

Harde tijden voor arme zieken

I. Het institutionele kader

Het eerste 'hospitale infirmorum' van Antwerpen werd in het begin van de 13de eeuw nabij de Onze-Lieve-Vrouwekerk opgericht. De juiste stichtingsdatum is niet gekend. Het oudste bewaarde document is een bulle van Paus Honorius III uit 1226, waarin die de officiële toestemming verleende om een kapelaan aan te stellen. In 1233 werd door de bisschop van Kamerijk een reglement uitgevaardigd; een levensregel waaraan de broeders en zusters zich voortaan dienden te houden.

De vestiging in het centrum van de stad werd snel te klein bevonden. Deze ligging was bovendien gevaarlijk wanneer pestlijders moesten worden opgenomen. Op 6 januari 1238 schonk de magistraat aan de instelling een terrein buiten de toenmalige wallen, het zogenoemde Elzenveld, waar het Sint-Elisabethgasthuis zich nog steeds bevindt.



Het Sint-Elisabethgasthuis, detail uit de kaart van Virgilius Bononiensis, 1565

Tot in de 19de eeuw was dit ziekenhuis veruit de enige instelling, waar armen medische zorgen kregen toebedeeld. Voor de magistraat was een optimale werking van het gasthuis van het grootste belang. Hij eiste een efficiënte controle van het financieel beleid en de ziekenzorg, mede omdat het gasthuis was gesticht met burgerlijke gelden. De stad zag zich vanaf het laatste kwart van de 16de eeuw genoodzaakt de instelling te subsidiëren en ze ging meer en meer ijveren om het financieel beheer aan de religieuzen te

onttrekken. Dit streven van de wereldlijke overheid is evenwel reeds veel vroeger merkbaar. Op 21 mei 1386 verscheen een stedelijke ordonnantie die de beheerders van alle gast- en godshuizen verplichtte tot het opstellen van rekeningen die jaarlijks ter goedkeuring aan de magistraat voorgelegd moesten worden en zij voegden bij iedere instelling twee schepenen als financiële inspecteurs.

Tijdens de 16de eeuw werd het Sint-Elisabethgasthuis met groeiende aantallen patiënten geconfronteerd, enerzijds wegens de enorme bevolkingsstijging, voornamelijk ten gevolge van de immigratie van handelaren en geschoolde ambachtslieden, aange trokken door de ongeziene economische bloei die de stad kende, maar anderzijds waren de overweldigende meerderheid van deze nieuwkomers verarmde plattelandsbewoners die in de metropool werk of tenminste enige materiële bijstand hoopten te vinden. Het lijkt geen twijfel, dat de commerciële en industriële groei de poorten wijd opende voor sociale stijging en een aanzienlijke uitbreiding van de werkgelegenheid teweegbracht, maar de triomf van het handelskapitalisme ging ook gepaard met de proletarisering van vele kleine producenten en de verarming van de meeste loonarbeiders. Het samenspel van beide ontwikkelingen - bevolkingsaanwas en verarming - betekende dat het Sint-Elisabethgasthuis onder toenemende druk kwam te staan.

De financiële middelen volstonden geenszins om aan de groeiende noden tegemoet te komen, de nodige uitbreidingswerken te financieren en zelf de voeding van de patiënten op hetzelfde peil te houden. Dat structureel probleem werd evenwel in hoge mate verergerd door het slordige beheer van de zusters, zowel op financieel vlak als wat de ziekenzorg betrof, wat aanleiding gaf tot scherpe conflicten met kerkelijke en wereldlijke overheden.

De centrale regering was zich terdege bewust van het feit, dat een efficiënte controle van de behoeftigen een samensmelting van de bestaande steunfondsen vereiste. De Antwerpse magistraat aarzelde om die stap te zetten, want de armenzorg was in handen van privé-personen en er mocht bijgevolg verwacht worden, dat pogingen in die richting op heel wat tegenstand zouden stuiten. Toen de aalmoezeniers in 1540 verklaarden, dat zij niet langer in staat waren om hun taak naar behoren te vervullen bij gebrek aan financiële middelen, kwam het stadsbestuur evenwel in actie. Een aantal instellingen stonden hun inkomsten af aan de 'gemene beurse'. In 1558 volgden ook de Tafels van de Heilige Geest, maar het zou tot het

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

einde van de 16de eeuw duren vooraleer de aalmoezeniers ook de meeste kleine godshuizen controleerden. Het Sint-Elisabethgasthuis bleef een onafhankelijke instelling die pro-forma aan de schepenen jaarlijks een rekening voorlegde. Tot grote ergernis van de wereldlijke overheid en de aalmoezeniers bleek het "Rijk Gasthuis" niet in staat om het groeiend aantal behoeftigen te verzorgen. Volgens hen was dit te wijten aan het wanbeheer van de zusters, die bovendien een deel van de beschikbare gelden voor zichzelf reserveerden. Verscheidene medici traden deze overtuiging bij.

De vele klachten gaven aanleiding tot een interventie van de kerkelijke overheid. In 1547 beval de bisschop van Kamerijk, Robert van Croy, de zusters om de dienstmeiden door te sturen en zelf voor de ziekenzorg in te staan. Hoewel de zusters beloofden de onderrichtingen na te leven, voegden zij geenszins de daad bij het woord. Het bleef klachten regenen en het stadsbestuur deed op 5 juli 1549 een beroep op Karel V ter gelegenheid van de Blijde Inkomst van diens zoon Filips te Antwerpen in september van dat jaar.



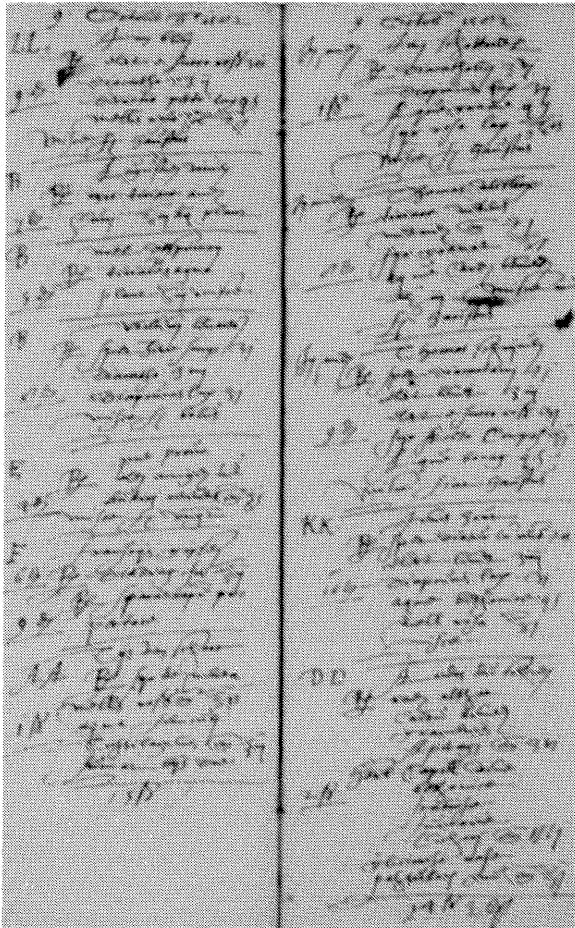
Barbele Bokers, de eerste overste na de reformatie van 1551, uit: *Konstboek J. De Wilde, 1734-1751*

Als fundamenteel probleem stelde de magistraat de voortdurende vermenging van de financiële belangen van het klooster, de zogenoemde 'pitantie', met die van het gasthuis. Dit stond iedere efficiënte controle in de weg. Overdrachten vonden weliswaar in beide richtingen plaats, maar de magistraat was ervan overtuigd dat de balans steeds in het voordeel van de religieuze overhelde. Hun vermoeden werd gesterkt door de weigering van de zusters om inzage te geven in de pitantierekeningen die zij ten overstaan van de geestelijke overheid opstelden. De magistraat wees bovendien op de beperkte opnamecapaciteit van het gasthuis en de centrale ligging achtte hij bijzonder gevaarlijk als pestepidemieën de stad teisterden. Kortom, het was van het allergrootste belang een nieuw, groter en aangepast gasthuis op te richten, het liefst buiten de stad en haar drukke verkeer. De keizer reageerde gunstig op het voorstel en beaamde, dat een doeltreffende controle van het financiële beheer en de ziekenzorg door de kerkelijke en wereldlijke overheid noodzakelijk was. Van een daadwerkelijke verwezenlijking kwam evenwel niets terecht.

De snelle bevolkingsaan groei en de onmacht van de instelling om het toenemend aantal patiënten op te vangen, verklaren ongetwijfeld het aandringen van de magistraat op een rationalisatie van de ziekenverzorging en een uitbreiding van de opnamecapaciteit. Andere factoren speelden evenwel een rol, wat betekent dat de klachten in een bredere context gezien moeten worden.

Omwille van de dure vestingswerken die sedert 1542 uitgevoerd werden ging de stad gebukt onder een toenemende schuldenlast. In samenspraak met de centrale regering werd uiteindelijk besloten tot de verkoop van een aantal stadseigendommen waaronder de Schuttershoven. De schutters kregen een nieuw terrein toegewezen in de 'Gasthuisbeemden', maar de overste van het Sint-Elisabethgasthuis weigerde te verkopen. De zusters werden nu door de geestelijke en wereldlijke overheid tegelijkertijd het vuur aan de schenen gelegd en zagen zich verplicht deze gronden af te staan. Eenmaal de verkoop beslecht, verminderde de aandacht van de overheid voor de resterende problemen. De meningsverschillen omtrent de benoeming van de rentmeester en het pitantieprobleem bleven evenwel latent aanwezig.

Tijdens het calvinistisch bewind (1577-1585) zag de instelling zich genoodzaakt grote aantallen soldaten te verzorgen en leed ze grote verliezen als gevolg van verwoestingen en plunderingen door de troepen. De calvinisten toonden zich onverdraagzaam op religieus gebied, maar de maatregelen die het stadsbestuur nam met betrekking tot de bestuurlijke organisatie en het financieel beheer van het gasthuis kunnen bezwaarlijk als uitingen van vijandigheid beschouwd worden. Toen de Brede Raad in april 1581 besliste dat de vier nieuwe aalmoezeniers, allen calvinisten, de 'superintendentie' over het gasthuis en de andere liefdadige stichtingen moesten hebben, deed hij in feite niets anders dan de beschikking in praktijk



Het receptenboekje van dr. Willem Petri, 1582
(cat.nr. 114)

brengen die het stadsbestuur en de Kamer van de Huisarmen al sinds 1540 voorstonden. Alles bleef trouwens bij het oude. De aalmoezeniers bemoeiden zich ternauwernood met de gang van zaken in het gasthuis, zodat de zusters heer en meester bleven wat het beheer der financiën en de behandeling van de patiënten betrof.

Na de val van de stad (1585) zag de maatschappelijke en economische toestand er weinig rooskleurig uit. Tot omstreeks 1610 verkeerde het Sint-Elisabethgasthuis in grote financiële moeilijkheden. Dank zij aanzienlijke subsidies van het stadsbestuur kon de instelling evenwel een herstelbeleid voeren, dat weldra vruchten begon af te werpen. Vanaf het tweede kwart van de zeventiende eeuw volstonden de gewone ontvangsten weer om de uitgaven te dekken. Dat bleef zo tot het einde van het ancien régime, enkele uitzonderlijke jaren niet te na gesproken.

Daaruit volgt geenszins, dat het Sint-Elisabethgasthuis gedurende anderhalve eeuw een kommerloos bestaan

heeft geleid. De benoeming van de rentmeester en de 'dubbele boekhouding' bleven twistpunten tussen de overste en de wereldlijke overheid. De strijd laaide soms hoog op, maar de conflicten werden altijd in het voordeel van de overste beslecht.

Er doken ook nieuwe problemen op. Was het Sint-Elisabethgasthuis in de zestiende eeuw slechts gedurende korte tijd met grote aantallen soldaten geconfronteerd geworden, in de 17de en vroege 18de eeuw moest het herhaaldelijk voor de verzorging van gekwetste militairen instaan, vooral in de perioden 1621-1648 en 1667-1706. Tijdens het Oostenrijkse bewind bleven onze gewesten gespaard van oorlogsgeweld, met uitzondering van de jaren 1746-1748 toen zij door de Fransen bezet werden. Toch kwam het Sint-Elisabethgasthuis in de tweede helft van de 18de eeuw onder druk te staan. De verklaring moet gezocht worden in het voortschrijdende verarmingsproces. De industriële expansie ging gepaard met de proletarisering van talrijke ambachtsslui, dus met een toename van het aantal loonafhankelijken terwijl de prijzen van alle levensnoodzakelijke produkten stegen bij gelijkblijvende lonen, waardoor de koopkracht van de arbeiders daalde. Het samenspel van beide ontwikkelingen leidde tot een aanzienlijke uitbreiding van de behoefte. Net zoals in het midden van de 16de eeuw, moest het Sint-Elisabethgasthuis op het einde van het ancien régime groeiende aantallen arme patiënten verzorgen en bleek zijn opnamecapaciteit weer ontoereikend te zijn.

Na de annexatie van de Zuidelijke Nederlanden bij Frankrijk viel het Sint-Elisabethgasthuis onder het Bestuur van de Burgerlijke Godshuizen. Uitgenomen tijdens de jaren 1798-1799, toen de commissie door Republikeinen werd gevormd, bleven de vroegere aalmoezeniers in functie. De ziekenzorg werd nog steeds door de zusters waargenomen, maar de verhouding met de overheid was bijzonder gespannen. Een openlijk conflict was onvermijdelijk en op 3 juni 1803 verlieten de religieuzen de instelling die onder direct stadsbestuur geplaatst werd. Schepen S. Petit werd met het dagelijks beheer en de modernisering van het gasthuis belast. Hij trachtte bovendien een oplossing te vinden voor de grote financiële problemen waarmee de instelling te kampen had. In 1810 kwam het Sint-Elisabethgasthuis weer onder het bestuur van de Burgerlijke Godshuizen, die J. Cambier als administrateur en opvolger van S. Petit aanstelden. In 1822 begonnen de onderhandelingen met de religieuzen, die bij gebrek aan geschoold en gemotiveerd lekenpersoneel onmisbaar bleken voor de ziekenzorg. Van 1824 af namen zij opnieuw hun taken op. Zij moesten nu wel werken onder het Bestuur van de Burgerlijke Godshuizen, dat in het gasthuis vertegenwoordigd werd door een directeur.

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

2. De ziekenverpleging

Volgens de bisschoppelijke statuten van 1233, 1551 en 1617 moesten in het Sint-Elisabethgasthuis de arme, zieke inwoners van de stad Antwerpen opgevangen en verzorgd worden. Ook armen uit de Brabantse dorpen gelegen in een straal van 3 mijl (ca. 16,5 km) rond de metropool konden er terecht, maar de zusters waren van rechtswege niet verplicht ze te aanvaarden.

De ziekenzorg stelde vele problemen waartegen de zusters en de medici niet opgewassen waren. Alle wereldlijke en kerkelijke overheidsinstanties waren ervan overtuigd, dat de opnamecapaciteit ontoereikend was en dat de onderlinge besmetting tussen de patiënten (in de regel met zijn tweeën in een bed gelegd) hierdoor werd in de hand gewerkt. Ondanks dit besef en de vele klachten werden evenwel tijdens het ancien regime geen verbeteringen doorgevoerd. De meeste patiënten liepen een ergere kwaal op in de ziekenzalen dan die waarvoor ze aanvankelijk waren opgenomen.

In de zestiende eeuw beschikte de instelling over een honderdtal bedden of tweehonderd ligplaatsen. Deze situatie bleef ongewijzigd tot in 1806 administrateur S. Petit het aantal bedden verdubbelde en meerdere gespecialiseerde zalen werden ingericht. Tijdens de volgende decennia werd de opnamecapaciteit fel vergroot. Onder het Hollandse bewind beschikte het Sint-Elisabethgasthuis aanvankelijk over 400 tot 480 bedden, maar de snelle bevolkingstoename van 1820 af maakte een verdere uitbouw van de instelling noodzakelijk. Tot het midden van de eeuw werden ettelijke ziekenzalen bijgebouwd; het gasthuis kon weldra beschikken over meer dan 700 bedden. De klachten over de ontoereikende opnamecapaciteit bleven desondanks aanhouden. De patiënten werden opgedeeld in een groot aantal categorieën op grond van economische, godsdienstige en medische overwegingen en voor iedere groep waren te ruime zalen voorzien. Een groot aantal bedden bleef bijgevolg onbezet. Naast deze structurele problemen was het aantal patiënten aan seizoenschommelingen onderhevig. Het Sint-Elisabethgasthuis zag zich verplicht om tijdens de zomer een overcapaciteit in stand te houden. Ten slotte dient te worden



Het Hôtel-Dieu te Parijs, Anoniem, ca. 1500

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

opgemerkt, dat het gasthuis niet zelf het aantal opnamen en de opnamecriteria controleerde. De patiënten werden op doktersvoorschrift naar de instelling verwezen. Deze dokters ressorteerden onder de bevoegdheid van het Bureel van Weldadigheid; het gasthuis werd bestuurd door de Burgerlijke Godshuizen. Beide instanties waren met de armenzorg belast, maar geen van beide beschikte over voldoende financiële middelen en de wetgeving maakte het mogelijk dat zij hun 'overtollige gevallen' naar elkaar toeschoven.

De voeding die in het Sint-Elisabethgasthuis tijdens het ancien régime werd verstrekt, was veel te eenzijdig, althans onvoldoende uitgebalanceerd voor patiënten. Zij leden stellig geen honger, maar de voeding werd gekenmerkt door een schromelijk tekort aan vetstoffen en dierlijke eiwitten. Pas na de aanstelling van administrateur S. Petit en het vertrek van de religieuzen werden daadwerkelijke verbeteringen gerealiseerd. In zijn 'Compte Moral' van 1805 verklaarde hij, dat er nu op regelmatige uren gezonde voeding werd verschaft, die bovendien aangepast was aan de individuele kwalen volgens de voorschriften van de medici. Deze opmerkelijke verbeteringen waren evenwel van korte duur.

Gedurende het Hollandse bewind valt een terugval in kwaliteit en kwantiteit op te merken. Tijdens de eerste helft van de 19de eeuw ging de levensstandaard te Antwerpen fel achteruit. De voedselbedeling in het Sint-Elisabethgasthuis was toch nog merkkelijk beter dan wat de arbeidende klasse zich kon veroorloven. Binnen het stadsbestuur werden voorstellen gedaan om het voedingspeil in het gasthuis te verlagen!

Tijdens de 16de eeuw werden patiënten behandeld door de zes gezworen stadschirurgijns, van wie er telkens twee volgens een beurtrol gedurende twee maanden in het Sint-Elisabethgasthuis dienst moesten doen. In 1594 kwam de stichting Simon Rodriguez d'Evora tot stand. Deze rijke Portugese zakenman voorzag het Sint-Elisabethgasthuis van de nodige financiële middelen om een geneesheer en twee chirurgijns in vast dienstverband aan te nemen. Op 1 januari 1595 ging de stichting officieel van start. Een aantal van deze medici genoten een grote reputatie.

Er dient te worden opgemerkt, dat er vaak meningsverschillen bestonden tussen de overste en de zusters enerzijds en de medici anderzijds wat de verzorging van de patiënten betreft. De zusters



Zaal 1 van het Sint-Elisabethgasthuis, ca. 1907

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

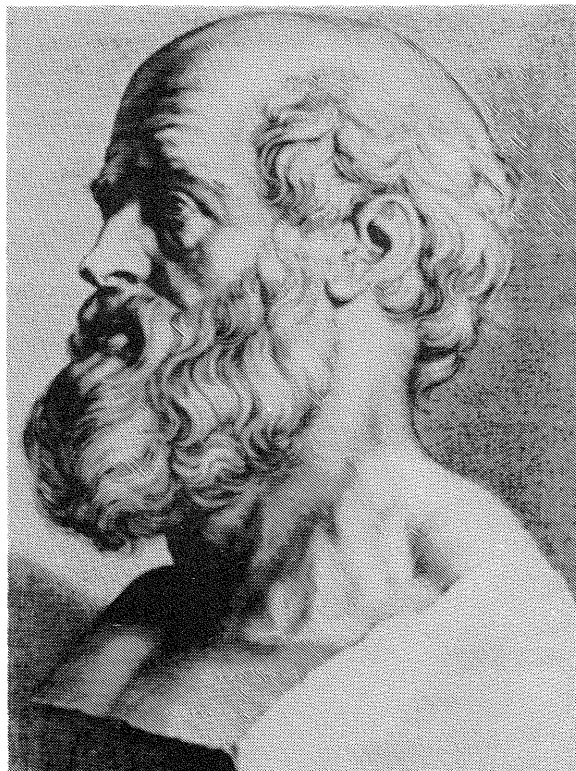
waren het zelden eens met de nieuwe medische opvattingen die zich op het einde van het ancien régime ontwikkelden. Hun protest tegen de pokkenvaccinatie in 1802 (de onmiddellijke aanleiding tot hun vertrek), is in dit verband illustratief. De medische vooruitgang was evenwel niet te stuiten. In 1804 kwam de 'Ecole Primaire de Médecine de l'Hôpital Sainte-Elisabeth' tot stand. De school bleef onafgebroken functioneren tot 1835 voor de geneeskunde en tot 1849 voor de artsenijbereidkunde. Van meet af aan werd een degelijk en ambitieus leerprogramma opgesteld; door haar stimulerende werking kende de school gedurende veertig jaar een ongekende luister.

Het Sint-Elisabethgasthuis slaagde er in de 19de eeuw niet in zijn 18de-eeuws karakter kwijt te spelen. Het bleef een armeninstelling. Door de Franse wetgeving werden armen- en ziekenzorg institutioneel gescheiden op een moment dat dit medisch-technisch nog niet mogelijk was. (1)

redactie: Dirk Verhelst

3. De Geneeskunde te Antwerpen van de Middeleeuwen tot de Renaissance

Voor de 16de eeuw had de Geneeskunde te Antwerpen de typische middeleeuwse kenmerken die wij overal elders rond die periode in Europa terugvinden. Van de 9de tot de 12de eeuw spreekt men van de kloostergeneeskunde. Na de inval van de barbaren vormden de kloosters immers de laatste schuilplaats voor het intellectuele leven. De eerste botanische tuinen met geneeskrachtige kruiden werden alsdan aangelegd. De geneeskunde was toen volledig in de handen van religieuzen, en dit tot in de 13de eeuw wanneer dit door verschillende Concilies verboden werd. Van de 10de tot de 14de eeuw zou de School van Salerno de kennis van de Arabische Geneeskunde in onze streken verspreiden. Deze aanbreng van Arabische wetenschap zou zorgen voor een nieuwe opgang van de Griekse Hippocratische geneeskunde naast deze van Galenus.



Hippocrates, gravure door Paulus Pontius, 17de eeuw

Het clericalisme in de geneeskunde werd eveneens in de hand gewerkt door de stichting van universiteiten. In 1425 werd deze van Leuven gesticht. Gedurende jaren zou de Faculteit Geneeskunde enkel openstaan voor vrijgezellen. Aan de universiteiten werd vooral een dogmatisch scholastisch onderwijs verstrekt, zich enerzijds baserend op de teksten van Hippocra-

tes, doch vooral op het medisch systeem van Galenus: de ziekten werden veronderstelt veroorzaakt te worden door een onevenwicht tussen de verschillende lichaamsvochten: het bloed, de gal, het flegma en de zwarte gal. In tegenstelling tot Hippocrates werd er door Galenus een actieve aanpak tegen de ziekte gepropageerd. Er beginnen zelfs dissecties uitgevoerd te worden, aanvankelijk natuurlijk in het grootste geheim. Vanaf de 15de eeuw komen er verschillende technologische ontwikkelingen tot stand.

In de Middeleeuwen werd de geneeskunde niet als autonome wetenschap aanzien, doch maakte zij deel uit van de "Physica" - dit is "Natuurkennis" of "Wereldkennis", met duidelijke bindingen met filosofie, godsdienst, cosmologie, alchemie, enz... De medische kennis was gebaseerd op een mengeling van godsdienstige elementen, scholastische redeneringsvormen en op volkskennis: zowel folklore als empirisme of ervaring.

Vanaf de 16de eeuw zouden meer en meer artsen trachten zich los te werken van de dogmatische scholastiek en zouden zij meer steunen op waarneming. Denken wij aan de therapeutische ervaringen van Paracelsus en aan de chirurgie van Ambroise Paré. De ontwikkeling van de boekdrukkunst zou eveneens in niet onbelangrijke mate bijdragen tot de verdere uitbouw van de Geneeskunde.

Welke waren de toen meest voorkomende ziekten? Zoals dit heden ten dage nog steeds het geval is in ontwikkelingsgebieden, werd de pathologie overheerst door grote epidemieën en door grote endemieën. Antwerpen werd in de tweede helft van de 16de eeuw en in de eerste helft van de 17de eeuw geteisterd door twee epidemieën: vooreerst was er de syfilis hier geïmporteerd door Spaanse soldaten en dus Spaanse ziekte genoemd. Het oorspronkelijke kwaadaardig en moordend karakter van deze ziekte nam af met de ontwikkeling van de natuurlijke weerstand, die de bevolking opbouwde en misschien ook dank zij de toegepaste therapie: chinawortel, sarsaparilla, kwik en guajachout. Een tweede, veel ergere ziekte waartegen niets kon gedaan worden was de pest, eveneens "haastige ziekte" genaamd.

De tussenkomst van de pestheilige St.-Rochus werd dikwijls ingeroepen. Denken wij aan het prachtige St. Rochusaltaar in de St.-Jacobskerk. In 1604 besloot de stadsmagistraat in de Nieuwstad op de Papiermolenbrug een pesthuis op te richten niet ver van het toenmalige Hansahuis in het noorden van de stad. Bij Plantin werden er verschillende "plakkaten" afgedrukt tegen de pestperikelen waarin preventieve maatregelen door de stadsmagistraat uitgevorderd werden. Ook werden in het hetzelfde drukhuis verschillende pestraktaten uitgegeven. Lepra, zeer frekwent in de Middeleeuwen, en trouwens alsdan reeds verward met andere huidziekten, was sedert het einde van de 14de eeuw volledig verdwenen uit onze streken.



Pestdokter, Anoniem, 1725

Meer dan twee derde van de Antwerpse bevolking was rond 1600 te arm om in aanmerking te komen om enige belasting te betalen. Het valt dan ook niet te verwonderen dat een belangrijke pathologie diende toegeschreven te worden aan ondervoeding of aan slechte voedingsgewoonten. Ergotisme en avitaminosen zoals scheurbuik waren toen zeer frekwent.

Het therapeutisch arsenaal van de geneesheren was rond de 16de eeuwswisseling even arm als in de Middeleeuwen. Het zou trouwens min of meer onveranderd blijven sinds het tijdperk der Druiden, onze eerste geneesheren, tot in de 19de eeuw. De therapie deed een beroep op drie verschillende domeinen die elkaar zouden doorkruisen en overlappen: het religieuze element, gebeden, bedevaarten bij beschermheiligen, de diëtiëk en de balneotherapie, en de farmacopee met enerzijds universele geneesmiddelen zoals de theriaca en alchemische bereidingen en anderzijds een empirische kruidengeneeskunde. Clusius, Lobelius en Dodoens zouden bij Plantin prachtige kruidenboeken uitgeven.

De kwakzalverij en het charlatanisme vierden echter hoogtij zowel in de drukke kosmopolitische stad die Antwerpen toen was, als in de andere steden der

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

Nederlanden. Reeds in 1540 had Keizer Karel een Edict uitgevaardigd om te trachten hieraan te verhelpen doch zonder politionele uitvoeringsbesluiten.

Daar waar artsen heden ten dage gepromoveerd worden tot Dokter in de Genees-, Heel- en Verloskunde werden deze drie activiteiten tot zeer recent door totaal verschillende beroeps-categoriën uitgevoerd. De Verloskunde werd in het St.-Elisabethgasthuis onderwezen en de Stadsvroedvrouwen werden aan een (elementair) examen onderworpen, alvorens als dusdanig erkend te worden.

De chirurgijnen-barbiërs stonden in minder aanzien dan de geneesheren en oefenden hun beroep meestal ambulante uit. Te Antwerpen werd hun opleiding echter zeer ernstig opgenomen. Na enkele jaren vorming als leerjongen en als compagnon konden zij het Meesterschap bereiken door een stage te volgen gedurende dewelke zij lijkschouwingen, anatomische dissecties en demonstraties bijwoonden. In 1549 had de Stadsmagistraat aan de Prosectoren de toelating gegeven om hiervoor de lichamen van de Gehangenen op het Galgenveld (het huidige Harmonie-Warandepark) weg te nemen. De lessen werden gegeven door een geneesheer-praelector in de Blauwe Toren bij de Mechelse St.-Joris of Keizerspoort en dit van 1310 tot 1611.

De chirurgijnen-barbiërs stonden in voor het baardscheren, voor het plaatsen van bloedzuigers, voor het aderenlaten, voor de reductie van breuken en voor het neerdrücken van staar. Verschillende praelectoren, die wij thans hoogleraren in de heilkunde zouden noemen, kregen enige vermaardheid: Goropius Becanus, vriend van Plantin die hij ertoe zou aanzetten de Biblia Polyglotta te publiceren, en Van Mauden die in 1579 Willem de Zwijger zou verzorgen na een moordaanslag, beraamd door een kolvenier.

Eén der opvolgers van Van Mauden was Lazarus Marcquis die in het begin van de 17de eeuw samen met Godefridus Vereycken en met Ludovicus Nonnius, het Collegium Medicum Antverpiense zou oprichten (1620), eerste beroepsvereniging voor geneesheren in ons land. Het Edict van Keizer Karel had uiteindelijk - late - vruchten afgeworpen.

Desalniettemin werd er in de 17de en in de 18de eeuw weinig vooruitgang geboekt op geneeskundig vlak. Met de oprichting van de wetenschappelijke "Société de Médecine d'Anvers" in 1834 kwam daar enige kentering in, alhoewel de artsen totaal machteloos zouden staan bij de bestrijding van de drie grote cholera-epidemiën die de Metropool in de loop van de 19de-eeuw overspoelden. Opnieuw behoorden de armste bevolkingslagen tot de zwaarst getroffen.

Dr. Jean-Pierre Tricot
Voorzitter "Nonnius" v.z.w.

4. Chirurgie voor de armen

Door de eeuwen heen hebben de armen en behoeftigen beroep gedaan op barbiers en chirurgijnen om hun ziekten en uitwendige aandoeningen te laten behandelen. Dit gebeurde vroeger in eerste instantie bij de barbier-chirurgijn thuis, in zijn zgn. "winkel", waar eenieder, rijk of arm, zich immers liet verzorgen. Het haar werd er geknipt, de baard geschoren, de wonden verzorgd, het bloed gelaten, de koppen gezet, enz. Daarnaast werden bij de barbier-chirurgijn evenwel ook kleine ingrepen uitgevoerd, o.m. het insnijden van abcessen, het uitkrabben van wonden of botsekwesters, het wegnemen van huidgezwellen enz. Het verrichten van grotere ingrepen bleef het werkterrein van de eigenlijke chirurgen, die vaak een academische opleiding hadden genoten aan één der vermaarde Europese universiteiten, of zich toch minstens door lectuur van de teksten der "Oude Meesters" en een leerperiode bij een meester-chirurg, geschoold hadden in de alsdan gebruikelijke chirurgische technieken.

Welke ingrepen werden aldus in de Middeleeuwen en de Renaissance bij die behoeftige zieken uitgevoerd? Men kan ze in grote lijnen indelen in 3 grote categorieën: de behandeling van ongevallen, kwetsuren, fracturen en verstuingen; de chirurgische behandeling van uitwendige aangeboren of verworven aandoeningen; en de heilkundige benadering van ziekten en afwijkingen van inwendige organen of weefsels.

Het overgrote deel van de activiteiten van een chirurg heeft eeuwenlang bestaan in het behandelen van ongevalsletsels en kwetsuren, opgelopen tijdens de menselijke zoektocht naar voedsel zoals tijdens de jacht en de visvangst, of als gevolg van het hanteren van allerlei gevaarlijke werktuigen ondermeer tijdens de landbouw, de woningbouw of andere werkzaamheden.

Opgelopen verwondingen dienden in de geest van de Grieks-Romeinse overlevering te worden gereinigd met compressen, gedrenkt in wit van ei, waarna zij met droog linnen dienden te worden verbonden. Grotere wonden werden evenwel gehecht om de wondrand bij mekaar te brengen. Hiertoe konden grote naalden doch ook fibula's (een soort sluitspeld) worden gebruikt. Uiteraard gingen vele verwondingen etteren, doch dit werd niet meteen als abnormaal aangezien, zodat vaak één uiteinde van de verwonding werd opengelaten om de etter te laten uitvloeien.

De beroemde middeleeuwse Franse chirurg Guy de Chauliac (1298-1368) kende reeds 5 verschillende soorten van wondhechting, o.m. de 8-vormige suture over de reeds genoemde fibula, doch ook metalen clips, die overigens (in een gewijzigde vorm) nu nog steeds gebruikt worden. Ernstige bloedingen in de wonde dienden uiteraard te worden gestelpt. In tegenstelling met adviezen uit vroeger tijd meende



Artsen en chirurgen aan het werk in een 16de-eeuws hospitaal, Anoniem, 1565

Henri de Mondeville (ca. 1260- ca. 1320), eveneens een Fransman die les gaf aan de kort tevoren opgerichte universiteit van Parijs, dat deze bloedstelping zo snel mogelijk moest geschieden, teneinde een "syncope" te vermijden!

Verwondingen konden overigens ook buikorganen betreffen. De chirurgen uit de Zuid-Italiaanse school van Salerno (10e-12e eeuw) legden op de open buikwonden levende dieren, o.m. een jonge hond of kat, teneinde de uitstulpende darmen warm en doorbloed te houden. Hun Noorditaliaanse collega Bruno da Longoburgo (13e eeuw) schudde net als de "Oude Meester" Galenus (130-200 n.C.) de patiënt voorzichtig met de buik, teneinde darmen en andere organen terug in de buikholte te krijgen.

Zelfs aldus ontstane darmletsels werden gehecht, o.m. door Bruno's tijdgenoot Theodoric Borgognoni (1205-1298), die gescheurde dundarmstukken over een hol pijpje aan mekaar naait. Dikdarmletsels durven de Middeleeuwse chirurgen, net als hun Grieks-Romeinse en Arabische voorgangers, niet aan. Hiertoe dient men te wachten tot in de Renaissance, wanneer de Spanjaard Francesco Arceo (ca. 1493 - na 1574) vier gevallen van dikdarmperforatie meedeelt die hij met succes weet te hechten!

Uiteraard worden de chirurgijnen uit onze contreien ook geconfronteerd met open of gesloten

beenbreuken. De verwikkelingen die met name bij schedelfracturen konden optreden, waren reeds van bij de Egyptenaren bekend en hadden op empirische gronden geleid tot het uitvoeren van trepanaties en het reduceren van ingedeukte schedelbotfragmenten. Vele chirurgen hebben op ingenieuze wijze dergelijke schedelboortoestellen ontwikkeld, o.m. de trepaan van de als "vader van de Franse heilkunde" aanzijne Ambroise Paré (1510-1590) of nog de driepotige trepaan van zijn Duitse collega Hans von Gersdorff (fl. ca 1500).

Ook open botbreuken van de ledematen werden behandeld. Zo spalkte onze landgenoot Jan Yperman (ca. 1260 - ca. 1330) in navolging van zijn Parijse leermeester Lanfranc, het gebroken lidmaat tussen houten plankjes, teneinde de fractuuruiteinden van het bot zo goed mogelijk te laten vastgroeien. Gebeurde dit niet, bvb. omwille van meerdere losse botfragmenten, dan werden de afgestorven botstukjes of sekwesters met een tangetje verwijderd.

Het invoeren van steeds gesofistikeerder vuurwapens in de late Middeleeuwen leidde tot afschuwelijke verwondingen, die vaak noopten tot amputatie. Allerhande extractietangen werden ontwikkeld, de zgn. "tire-balles", om kogels of ander wapentuig uit de diepten van het lichaam te verwijderen. Dergelijke wonden leidden vaak tot zeer ernstige infecties, die men probeerde te voorkomen door in de won-

HARDE TIJDEN VOOR ARME ZIEKEN

den kokende olie of hete ijzers (zgn. cauters) aan te brengen, een uiteraard bijzonder pijnlijke therapie! Het is de verdienste van de reeds genoemde Paré geweest, om zich tegen deze wrede behandelingsvorm te verzetten.



Wondbehandeling op het slagveld,
Anoniem, 16de eeuw

Velen van de gekwetsten op de 15de - en 16de-eeuwse Europese slagvelden kwamen terecht in de ziekenzalen van de gasthuizen en lazaretten. Aldus werden door het Stadsbestuur chirurgijns aangesteld om deze zieken en gekwetsten te bezoeken, hun verbanden te wisselen en zo nodig bepaalde levensnoodzakelijke ingrepen uit te voeren. Ook het St. Elisabethziekenhuis te Antwerpen heeft aldus door de eeuwen heen stadsheelmeesters gehad, aanvankelijk op tijdelijke basis, later aangesteld in dienstverband in het gasthuis.

Behoudens de reeds vernoemde traumatologische letsels kregen deze chirurgen ook andere uitwendige afwijkingen te behandelen. De meest voorkomende letsels waren allerhande huidgezwelletjes, o.a. talgcyten, vettumoren, abcessen, aarsfistels, aambeien e.d., doch ook grotere gezwellen werden aangepakt, o.m. borstkanker, massieve halstumoren,

lymfklierzwellingen, tuberculeuze fistels (zgn. scrofulose), schildklierkroppen, enz. De chirurgen ontwikkelden voor deze ingrepen een eigen instrumentarium met specifieke tangen, messen, curettes, en pincetten. Bij borstkanker bv. stelde de reeds vermelde Arceo voor de aangetaste borst met een stevige draad te doorboren, teneinde door tractie hierop, de borstklier makkelijk van haar spierlaag vrij te maken en aldus snel te kunnen amputeren.

De Duitse chirurg Lorenz Heister (1683-1758) ontwierp voor de borstafzetting zelfs een circulair dubbel-mes dat in de vorm van een soort grote cigarenknipper de amputatie met één snelle beweging kon doorvoeren. Gelukkig zullen deze ingrepen niet zo frekwent zijn voorgekomen. Veelvuldiger werden de breuken of herniae geopereerd. Meestal betrof het liesbreuken die zich als zwellingen in lies of balzak konden uiten. Daar het ontstaansmechanisme van deze breuken slechts moeizaam aan het licht kwam, waren door de eeuwen heen allerhande ingrepen voorgesteld om dit euvel te verhelpen. De Arabische chirurgen o.m. Albucasis (936-1013) hielden het bij hun geliefkoosde cauterisatie van de liesbreuk met het heet gloeiend ijzer: door verschroeijing verschrompelde de breukopening en werd een recidiefbreuk voorkomen.

Guy de Chauliac, later gevolgd door Ambroise Paré en Pierre Franco, hielden het daarentegen op een echte doorstekingsnaad van de breukopening met een zgn. "punctum aureum" of "gouden hechting". Met de monografie van de Provencaal Pierre Franco (ca. 1500-1561) werd een eerste aanzet gegeven tot reële classificatie van de breuken, waarbij drie "echte" breuken (enterocele, epiploocele & bubonocoele) van vijf "valse" breuken (hydrocele, sarcocele, varicocele, pneumatocele & humorale breuk) worden onderscheiden. Naast liesbreuken kende men ook de navelbreuk en de bovenbuikbreuk, alsmede de littekenbreuk, ontstaan na vroeger trauma of ingreep op de buikwand.

Behoudens de verschillende herniaoperaties was de amputatie van een lidmaat twijfelloos één van de meest ingrijpende chirurgische ingrepen. Deze operatie werd uitgevoerd wegens weefselversterf van het lidmaat, hetzij ten gevolge van een uitgebreide weke delen verwonding of verbrijzelsfractuur, hetzij op basis van onvoldoende bloedvoorziening naar voet en onderbeen. Een vaak voorkomende en totaal onverklaarbare aandoening was in de Middeleeuwen en de Renaissance voor deze verminderde doorbloeding verantwoordelijk: het betreft het ergotisme, meestal aangeduid als St.-Antoniusvuur. Deze ziekte was te wijten aan een infectie van rottend koren met een schimmel, die aldus in het brood terechtkwam, en bij de patiënten ernstige vaatvernauwing veroorzaakte. Deze resulteerde in ondraaglijke krampen in het hele lichaam alsmede in een zeer pijnlijke ischemie van de uiteinden van armen en benen met gangreen tot gevolg.

De reeds genoemde Hans von Gersdorff rapporteerde dat hij in het begin van de 16e eeuw een reeks van meer dan 200 amputaties voor ergotisme had uitgevoerd in het St. Antonius ziekenhuis te Straatsburg. Daar waar men in de Oudheid en de Middeleeuwen een lidmaat afzette doorheen de afgestorven weefsels, teneinde levensgevaarlijke bloedingen te vermijden, werd vanaf de 16de-17de eeuw meer en meer overgegaan tot hogere amputaties in gezond weefsel, waardoor de amputatiewonde beter en sneller kon genezen. Dit werd des te meer mogelijk nadat de Fransman Ambroise Paré de ligatuur van de grote bloedvaten in het af te zetten lidmaat als beste techniek had aangeprezen.

De uitwendige aandoeningen die door de chirurgijn werden behandeld, werden in de oude tekstboeken meestal van "kop tot teen" besproken ("a capite ad calcem"). De reeds geciteerde Guy de Chauliac introduceerde een classificatie der heilkundige ziekten in Tumoren, Wonden, Zweren, Fracturen en Dislocaties; deze indeling, later door Fabrizio di Acquapendente (1533-1619) met de Bijbelse term "Pentateuch" omschreven, is gedurende eeuwen blijven bestaan. Bij de verzweringen werden aldus o.m. genitale letsels, fistels, elephantiasis (een tropische aandoening, gekenmerkt door dikke benen), spataders, en wratten besproken.

De oorzaak van ziekten van inwendige organen bleven eeuwenlang onbekend. In de Hippocratisch-Galenische traditie werd een teveel aan bepaalde lichaamssappen verantwoordelijk gesteld voor allerhande koortsen, ziekten en ongemakken. Meerdere methodes stonden ter beschikking van de artsen om deze overmaat aan slijm, bloed, gele of zwarte gal te evacueren: braakmiddelen, purgativa, zweetverwekkende medicaties, doch vnl. aderlatingen, het zetten van koppen of het plaatsen van bloedzuigers.

Deze laatste bloed-evacuerende procedures werden overgelaten aan de chirurgijns en de barbiers. Al naargelang de aandoening diende een specifieke ader in de arm, het been, het hoofd, soms zelfs de tong of de penis te worden geopend, dermate dat de "overmaat aan bloed" gemakkelijk kon worden opgevangen in een aderlaatkom. Deze laatste kon in messing, faience, tin enz. worden vervaardigd. De techniek van de aderlating, het slijpen van de vlijmen, de keuze van de ader, ja zelfs astrologische kennis m.b.t. het tijdstip van de bloedlating, vormden de studies die de chirurgijn tijdens het ancien régime bij het chirurgijns-gilde en bij een leermeester diende te volgen.

De chirurgijn kon dan zelf aan de hand van precieze aanwijzingen de uitvoering van de aderlating overlaten aan de barbier. Zelf waagde de chirurg zich zoals reeds vermeld slechts zelden aan grotere ingrepen. Eén der weinige inwendige aandoeningen, waarmee de chirurg frekwent geconfronteerd werd, was het blaassteenlijden. De verwijdering van deze stenen, de zgn. lithotomie, was een zeer riskante ingreep, die

vaak tot infectie of urine-incontinentie aanleiding gaf. De operatie werd uitgevoerd op geleide van de via de aars ingebrachte vinger, die de steen in de blaasbodem fixeerde. Na de insnede werd dan met een aantal instrumenten, waaronder steentangen, dilatatoren, geleiders enz., de steen uit de blaas verwijderd.

Als men bedenkt dat tot midden vorige eeuw al deze grote ingrepen, o.m. de schedelboring, het afzetten van een lidmaat, de blaassteenverwijdering, of een borstampuatie, zonder wezenlijke verdoving of steriliteitsmaatregelen gebeurden, dan begrijpt men dat de resultaten van deze ingrepen vaak catastrofaal waren. Vele patiënten, die deze ingrepen in ziekenhuismilieu ondergingen, verlieten dan ook meestal niet levend het gasthuis.

Het progressief besef van het bestaan en de overdracht van kiemen van de ene patiënt op de andere leidde in de 19de eeuw niet alleen tot een verbeterde ziekenhuishygiëne (de patiënt kreeg eindelijk een bed voor zich alleen!), doch ook tot stringentere maatregelen t.a.v. operatieve reinheid, sterilisatie van instrumenten en gebruiksmaterialen, enz. Vrijwel gelijktijdig leidden de nieuwe narcosemogelijkheden, gebruikmakend van ether en chloroform, de definitieve doorbraak in van heilkundige technieken waarbij progressief aandoeningen van alle organen van het lichaam pijnloos konden worden benaderd.

Prof.dr. R. Van Hee