre de fysiske skolerammer (inventar), mens sigtet for den anden kurs var bedre personhygiejne for skolebarnet (individ).

²⁰⁰ Gjerløff og Jacobsen, *Da skolen blev sat i system*, p. 320.

²⁰¹ Geill, *Brytsyge*, p. 13.

²⁰² Ibid.

²⁰³ Ibid, p. 68.

²⁰⁴ Ibid, p. 21.

²⁰⁵ Ibid, p. 135.

Skolelægeordning i København: Skrofulosens medikalisering

Det var i kølvandet på denne tidsånd med artikulerede behov for 'Lægekontrol med Skolebørnenes Helbredstilstand' og forhindring af smitsomme sygdomme – især tuberkulose og skrofulose – at skolelægeordning som forebyggelsestiltag kom på den kommunalpolitiske dagsorden i København. Lægen H. P. Ørum, der havde sæde i Københavns Borgerrepræsentation fra 1894-190, anmodede i 1897 om "en Bevilling, for hvilken der kunne honoreres 1-2 Læger til at føre Tilsyn med Skolerne".²⁰⁶ Lægen Ørum argumenterede for at indføre skolelægeordning ud fra en skarp skelnen mellem forebyggelse og behandling – i stil med den hollandske 'kulturpolitiske' fremstilling – hvor det rent var skolelægenes opgaver at undersøge eleverne og skolernes forhold. "(...)Behandling af syge Børn paa Skolen eller i hjemmet [var] ikke skolelægens sag".²⁰⁷

Den 5. februar 1897 ansatte Københavns Kommune "Kredslæge Ulrik, Dr. med. Hertz, Kredslæge Nielsen og Kredslæge Carø",²⁰⁸ hvor de fire skolelæger skulle undersøge elever henvist direkte fra skolelærere.²⁰⁹ Skolen blev opfattet som den første arbejdsplads for samfundsborgeren, og kun hvis barnet havde en sund krop, ville det kunne få et udbytte af undervisningen.²¹⁰ Forsøgsordningen blev snart udvidet fra fire til 14 skolelæger til at føre tilsyn på alle 30 offentlige skoler i København fra 1900.²¹¹

I modsætning til behandlingstvungen, der ramte uvillige med tuberkuloseloven af 1905, var behandling ikke en del af skolelægens opgaveportefølje. Skolelægen kunne højst underrette forældrene om, hvad barnet fejlede og give anvisninger på, hvor hjælp kunne fås.²¹² En del forældre fulgte imidlertid ikke disse råd, da det ved at ledsage barnet til længere varende behandling tabte så meget arbejdstid, der skulle bruges til at erhverve føden for familien;²¹³ de fattige børn forblev derfor relativt ofte ubehandlede. Skolelægeordning var en *forebyggende* og rent rådgivende institution indtil marts 1921.

Skolelægenes virksomhed blev udspecificeret til at omfatte tre hovedopgaver. For det første at "undersøge Helbredstilstanden hos de Børn, der af Klasselærerne henvistes til Lægen". For det andet at "anstille Iagttagelser over vedkommende Skoles hygiejniske Forhold". For det tredje at "undersøge alle de Børn, der ved Skoleaarets begyndelse optages, saalaades at der paa dertil indrettede Kort noteres Barnets Højde, Ernæringstilstand, sygelige Tilstande og et almindeligt Skøn over dets Tilstand".²¹⁴ Det er udelukkende først- og sidstnævnte funktion, der er relevant i denne sammenhæng.

Som nævnt på side 11 i nærværende speciale operationaliserede norske Vibeke Erichsen to forskellige former for inspektionspraksisser inden for skolelægeordningen i Norge. På den ene side en patologisk forankret inspektionspraksis med rent fysiske inspektioner af skolebørns kroppe med henblik på objektivt at afdække sygdomme (*inspection for detection*).²¹⁵

²⁰⁶ KBF 57, (1896), p. 1139.

²⁰⁷ Skoledirektionens journaler, nr. 51/1900.

²⁰⁸ Skoledirektionen, *Beretning for Aaret 1899*, p. 119.

²⁰⁹ KBF 58, (1897), pp. 1624-25; Skoledirektionens kopibog, p. 700.

²¹⁰ KBF 60, (1899), p. 1806; Skoledirektionens kopibog, p. 709.

²¹¹ Skoledirektionen, *Beretning for Aaret 1900*, pp. 98 f.

²¹² Gjerløff og Jacobsen, *Da skolen blev sat i system*, p. 328.

²¹³ Hertz, *Sund Skoleungdom*, p. 171.

²¹⁴ Skoledirektionen, *Beretning for Aaret 1899*, p. 120.

²¹⁵ Erichsen, "The Health of the School Child?": 32.

På den anden side en fysiologisk forankret inspektionspraksis, der beskæftigede sig med at indsamle data om legemshøjdetilvækst, hvilket krævede, at selve indsamlingen overholdt stringente standardregler (*routine inspection*).²¹⁶ Dette var helt parallelt til den danske skolelægeordnings to hovedkonfigurationer. I den ene praksis blev skrofulose udsat for den objektive skolelægeundersøgelse, der kategoriserede og manifesterede 'skrofulose' som en synlig og målbar sygdom. I den anden praksis blev skrofulose modsat uselvstændiggjort som sygdom, idet 'skrofulose' blev opsplittet i legemshøjde, ernæringstilstand og andre sygeligheder i den medicinske statistiks navn.

Pointen er her, at der var tale om forskellige former for skrofuloser, to typer objekter. I den første praksis spejdede skolelægen efter fremtrædelsesformerne påvist i den sidste analysedel om den videnskabelige skrofulose, mens han i den anden praksis for så vidt var uinteresset i den specifikke diagnose, idet han fokuserede på kroppens generelle konstitution og almene tilstand. Sidstnævnte mindede mere om den tidlige skrofulose (konstitutionsanomali) end en moderne, medicinsk diagnosticeret sygdom.

Skolelægerne var på den måde i en taleposition til at definere skolebørns kropes normaliseringsstandarder, herunder grænsen mellem sundhed og sygelighed. Skoleoverlæge Poul Hertz argumenterede for, hvordan skolelægeordning netop havde sin berettigelse derved, at forældre sjældent tog notits af de "svageligheder, der har indflydelse på elevernes forhold til undervisningen, og de savner som oftest forstand på hygiejnen".²¹⁷ Det påkrævede et optrænet, medicinsk blik at kunne sortere sundhed fra sygdom og sygelighed, og som det fremgår af tabel 1 (se appendix B), steg antallet af skolelæger i København støt i perioden fra 1897 til 1914.

Behovet for at ansætte stadig flere skolelæger retfærdiggjorde skoleoverlæge Poul Hertz i 1917 med, at "kun hvis børnene og de unge er sunde og stærke, vil de slægtled, der skal rykke frem, yde godt arbejde i samfundets tjeneste og forny slægten med sundt afkom".²¹⁸ Skolelægeordning blev anset for at være en nyttig institution og gavnlig virksomhed i samfundsarbejdet for at sikre, at børnene var sunde og raske i skoleårene – eller at forældrene blev varskoet, hvis sygdom opstod, og behandling var påkrævet. Den medikaliserede *skrofulose* blev rationaliseret rent samfundsøkonomisk.

Poul Hertz stillede det retoriske spørgsmål, om staten og kommuner havde råd til, at et barn, der kunne hjælpes, reelt voksede op med "forkvaklet undervisning og blev et dårligt udviklet, kraftesløst individ, mangelfuldt oplært, kun halvvejs i stand til at forsørge sig selv og det usle afkom, det muligvis satte i verden?".²¹⁹ Sunde skolebørn ved godt helbred var midlet til at sikre den samfundsmæssige sammenhængskraft.

Skolelægeordningens eksistensberettigelse lå således deri, at "intet barn måtte begynde sin skolegang, uden at der forelå lægeudtalelse om, at det legemligt vel skikket dertil." Skolelægen kunne tilbagevise et svageligt barn til hjemmet med den autoritet, "der er fornøden for at bøje en muligen fra forældrene kommende modstand".²²⁰ Ingen skrofulose kunne uskyldigt forblive upåvirket i mødet med skolelægeordning.

²¹⁶ Erichsen, "The Health of the School Child?": 33.

²¹⁷ Hertz, *Sund Skoleungdom*, p. 170.

²¹⁸ Ibid, p. 167.

²¹⁹ Ibid, p. 168.

²²⁰ Ibid.

På den måde havde skolelægerne til formål at holde sygelighed væk fra skolen, hvilket byggede på et samfundsøkonomisk syn om sundhed via forebyggende indsats. Eksklusion af sygelighed med henblik på at inkludere fremtidens forsørgeres sundhed.

Betegnelsen *sygelighed* blev opdelt i henholdsvis akutte og kroniske sygdomme. Førstnævnte gruppe bevirkede hovedparten af skolebørns sygemeldinger, især for de yngste klasser, mens forklaringen på den mere vedvarende sygelighed blandt eleverne var sidstnævntes sygdomme. Forholdet mellem akutte og kroniske sygdomme var ofte således, at det var de ubehandlede akutte tilstande, der – især hos de fattige familier – over tid udviklede sig til dybere organ- og ernæringsrelaterede kroniske sygdomme, fx *skrofulose*, der gav anledning til skoleforsømmelse og svækkelse hos skolebørnene.²²¹ Som det blev nævnt tidligere, forblev mange fattige børn relativt ofte ubehandlede, hvilket satte den onde cirkel i gang: En uhåndteret akut sygdom udviklede sig over tid til en kronisk lidelse grundet manglende lægebehandling samt barnets slette livsvilkår.

Som det fremgår af tabel 2 (se appendix B), skønnede skolelæger i København i perioden fra 1901- 1920, at 40 % af de skoleoptagne drenge og piger udviste tegn på sygelighed. Arten af disse sygeligheder blev noteret i individuelle helbredskort, og som det fremgår af tabel 3 (se appendix B), stod underernæring og generelt svaghed for ca. 80 % af tilfældene. På den baggrund må det antages, at det for en væsentlig del af skolebørnene har været 'almindeligt' at have et *svageligt* helbred.

Foruden undersøgelserne af de optagne skolebørn, var det, som førnævnt, skolelægernes opgave at tolke helbredstilstanden hos de børn, der af klasselærerne blev henvist til skolelægen.²²² Som det fremgår af tabel 4 (se appendix B), forekom det dybt interessant forhold, at der blev tildelt og påhæftet flere diagnoser, end der var sygelige skolebørn. På den måde var der enten tale om multisyge eller også dækkede tallene over en mere generel sygelighedstilstand hos en gruppe af børnene, der fik konstateret flere sygdomme. Som det fremgår af tabel 5 (se appendix 5), var det desuden relevant, hvordan **skrofulose** og tuberkulose fremtrådte som selvstændigt opgjorte sygdomme – de blev tolket som særligt farlige og krævede mere opmærksomhed – selv om mange af især skrofulosens symptomer, som påvist, ligeså vel kunne rubriceres under hud-, øjen-, øre-, næse- og svælgsygdomme samt 'andre kirurgiske lidelse'. Disse kategorier stod således for to tredjedele af alle stillede diagnoser blandt skolebørn fra 1901-1920.

²²¹ Hertz, *Sund Skoleungdom*, p. 172.

²²² Skoledirektionen, *Beretning for Aaret 1899*, p. 120.

Sammenfatning

Dr. Kochs påvisning af tuberkelbacillen i 1882 blev startskuddet på en ihærdig kamp for at finde en vaccine eller et serum, der kunne uskadeliggøre den skadelige bakterie. I 1890 konkluderede dr. med. Christian Geill, at alle de hidtidige forsøg var mislykkedes, og at det i stedet var mere gunstigt at fokusere på at *forebygge* sygdommen i samfundet. Mens bakteriologerne efter 1882 målrettede indsatsen over for tuberkulosesmitte, blev der fra klinikernes side rejst indvendinger imod anskuelsen, idet man var optaget af de direkte (nedarvede) og indirekte (erhvervede) dispositioner.

De, der lagde hovedvægten på direkte infektion via tuberkelholdigt opspyt, baserede i reglen indsatsen på hurtig diagnosticering og opfølgningen herpå. Ifølge dr. Bie og dr. Maar havde Københavns Kommune i 1903 driftet et screeningssystem af opspyt for tuberkelbaciller med henblik på tidlig opsporing af tuberkulose i årevis. Den frivillige, tidlige opsporing blev i 1905 fulgt op af særlige tuberkuloselove, som bl.a. indebar behandlingstvang for dem, der ikke kunne eller ville medvirke til at undgå at smitte andre, fx fattige. Uden større modstand blev bestemmelserne om meldepligt og erhvervsforbud desuden indført i Danmark fra 1905. På den måde blev tvang og påbud indført som politisk styremetode for at undgå smittespredning af tuberkulose.

De, der var optaget af dispositioner måtte i sin praktiske virksomhed fokusere på forebyggelse via hygiejniske tiltag i såvel offentlige rum som i de private hjem, og på den hygiejnisk-diætetiske behandling for at kunne udelukke infektionsmuligheder. Her udtrykte dr. Geill, hvordan lægerne i reglen var i stand til at udrette noget for de ressourcestærke borgere – hvor det var *viljen*, der var nøglen til succes – mens fattige familier var afhængige af hjælp fra det offentlige. Som nævnt var det imidlertid først i 1897, at tuberkulose lovformeligt blev indskrevet i epidemiloven fra 1888.

Skrofulose blev især i 1890'erne gjort til objekt for politisk handling ud fra et samfundsøkonomisk rationale om, at samfundet kunne spare 'Nød og Elendighed' og sikre sine arbejdsduelige mænd i alderen fra 15-35 år ved at intervenere *forebyggende*. Der skete her et skifte fra den passive patient sendt på palliative ophold sydpå til den anderledes aktive samfundsborger. Det handlede om at sikre de steder, hvor børnene opholdt sig, hvorfor skolen i form af *skolelægeordning* blev en utraditionel institution for medicinsk praksis fra 1897 i København. Skolelægeordningens primære forebyggelsesform.

Fra starten havde skolelægeordningen tre forebyggende funktionsområder: At undersøge elever henvist af skolelærerne, at besigtige skolernes fysiske forhold samt at overvåge skolebørnenes almene helbredtstilstand ved skoleoptag. Behandling blev først en del af opgavevaretagelsen fra marts 1921. Skolelægeordningen blev begrundet med to argumenter. Dels ud fra et rationale om, at det kun var skolelægen der havde blik for de svageligheder, der influerede på elevernes indlæringssevner, dels at det var vigtigt for samfundet, at svagelige børn kunne tilbagesendes til hjemmet eller udpeges i løbet af skoleårene; det krævede en lægeudtalelse for hvert eneste barn at begynde skolegang.

På den ene side blev skrofulose udsat for den objektive skolelægeundersøgelse, der kategoriserede og manifesterede 'skrofulose' som en synlig og målbar sygdom (den sene skrofulose), og på den anden side blev skrofulose som sygdom uselvstændiggjort, idet 'skrofulose' blev opsplittet i legemshøjde, ernæringstilstand og andre sygeligheder, hvor det kan sluttes, at et *svageligt* helbred var hverdagskost (den tidlige skrofulose).

Akt IV: Skrofulose som et terapeutisk objekt

I *Ugeskrift for Læger* blev diskussionen om skrofulosebehandling fra et foredrag i 1899 gengivet. På den ene side stod den humoralpatologisk funderede læge dr. Rabl, som ikke ville "indrømme Identiteten af Skrofulosen og Tuberkulosen, der i den nyere Tid er akcepteret af de fleste Pathologer", hvorfor "de smaa, i Rosenkrads-lignende Rækker anordnede Kjertler, som træffes i den tidlige Levealder, ikke skulle behandles kirurgisk, men kun paavirkes gennem den konstitutionelle Behandling".²²³ Ifølge dr. Rabl skulle den kirurgiske tuberkulose således ikke fjernes kirurgisk, idet han opfattede sygdommen som konstitutionsanomali forårsaget af et usundt næringsvæskeforhold.²²⁴

På den anden side argumenterede professor Hofnøkl for, at "Skrofulosen og Tuberkulosen stamme fra samme Kilde, Tuberkelbacillen, hvorfor Behandlingen bør være saavel lokal som universel".²²⁵ Han lagde her megen vægt på "Hygiejnen og paa Badebehandling – Svovl-, Jod-, Lud-, Sø-Bade", ligesom han fremhævede levertran.²²⁶ Med hensyn til kirurgisk indgreb ved de skrofuløse kirtler, "har enhver Kirurg gjort sig den Erfaring, at Saarene heles hurtigt, og Patienten retter sig hurtigt, men saasnart Patienten igjen kommer under de tidligere ugunstige hygiejniske Vilkaar, indtræder der en Forværrelse".²²⁷ Der var principielt intet galt med den operative behandling, men lægerne oplevede, at patientens dispositioner og livsforhold havde stor indflydelse på indgrebets varigheds succes. Derfor behandlede dr. Hofnøkl i de fleste tilfælde børn "alene ved universel Behandling end ved kirurgiske Indgreb".²²⁸

To epoker inden for behandling af skrofulose mødtes til videnskabelig debat. Den humoralpatologisk funderede skole opfattede ikke skrofulose som en bakteriel infektion, hvorfor lægerne valgte den konservative fremgangsmåde; de betændte bylder og svulne lymfekirtler blev ikke fjernet kirurgisk, men overladt til sig selv, og man fokuserede i stedet på den konstitutionelle behandling af individet. Denne bestod af god hygiejne, frisk luft, lødigt kost, daglige bade og lege samt sollys, hvor det især var muligt at påvirke barnets ophold og bevægelser i sollys og frisk luft, mens hygiejnen, badene og kosten var vanskeligere at intervenere over for i de private hjem.

I modsætning hertil stod den moderne mediciner, som først og fremmest var optaget af en sikker diagnosticering, samt af at skrofulosen (kirurgisk) blev afgrænset lokalt – for at barnet ikke skulle smitte andre – og at dispositioner for skrofulose blev begrænset ved at anvende de selvsamme greb, som friluftsbehandlingen tilbød. På den måde forekom terapeutisk tomgang, mens diagnosticeringen oplevede momentum.

I praksis var der ingen forskel på den terapi og den behandling, som de danske læger – uanset videnskabelig indstilling og tro – tyede til over for skrofulose. Omend læger lokalt anvendte kirurgiske indgreb og benyttede sig af diverse toksiner, var der konsensus om at benytte den universelle behandling med luft, vand, ild og jord. Også dr. Hofnøkl lagde vægt på god hygiejne, badebehandling og anvendte levertran, for det var de bedste behandlingsmuligheder på pågældende tidspunkt.

²²³ *Ugeskrift for Læger*, 4:19 (1889), p. 663.

²²⁴ Ibid, p. 664.

²²⁵ Ibid, p. 665.

²²⁶ Ibid, p. 666.

²²⁷ Ibid, p. 665.

²²⁸ Ibid.

Denne tredje analysedel har som sit særlige genstandsfelt den praksis, der vedrører den *terapeutiske* skrofulose i København fra 1875-1921. Det handler om at analysere, hvordan sygdommen **skrofulose** blev begrebet som sygdom og behandlet: Hvilken skrofulose blev der handlet på, hvordan blev der inter文neret? Formålet med denne del af analysen er at kunne give et plausibelt svar på, hvad den terapeutiske skrofulose 'er', herunder de sundhedsrationaler den byggede på. Til formålet er sommerkolonien Snogebæk på Bornholm blevet udvalgt som case, før de formelle friluftsiniciativer under Københavns Kommunalærerforenings Feriekolonier blev iværksat efter 1902.

Friluftsbehandling af skrofulose i Danmark

Som påvist i den første analysedel om den videnskabelige skrofulose, var tuberkulose – herunder kirteltuberkulose (*skrofulose*) – et af de områder inden for lægevidenskaben, hvor lægers opfattelse af sygdommens årsag og væsen ændrede sig mest markant i det 19. århundrede. 1854 var et skelsættende år i tuberkulosens *terapeutiske* tilnærmelser, idet den danske læge Sophus Engelsted (1823-1914) først disputerede, at tuberkulosen kunne behandles,²²⁹ og senere samme år indviede den tyske læge Brehmer det første lungesanatorium i Europa i Tyskland. Brehmer udsatte lungesyge patienter for stram diæt og daglig motion efter et individuelt tilrettelagt træningsprogram.²³⁰

Hvad behandling af skrofulose angik, introducerede selvsamme læge Engelsted friluftsbehandling i Danmark. Efter en studierejse til Bretagne og kystbyen Berck-sur-mer, hvor læger i 1868 åbnede et kysthospital og fik gode resultater ved kurbehandling af de skrofulose børn,²³¹ agiterede Engelsted for at oprette en "helbredelsesanstalt for kirtelsvage og skrofulose børn" i Danmark.²³² En række successive tilskud fra private, kommuner og staten gjorde det muligt at opføre et kysthospital for 4-15-årige børn på Refsnæs ved Kalundborg, der blev indviet 17. oktober 1875. Behandlingselementerne rigelig sollys, daglige bade, lodig kost og "(...)den luft, der netop har strøget over bølgetoppene" var bestanddelene i en hydroterapeutisk, kystklimatisk behandling.²³³

Lægen Schepelern var overlæge på kysthospitalet indtil 1909, og han skelnede mellem de lettere og de sværere former for kirtelsyge. De oppegående patienter blev henvist til sommerkolonier, fx Snogebæk, mens patienter med sværere forekomster af skrofulose blev indlagt på kysthospitalet, fx Refsnæs, men patientgruppen var ikke udelukkende begrænset til børn, for man behandlede også andre sygdomme samt for almindelig underernæring.²³⁴ Der forekom store forskelle på behandlingsmuligheder og -former, idet førstnævnte gruppe blev indkvarteret i plejefamiliernes hjem, mens sidstnævnte modsat var sengeliggende hospitalspatienter. Ifølge Schepelern var det typisk, at patienterne på kysthospitalet på Refsnæs oplevede fordøjelsesbesvær og ofte led af andre mangelsygdomme, fx blodmangel, blegsot, hud-, øjen-, øre-, næse- og svælgrelaterede sygdomme.²³⁵ Der var her klart tale om den *tidlige* form for skrofulose.

²²⁹ Engelsted, *Anatomisk-clinisk Undersøgelse om Tuberkulosens Helbredelighed*.

²³⁰ McCarthy, "The key to the sanatoria": 413.

²³¹ Engelsted, *Om Behandlingen*, p. 18.

²³² Meyer, *Kysthospitalet på Refsnæs*, p. 5; Suenson, "Aarsberetning 1876": 185.

²³³ Engelsted, *Om Kysthospitalet og Kysthospitalet paa Refsnæs*, p. 6.

²³⁴ *Børnesanatorierne for København*, pp. 5 f.

²³⁵ Suenson, "Aarsberetning 1876": 214-15.

Sommerophold i Snogebæk

På ovelæge og professor Brandes' initiativ søgte Københavns Magistrat at skaffe kirtelsyge børn i København ophold "under bedre hygiejniske Betingelser, end de have i Hjemmene". Målet var at anbringe børn, "der sorterede under Kjøbenhavns Fattigvæsen" i faste plejeforhold i fiskerlejerne langs med Sjællands nordkyst.²³⁶ Pastor O. Kofoed, der dengang var sognepræst i Østerlars Sogn, henledte opmærksomheden på fiskerlejerne Gudhjem, Melsted og Snogebæk på Bornholm, og efter 1876 anbragte man kirtelsyge og blogfattige børn i sommertiden her. Siden 1877 blev alle børn sendt til Snogebæk, hvor det blev vurderet, at de "bedste Betingelser for Anbringelse" var.²³⁷

I 1877 udarbejdede førnævnte overlæge Schepelern på kysthospitalet Refsnæs sin første årsberetning, og slutteligt konkluderede han, hvordan "Indkvartering i nogle Sommermaaneder hos en Fiskerfamilie eller lign. kunne gjøre Gavn [for skrofuløse], navnlig naar stadigt (omtrent dagligt) Lægetilsyn kan finde sted".²³⁸ Dr. Gerner blev den fast tilknyttede læge for de skrofuløse børn, først fra 1879-81 i Gudhjem, og efter 1881 i Snogebæk, men i de første år tilså dr. Gerner kun børnene i sygdomstilfælde.²³⁹

Ved at sende skrofuløse børn af sted "nogen Tid hver Sommer og nyde godt af Landopholdet og den megen Færden i fri Luft," som dette gav anledning til, kunne man ifølge dr. Geill *forvandle* skrofuløse til sunde børn.²⁴⁰ Også dr. Gerner vurderede, at der "netop kan udrettes meget i den Alder, selv om Barnet kun i en kortere Tid bringes under gode ydre Forhold(...)jo yngre Barnet er, naar det sendes herover, desto mere vinder det ved dette Friluftsliv".²⁴¹ En (u)frivillig fysisk flytning fra storbyens skadelige tilstand, hvor dårlig luft, skidt og snavs fjernede børnene fra deres naturlige tilstand, og til det landlige kystmiljøs indbydende rammer, ville sikre koloniopholdets katarsis. Snogebækbørnenes private indkvartering sikrede en glidende overgang fra hjemmets rumlige indre til det omgivende ydre. En blid overgang tilbage til naturen.

Forvandlingen forekom ved at ændre radikalt i selve den livskonstitution, som det skrofuløse barn kom fra. Derfor var der et krav til plejeforældrene om, at de skulle have køer og sørge for, at børnene fik mælk og en afvekslende kost; mindst én gang om dagen skulle børnene have varm mad. Desuden lå plejeforældrenes huse direkte ned til stranden, hvor det var opgaven at føre det "fornødne Tilsyn ved Badningen," og af den grund blev der aldrig anbragt mere end fire børn på et plejested samtidig.²⁴²

Modsat kysthospitalet på Refsnæs var der intet i Snogevæk, som mindede om hospitalsophold; det var "nærmest Hjemmet flyttet på Landet".²⁴³ Sommeropholdet i Snogebæk varede fra juni til september, og de skrofuløse børn blev indkvarteret privat hos fiskerlejens indbyggere. Plejeforældrene blev her beskrevet som "en ret velstående Befolkning, som lidt efter lidt har faaet Lyst og Villie til at tage sig af Børnene".²⁴⁴

²³⁶ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 29.

²³⁷ Ibid, pp. 29 f.

²³⁸ Suenson, "Aarsberetning 1876," (1877): 227.

²³⁹ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 30.

²⁴⁰ Geill, *Brystsyge*, p. 61.

²⁴¹ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 32.

²⁴² Ibid, p. 31.

²⁴³ Ibid, p. 36.

²⁴⁴ Ibid, p. 31.

Friluftsbehandlingens fire elementer

Friluftsbehandlingen byggede videre på de fire elementer – luft, ild, vand og jord – i en systematisk terapiform med snæver sammenhæng mellem krop, kost, sygdom og behandling. I det følgende vil hver af de fire dele blive undersøgt med udgangspunkt i kildematerialet, der blev gennemgået ved analysen af den videnskabelige skrofulose, da værkerne netop supplerer hinanden og dækker forskellige forståelser af skrofulose. Desuden vil dr. Gerners beskrivelser af Snogebækbørnenes livskår blive inddraget, idet informationerne er med til at tegne billedet af de børn, der blev henvist til ophold.

Luft

Det første element vedrørte adgangen til frisk luft, hvor både boligens beliggenhed og de daglige legemsøvelser blev omtalt. Ifølge dr. Niemeyer var det afgørende, at boligen altid var beliggende "saaledes, at Sollys og frisk Luft har fri Adgang, ligesom al Fugtighed bør undgaas. Kælderlejligheder maa ikke benyttes".²⁴⁵ Det var dr. Geill helt enig i, idet frisk luft var en altafgørende komponent, dersom den skrofuløse skulle gøre sig forhåbninger om helbredelse: "Thi Indaandingen af den friske Luft i de syge Lunger er ligesaa nødvendig for den Lungetuberkulose som den kraftige Næring".²⁴⁶

Hvis en familie levede under kummerlige forhold, handlede det om at "udlufte hele Lejligheden," fremfor alt skulle man lade "Soveværelsets Vinduer staa aabne hele Dagen". Hvis vejret var til det, skulle børnene "gaa en Tur, lege i fri Luft, alt efter Anlæg og Alder, men de skal og maa ud i fri Luft" så længe som muligt dagligt. Det handlede om at undgå, at børnene blev indelukket i værelser med dårlig luft samt skulle sidde stille i længere tid "i saadanne Gifthuler".²⁴⁷

Dr. Geill uddybede, hvordan ubemidlede i hovedstaden ofte levede i "fugtige Boliger i indelukkede Smaagader og Baghuse", hvor der var "vanskelige Adgang til ren Luft".²⁴⁸ Et liv i denne fordærvede Luft betød for den skrofuløse, at ingen helbredelse i hjemmet i praksis var mulig, men hospitalerne var imidlertid heller ikke et egnet sted til behandling af en sygdom som skrofulose.²⁴⁹ Det var baggrunden for, at kurophold og kysthospitaler blev løsningen: Patienten krævede sit eget sted i frisk luft. Frisk luft og bevægelse var bedste medicin.

Dr. Gerner beskrev i den retning, hvordan Snogebækbørnene både boede i en 'luftig lejlighed',²⁵⁰ hvilket stod i klar kontrast til 'dårlig luft i boligen'.²⁵¹ Begrundelsen for at etablere friluftsophold i Snogebæk fra 1876 ved kysten var, at indåndingen af havluften, "der netop har strøget ind over bølgetoppene," var den primære bestanddel i den hydroterapeutiske, kystklimatiske kurbehandling af skrofulose. Det skulle her være havluftens særlige indhold af "små saltvandsdråber og større jodindhold",²⁵² der havde en helbredende virkning, samt at den kolde søluft hærdede og skabte cirkulation af næringsvæsker i kroppen, modsat storbyens støvdyne, der hæmmede bevægelsen.

²⁴⁵ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 49.

²⁴⁶ Geill, *Brystsyge*, p. 136.

²⁴⁷ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 50.

²⁴⁸ Geill, *Brystsyge*, p. 137.

²⁴⁹ Ibid.

²⁵⁰ Jf. løbenr. 26 (1889).

²⁵¹ Jf. løbenr. 24 (1892).

²⁵² Meyer, *Kysthospitalet på Refsnæs*, p. 6.

Ild

Det andet element vedrørte dels barnets adgang til sollys, dels individets stofskifte. I forhold til sidstnævnte beskrev dr. Niemeyer malerisk det menneskelige legeme som "en Bygning, der opvarmes ved Varmvandsledning: Hjærtet, Puls- og Blodaarerne er Ledningsrørene", mens forbrændingen foregik ved legemets "saakaldte Stofskifte".²⁵³ Dr. Niemeyer formidlede, at lægerne ikke fuldt ud begreb, hvordan lymfekarrene i kroppens væv og organer forløb. Konklusionen var, at lymfekarsystemet i modsætning til blodkarsystemet ikke havde "noget Midtpunkt, hvorfra det gaar ud og atter vender tilbage efter fuldendt Kredsløb".²⁵⁴ Den konstant høje legemstemperatur var påkrævet, for ellers fungerede stofskiftet ikke optimalt, og en krop i balance var altafgørende.

Lymfekarsystemet blev på den måde betragtet som "et Slags Drainingsystem, idet det rimeligvis bortleder en stor Del af de Væsker, Organerne ikke har Brug for", hvor kitler "hist og her, men altid paa bestemte Steder" var tilstede i lymfekarrenes forløb.²⁵⁵ Lymfekirtler opfattede dr. Niemeyer på den ene side som "ejendommelige Dannelser", og på den anden side var han helt med på deres afgørende rolle ved skrofulose: "Hvis Individet er sygt, eller hvis der er en Betændelse i de tilhørende Lymfebaners Forløb, saa svulmer Kirtlerne op og er ømme for Tryk".²⁵⁶ Kirtler var ifølge dr. Niemeyer kun observerbare, når de hævede op ved skrofuløse symptomer.

Hvad barnets adgang til sollys angik, anvendte dr. Gerner på den ene side udtryk så som 'mørk bolig',²⁵⁷ 'slet belysning'²⁵⁸ og 'bolig ikke på solsiden'²⁵⁹, og på den anden side fremhævede han de 'lyse'²⁶⁰ lejligheder, samt at barnet boede i en 'bolig på solsiden'.²⁶¹ Byen blev her beskrevet som et mørkt sted, hvor det var undtagelsen snarere end reglen, at boligen var beliggende et sted med en tilstrækkelig adgang til solens naturlige lys. På den måde fik Snogebækbørnenes adgang til sollyset en både medicinsk og mytisk betydning, idet de skrofuløse børns solbadning udtrykte en bogstavelig såvel som en symbolsk frigørelse fra storbyens formørkende forhold.

Vand

Det tredje element vedrørte adgangen til daglige bade. Dr. Niemeyer fandt her, at fordampning fra hudens overflade stod i et meget "nært Forhold til Næringsvæskernes og særligt Blodets Sammensætning, nemlig til deres Indhold af Vand".²⁶² Huden blev på den måde anset for at have en regulerende funktion over for legemsvarmen (ild), og hvis huden ikke blev holdt ren, forekom ingen fordampning, hvorfor blodvæskens beskaffenhed og kvalitet ville lide deraf.

²⁵³ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 8.

²⁵⁴ Ibid, p. 12.

²⁵⁵ Ibid, p. 13.

²⁵⁶ Ibid, p. 12.

²⁵⁷ Jf. løbenr. 100 (1889); nr. 17, 22 og 54 (1891); nr. 9 og 34 (1892); nr. 83 (1895).

²⁵⁸ Jf. løbenr. 4 (1891).

²⁵⁹ Jf. løbenr. 52, 59 (1892); 3, 52 (1893).

²⁶⁰ Jf. løbenr. 26 (1889).

²⁶¹ Jf. løbenr. 32 (1892); nr. 45, 58, 70 (1893);

²⁶² Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 8.

Forældrene måtte derfor ikke opgive barnets regelmæssige bade, "helst hver Dag i de første halvanden Aar," og uanset alder og omstændigheder, burde det vaskes over så stor en del af kroppen som muligt. Ellers skulle det – i sommermånederne – benytte sig af søbade dagligt.²⁶³ I den retning holdt dr. Geill fast i, at man måtte "sørge for, at Barnet bader under Kontrol, for at det ikke skal overdrive Anvendelsen".²⁶⁴

Ifølge dr. Niemeyer var det velkendt, at søbade var et "særligt godt Middel mod Kirtelsvaghed," hvilket blev medicinsk begrundet i og med, at "det kolde Vand befordrer Blodcirkulationen i Huden, i Forbindelse med at Patienten faar Bevægelse og at Huden holdes ren".²⁶⁵ Dr. Stadfeldt supplerede i den retning, at hvis man tog et barn med udbredte skrofuløse hud- og slimhindelidelser og indlagde det på et hospital, og gav "det daglige Bade(...)saa vil man ofte forbavses over, at der efter kort Tid frem af Snavset udtræder et sundt, rødmosset og livskraftigt Barn, om hvilken ingen vil falde paa, at det lider af en Organismen gennemtrængende sygelig Tilstand".²⁶⁶

Dr. Gerner betonedede på den ene side hjemmenes urene og uhygiejniske forhold, fx 'dårlige forhold'²⁶⁷ og 'dårlig hygiejne',²⁶⁸ og på den anden side fremhævede han de 'relativt gode' boliger²⁶⁹ og de 'almindelige' forhold.²⁷⁰ Et centralt aspekt ved koloniforholdets forvandlende formål var at vaske de beskidte børn rene via daglige bade, og ifølge dr. Gerner var havbade obligatorisk del af programmet fra kl. 14-16.²⁷¹

Som nævnt bundede behovet for daglige bade i en opfattelse om, at en uren hud ikke kunne regulere legemsvarmen, hvilket førte til forringelse af blodvæskens indhold af vand, og dermed dens kvalitet.²⁷² Havbadene blev et dagligt renselsesritual for både krop og sjæl, der havde til formål at bidrage til de skrofuløse børns genfødsel som sunde og rene²⁷³ ud fra rationalet om, at det kolde vand skabte blodcirkulation i huden og holdt den ren.²⁷⁴

Jord

Det fjerde og sidste element omhandlede kosten. Ifølge dr. Niemeyer skulle børnene undgå "for meget Plantekost eller rettere Melspiser, særlig Kartofler, meget groft Brød og lignende," og i stedet for skulle måltiderne bestå af "nærende Kødspiser, som Steg og ikke for fedt Kød" samt "saa meget Mælk og Æg som muligt".²⁷⁵ Under afsnittet om 'Spise og Drikke' pointerede dr. Niemeyer, hvordan *mælk* var et komplet "uundværligt Næringsmiddel for Mennesket," men at denne skulle være god, den skulle "tages fra sunde Dyr, og maa aldrig nydes raa".²⁷⁶

²⁶³ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 50.

²⁶⁴ Geill, *Brystsyge*, p. 58.

²⁶⁵ Ibid.

²⁶⁶ Stadfeldt, "Bemærkninger": 298.

²⁶⁷ Jf. løbenr. 44, 95 (1889); nr. 38, 78, 98 (1890); nr. 83, 84 (1892); nr. 77 (1895).

²⁶⁸ Jf. løbenr. 27 (1890); nr. 3 (1891); nr. 41, 47, 84 (1893).

²⁶⁹ Jf. løbenr. 36 (1892).

²⁷⁰ Jf. løbenr. 40, 44 (1894).

²⁷¹ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 32.

²⁷² Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 8.

²⁷³ Engelsted, *Om Kysthospitaller*, pp. 13 f.

²⁷⁴ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 8.

²⁷⁵ Ibid, p. 51.

²⁷⁶ Ibid, p. 19.

På den ene side vedkendte dr. Niemeyer sig den humoralpatologiske teoriarv for at kunne beskrive og forklare sygdommen skrofulose, og på den anden side efterlevede han i terapeutisk og praktisk henseende de mest moderne forholdsregler: "Mælken bør koges, da man herved tilintetgør mulig til Stede værende skadelige Tuberkelbaciller".²⁷⁷

Ifølge dr. Geill var det karakteristisk, at de lungetuberkuløst disponerede – og dermed også de skrofuløse – var "daarlige Spisere", hvorfor det var bedst at føre "Tilsyn med Børnenes Maaltider" samt opmuntre deres madlyst ved at servere "advexlende og velsmagende Kost". Årene, hvor et individ gik fra at være barn til at blive *voksen*, hvor den legemlige udvikling tog fart, blev omtalt som de "farlige Aar".²⁷⁸

Ifølge dr. Geill blev landlivets fortrinligheder over for skrofulosebehandling imidlertid udvisket, hvor der forekom lokal urenlighed, eller hvor kvægtuberkulosen besmittede befolkningen.²⁷⁹ Det var interessant, hvordan mælk blev fremhævet for sin vigtige rolle i barnets kost, idet den samtidig var en erklæret smittekilde i samtiden, som både dr. Niemeyer og dr. Geill var inde på.

Dr. Gerner tillagde også ernæringen særlig opmærksomhed, hvilket kom til udtryk på den bestemte måde, at de 'dårlige ernæringsforhold' ofte blev bemærket og registreret.²⁸⁰ Logikken var, at i fattige familiers hjem var der sjældent råd til at mætte alle munde, hvorfor børnene ofte sultede, hvilket i længden førte til underernæring, som gjorde dem til svagelige og modtagelige individer generelt. Det var derfor et ufravigeligt krav til den enkelte plejefamilie, at den havde køer, så Snogebækbørnene kunne få mælk dagligt.²⁸¹ Det byggede ifølge dr. Niemeyer på forståelsen af, at "Mælk, Hvedebrød, Mælkemad og til ældre Børn Kød og Fisk" var passende næringsmidler.²⁸²

Desuden indførte dr. Gerner regelmæssige kropsvejninger af de skrofuløse børn i Snogebæk som "en fast Basis for Beregningen af de vundne Resultater," hvor Snogebækbørnenes "Plejeforældrene kappes om at præstere den største Vægtforøgelse hos deres midlertidige Plejebørn".²⁸³ Et særligt succeskriterium og målbart mål for de skrofuløse børns forvandlinger var legemsvægtforøgelse, hvilket gennemgås senere.

Selektion af skrofuløse skolebørn

Hvordan gik det til, at en udvalgt gruppe børn fra København i perioden 1876-1927 blev selekteret og derpå anvist til sommerophold i Snogebæk. Hvad kendetegnede de skrofuløse børn, der blev udpeget til kurkoloni, og hvilken terapeutisk skrofulose kom til udtryk og blev der handlet på? Og hvem indstillede børnene til disse friluftsoophold?

Fællesnævneren for Snogebækbørnene var skrofulose i forskellige former, fra simple eksemer til sværere ledlidelser; "Børn med de sidst nævnte Lidelser komme dog kun hertil, naar de kunde være oppe og bevæge sig noget".²⁸⁴ På den måde var der i praksis tale om de første stadier af skrofulose, eller om de sværere stadier så længe, at barnet var oppegående og fx kunne havbade dagligt.

²⁷⁷ Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 19.

²⁷⁸ Geill, *Brystsyge*, p. 54.

²⁷⁹ Ibid, p. 16.

²⁸⁰ Jf. løbenr. 3, 27, 28 (1890); nr. 38, 45 (1891); nr. 4, 85 (1892); nr. 38, 46, 86 (1893) m.fl.

²⁸¹ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 31.

²⁸² Niemeyer, *Om Kirtelsyge*, p. 18.

²⁸³ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 33.

²⁸⁴ Ibid, p. 34.

Snogebækbørnene kom ifølge dr. Gerner fra "de fattigste Hjem i Hovedstaden og have som oftest levet under de mest uheldige hygiejniske Forhold",²⁸⁵ og der var på den måde tale om en selekteret gruppe af børn fra den nederste del af en i forvejen dårligt stillet del af befolkningen. Dette fremgik fx af dr. Gerners journalbog, hvori der forekom kvalitative kommentarer om Snogebækbørnenes generelle 'slette forhold',²⁸⁶ 'usle boliger'²⁸⁷ og 'fattigdom'.²⁸⁸ Desuden sporede dr. Gerner forekomst og fravær af de fire elementer, der – som nævnt – havde et stort fokus i behandling og udvælgelse.

På den måde var Snogebæk generelt ikke en karantænestation, der havde til formål at begrænse smitte – rationalet for at handle på skrofulose var ikke, at det var en bakteriel infektionssygdom – selv ikke efter 1882. Det var således ingen medicinsk diagnosticeret 'sygdom' i moderne forstand, men i stedet blev skrofulose set som og handlet på som en socialt betinget *svagelighedstilstand* ud fra mangel på de fire elementer.

Ifølge dr. Gerner var det kommunelægerne i København, der anviste børnene til ophold, og når Snogebækbørnene blev sendt af sted på sommerophold i Snogebæk, medbragte de et udfyldt skema fra en af kommunelægerne i København, hvorpå der "meddeles Oplysninger om Barnets tidligere og nuværende Sundhedstilstand".²⁸⁹ Der var på den måde tale om en rent *socialt* betinget udpegning til ophold i Snogebæk. Dr. Gerner begyndte først sine systematiske optegnelser og legemsmålinger og -vejninger i 1888, hvorfor han anvendte kommunelægerens udfyldte skemaer, som de afleverede til Københavns Magistrat, for at finde supplerende oplysninger om de skrofulose børn.

Det var op til kommunelægerne – i samarbejde med Københavns Magistrat – at bestemme, hvor mange børn, de ville og (rent ressourcemæssigt) kunne indstille til at "nyde godt af Opholdet i Snogebæk", som "kunde blive til en Velsignelse for hele Samfundet".²⁹⁰ Under årsberetningen for året 1898 skrev dr. Gerner fx om, hvordan Snogebæk "kun [kunne] byde på Friluftsliv, Badning og god almindelig rigelig Kost," men at de 55 børn dette år havde god plads, idet "vi med Lethed [kunne] anbringe 75. Det ligger i Kommunelægens Haand at indstille Børn til Sommerophold herovre".²⁹¹

En direkte opfordring til kommunelægerne om at benytte sommeropholdet. På den måde havde kommunelægerne dyb indsigt i sociale problemer i Københavns fattigkvarterer, og de agerede socialhygiejniske inden for den terapeutiske skrofulose. Det eneste, Snogebækbørnene havde til fælles, var, at de kom fra de fattigste familier i København, der ofte levede under de "mest uheldige hygiejniske Forhold".²⁹² Desuden at de blev anvist til sommerophold i Snogebæk af Københavns kommunelæger, fordi det blev fundet nødvendigt at handle på denne socialt betinget *svagelighedstilstand* ud fra et samfundsøkonomisk rationale om, at det kom "hele Samfundet" til gode.²⁹³

²⁸⁵ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 32.

²⁸⁶ Jf. løbenr. 5, 40, 48, 49 (1889); nr. 20 (1890); nr. 15, 44 (1891); nr. 37, 44 (1892); nr. 46 (1893) m.fl.

²⁸⁷ Jf. løbenr. 18 (1889); nr. 87 (1890); nr. 16 (1893); nr. 76, 79 (1894); nr. 40 (1895); nr. 58 (1897) m.fl.

²⁸⁸ Jf. løbenr. 13, 19, 29, 35, 56, 75, 83 (1889); nr. 26, 46, 49, 58 (1897); nr. 10, 16, 18, 37 (1898) m.fl.

²⁸⁹ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 34.

²⁹⁰ *Ibid*, p. 36.

²⁹¹ *Ugeskrift for Læger*, 5:5 (1898), p. 1207.

²⁹² *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 32.

²⁹³ *Ibid*, p. 36.

Bagudrettet behandling, fremadrettet vidensproduktion

Dr. Gerner var tilknyttet initiativet for Snogebækbørnene i årene fra 1881-1914, og i perioden fra 1889-1898 førte han detaljeret journal over medicinske optegnelser. Det var karakteristisk, hvordan dr. Gerner's journalbog var inddelt i en række kategorier, der vidnede om en systematisk tilgang til dataindsamling. Hvert barn fik årligt et unikt løbenummer i en fortløbende sekvens, hvor køn, alder og sygdomme – skrofulose og beslægtede sygdomme, fx blodmangel – udgjorde de basisdemografiske oplysninger. Derpå noterede dr. Gerner oplysninger om forældre og søskende (de sociale arv) samt forholdene i hjemmet (luft, lys, sanitet og ernæring), hvilket hang sammen med generel opmærksomhed på fattiges forhold i perioden. Hvad friluftsbehandling af skrofulose i Snogebæk angik, beskrev dr. Gerner slutteligt dels eventuelle forandringer i tilstanden på Bornholm, dels oplysninger om legemsvægt samt -højde ved ankomst og afrejse.²⁹⁴

Hvad børnenes tilstand angik, førte dr. Gerner dels statistik over, hvor mange gange barnet havde været på Bornholm eller på andre friluftsophold før, dels hvorvidt sår fx var helet samt udviklinger i barnets sundhedstilstand. Hvad tilvæksten vedrørte, blev dr. Gerner målt på sine resultater, og et effektivt mål – netop fordi der var stort vækstpotentiel hos sultne 'skrofulose' børn – var forøgelse af legemsvægten; det blev indført som "en fast Basis for Beregningen af de vundne Resultater".²⁹⁵ Et *tungere* barn var i den sammenhæng et sundere barn, et mere robust og modstandsdygtigt individ.

I virkeligheden forekom en meget kompleks dobbelthed. På den ene side tog den terapeutiske skrofulose, som tidligere påvist, afsæt i den tidlige skrofuloses humoralpatologiske sygdomsårsager; behandlingen var bagudrettet. På den anden side indbefattede denne terapeutiske skrofulose samtidig den sene skrofuloses behov for at kunne registrere og systematisk indsamle data – at lave medicinsk statistik – hvilket var et unikt kendetegn ved den moderne medicin; vidensproduktionen var fremadrettet.

Dr. Gerner udførte således klassiske iagttagelser for at indsamle klinisk viden, men som noget nyt førte han også historik over det enkelte barns ophold i Snogebæk. Det betød, at dr. Gerner tilføjede en historisk dimension på den terapeutiske praksis, hvilket gav to fordele: For det første kunne gentagen lav legemstilvækst forklares med generelle, slette sundhedsforhold, når barnet ikke var i Snogebæk – hvilket undskyldte koloniopholdets manglende resultater om nødvendigt – og for det andet kunne barnet trods de upersonlige løbenumre blive fulgt i en kontinuerlig proces. Der var både tale om den medicinske statistiks anonymisering og den individuelle nærhed på samme tid; dr. Gerner kendte den enkelte patient, men han kunne også aggregere data statistisk.

Dr. Gerner offentliggjorde opmålinger i aggregeret form i årlig afrapportering til *Ugeskrift for Læger*. På den måde vandrede informationerne om og erfaringer med friluftsbehandling af skrofulose børn i Snogebæk fra Bornholm til landets læger. Ved at sammenligne to tabeller over vægtforholdene – en til drenge og en til piger – efter endt sommerophold i Snogebæk, kunne dr. Gerner årligt påvise en positiv tilvækst i legemsvægt og -højde, hvilket havde til formål at fremvise friluftsbehandlingens store samfundsnytte. At sommerophold "kunde blive en Velsignelse for hele Samfundet".²⁹⁶

²⁹⁴ Se opdelingen af journalbogens data i kategorierne under årene 1889-1898 på vedlagte CD.

²⁹⁵ *Ugeskrift for Læger*, 4:21 (1890), p. 33.

²⁹⁶ Ibid, p. 36.

Sammenfatning

På samme måde som 1882 var et skelsættende år for den videnskabelige skrofulose, markerede 1854 et vendepunkt for tuberkulosens *terapeutiske* tilnærmelser, dels i form af Engelstedts danske disputats, dels Brehmers tyske lungesanatorium. Kurophold blev introduceret som behandlingsform over for skrofuløse børn i Danmark fra 1875, hvor overlæge Schepelern på kysthospitalet på Refsnæs introducerede en hydroterapeutisk intervention via elementerne rigelig sollys, daglige bade, lødigt kost og den salte søluft. Hvor kysthospitalet håndterede de sværere former for kirtelsyge hos indlagte patienter, var det de lettere udgaver af skrofulose hos oppegående børn, der blev henvist til og sendt på sommerophold. Allerede fra sommeren 1876 sendte Københavns Kommune de første Snogebækbørn af sted, som konsekvent blev indkvarteret i private hjem. Der opstod fra 1875 konsensus om, at *friluftsbehandling* var en brugbar interventionsform.

De læger, der sværgede til humoralpatologiens lære – og anså skrofulose for at være en konstitutionsanomali forårsaget af et usundt næringsvæskeforhold – ville ofte ikke operere de betændte kirtler, idet behandlingen i stedet skulle være konstitutionel. Omvendt mente de læger, der var overbevist om, at skrofulose og tuberkulose begge udsprang fra tuberkelbacillen, at kirurgiske indgreb som sådan virkede udmærket, men at barnets livsvilkår influerede direkte på succesens varighed. Fokus blev på den måde drejet over på *hygiejne* og på universel behandling i form af fx badebehandling, og selve interventionen over for skrofulose havde i praksis således ikke ændret sig siden 1875. Der forekom terapeutisk tomgang og diagnosticeringsmæssig fremgang på samme tid.

De børn, der af kommunelægerne i København blev anvist til sommerophold i Snogebæk, kom fra de fattigste hjem i København, og de medbragte et udfyldt skema med oplysninger om barnets tidligere og nuværende sundhedstilstand. Snogebæk var på den måde ikke en karantænestation, hvor det handlede om at smittebegrænse en bakteriel infektionssygdom, ikke engang efter 1882, hvilket hang sammen med, at det – som nævnt – først var i 1897, at tuberkulose blev anerkendt i epidemiloven fra 1888. Skrofulose var her ingen moderne, medicinsk diagnosticeret 'sygdom', men en socialt betinget *svagelighedstilstand* i tråd med den tidlige skrofulose, og udpegningen var social.

Samtidig argumenterede lægerne ud fra et samfundsøkonomisk rationale, når dr. Gerner fx omtalte, at det kunne blive til en 'Velsignelse for hele Samfundet', hvis Københavns Magistrat sendte flere børn på sommerophold. På den ene side forekom den situation, at Snogebæk var en svagbørnskoloni for skrofuløse børn, der her blev defineret som en tilstand af generel svagelighed, og på den anden side blev det fundet nødvendigt at hævde, at der var behov for at handle på disse skæve samfundsforhold ud fra et samfundsøkonomisk rationale om, at det kom 'hele Samfundet' til gode. I den retning blev byen beskrevet som et skadeligt sted, der fjernede børnene fra deres naturlige tilstand, mens et landligt kystmiljø sikrede, at børnene blev sundere.

Sundere betød i denne sammenhæng tungere, og dr. Gerner indførte forøgelse af legemsvægten som en fast basis for beregning af de vundne resultater. Følgende var dr. Gerner fokuseret på at producere viden og sandheder om skrofulosens terapi via sommerkolonien Snogebæk, hvilket var en tredje form for 'medicinsk' skrofulose, der var forskellig fra den tidlige form for skrofulose – *hvad* blev handlet på – og den politiske skrofulose – *hvorfor* der blev handlet – anvendt til at retfærdiggøre terapien.

Akt V: Skrofulose som et multipelt objekt

Som nævnt indledningsvist var det et analytisk fikspunkt at undersøge skrofuloser, der sprang fra den ene til den anden eller tredje praksis, forstået på den måde, at det ikke var sikkert, at en vellykket transfer og oversættelse af viden om skrofulose dannede et koordineret netværk og en sammenhængende virkelighed. Hvad var forholdet mellem den videnskabelige, den politiske og den terapeutiske skrofulose? Var disse skrofuloser forudsætninger for og/eller modsætninger til hinanden?

Den tidlige skrofulose tog form som videnskabeligt objekt – en ejendommelig sygdomstilstand eller konstitutionsanomali, som blev forklaret humoralpatologisk med rod i usund næringsvæskesammensætning – der dannede et symptomkompleks, som fortfarende gik under betegnelsen 'skrofulose'. Trods dette brede containerbegreb blev skrofulose terapeutisk opdelt i lettere og sværere former, hvilket var en forudsætning for koordinering og distribution på tværs af de i specialet omtalte skrofulosepraksisser.

Fra 1875 blev *friluftsbehandling* indført som en kurativ behandling af skrofuløse børn i Danmark ud fra en hydroterapeutisk intervention via elementerne rigelig sollys, daglige bade, lødigt kost og den salte søluft. På den måde var der sammenhæng mellem den tidlige skrofulose med rod i en humoralpatologisk forståelsesramme og terapien baseret på de fire, førnævnte elementer. En praksistransfer for skrofuloser var mulig.

Den første gruppe af lettere skrofuløse børn blev sendt på sommerophold i Snogebæk i 1876, og det var her karakteristisk, at kommunelægerne anviste børnene til ophold ud fra et *socialt* betinget udvælgelseskriterium. Der var en særlig medicinsk og kommunalpolitisk opmærksomhed over for de fattigste familiers børn i København. Det bundede i argumentet om, at det kunne blive en 'Velsignelse for hele Samfundet', hvis Københavns Magistrat sendte kirtelsvage børn på sommerophold. Omvendt blev sværere skrofuløse børn indlagt på kysthospitalet til langt længere behandlinger. Dr. Gerner fremhævede i sin journalbog eksplicit, hvordan skrofuloser cirkulerede på tværs af terapeutiske praksisser, og der forekom klar koordination mellem forskellige friluftsbehandlingssteder.²⁹⁷ Der var imidlertid stor forskel på praksisserne, og det var derfor forskellige *skrofuloser*, der trådte frem på kysthospitalet Refsnæs og i Snogebæk.

Den sene skrofulose opstod – efter dr. Kochs påvisning af tuberkelbacillen i 1882 – som tuberkuløs sygdomstilstand i tarmen, i leddene og oftest i kirtlerne hos børn. Det var en smitsom, bakteriel infektionssygdom i moderne medicinsk forstand, der krævede en specifik diagnose. Der var omvendt ingen skarp skillelinje mellem den tidlige og den sene skrofulose fra 1882, og skrofulosens kulturhistorie var ikke en rent lineær, men i stedet en flydende fortælling, hvor de forskellige objekter sameksisterede.

I kølvandet på dr. Kochs resultater jagtede lægerne febrilsk en vaccine eller et serum mod tuberkulose, men *tuberkulinet* var virkningsløst rent behandlingsmæssigt, og fokus skiftede i stedet over på den forebyggende indsats, især for de fattige familier. Det handlede om med større sikkerhed at kunne diagnosticere skrofulose, at minimere smitterisiko, samt at styrke barnets legemes modstandskraft ved skånsom hærkning.

²⁹⁷ Jf. løbenr. 55 (1891); nr. 7 (1892); nr. 9, 38, 84 (1893); nr. 13, 72 (1894); nr. 15, 17, 22, 26, 69 (1895); nr. 2, 71 (1896); nr. 35 (1898).

I 1894 skrev lægen C. Reisz om, hvordan "Tuberkulosens Angreb paa Menneskeheden er langt mere vidtrækkende end tidligere antaget", hvilket hang sammen med den nye erkendelse om, at "mange sygelige Tilstande hos Mennesket, som beroende paa Tuberkulose, netop i den sidste Tid er gaaet fremad med Kæmpeskridt. En stor Mængde af Lidelser hos Mennesket i de forskjelligste Organer ere blevne bestemte som tuberkuløse".²⁹⁸ Skrofulose skiftede omkring overgangen til det 20. århundrede på den måde fra at være en generel svagelighedstilstand til at være en art tuberkulose, der ikke specifikt satte sig i lungerne. Medicinen brystede sig af, at de "mange maskerede Lidelser", hvoraf ikke så få "vare af tuberkuløs Natur", nu med sikkerhed kunne diagnosticeres som tuberkulose, hvis "sande Beskaffenhed førhen var ganske skjult".²⁹⁹ Den 'gulbrune, væskende og stinkende Maske' omtalt af dr. Niemeyer blev revet bort; der opstod et behov for en skinbarlig og skrofuløs sandhed bag de maskerede lidelser.

Skrofulose blev i 1890'erne gjort til et objekt for politisk handling ud fra det samfundsøkonomiske rationale, at der var behov for sunde samfundsborgere, hvilket skulle håndteres ved at sikre de steder, hvor børnene var forsamlet. *Skolelægeordning* blev her en særlig vægtig, men utraditionel institution for medicinsk praksis fra 1897 i København, idet den over tid fungerede som en fast børneundersøgelse: "Indførelsen af Skolelæger gjorde, at Børn ikke saa let som før slipper gennem Børneaarene, uden at en Læge har tænkt over mulige fysiske Mangler".³⁰⁰ Den politiske skrofuloses mest medikaliserede mekanisme – skolelægen – blev det koordinerende bindeled mellem medicinsk viden, barnets sygelighed og behandling, hvor skrofulose dels manifesterede sig som sygdom, dels blev splittet i flere diffuse kategorier med henblik på at opstille den generelle tilstand af svagelighed blandt de optagne skolebørn. Endnu engang var der intet entydigt billede på, at objektet 'skrofulose' trods *institutionalisering* blev samlet.

Som tidligere nævnt opfandt den tyske læge dr. Koch *tuberkulinet* med henblik på at behandle tuberkulose, men indsprøjtning af serummet havde ingen helbredende effekt. Som lægen Frederik Tobiesen noterede i *Ugeskrift for Læger*, blev tuberkulinet "i Slutningen af [18]90'erne aldrig omtalt, endsige benyttet i Lægevidenskaben",³⁰¹ men det forhold ændrede sig i løbet af det første årti af det 20. århundrede. Tuberkulinet viste sig således som et klart brugbart middel til mere præcist at kunne diagnosticere tilstedeværende tuberkulose, idet tuberkulin indsprøjtet i huden gav anledning til en reaktion med hævelser og rødme efter to-tre dage, dersom der forekom en positiv tuberkulinreaktion. Dette indikerede med sikkerhed infektion med tuberkelbakterier.³⁰²

I 1909 overtog lægen Rolf Hertz embedet som overlæge på kysthospitalet på Refsnæs, hvilket faldt sammen med en operationalisering af dr. Kochs tuberkulin i en ny tuberkulin-diagnosticeringsmulighed, *v. Pirquets reaktion*. Det banebrydende ved denne reaktion var, at den kunne indikere tuberkulose uden "kliniske Symptomer",³⁰³ mens et negativt udfald modsat kunne sortere underernærede børn fra de børn, der i praksis blev behandlet for tuberkulose.

²⁹⁸ Reisz, *Tuberkulosens udbredelse*, p. 3.

²⁹⁹ Ibid, p. 4.

³⁰⁰ *Børnesanatorierne for København*, p. 12.

³⁰¹ *Ugeskrift for Læger* 5:14 (1907), p. 1025.

³⁰² Jensen, *Bekæmpelse af infektionssygdomme*, p. 98.

³⁰³ Hertz og Thomsen, "En Undersøgelse": 1.

Udfordringen for overlæge Hertz var, at der var forskel på den patologisk-anatomiske og den klinisk-registrerbare tuberkulose – Mol omtalte det medicinske clash³⁰⁴ – og på den måde var "Tuberkulosen en dominerende ætiologisk Faktor til Frembringelse af 'Skrofulosens' brogede Billede",³⁰⁵ som det blev omtalt i akt III om den videnskabelige skrofulose. Hertz kritiserede her den kobling – den medicinske kausalitet, der nu blev "betragtet som en Kendsgerning"³⁰⁶ – der over tid var etableret mellem skrofulose og tuberkulose, hvor man fx behandlede skrofuløse – forstået som en heterogen gruppe, der inkluderede sultne, svagelige og kirtelsyge – og tuberkuløse børn på samme måde i samme terapeutiske praksis. 'Skrofulose' blev af Hertz konsekvent omtalt og forstået som den *tidlige* skrofulose, idet han ville filtrere de tuberkuløse fra de skrofuløse børn.

Hertz kom ind på, hvordan *v. Pirquets prøve* i praksis medførte, at behandlingen "i flere Tilfælde blev en hele anden end den, der ellers var bleven institueret over for en tuberkuløs Patient",³⁰⁷ idet tuberkulose med sikkerhed kunne udelukkes. Ny viden bidrog til en ændret behandlingspraksis; den videnskabelige skrofulose som objekt influerede direkte på terapeutiske skrofuloser på kysthospitalet på Refsnæs efter 1909.

Det viste sig, at fænomenet skrofulose var et multipelt objekt på den måde, at der forekom variation af skrofuloser – forskellige praktiseringer og materialiseringer – i og på tværs af de tre praksisser. De fremstillede videnskabelige objekter – den tidlige og den sene form for skrofulose – var dels forudsætninger for, hvordan der politisk blev handlet på og terapeutisk blev behandlet for, dels sameksisterede de side og side i praksis på trods af, at de var hinandens diametrale modsætninger. Der forekom både fællesnævnerne, fx fremtrædelsesformerne, hvilket bidrog til kontinuitet og 'det brogede Billede' på samme tid, og tydelige forskelle, fx årsagerne til sygdommen 'skrofulose'. Fokus skiftede fra skrofulosens stinkende, stigmatiserende maske til åben afmaskering.

Den tidlige skrofulose var et medicinsk containerbegreb, der kom til udtryk og tog form i løbet af hele den periode, som nærværende speciale har undersøgt. Det kom til udtryk derved, at det konsekvent var den konstitutionelle sygdom 'skrofulose' – opdelt i lettere og sværere former – der blev behandlet i de terapeutiske praksisser, trods de videnskabelige landvindinger, fx dr. Kochs påvisning af tuberkelbacillen. Den videnskabelige diskurs kunne ikke af sig *selv* bevæge sig fra laboratoriet og ud i praksis.

Den sene skrofulose blev opfattet som forstadium til lungetuberkulose, og det var primært den form, der blev handlet på politisk; den sene skrofulose kom derfor til udtryk i den videnskabelige praksis efter 1882, og fra 1897 i den politiske praksis. Det handlede her om at *forebygge* smitte ud fra et samfundsøkonomisk rationale om at sikre fremtidens voksne, fx skolebørnene, hvorfor skolen blev et gennemmedikaliseret sted. Skolelægeordningen betød, at børn stort set ikke kunne slippe gennem barndommen, uden at en læge havde undersøgt deres almene helbredstilstand, samt koordineret rent rådgivende foranstaltninger over for syge og svagelige børn. Skrofulose var i sandhed et multipelt objekt inden for denne institution, idet 'skrofulose' både blev manifesteret som sygdom og fragmenteret i flere sygdomsentiteter i selve mødet med skolelægen.

³⁰⁴ Mol, *The body multiple*, (2002), p. 47 f.

³⁰⁵ Hertz og Thomsen, "En Undersøgelse": 2.

³⁰⁶ Ibid: 3.

³⁰⁷ Ibid.

Akt VI: Konklusion

Jeg har i specialet undersøgt, hvordan skrofulose tog form som et multipelt objekt i København fra 1875-1921 med udgangspunkt i det empiriske materiale om, hvordan tre praksisser producerede sandhed om og fremstillede konfigurationer af skrofuloser på bestemte måder. En genstand blev til, kom til syne og materialiserede sig inden for bestemte tidsrum på specifikke steder. Jeg har undersøgt skrofulose ontologier i tre specifikke praksisser – den videnskabelige, politiske og terapeutiske skrofulose – idet der ikke blot var tale om én enkelt repræsentation af skrofulose som objekt, men om en serie af forskellige skrofuloser. Jeg har analyseret, hvordan det i praksis gik til, at de tre praksissers aktører over tid forstod skrofulose som forskellige entiteter, der kunne og skulle handles på, herunder koordination fra medicinsk viden til politisk handling.

I den videnskabelige praksis, hvor formålet var at undersøge, hvordan sygdommen skrofulose kom til syne og trådte frem i verden som en selvstændig vidensgenstand og særlig medicinsk struktur, tog skrofulose over tid form som to beslægtede, men dybt forskellige objekter: Den tidlige og den sene skrofulose.

Den tidlige skrofulose (kirtelsyge) betegnede den almene svagelighedstilstand eller konstitutionsanomali, der ikke var afgrænset medicinsk, som især trådte frem hos børn, uanset om de var magre og blege med sart hud, eller om de var velnærede med et svampet udseende. Hertil kom lokale sygdomsforhold – kirtler, svulster og bylder m.m. på halsen, huden, slimhinderne, knogler og led – der tilsammen dannede det billede, der blev anset for at konstituere den tidlige skrofulose. Dr. Niemeyer luftede den humoralpatologiske holdning, at sygdommen *skrofulose* var forårsaget af en usund næringsvæskesammensætning; det var en individorienteret sygdom, der ikke smittede.

Den sene skrofulose var i videnskabelig forstand en medicinsk betegnelse for den sygdom, der tog form efter dr. Kochs påvisning af tuberkelbacillen i 1882. Den sene skrofulose (kirteltuberkulose) karakteriserede en tuberkuløs sygdomstilstand, der essentielt blev opfattet som forstadium til lungetuberkulose, men som oftest forekom i tarmen, i leddene og hyppigst i kirtlerne hos kirtelsvage børn. Det var en sygdom i moderne medicinsk forstand, der krævede en *diagnose*, idet fremtrædelsesformerne var identiske med den tidlige skrofuloses kliniske kendetegn. Dette bidrog til at skabe klar kontinuitet og utydeliggøre skrofulosens sygdomsbillede på samme tid, hvilket var med til at hæmme udviklingen af en vaccine eller et serum, som vedblev at være målet for medicinens skrofulosebehandling efter 1882 i tråd med hundegalskabens historie.

Da det ikke lykkedes lægerne at fremstille et mirakelstof, fik *forebyggelsen* fornyet fokus. Rationalet bag at forebygge den sene skrofulose var, at kun ved at forbedre barnets blods sammensætning og stimulere den enkelte celledes virilitet, kunne barnets lunger sætte en skillemur op imod tuberkelbacillernes angreb. Dr. Geill var inde på, hvordan tuberkulosens udbredelse altid stod i forhold til befolkningens beskæftigelse og livssituation, hvorfor der efter 1882 kom fokus på at reducere smittefare og at minimere risikoen for at barnet var eller kunne blive *disponeret*. Barnets legeme skulle skånsomt hærdes for at opbygge størst mulig modstandskraft.

Danmarks uhygiejniske hovedstad blev af lægerne opfattet som et ugunstigt miljø for det svækkede barn, mens det landlige liv med bevægelse, fri luft og god kost stod som det mest efterstræbelsesværdige ekskursionsmål; skrofulose var en samfundssygdom, hvis bakterielle infektioner og dispositioner skulle *forebygges*. Friluftsbehandling var den bedste terapeutiske intervention over for såvel den tidlige som den sene skrofulose.

De to objekter – den tidlige og sene skrofulose – inden for den videnskabelige praksis var hinandens modsætninger, hvad sygdommens årsag og behandling angik, og alligevel forekom det i specialets periode fra 1875-1921, at objekterne sameksisterede. Fokus ændrede sig fra dr. Niemeyers makabre maske til maskerede lidelsers tæppefald. Derfor influerede de på den politiske og den terapeutiske praksis på vidt forskellig vis.

I den terapeutiske praksis, hvor formålet var at undersøge, hvordan skrofulose trådte frem og tog form i verden som medicinsk objekt, der blev inter文neret over for, blev skrofulose hurtigt opsplittet i to objektgrupper: De lettere og de sværere former for skrofulose. De sværere skrofuløse børn blev henvist til ophold på kysthospitalet, fx Refsnæs, mens lettere skrofuløse kom af sted på sommerkoloni, fx Snogebæk på Bornholm. Distribution var med til at fordele de forskellige objekter, der ellers kunne risikere at støde sammen i samme praksis, og fra 1909 blev det også muligt at sondre tuberkulose fra underernærede via tuberkulin-diagnosticeringstest, *v. Pirquets reaktion*. Som overlæge Hertz omtalte, førte dette flere gange til en ændret behandlingspraksis.

Den første gruppe af lettere skrofuløse børn blev sendt på sommerophold i Snogebæk i 1876, og det var her karakteristisk, at kommunelægerne anviste børnene til ophold ud fra et *socialt* betinget udvælgelseskriterium. Der var en særlig medicinsk og kommunalpolitisk opmærksomhed over for de fattigste familiers børn i København, hvilket bundede i et rationale om, at det over tid kunne blive en 'Velsignelse for hele Samfundet', hvis Københavns Magistrat sendte de kirtelsvage børn på sommerophold. Desuden forekom der klar koordination mellem forskellige friluftsbehandlingssteder, hvilket dr. Gerner eksplicit fremhævede i sin journalbog, og det var med til at sikre, at objekterne i den terapeutiske skrofuloses praksis blev fordelt optimalt og effektivt.

Den skrofulose, der blev behandlet på sommerkolonierne, var den *tidlige* form for skrofulose, og Snogebæk var på den måde ikke nogen karantænestation, hvor det handlede om at smittebegrænse en bakteriel infektionssygdom, ikke engang efter 1882. En socialt betinget *svagelighedstilstand* i tråd med den tidlige skrofulose var det objekt, der blev behandlet, mens kommunelægernes udpegning var social ud fra et rationale om, at byen var et skadeligt sted, der fjernede børnene fra deres naturlige tilstand.

Et interessant fænomen forekom, da dr. Gerner indførte forøgelse af *legemsvægt* som fast basis for beregning af de vundne resultater fra 1882, idet en tredje form for medicinsk skrofulose blev introduceret: Statistisk vidensproduktion og sandhed om skrofulosens terapeutiske virkninger ud fra sommerkolonien Snogebæk.

I den politiske praksis, hvor formålet var at undersøge, hvordan skrofulose trådte frem i verden som et medicinsk objekt, der blev gjort til primærgenstand for politisk bevågenhed, regulering og intervention, blev forebyggelsen af den sene form for skrofulose (kirteltuberkulose) fordelt på fire indsatser – karantæne, tidlig opsporing, hygiejnisk forebyggelse og vaccination – hvoraf *vaccination* af tuberkulose først blev introduceret i Danmark i løbet af 1940'erne.

Som nævnt var Snogebæk ingen karantænestation, og *isolation* af de syge vandt generelt ikke fodfæste som en forebyggende foranstaltning over for skrofulose børn. Det var kun i behandlingsøjemed, at absolut isolation blev den foretrukne løsning, og det var desuden først i 1897, at tuberkulose blev indskrevet i epidemiloven fra 1888.

Bakteriologer satsede efter 1882 på *tidlig opsporing* af tuberkelbaciller i opspyt i kampen mod tuberkulosesmitte, hvilket foregik på helt frivillig basis på Københavns Kommunes regning indtil tuberkuloselovene i 1905. Den lovmæssige regulering bød fx på behandlingstvang for dem, der ikke ville medvirke til at undgå at smitte andre, fx fattige, og uden større modstand blev bestemmelser om meldepligt og erhvervsforbud desuden indført. Tvang og påbud var den politiske styremetode mod smittespredning. Dette var med til at fortætte, men også at fiksere skrofulose i forholdet til tuberkulose.

Klinikerne var omvendt optaget af både de direkte (nedarvede) og de indirekte (erhvervede) dispositioner, hvorfor de fokuserede på forebyggelse via *hygiejniske* tiltag i såvel offentlige rum som i private hjem. Rationalet bag var, at samfundet blev nødt til at sikre sine arbejdsduelige mænd i alderen fra 15-35 år ved at intervenere *forebyggende*, da tuberkulosen ellers ville bortrive mange individer, som samfundet kunne vente sig noget af. Det skete et skifte fra den passive patient sendt på palliative ophold sydpå til den anderledes aktiverede samfundsborger fra borgerskabet. I de tilfælde, hvor viljen ikke gjorde nævneværdig forskel, fx hos fattige familier, måtte det offentlige træde til.

I forhold til børnene blev skolen fra 1897 et særligt medikaliseret sted, idet *skolelægeordning* blev etableret som en utraditionel institution for medicinsk praksis samt skolevæsenets mest institutionaliserede forebyggelsesforanstaltning i København. Fra starten havde skolelægerne til opgave at undersøge elever henvist af skolelærerne, at besigtige skolernes fysiske forhold og at monitorere skolebørns helbredstilstand ved skolestart. En rent rådgivende instans, idet behandling først blev tilladt fra marts 1921.

Skolelægeordningen blev dels begrundet med, at det kun var skolelægerne, der havde det rigtige blik for de svageligheder, der influerede på elevernes indlæringsevner, dels at samfundets sundhed afhang af, at svagelige børn kunne tilbagevises til hjemmet ved skoleoptag, dersom de ikke var raske, eller løbende udpeges i løbet af skoleårene. På den ene side bidrog *skolelægeordning* til, at skrofulose blev manifesteret og fortættet som sygdom ved de objektive, kliniske undersøgelser, og på den anden side betød de generelle helbredsundersøgelser, at skrofulose blev fragmenteret som en legemshøjde, ernæringstilstand og andre svageligheder. På trods af institutionaliseringer tog objektet *skrofulose* i den politiske praksis derfor ikke form som et sammenhængende hele.

Skrofulosens kulturhistorie i perioden fra 1875-1921 i København kan således karakteriseres som en historisk proces over tid, der efterhånden føjede de forskellige praktiseringer og materialiseringer tættere sammen. Der var imidlertid ingenlunde tale om, at de videnskabelige, politiske og terapeutiske objekter (skrofuloser) altid fulgtes ad og med hinanden, men de blev bundet sammen på stadig mere kompleks vis. På visse tidspunkter var den humoralpatologiske skrofulose i forgrunden, andre gange var den samfundsøkonomiske skrofulose i centrum, og til tider var et moderne medicinsk objekt, der producerede nye sandheder, i fokus. Skrofulose som det multiple objekt.

Abstract

Ulrik Bak Kirk, *The Scrofula Enacted. A story of Multiplicity in Copenhagen 1875-1921*.
Department of History, the Saxo Institute, University of Copenhagen, 2015.

Between 1876 and 1927, more than a thousand working class children of Copenhagen, mainly diagnosed with *scrofula*, were sent to therapy in Snogebæk on the Danish island Bornholm in the Baltic Sea. The initiative was closely coordinated between medical supervisors and the Municipality of Copenhagen. Thus, it was an institutionalized practice, in which *scrofula* was enacted. On the other hand, the medical entity *scrofula* as scientific object was subject to change in the last quarter of the 19th century due to the German physician Robert Koch's identification of the specific causative agent of tuberculosis in 1882. At the time, it was widely accepted that tuberculosis was an inherited disease. However, Koch proved otherwise, and the concept of infectious diseases became a matter of political awareness around the turn to the 20th century.

This thesis examines how the medical entity *scrofula* was enacted in selected practices – the scientific, the political, and the therapeutic *scrofula* – focusing on if the enactments actively contributed to the condensation or fragmentation of the multiple object in Copenhagen, in the historical period 1875-1921. The thesis is inspired by both the French philosopher Michel Foucault's texts on *power*, *discourse* and *biopower* and the Dutch empirical philosopher Annemarie Mol's move away from epistemology and reference, and towards a series of different practices and enactments in the plural in 20th and 21st century western societies. The material consists of medical doctors' books on *scrofula* targeted the public, discussions about the health of schoolchildren and the establishment of the school medical service in Copenhagen, and dr. Gerner's personal medical record containing comments and anthropometrics about Snogebæk children.

In the scientific *scrofula* practice, two partly similar, yet very different objects emerged. The *early scrofula* was done throughout the period, and it was characterized as a medical container concept. The disease 'scrofula' in an early sense was referring to a constitutional weakness – even after dr. Koch's discovery – and it was exactly this variant of *scrofula* that was treated in the therapeutic practice from 1876 and onwards. 'Scrofula' was split into two versions of the object it shares: The soft and the severe. The first mentioned was hydrotherapeutically treated in Snogebæk, whereas the latter received open-air treatment at coastal hospitals like Refsnæs. Distribution separated objects that otherwise might clash, which from 1909 was helped by *tuberculin* skin test.

From 1882, the *late scrofula* was conceptualized as a precursor of tuberculosis, which initiated the political and public awareness around the turn to the 20th century. Actions were taken to prevent contamination, which were based on a socioeconomic set of reasons to safely mould the rising generation, and public schools became a site of particular interest. Thus, the school medical service established 1897 contributed to both condensation and fragmentation, since *scrofula* was materialized as its own disease and shattered by the school doctor's general physical examinations at the same time.

This thesis concludes that the medical entity 'scrofula' was a multiple object in the sense that *scrofulas* were done in three practices at different times. Occasionally, the humoral pathological *scrofula* was foregrounded, at other times the socioeconomic *scrofula* was highlighted, and once in a while the statistical *scrofula* was emphasized.

Appendix A: Litteraturliste

- Bakker, Nelleke og Fedor de Beer, "The dangers of schooling: the introduction of school medical inspection in the Netherlands (c.1900)," i *History of Education* **38**:4 (2009): 505-524.
- Bentsen, Julius, *Om Renlighedens Nytte og Betydning for Befolkningens Sundhed og Velvære*. (København: Reissel, 1867).
- Bie, Valdemar og Vilhelm Maar, "The campaign against tuberculosis in Denmark," i *British Journal of Tuberculosis* **4** (1907): 107-114.
- Bryder, Linda, "Wonderlands of Buttercups, Clover, and Daisies: Tuberculosis and Open-Air School Movement i Britain 1907-39," i *In the Name of the Child: Health and Welfare, 1880-1940*, red. af R. Cooter. (London, 1992): 72-91.
- Børnesanatorierne for København og Omegn 1890-1915. Tilbageblik over 25 Aar*. (København: H. Meyers Bogtrykkeri, 1915).
- Cold, D., "Nogle bemærkninger om nogle hygiejniske forhold i København," i *Ugeskrift for Læger* **4**:19 (1884).
- Coninck-Smith, Ning de, "Børn og Skole i København 1840-1920" (København, 1988a).
- , *For barnets skyld? Byen, Skolen og Barndommen 1880-1914* (København: Gyldendal, 2000).
- , "Haderslevgadesagen. En historie om forholdet mellem hjem og skole i København 1880-ca. 1920," i *Årbog for arbejderbevægelsens historie*, red. af Lars Torpe et al (1987): 53-80.
- , "Med klare og glade øjne – Wesselminde, Dagbladet Politikens Svagbørnskoloni, 1900-1920," i *Historiske meddelelser om København* (1991): 128-138.
- , "Stadsarkitekt Ludvig Fengers skoler i 1880'ernes og 90'ernes København," i *Historiske meddelelser om København* (1986): 63-87.
- Cooter, Robert, "In the Name of the Child Beyond", i *Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century*, red. af Marijke Gijswijt-Hofstra og Hilary Marland (Amsterdam/NewYork: Rodopi, 2003): 287–296.
- Cruickshank, Marjorie, "The Open-Air School Movement in English Education," i *Paedagogica Historica* **17**:1 (1977): 62-74.
- Daglish, N. D., "Robert Morant's hidden agenda: The origins of the medical treatment of school children," i *History of Education* **19**:2 (1990): 139-148.
- Donzelot, Jacques, *The Policing of Families* (New York: Pantheon Books, 1979).
- Downs, Laura Lee, *Childhood in the Promised Land: Working-Class Movements and the Colonies de Vacances in France, 1880-1960* (Durham and London: Duke University Press, 2002).
- Engberg, Jens, *Det heles vel. Forureningsbekæmpelsen i Danmark fra loven om sundhedsvedtægter i 1850'erne til miljøloven 1974*. Københavns Kommune, Miljøkontrollen (København, 1999).

- Engelsted, Sophus, *Anatomisk-clinisk Undersøgelse om Tuberkulosens Helbredelighed*. (København: Schwartzs, 1854).
- , "Beskrivelse af et Fattigkvarter i Kjøbenhavn," i *Ugeskrift for Læger* **2**:23 (1855): 353-366.
- , *Om Kysthospitalet og Kysthospitalet paa Refsnæs*. (København: Sally B. Salomons Tryk, 1875).
- , *Om Behandlingen af scrophuløse Børn ved Søkysten* (København: C. A. Reitzels Forlag, 1872).
- Erichsen, Vibeke, "The Health of the School Child? An Historical Comparison of Inspection Schemes in Britain and Norway," i *Dynamis - Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam* **13** (1993): 29-53.
- Floud, R. S., K. W. Wachter og A. Gregory, *Height, Health and History: Nutritional Status in the United Kingdom, 1750-1980* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990).
- Foucault, Michel, *Discipline and punish*. Oversat af Alan Sheridan (New York, Vintage, 1979).
- , *The History of Sexuality: Volume One. The Will to Knowledge* (London: Penguin, 1978).
- , "The Subject and Power," i *Critical Inquiry* **8**:4 (1982): 777-795.
- , "Truth and Power," i *Power and Knowledge, Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, red. af Bolin Gordon (New York: Pantheon Books, 1972).
- Geill, Christian, *Brystsyge. Lungetuberkulosens Opstaaen, Forebyggelse og Helbredelse med særligt Hensyn til Hjemlige Forhold* (København: P. G. Philipsens Forlag, 1890).
- Gerner, J. C., "Om fiskerlejet Snogebæk og dets betydning for kjertelsvage børn," i *Ugeskrift for Læger* **4**:21 (1890).
- Gjerløff, Anne Katrine og Anette Faye Jacobsen, *Da skolen blev sat i system, 1850-1920*. Bind 3 i serien *Danske skolehistorie. Hverdag, vilkår og visioner gennem 500 år*, red. af Charlotte Appel og Ning de Coninck-Smith (Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2014).
- Hansen, Søren, "Forholdet mellem hushøjde og gadebredde," i *Månedsskrift for sundhedspleje* (1908-1909).
- , "Om sollyset i København: Nogle Bemærkninger i Anledning af Byggelovens Revision," i særtryk af *Tidsskrift for sundhedspleje* **1**:7 (1899): 65-78.
- Harris, Bernard, *The Health of the School Child: A History of the School Medical Service in England and Wales* (Buckingham: Open University Press, 1995).
- Hendrick, Harry, "Child Labour, Medical Capital and the School Medical Service, c. 1890-1918," i *In the Name of the Child: Health and Welfare, 1880-1940*, red. af Roger Cooter (London: Routledge, 1992): 45-71.
- , *Child Welfare: Historical Dimensions, Contemporary Debate* (Bristol, Policy Press, 2003).
- Hertel, Axel, *Om Sundhedsforholdene i de højere Dreng- og Pigeskoler i Kjøbenhavn* (København: C. A. Reitzel, 1881).
- Hertz, Poul, *Sund skoleungdom. En lærebog i skolehygiejne* (København: Aschehoug, 1917).

Hertz, Rolf og Oluf Thomsen, "En Undersøgelse af Kysthospitalets 'skrofuløse' Børn ved Hjælp af v. Pirquet's og Wassermann's Reaktion," i sætryk af *Hospitalstidende* **51** (København, 1910).

Hirst, J. D., "The Origins and Development of the School Medical Service 1870-1919" (University of Wales, 1983).

———, "The Growth of Treatment through School Medical Service 1908-18," i *Medical History* **33** (1989): 318-342.

Hughes, David, "Just a Breath of Fresh Air in an Industrial Landscape? The Preston Open Air School in 1926: A School Medical Service Insight," i *Social History of Medicine* **17:3** (2004): 443-461.

Jacobsen, Kurt og Klaus Larsen, *Ve og velfærd – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*. (København: Lindhardt og Ringhof, 2007).

Jensen, Klaus, *Bekæmpelse af infektionssygdomme – Statens Serum Institut 1902-2002*. (København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2002).

Jensen, Lizette Albæk, "Københavnske Feriebørn," i *Siden Saxo* **19:3** (2002): 30-39.

Jørgensen, Harald, *Omsorgen for børn og unge i København gennem 250 år*. (Odense, 1970).

Kolstrup, Søren, "Kommunen - velfærdsstatens spydspids," i *13 historier om den danske velfærdsstat*, red. af Klaus Petersen (Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2003): 95-113.

———, *Velfærdsstatens Rødder – Fra kommunesocialisme til folkepension*, Selskabet til Forskning i Arbejderbevægelsens Historie skriftserie **38** (Viborg, 1996).

Latour, Bruno, *We have never been modern* (New York: Harvester Wheatsheaf, 1993).

Law, John, "Actor network theory and material semiotics," i *The New Blackwell Companion to Social Theory*, red. af Bryan Turner (Wiley-Blackwell, 2009): 141-158.

———, *Organizing modernity* (Oxford: Blackwell, 1994).

Levene, Alys, "Childhood and Adolescence," i *The Oxford Handbook of the History of Medicine*, red. af Mark Jackson (Oxford: Oxford University Press, 2011): 321-337.

Lindhardt, M, "Tuberculosis statistics," i *The fight against tuberculosis in Denmark*, red. af J. Frandsen. (København: Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, 1950): 113-33.

Loudon, Irvine, "The Origins and Growth of the Dispensary Movement in England," i *Bulletin of the History of Medicine* **55:3** (1981): 322-342.

Lupton, Deborah, "Foucault and the medicalization critique," i *Foucault, health and medicine*, red. af Alan Petersen and Robin Bunton (London/New York: Routledge, 1997): 94-110.

Løkke, Anne, *Vildfarende Børn – Om forsømte og kriminelle børn mellem filantropi og stat 1880-1920* (Holte: Forlagt SocPol, 1900).

Marland, Hilary, *Health and Girlhood in Britain, 1874-1920*. Palgrave Studies in the History of Childhood. (Oxford: Palgrave Macmillan, 2013).

Marland, Hilary og Marijke Gijswijt-Hofstra, "Introduction: Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century," i *Cultures of Child Health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century*, red. af Marijke Gijswijt-Hofstra og Hilary Marland (Amsterdam/NewYork: Rodopi, 2003): 7-30.

McCarthy, O. R., "The key to the sanatoria," i *Journal of the Royal Society of Medicine* **94**:8 (2001): 413-417.

Meyer, Johannes, *Kysthospitalet på Refsnæs: 1875-1. juli 1950* (København: Det Berlingske Bogtrykkeri, 1950).

Mol, Annemarie, *The body multiple: ontology in medical practice*. Science and Cultural Theory. (Durham og London: Duke University Press, 2002).

Münger, Ann-Charlotte, *Stadens barn på landet - Stockholms sommarlovskolonier och den moderna välfärden* (Linköping Universitet, 2000).

Møller, E. Schelde, *Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse: 1901 - 16. januar 1951* (København: Egmond H. Petersens Kgl.-Hof-Bogtrykkeri, 1950).

Nexø, Sniff Andersen, *Det rette valg - Dansk abortpolitik i 1930'erne og 1970'erne*. Ph.d.-afhandling (København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultets ReproCenter, 2005).

Niemeyer, Poul, *Om Kirtelsyge (Skrofulose), dens Aarsager, Forebyggelse og Behandling*. Medicinsk Husbibliothek **5** (København, 1888).

Nyland, Nick, *Alment praktiserende læger i Danmark 1800-1910. Træk af det historiske grundlag for almen medicin* (Odense, 2000).

Parker, David, " 'A Convenient Dispensary': Elementary Education and the Influence of the School Medical Service, 1907-39," i *History of Education* **27** (1998): 59-83.

Petersen, Jørn Henrik, Klaus Petersen og Niels Finn Christensen (red.), *Mellem skøn og ret. Dansk velfærdshistorie bd. 2, 1898-1933* (Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2011).

Petrina, Stephen, "The Medicalization of Education: A Historiographic Synthesis." *History of Education Quarterly* **46**: 4 (2006): 503-531.

Politiken, 30. oktober 1890.

Reisz, C., *Behandling af den kroniske Brystsyge fra Opdagelsen af Tuberkelbacillen* (København: J. H. Schultz, 1899).

———, *Tuberkulosens udbredelse og dens Helbredelighed* (København: J. H. Schultz, 1894).

Rigsdagstidende, 1904-05, blad nr. 10.

———, 1917, blad nr. 12.

Seidler, E., "An Historical Survey of Children's Hospitals," i *The Hospital in History*, red. af L. Granshaw og R. Porter (London: Routledge, 1989): 181-198.

Simonsen, Dorte Gert, "Fortid i (g) oversættelse: Om historiens empiri i poststrukturalistisk tænkning," i *Den jyske historiker* **88** (2000): 118-148.

Stadfeldt, A., "Bemærkninger om den saakaldte Skrofulose og dens Forhold til de flyktænulære Øjensygdomme," i *Ugeskrift for Læger* **5**:14 (1907): 291-298.

Stewart, John, "The Campaign for School Meals in Edwardian Scotland," i *Child Welfare and Social Action in the Nineteenth and Twentieth Centuries: International Perspectives*, red. af Jon Lawrence og Pat Starkey (Liverpool: Liverpool University Press, 2001): 174-194.

Suenson, Hans, "Kysthospitalet paa Refsnæs. Første Aarsberetning, For 1876," i *Filantropisk Ugeblad* **16** (22. april 1877): 183-230.

Sørensen, Theodor, *Børnedødeligheden i forskellige Samfundslag i Danmark*. (København: C. A. Reitzels Forlag, 1883).

Ugeskrift for Læger, **4**:19 (1889).

———, **4**:20 (1889).

———, **4**:21 (1890).

———, **5**:5 (1898).

———, **5**:14 (1907).

Vallgård, Signild, *Folkesundhed som politik (Magtudredningen) - Danmark og Sverige fra 1930 til i dag* (Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003).

Welshman, A. J., "Physical education and the School Medical Service in England and Wales, 1907–1939," i *Social History of Medicine* **9** (1996): 31-48.

———, "The School Medical Service in England and Wales, 1907-39" (University of Oxford, 1988).

Københavns Stadsarkiv, Magistratens 3. afdeling

Betænkning fra 1882-1884 afgivet af Kommission nedsat af Kulturministeriet.

Betænkning fra 1909-1911 afgivet af Kommission nedsat af Kulturministeriet.

Betænkning angaaende Skolelægernes Virksomhed afgivet af Kommission nedsat af Direktionen for Borger- og Almueskolevæsenet i København 11. marts 1914.

Beretning om det Københavnske Borger- og Almueskolevæsens Tilstand, 1901-1921.

Journalbog for Snogebækboerne 1889-1898.

Københavns Borgerrepræsentations Forhandlinger **48** (1887), **57** (1896), **58** (1897), **60** (1899).

Skoledirektionens kopibog (1892-99).

Skoledirektionens journaler, nr. 51/1900.

Skoledirektionens Beretning for Aaret 1899 (1900).

Skoledirektionens Beretning for Aaret 1900 (1901).

Appendix B: Bilag

Tabel 1. Skolelæger.	1897	1898	1900	1902	1903	1911	1913	1914
Antal	4	8	14	17	18	20	23	24

Tabel 2. Antal sygelige optagne børn 1901-1920.	Drenge	%	Piger	%	I alt	%
Raske/sunde	45.117	51	43.582	49	88.699	60
Sygelige	30.555	52	28.562	48	59.117	40
Børn i alt	75.672	51	72.144	49	147.786	100

Tabel 3. Udspecificerede sygeligheder hos optagne skolebørn 1901-1920.	Drenge	%	Piger	%	I alt	%
Underernæring	10.521	34,4	9.716	34,0	20.237	34,2
Lidelser af sanseorganerne	6.204	20,3	5.943	20,8	12.147	20,6
Andre svagheder	13.830	45,3	12.903	45,2	26.733	45,2
Sygeligheder i alt	30.555	52	28.562	48	59.117	100

Tabel 4. Undersøgte skolebørn versus diagnoser 1901-1920.	Drenge	%	Piger	%	I alt
Antal undersøgte	38.304	42,3	52.328	57,7	90.632
Antal diagnoser	38.977	42,5	52.645	57,5	91.622
Antal skolebørn i alt	379.413	50,3	375.025	49,7	754.438

Tabel 5. Alle undersøgte skolebørns diagnoser 1901-1920.	Drenge	%	Piger	%	I alt
Akutte infektionssygdomme	1.333	35	2.446	65	3.779
Tuberkulose	277	42	379	58	656
Skrofulose	1.004	47	1.110	53	2.114
Anæmi og Klorose	1.988	29	4.771	71	6.759
Hjertesygdomme	442	43	594	57	1.036
Hudsygdomme	7.732	41	11.020	59	18.752
Øjensygdomme	6.122	41	8.647	59	14.769
Øre-, næse- og svælgsygdomme	6.283	45	7.808	55	14.091
Holdningsfejl	287	19	1.191	81	1.478
Andre kirurgiske lidelser	6.984	55	5.717	45	12.701
Epilepsi, korea etc.	208	45	256	55	464
Talefejl, imbecilitet	1.450	60	962	40	2.412
Inkontinens	311	47	351	53	662
Andre svagheder	4.556	38	7.393	62	11.949
Stillede diagnoser i alt	38.977	43	52.645	57	91.622
Antal undersøgte skolebørn i alt	38.304	42	52.328	58	90.632

Kilde: *Beretning om det Københavnske Borger- og Almueskolevæsens Tilstand*, de relevante år.