Non satis dignitatis...
Over de maatschappelijke status van geneeskundigen tijdens de Republiek

Toen Johan van Reigersberch, de 26 jaar oude zoon van de rentmeester-generaal van Zeeland bewesten Schelde, zijn wilde haren eindelijk kwijt wou en zijn oom vroeg welk beroep voor hem het meest geschikt leek, ging Hugo de Groot nog eens nauwkeurig de mogelijkheden na: Johan was al te oud om een rechtenstudie te beginnen; het artsenberoep was beneden de stand van zijn familie; de predikantsfunctie stond nog lager aangeschreven, terwijl in filosofie en letteren geen droog brood te verdienen was. Dan maar het leger in.

_In medicina non satis est pro vestra familia dignitatis..._  
1 Ruim twintig jaar eerder was Jacob Olfertsz. de Jong, zoon van een aanzienlijk Hoorns burgemeester en gedeputeerde, van de medicijnenstudie afgehouden door zijn oudere broer Jan. ‘Dewelecke sustineerde dat de practijcque in de medecinen was een gans servijl dinch’.
Dus ‘desisteerde ick in ipso limine ende begaff my tot het studium juridicum’.  
2 De koele afweging van Grotius en de verschrikte reactie van het regentenzoontje geven uitmuntend het misprijzen weer dat de opkomende bestuurlijke elite van de Republiek voor het artsenberoep koesterde.

1. Probleemstelling: status en professionalisering

Die klaarblijkelijke evidentie van maatschappelijke motieven bij de beroepskeuze in het preindustrieel tijdvak heeft de historici tot nadenken bewogen de sociale geschiedenis van arbeid en beroep vanuit dat gezichtspunt te bestuderen. Er is een bibliotheek volgeschreven over de ontwikkeling van de medische wetenschap, 3 maar nauwelijks iets over de arts als practicus, laat staan als maatschappelijke gestalte en

---


_Tijdschrift voor Geschiedenis_ 96 (1983) 379-406 379
medespeler, tenzij dan in het anekdotische. De oorzaak hiervan ligt misschien bij wat we een vulgar-reproduceringsconsensus onder de oudere historici en thans ook onder de historiserende sociologen zouden kunnen noemen, namelijk de stilzwijgende (niet op empirische verificatie berustende, maar op grond van een vermeend onbeweeglijke standenstructuur gesteduleerde) assumptie dat de beroepskeuze gedurende het preindustrieel tijdvak bepaald werd door de maatschappelijke herkomst, dus door de beroepsgroep van de (stief)vader, dat de modaliteiten van de beroepsvotoefening tijdloos waren tot de industrialisatiefase een stroomversnelling bracht, en dat de organisatievormen van de beroepen vóór het staatsinterventionistische tijdvak, in Nederland pas vanaf de Bataafse Revolutie goed op gang gekomen, onveranderlijk bleven.

Een duidelijk voorbeeld van dat impliciete reproducedenken vinden we in de omvangrijke literatuur die de laatste decennia onder invloed van de Angelsaksische sociologie is geproduceerd over de professionaliseringsproblematiek, met name die van de geneeskundige beroepen, die vanwege hun constante maatschappelijke relevantie, hun natuurwetenschappelijk gericht denkmodel en hun duidelijke vormen van arbeidsdeling en beroepsorganisatie een ideale observatiepost vormen voor beroeps sociologische veranderingstendenzen. Globaal wordt door vrijwel alle auteurs wel een onderscheid gemaakt tussen de *old profession* van de medicinae *doctor* en het nieuwe medische beroep dat uit het professionaliseringsproces te voorschijn is gekomen. Het oude beroepsbild van de gepromoveerde arts als medische omnivoor, algemeen-natuurwetenschappelijk geïnteresseerd geleerde en filosoof, maar praktische prutser, staat vrijwel lijnrecht tegenover dat van de huidige arts. Interne ontwikkelingen in dat oude beeld worden door de auteurs niet aange-

---


geven. Integendeel, ondanks huizenhoge onderlinge verschillen\(^8\) komt de stelling van het gros van de beroepensociologen hierop neer, dat de transformatie van old naar new profession (of, in het geval van de chirurgen, van occupation naar profession) hoofdzakelijk, zoniet uitsluitend een functie is geweest van externe ontwikkelingen in de algemeen-maatschappelijke structuur: van stands naar klassen, van vrije organisatie naar staatsinterventie en bureaucratisering, enz. Ze vloeit rechtstreeks voort uit de nieuwe eisen die de industrialisering, de technocratie en de daaruit volgende sociale stroomversnelling in de tweede helft van de 19e eeuw aan de medische sector gingen stellen, en steunt vooral op het dan overal doorbrekende, strikt rationele wetenschapsmodel. Handhaving van de beroepsstatus vereiste in die omstandigheden een collectieve verdedigingsstrategie, gericht op zelfbewuste groepscontrole over de medische middelen waarover de samenleving beschikt.

Dat aanpassingsproces aan nieuwe maatschappelijke machtsbalansen wordt met de term professionaliseringsproces aangeduid. Het verloopt langs minstens drie lijnen: 1. zelfregulering van profiel, praktijk en competentiegebied van de beroepsgroep (met vorming van een beroepscode); 2. eliminatie van concurrerende groepen, of hierarchisering van subgroepen; 3. controle over het opleidingscircuit, de inhoudelijke vorming en, zo mogelijk, de recruterings. Aldus geformuleerd geeft de professionaliserings-theorie duidelijk aan dat de maatschappelijke status van een beroepsgroep niet een eens voor al verworven goed is, maar zowel met de algemeenmaatschappelijke ontwikkeling samenhangt als met de relatieve status ten opzichte van andere, concurrerende of complementaire beroepsgroepen in eenzelfde socioprofessionele sector (in casu de medische). Het bevreemd van dan ook dat de auteurs die het professionaliseringsproces ver in de 19e eeuw situeren, de hele pre-industriële fase als één groot magma schijnen te beschouwen, waarin slechts achterhoedegevechten (factiestrijd) en ondergeschikte statusveranderingen geconstateerd zouden kunnen worden en de beroepsontwikkeling in wezen pas op de plaats gemaakt zou hebben.\(^9\) De vroegmoderne organisatiwijze van de medische sector in drie beroepsstanden (gepromoveerde artsen, chirurgen, apothekers) vormt echter geen min of meer tijdrove waarde die natuurlijkerwijs uit de algemene standenstructuur van de samenleving zou voortvloeien,\(^10\) maar is zelf aan een wordings- en veranderingsproces onderhevig dat nauwkeurig moet en kan worden gedateerd.

Gelfand heeft voor Frankrijk onlangs op uitmuntende wijze aangetoond dat niet de 19e-eeuwse inhoudelijke wetenschapsontwikkeling bepalend is geweest voor het ontstaan van de moderne geneeskundige, maar een juist al in de 18e eeuw uitgekristalliseerde bundel van beroepensociologische factoren van maatschappelijke, institutionele en conceptuele aard.\(^11\) De snel veranderende status van de chirurgen speelde bij die conceptuele transformatie de hoofdrol: de empirische aanpak heeft langs die weg de overhand kunnen krijgen op de algemeen-theoretische vorming

---


\(^10\) Aldus bv. Parry, Medical profession, 104.

waar de universitair gevormde artsen het aanvankelijk mee moesten doen. Dat die integratie van artsen- en chirurgijnsberoep in één moderne professie met een gezamenlijk beroepsprofiel in Frankrijk sneller is verlopen dan bv. in Nederland, ligt vermoedelijk aan een soort ‘remmende voorsprong’-effect bij Frankrijks tegenhan- gers. Ongetwijfeld is het medisch onderwijs aan de faculteit van Parijs niet steeds zo belachelijk pretentieus en achterlijk geweest als generaties historici, misleid door Molière's virtueuze satire *Le malade imaginaire* (1673), voetstoots hebben aangenomen.\(^\text{12}\) Niettemin zat het medisch onderwijs in Nederland vanaf het begin globaal gesproken minder vastgeroest in filosofische speculaties; het stond meer open voor empirische observatie, zoals achtervolgens uit de natuurwetenschappelijke en mechanistische oriëntatie, het ontstaan van het klinisch onderwijs en de iatrochemische richting moge blijken. Het is dan ook waarschijnlijk dat de gemiddelde gepromoveerde arts en de modale chirurgijn uit de Republiek in hun mentale grondhouding minder ver van elkaar stonden dan in Frankrijk. Het ontbreken van scherpe contrasten, die conflicten konden uitlokken en tot een stap vooruit konden dwingen, heeft ongetwijfeld vertragend gewerkt op het integratieproces van beide beroepen.

Het doel van deze bijdrage is de basishypothese te toetsen volgens welke de ontwikkeling van de medische sector in de richting van een groeiende professionalisering in de 19e eeuw samenhangt met en voorbereid wordt door enerzijds veranderingen in de algemeen-maatschappelijke status van de medische beroepen in de 17e-18e eeuw (en, maar dat gaat het hier vastgesteld bestek te buiten, ongetwijfeld al vroeger),\(^\text{13}\) anderzijds onderlinge verschuivingen in de relatieve status van de verschillende segmenten van de medische sector. In plaats van een breuk tussen de *old* en de *new medical profession* veronderstelt die hypothese een min of meer organische overgang, steunend op de langzame transformatie van de sociaal-culturele dimensies van het beroep. Deze transformatie brengt verandering in de mentale attitude, in de waarnemingscategorieën mee, ten gevolge waarvan pas een veranderend wetenschapsbeelde kan postvatten. Zonder deze sociaal-culturele onder- en achtergrond kan de intellectuele ontwikkeling niet in de juiste zin worden geïnterpreteerd. Dit artikel beoogt dus elementen aan te dragen ter staving van deze hypothese. Een geheel afgerond beeld mag de lezer niet verwachten – daarvoor is het verzamelde materiaal nog te weinig homogeen en te onvolledig. Het onderzoek draagt een verkennend karakter.

2. *Elementen van maatschappelijke status*

Met Merton kunnen we maatschappelijke status omschrijven als het resultaat van de gezamenlijke rollen die een individu vervult in alle posities die hij inneemt in de

---

\(^{12}\) L. W. B. Brockliess, ‘Medical teaching at the University of Paris 1600-1720’, *Annals of Science* 35 (1978) 221-251, laat vanuit het peil van de dissertatievragen zien dat in de tweede helft van de 17e eeuw een omslag plaatsvond naar een groter openheid en een empirischer blik.

verschillende systemen waartoe hij behoort.\textsuperscript{14} Een van die systemen is de beroepenorganisatie van de samenleving, maar die organisatie hangt zelf weer samen met een bepaald model van arbeidsdeling en inkomenspreiding, dat op zijn beurt niet los staat van de maatschappelijke beeldwereld, de gezinsstructuur, de privaatrechtelijke organisatie, enz. Het meerdimensionele karakter van maatschappelijke status kan meebrengen dat een individu ongelijke plaatsen inneemt binnen de verschillende rangstelsels waartoe hij behoort, vooral wanneer er sprake is van maatschappelijke stijging of daling. Vanwege die individuele faseverschillen \textit{(statusdiscrepancie)} kan tegenover onze analyse, die een \textit{gemiddelde} of modale situatie en ontwikkeling probeert te schetsen, altijd wel een typisch geval worden gesteld van een individu of een kleine groep, die niet in de analyse past – en dat te gemakkelijker daar juist de uitzonderlijke medici (hoogleraren, onderzoekers, auteurs) zoveel sporen in de geschiedenis hebben nagelaten. Het gaat ons hier echter niet om die uitzonderingen,\textsuperscript{15} maar om de regel. Een andere vraag is in hoeverre ideeën van enkelingen en kleine groepen ook denken en praktijk van de menigte diepgaand hebben kunnen veranderen, en daardoor indirect bepalend kunnen zijn geweest voor statusveranderingen. Maar hoe belangrijk deze vraag op zich verder ook moge zijn, het onderzoek naar de sociaal-culturele overdrachtsmechanismen is nog niet in voldoende mate gevorderd om er verantwoordelijke hypotheses over te kunnen opstellen. Zelfs van een veelbestudeerd man als Boerhaave is bijna uitsluitend de invloed op andere geleerden en auteurs onderzocht, niet die op practici.\textsuperscript{16}

Algemeen-maatschappelijke status wordt dus bepaald door diverse, evoluierende elementen. Het individu kan deze hetzij door geboorde \textit{(ascribed status)}, hetzij door eigen toedoen \textit{(achieved status)} verwerven. Voor ons onderwerp zijn daarvan relevant:

1. \textit{plaats op de sociale stratificatieschaal} in brede zin, bepaald door maatschappelijke herkomst, familierelaties, huwelijkspatroon en leefmilieu; het gaat hier om de verwevingsgraad van een beroepsgroep met een maatschappelijke laag, die zich tevens uit door middel van nevenfuncties, levensstijl en -niveau, maatschappelijke invloed, groepstaal, eerbewijzen en andere statuskenmerken;

2. \textit{plaats op de opleidingsschaal}, afhankelijk van de waardering van vormings- en opleidingspeil, waarbij men zowel oog dient te hebben voor de maatschappelijke waarde daarvan (socialisatie, vorming tot de levensstijl die bij een beroepsgroep hoort) als voor het peil van inhoudelijke kennis of technische bekwaamheid dat wordt aangerekend;

3. \textit{plaats op de inkomensschaal}, in functie van de beloningsstructuur en de hoogte van het inkomen en het (initieel of langs een met het beroep samenhangende weg verkregen) vermogen;

4. \textit{plaats op de beroepsprestigesschaal}, dat wil zeggen de inschaling van het beroep

\textsuperscript{14} Zie L. Rademaker ed., \textit{Sociologische encyclopedie} (2 dln; Utrecht en Antwerpen 1978) II, 696-697, in voce.

\textsuperscript{15} De bij Lindeboom, \textit{Bibliography}, gerecenseerde notities over Noordnederlandse artsen in de 17e en 18e eeuw betreffen maximaal 3% van het aantal gepromoveerden in die periode; voor de andere medische beroepsgroepen ligt het % nog vele malen lager.

\textsuperscript{16} Zie Frijhoff, \textit{Gradués}, 103-107, voor een ander aspect van de vertekening van het ontwikkelingsbeeld door te uitsluitende aandacht voor grote mannen, nl. dat van de conjunctuur van de medische opleiding.
zelf in een socio-professioneel rangstelsel. Deze kan worden afgeleid uit kwalitatieve uitspraken over de beroepspositie – die men niet dient te verwarren met het gewoonlijk negatief geladen beroepsstereotiep dat, als psychologisch oordeel, een hoge sociale waardering niet hoeft uit te sluiten17 –, maar kan ook worden gemeten aan de aantrekkelijkheid van het beroep zoals die blijkt uit de recruteringstroom, uit het tussentijds verloop (overgang naar andere beroepen) en uit de ontwikkeling van de arbeidsmarkt. Aanhoud voorzover laatstgenoemd begrip van toepassing kan zijn op beroepsposities die juist aan het mechanisme van de arbeidsmarkt pogen te ontsnappen.

3. Samenstelling van de medische sector

Gezondheidskrachten en leefregels, bedevaarten naar genezingsheiligen en de reeds vroege institutionalisering van de verzorgende sector (in de vorm van door de overheid aangestelde geneeskundigen, later ook van hospitalen) bewijzen dat een goede gezondheid ook in vroeger tijden steeds een hoog aangeschreven levenswaarde is geweest. Als beheerder van de medische middelen die de gezondheid waarborgen of herstellen (adviezen, produkten, ingrepen) kon de geneeskundige aan dat zowel individueel als maatschappelijk aangevoelde belang een groot prestige ontlenen, ongeacht de wijze waarop hij tussenbeide kwam. Het feitelijk collectief beroepsprestige van de verschillende typen van geneeskundigen blijkt op eenzelfde tijdstip echter niet gelijk te zijn. Heel de 17e en 18e eeuw door bestond er een hiërarchie van medische beroepsbeoefenaars.

Een eerste onderscheid vloeit voort uit de arbeidsomstandigheden: vrij beroep, nering, zelfstandig ambacht en loonverband staan niet op dezelfde lijn. Van deze vier valt het vrije beroep het moeilijkst te definiëren.18 Verschillende elementen vallen erin terug te vinden: het gaat om een beroep dat niet onder gildedwag staat en al evenmin door de overheid wordt gereguleerd of gereserveerd; er bestaat gewoonlijk vrijstelling van bepaalde maatschappelijke verplichtingen (zo deelden de medicinae doctores in de voorrechten van de andere gepromoveerden);19 het beroep komt voort uit of behoort tot de kring van de zeven ‘vrije kunsten’; een belangrijke karaktersmerk is tenslotte een onbetrokkene beroepsuitoefening, zonder rechtstreeks winstomerk, maar in een geest van dienstverlening, hetgeen impliceert dat het levensonderhoud langs andere weg (vermogen, nevenfuncties) wordt veiliggesteld. Een mengeling van deze criteria verklaart waarom de Staten van Holland in 1706, bij het voorstel tot invoering van een belasting op het inkomen, de medicinae doctores en vrije operateurs samen met de verschillende typen onderwijzers, de fijnschilders, de landmeter, de vertegenwoordigers van de juridische beroepen (advocaten, procureurs, notarissen, solliciteurs, deurwaarders) wilden rangschikken in de statusgroep van de ‘luyden van professie’, terwijl de apothekers en drogisten in de eerste - inkomenscategorie van de statusgroep ‘winstdoende luyden’ (d.w.z. nering en am-

19 Frijhoff, Gradués, 67-69.
bacht) terechtkwamen, de chirurgijns en erruquiers in de tweede. 20 

Een tweede vorm van onderscheid betreft de mate van bescherming die de beroepen, al of niet in corporatief verband georganiseerd, in de samenleving genoten. Die bescherming veronderstelde duidelijkheid over het beroepsbeeld. In het onderhavige tijdvak werd ze slechts verleend, in de vorm van erkenning van een monopolierecht op uitoefening van het beroep, als dat beroep in overeenstemming was met het wetenschapmodel dat de hoogste medische statusgroep, die van de gepromoveerde geneesheren, voorstond en dat aansloot op, althans niet in tegenspraak was met het gangbaar universitair onderwijs. De erkenning berustte niet op de mate van doeltreffendheid van de beroepspraktijk (dus langs de weg van horizontale coöptatie van beroepsgroepen), maar op de conformiteit met het door de hoogste statusgroep van de medische sector voorgeschreven model (verticale selectie). Globaal hielden drie beroepsgroepen zich aan deze canon en werden dus als gerechtigd erkend: de gepromoveerde artsen zelf, die zich de interne geneeskundige voorbehielden (physici); de chirurgijns of heelmeesters, bevoegd tot externe ingrepen (technici of specialisten) en de apothekers (bereiders van hulpmiddelen). Binnen de laatste twee groepen, maar op een hiërarchisch lagere plaats, vindt men dan nog ondergeschikten, zoals gezellen, knechten en leerlingen, en ook wel gespecialiseerde hulpden (aderlaters, koppenzetters). Tenslotte kunnen ook de vroedvrouwen tot de groep erkende beroepsbeoefenaren worden gerekend, voorzover er althans controle over haar werd uitgeoefend - want de ongecontroleerde 'noodhulp' schijnen talrijk te zijn gebleven, zelfs in de steden. Die controle, aanvankelijk om godsdienstige en ethische motieven ingevoerd (nl. om doop in het juiste geloof veilig te stellen, magisch ritueel tegen te gaan en abortus of kindermoord te verhinderen), werd gedurende ons tijdvak steeds meer medisch van aard. Tegelijk werd de vroedvrouw daarmee ondergeschikt gemaakt aan een mannelijke beroepswereld, in de eerste plaats aan de vroedmeester, een in de 18e eeuw sterk opkomende specialisatie van het heelmeestersberoep.

Naast deze beroepsgroepen van particulieren, en gedeeltelijk in overlapping ermee, kwamen reeds vanaf het begin van de periode, maar numeriek in groeiende mate, soortgelijke groeperingen van gesalarieerden in volledig dienstverband van overheid en kerk te staan: artsen, heelmeesters en apothekers in het leger of op de vloot, in hospitalen of te velde, of als compagniedienaren in de koloniën. 21 Al vóór het eind van de 17e eeuw leidden de groei en de organisatorische uitbouw van deze instituties ook op geneeskundig gebied tot een voortschrijdende arbeidsdeling in een straffe interne statuhiërarchie: landsmedicus of stafarts, chirurgijns-generaal, chirurgijns-majoer (regimentschirurgijns of opperchirurgijns op de schepen), compagnieschirurgijns (veldscheerders, scheepsscheuriers, fraters), en in de hospitalen nog artsenijbureiders met hun knechts, ziekenoppassers, wasvrouwen en schoonmaak-


21 Zie hiervoor: A. H. M. Kerkhoff, Over de geneeskundige verzorging in het Staatse leger (diss. Nijmegen 1976); D. Schoute, De geneeskunde in den dienst der O.I.C. in Nederlandsch-Indië (Amsterdam 1929); A. E. Leutfink, De geneeskunde bij 's Lands oorlogsfluit in de 17e eeuw (Assen 1952); Van Andel, Chirurgijns, 80-120.
stvers. Deze hiërarchie vormde als het ware een proefveld voor en tegelijk een voorbeeld van het professionaliseringsproces dat de vrije medische sector al spoedig zou gaan doormaken. Door kwalificatiecontrole: al in de eerste helft van de 17e eeuw voerden de kamers van de handelscompagnieën een verplicht examensysteem in voor scheepschirurgijns; in 1711 was dat ook in het leger een feit, en nog later volgden stedelijke reglementen voor de particuliere koopvaardij. Door interne beroepsregulering: reglementering, toezicht en examinering geschiedden niet door leken, maar, langs hierarchische weg, door vertegenwoordigers van de medische beroepsgroep zelf. Door monopolisering: leger- en compagnieschirurgijns, hoe laag geschoold ook, verzetten zich steeds scherp tegen elke vorm van concurrentie door zowel kwakzalvers als burger-geneeskundigen, niet alleen te velde of op zee, maar ook in de hospitaal en de koloniën. Tenslotte hadden ook de gestichten en gasthuizen van de burgerlijke overheid of de kerk (diaconie) practici in dienst. Deze groep bleef vermoedelijk echter beperkt tot de middelgrote en grote steden, en was weinig talrijk, althans wat het voltijds dienstverband betreft. De salarissen van de gezondheidsambtenaren genoemd in de antwoorden op de enquête van 1812/3 zijn vrijwel steeds onttoneelend voor het levensonderhoud en veronderstellen hetzij aanvullende honering, hetzij een particuliere praktijk ernaast.

Het rangstelsel van beroepen wordt hier gecompliceerd door de component van loonafhankelijkheid, die de beroepsuitoefening in ‘volledig’ dienstverband een lager aanzien gaf dan de praktijk in de particuliere sector, al werd dit op de hogere trappen enigszins gecompenseerd door de macht over lagergestelde collega’s. Dat niet het dienstverband als zodanig hier statusbepalend werkt, maar de afhankelijkheidsgraad, blijkt uit het voorbeeld van de stads- en landschapsmedici, -heelmeesters en -apothekers, die juist aan de (deeltijdse) aanstelling van overheidswege op contractbasis een prestige ontleenden dat zeker mede te maken had met de daaraan verbonden voorrechten (vrijstellingen, voorrang, toezicht, enz.). Laatstgenoemden ontvingen gewoonlijk slechts een min of meer symbolisch honorarium en betrokken het gros van hun inkomsten uit eigen praktijk of nering. Stereotiep lijken in veel individuele carrièrepatronen dan ook de volgende stappen, die aan evenzoveel momenten van stijging in het maatschappelijk rangstelsel beantwoorden: loonafhankelijkheid (bv. als vloot- of legerchirurgijn), vrije vestiging (meester-chirurgijn), stedelijk dienstverband (stadsheelmeester, eventueel met lector sopdracht), en soms bekroning met een hogere kwalificatie (een universitaire graad – zonder dat dit


23 Algemeen Rijksarchief ’s-Gravenhage. Binnenlandse Zaken vóór 1813 (BiZa) 983, exh. 21 januari 1813; Archives Nationales Paris (AN), F8 142-145.

overigens steeds overgang naar de andere beroepsgroep meebrengt). Tenslotte kan in preindustrieel perspectief ook een peri-medicisch beroep als dat van ziekentrooster en krakenbezoeker, dat strikt kerkelijk van inhoud was, bij de groep gesalarieerden worden geteld. Deze loonafhankelijkheid van de heersende kerk vond men in vrijwel alle steden van enige omvang.

Naast deze erkende beroepsgroepen bestonden er ook ongeorganiseerde en niet erkende geneeskundigen. Zeker vanaf de 16e eeuw vindt men in stedelijke resoluties en notulen van medische corporaties steeds veelvuldiger klachten over en maatregelen tegen een met de naam beunhazen of kwakzalvers aangeduide beroepsgroep. In feite dient hierbij duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen twee categorieën. Enerzijds de beunhazen (ongecontroleerde concurrenten) en vrije meesters (ongeorganiseerde technici), die wel economische mededingers waren, maar geen alternatieve medisch-technische oplossingen voorstonden, ook al namen de vrije meesters het met de medische orthodoxie, of wat daar voor doorging, feitelijk niet altijd even nauw. Breuk-, tand-, oog-, pok- en pestmeesters, steensnijders, ledezetters, staaroperateurs, maar ook kruiddokters, chemisten en bepaalde drogisten vulden feitelijk een gat in de markt die wegens de technische moeilijkheidsgraad, het gevaar voor het leven van patiënt of medicus, of zelfs om corporatieve redenen minder bewust werd verwaarloosd door de gevestigde geneeskundigen. Na uitdrukkelijke (vooral geldelijke) erkenning van het principieel monopolie van de bestaande corporaties werd hun gewoonlijk toegestaan hun kunst ter plekke onder bepaalde voorwaarden of voor beperkte tijd uit te oefenen. De noodzaak om ad hoc en snel klandizie te vinden komt dan soms tot uiting in een theatraal optreden (in bonst kostuum, met muziek en spel, op de planken, op straat) dat ons er niet toe mag verleiden al deze specialisten als bedriegers te brandmerken. Niet weinigen van hen zijn aantoonbaar zeer bekwame vaklieden geweest, die door het vigerend stelsel van corporatieve, monopolistische beroepsoorganisatie echter gedwongen werden tot (reeds door de vroegmoderne overheid gewantrouwde) min of meer ambulante praktijk en daardoor aan maatschappelijke status verloren wat zij wellicht aan individuele reputatie wonnen.


Het voortdurend stijgend opleidingsniveau van de chirurgijns en de interne logica van het monopoliestelsel leiden er in de 18e eeuw toe dat deze laatsten gaandeweg ook die gespecialiseerde vaardigheden gaan beheersen en als een hun voorbehouden taak claimen. De vrije meesters kunnen zich dan slechts handhaven door zelf in snel tempo hun technisch en theoretisch vormingspeil te verbeteren en een sedentaire praktijk op te bouwen vanuit de steden waar de potentiële patiëntenkring het grootst was. Ze groeien uit tot specialisten die op grond van een erkend diploma ook een daarmee overeenkomende status kunnen opeisen binnen de beroepsgroep van de heelmeesters. Op de patentrollen van 1812 vinden we dan ook 16 gevestigde tandartsen (9 te Amsterdam, 3 te Rotterdam, 1 te Haarlem, Den Haag, Groningen en Leeuwarden), 4 oogmeesters en 9 opticiens (te Amsterdam en Den Haag) alsmede 3 breukmeesters (te Amsterdam en in het arrondissement Almelo) als volwaardige beroepsbeoefenaars opgevoerd. Een aantal anderen verrichtte dat soort werk als nevenarbeid bij het chirurgijnsberoep.

De tweede, veel moeilijker te grijpen categorie wordt gevormd door de vertegenwoordigers van op medisch-technisch gebied concurrerende, maar vooral alternatieve vormen van geneeskunde. Uitgaande van de bestaande statushiërarchie kan men uit de para-medische sector noemen, al dienen we hierbij te bedenken dat deze in de subjectieve beleving van het groeis van de bevolking vermoedelijk velerlei de meest vanzelfsprekende vorm van geneeskunde was en als pre- of (bij mislukking van de officiële medische tussenkomst) post-medisch alternatief functioneerde. Deze categorie bestaat uit verschillende duidelijk te onderscheiden subgroepen. In de eerste plaats die van de volksgeneeskunde, steunend op traditioneel beproefd geachte kruidkundige middelen of leef- en geneeswijzen; vervolgens de alternatieve en magische vormen van genezing die een ander correspondentiesysteem tussen heil en onheil veronderstellen dan de officiële geneeskunde (exorcisme, hekserij en toverij, witte magie, astrologie); tenslotte de kwakzalverij in eigenlijke zin, d.w.z. bewust bedrog van de cliënt uit winstbejag.

Hoewel het gewoonlijk om nevenactiviteiten gaat met een apart beloningsstelsel, is deze sector hier om twee redenen van bijzonder belang. In de eerste plaats wegens het uitzonderlijk prestige dat beproefde genezers zich plaatselijk of regionaal konden verwerven. Op de ranglijst van het lokaal-maatschappelijk aanzien kwamen zij zo soms vele malen hoger te staan dan de plaats die zij in de beroepenstatusificatie konden innemen – ook al kon dat vanwege de fundamentele ambiguitéit van elke magische of sacramale relatie bij mislukking gemakkelijk in het tegendeel omslaan, zoals de geschiedenis van hekserij en toverzenuw laat zien. Maar tegelijk is vaak moeilijk uit te maken in hoeverre hier van een achieved of een ascribed status sprake is. Bepaalde beroepen brengen, op grond van de relatie met sterker geachte machten

29 BiZa 1035.
31 Vgl. bv. de rationalisatie van de medische omacht bij het Roermondse heksenproces (1613), waar de chirurgijn Jan van Ool ervan werd beschuldigd van elke 11 patiënten er één dood te toveren: M. H. Dresen-Coenders, Het verbond van heks en duivel (Baarn 1983) 233-237.
die erin besloten ligt, als vanzelf geneeskundige kracht mee voor degene die ze omhelst. Dat geldt voor priesters en predikanten, scherprechters en soms ook doodgravers, ambachtslieden uit de metaalwerkingse sector, met name smeden. Juist die veronderstelde macht leidt tot een geïsoleerde positie binnen of zelfs buiten de statushierarchie, en bevordert langs die weg weer erfelijke beroepsoverdracht. Maar ook kan geneeskundige macht rechtstreeks aan geboorte worden ontleend. Dat gold bv. nog lange tijd voor bepaalde leden van de adel, voor symbolische geboorteposities zoals die van het zevende achtereenvolgende mannelijke kind, of voor met de helm geboren jongens – een merkwaardig voorbeeld van dit laatste geval is de Amsterdammer Vopiscus Fortunatus (‘met de helm geboren’) Plemp, later hoogleraar in de geneeskunde te Leuven. Voorzover een stellig oordeel op dit gebied mogelijk is, krijgen we de indruk dat heel deze alternatieve beroepsgroep in de 17e en 18e eeuw geleidelijk uit de openbaarheid verdwijnt, gedwongen of vrijwillig. Al wijst niets erop dat parallelle vormen van geneeskunde in de 19e eeuw zoveel minder voorkwamen dan bv. in de 17e, de activiteit wordt dan kennelijk onder niet-geneeskundige noemers verborgen, of tot nevenarbeid gemaakt. Wordt in het Rotterdamse kohier voor het familiegeld van 1674 naast een pest- en een geneesmeester nog een (overigens weinig vermogende) kwakzalver opgevoerd, in de 18e eeuw verdwijnt deze benaming uit de beroepencodificatie.

4. Maatschappelijke herkomst en geografische mobiliteit

Een van de belangrijkste indicatoren van maatschappelijke status in een standen-samenleving waarin ascriptieve statusbepaling een grote rol speelt, is de maatschappelijke herkomst: niet alleen de beroepsgroep van de vader, maar meer in het algemeen de statusgroep waartoe de geneeskundige behoort op grond van zijn familiebanden en het milieu waarin zijn familie zich beweegt.


33 Van Andel, Chirurgijns, 43-44, 130-134; H. D. J. van Schevichaven, Penschetsen uit Nijmegen’s verleden (Nijmegen 1898) 241; J. van Haastert, ‘De organisatie van de gezondheidszorg in het arrondissement van Breda gedurende de Franse overheersing, 1811-1813’, Jaarboek ’De Oranjeboom’ 34 (1981) 85, 88, geeft nog een laat geval waarin de gevestigde medici zich met een perfide zinspeling op ‘les fonctions qu’il a cumulées avec sa profession de chirurgien’ van zo’n concurrenten van eigen praksis, terwijl de chirurgen de medici vrijwel niet voor eigen kunst. Er is later wel een persoon die zichzelf de ‘katholieke chirurg’ noemt (L. van der Meulen, Paters en medici in de Nederlandse maritieme handelsstede ’s-Gravenhage, 1700-1810 (Heerlen 1993)).


De betrekkelijke gelijkvormigheid van de basisgeledingen van de standenstructuur, de bestuursinstellingen, de opleidingscircuit en de mobiliteitsmechanismen maken het aannemelijk dat voor heel de Unie zeker vanaf de tweede helft van de 17e eeuw een soort nationale stratificatie-'kapstok' gegolden heeft, waar de regionale en plaatselijke rangstelsels slechts ondergeschikte varianten van zijn.\(^{37}\) De meest bruikbare vorm waarin die 'kapstok' is gegoten, lijkt mij die van Renier en Roorda, concreet gebruikt door Groenhuis in zijn studie over de predikanten.\(^{38}\) Globaal kunnen daarin zes lagen worden onderscheiden: 1. adel en burgerlijk patriciaat (regenten); 2. een tussengroep van welgestelde ondernemers, groothandelaren en hoge ambtenaren (die ikzelf de 'patriciabelen' zou willen noemen);\(^{39}\) 3. de brede burgerij (waaronder de overige academisch en met name de gepromoveerde artsen); 4. de middenstand (kleine zelfstandigen, waaronder het gros van de kleine apothekers en chirurgijns); 5. de smalle gemeente (loonafhankelijk); 6. de naamloze rest (dagloners, werklozen, bedeelden, enz.). Groenhuis plaatst de 17e-eeuwse stadspredikanten naar herkomst zowel als beroepsprestige in de derde groep, waar hij ook de met de predikanten verzwagerde artsenstand toe rekent. Dit is zeker juist als men het aanzien van de *medicinae doctor* als lid van de academische statusgroep op het oog heeft, maar het is de vraag of het niet door gilde- of standsdwang afgesloten vrije artsenberoep ook zo te definiëren valt waar het de herkomst van de gepromoveerden betreft. Het stond als zodanig immers bij uitstek open voor maatschappelijke stijgers, en wel veel meer dan de beroepen van apotheker en chirurgijn. Afhankelijk van bijkomende statusbepalende factoren zullen deze laatste ook tot de derde dan wel vierde groep moeten worden gerekend, maar zowel op grond van de gildedwang als, wat de apothekers betreft, de vereiste investeringen, mag aansluiting in de steden worden verwacht dat de socio-professionele stabilité in deze groepen veel groter was. Binnen de medische sector stonden zij overigens één resp. twee trappen lager dan de *medicinae doctor*: de apothekers misten als groep immers het aanzien dat de academische titel verleende, terwijl de chirurgijns over het algemeen tevens van het Latijn onkundig bleven.

Helaas is het prosopografisch materiaal dat zinvolle uitspraken over de maatschappelijke herkomst van de gemiddelde gepromoveerde arts mogelijk moet maken, tot nutteloze schaars. Het onderzoek van Bots c.s. naar de studenten uit Noord-Brabant\(^{40}\) leidt, op grond van de identificatie van het beroep van een kwart van de vaders van studenten in de mediciën, tot de conclusie dat de gepromoveerde medici in hoofdzaak uit de middenkroepen, en wel vooral uit de bovenste lagen van de middenstand en de zich onmiddellijk daarboven bevindende brede burgerij werden gerekruteerd, veel minder vaak uit de bestuurlijke elite – maar de lengte van


\(^{40}\) Bots, *Noordbrabantse studenten*, 94-97.
de bestudeerde periode (1550-1750) met haar positieverandering van de katholieke groepering ermiddelen in vertrektelt hier het beeld --, en zelden of nooit uit de smalle gemeente. De de productiequote binnen de medische sector, die in prosopografisch en genealogisch opzicht juist van een de best bekende is en dus een oververtegenwoordiging binnen de groep geïdentificeerden zou kunnen doen verwachten, is daarentegen niet erg hoog: slechts één tiende van de toekomstige medici in Brabant schijnt zelf zoon van een gepromoveerd arts, een apotheker of een chirurgijn te zijn geweest. Bovendien kwamen artsendes -tienistieën (d.w.z. drie of meer generations in hetzelfde beroep) in Brabant niet voor41 -- wel dynastieën van geneeskundigen in bredere zin, gekenmerkt door een (gewoonlijk over meerdere generations stijgende) schakeling vanuit het chirurgijns- of apothekersberoep naar dat van de geneesheer.

De promotie in de medicijnen vormde daarbij de toegangsvooruit tot de statusgroep van de academici, maar niet altijd het begin van een medische praktijk.

Die sociale sluissfunctie wordt niet alleen gesuggereerd door met name in de belastingkohieren soms vermelde nevenberoepen,42 maar ook door de schijnbaar geringere mate van volharding door de medicinae doctores in hun beroep, in vergelijking met de chirurgijns en apothekers. Op grond van eigentijdse overzichten van beroepsbeoefenaren in een bepaalde stad, met nauwkeurige vermelding van de datum van promotie of admisssie (om in de preindustriële maatschappij zeer wezenlijke redenen van anciënniteit of voorrang), is het mogelijk voor enkele tijdstippen of periodes de gemiddelde duur van de beroepspraktijk te berekenen. Zo werken de gepromoveerde artsen in 18e-eeuws Haarlem gemiddeld 15.7 jaar, maar de chirurgijns 25.4 jaar en de apothekers zelfs 29.1 jaar.43 Een staat uit juli 1755 leidt voor Dordrecht tot een duur van resp. 14.4, 26.7 en 21.9 jaar.44 Ook andere 18e-eeuwse of vroeg 19e-eeuws bronnen leiden voor de artsen vrijwel steeds tot waarden die onder de twintig praktijkjaren liggen: te Dordrecht 16.6 in 1806,45 te Amsterdam 17.6 in 1779 en 16.7 in 1809,46 in heel het departement van de Monden van de Maas 18.0 in 1813, in Fryslân 14.6 in datzelfde jaar.47 Weliswaar promoveerden medici op betrekkelijk late leeftijd (de Zutphenaren tussen 1600 en 1824 gemiddeld pas met 26 jaar), maar ook de chirurgijns legden hun meesterproef pas na een lange leertijd af en

41 Dynastieën van medicinae doctores die elders in de Republiek voorkomen schijnen hoofdzakelijk een functie te zijn van andere statusbeperkende of -verhogende elementen. Dat geldt bv. voor de joodse artsenfamilies: Frijhoff, Gradués, 240; H. S. Hes, Jewish physicians in the Netherlands, 1600-1940 (Assen 1980), en voor de dissenters (herboven, noot 37). Het statussurplus dat door de hoogleraarsfunctie (Schotanus, Albinius, De Wind, Van Geuns) of het publieke ambt van stadsgeneesheer werd verkregen (De Mandeville te Nijmegen, Vink te Rotterdam, Moeringh te Gouda), kon hetzelfde effect hebben.


43 Frijhoff, Gradués, 226-229, naar Gemeentearchief Haarlem, Collegium medico-pharmaceuticum, 7, en Algemeen Nederlandsch Familieklad, 17 (1905) 17-26. Tussen 1630 en 1699 maakten 81 Rotterdamse chirurgijns (46% van het totaal) elk gemiddeld 24 praktijkjaren vol (Gemeentearchief Rotterdam, Gilden, 26).

44 Gemeentearchief Dordrecht, Plaatselijke commissie van geneeskundig toezicht, 2, fol. 225, 228, 232.


46 Frijhoff, Gradués, 239

47 AN, F17 2407; BiZa 983. Omdat chirurgijns, apothekers en vrouwvrouwen in de Franse tijd soms heradmissie moesten aanvragen, zijn de voor hen opgegeven data niet voor zo'n berekening bruikbaar.
waren per saldo niet zelden ouder, al daalde de aanvangsleeftijd iets aan het eind van de 18e eeuw (tabel 1).

**Tabel 1: Gemiddelde leeftijd van de chirurgijns bij de meesterproef te Amsterdam, 1700-1799**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Periode</th>
<th>Plaats van herkomst</th>
<th>Gemiddelde leeftijd</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Amsterdam overig</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Noord-Nederland</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1700-1719</td>
<td>26.3</td>
<td>28.2</td>
<td>29.1</td>
</tr>
<tr>
<td>1720-1739</td>
<td>25.8</td>
<td>27.7</td>
<td>30.2</td>
</tr>
<tr>
<td>1740-1759</td>
<td>26.4</td>
<td>28.8</td>
<td>31.8</td>
</tr>
<tr>
<td>1760-1779</td>
<td>25.9</td>
<td>28.1</td>
<td>28.9</td>
</tr>
<tr>
<td>1780-1799</td>
<td>25.3</td>
<td>27.4</td>
<td>29.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemiddeld</td>
<td>25.9</td>
<td>28.1</td>
<td>30.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

_Bron:_ GA Amsterdam, Gilden, 245-246.

De blijkbaar geringe mate van volharding in het artsenberoep door de gepromoveerde geneesheren – die individuele topscores natuurlijk niet uitsluit – kan dus niet worden herleid tot een leeftijdsverschil bij de aanvang. Al even onwaarschijnlijk lijkt mij dat de sterfte in de vrije beroepen zoveel groter zou zijn geweest dan in de gilden. Vanwaar dan die verschillen? Zeker in de 17e eeuw, maar wellicht ook nog later, moeten we hier denken aan een grotere beroepsmobiliteit van de _medicinae doctor_ naar sociaal vergelijkbare functies (predikant, praecceptor), maar ook naar lokaal bereikbare publieke ambten en, zo gauw dat financieel haalbaar was, naar de rentenierende sector.  

Zolang de academische opleiding een zekere praktische onbepaaldheid in zich bleef dragen en de academische titel de sluis tot een hooggewaardeerde statusgroep bleef, werd de verwisselbaarheid van deze posities in de hand gewerkt. De weinig concrete beroepsinhoud en de geringe dynastische component van het artsenberoep – in contrast met de vaak uitgebreide families van apotheekers en chirurgijns met een hoge graad van praktijkscolling en een niet zelden in familieverband overgeleverde technische vaardigheid – maakten het voor sociale stijgers met stijgingsambitie bij uitstek geschikt als doorgangsberoep naar aanzienlijkere, met name juridische functies. Al was het artsenberoep niet definitief genoeg voor gevestigde juristenfamilies, het verleende wel het aura van de academische habitus die onontbeerlijk was voor toetreding tot de clan die de leidende functies in de grote steden en de gewestelijke besturen had te vergeven.

---

48 Zo was er in Zuid-Holland in 1813 nog een arts die 73 jaar tevoren in Harderwijk gepromoveerd was (BIZA 983) – maar of hij ook praktiseerde? Een van de recordhouders onder de chirurgijns was Joh. Furnerius, zestig jaar lid van het Rotterdamse gilde (hierboven, noot 25).


50 Dit was met name het geval bij hooggespecialiseerde chirurgijns, zoals de leedzettersfamilie Ploegh: G. T. Haneveld, “De leedzetters van Jisp”, _Spiegel historiael_ 12/10 (1977) 514-517; of de blaasstensnijdersfamilie Cyprianus: Abraham Cyprianus was in 1693-'95 hoogleraar te Franeker, maar legde zijn ambt neer omdat zijn voorkeur uiteindelijk uitging naar de heelmeesters- en steensnijderspraktijk (Lindeboom, _Geschiedenis_, 99-101).
De vraag stelt zich echter of de verstoring van het maatschappelijk bestel van de Republiek in de 18e eeuw niet ook in deze sector heeft doorgewerkt en, parallel aan het professionaliseringsproces van de *medicinae doctor*, diens sociale mobiliteit heeft afgereerd. Een benaderend antwoord op deze vraag kan worden afgeleid uit tabel 2, waar, uitgesplitst over twee eeuwen, de sociale herkomst van vrijwel alle uit Zutphen afkomstige studenten in de medicijnen staat weergegeven. Zoals in een middelgrote, door juristen overheerste kwartiershoofdstad kan worden verwacht, blijkt het patriciaat ongevoelig voor medische carrières. De onderste laag levert al evenmin medische studenten, ongetwijfeld om financiële redenen – de beurzen waren voor theolgiestudenten of regentenkinderen. Eventuele sociale stijging treedt bovendien slechts in een intergenerationele schakeling op; van de medische studenten zelf omhelst er slechts één een juridisch beroep. De reproductiequote van de medische sector blijkt ook hier weer betrekkelijk laag, zij het hoger dan in Brabant: globaal 20% van de studenten, die echter vrijwel allen tot hun promotie volhardden. Opvallend is het grote aantal studenten dat uit de sector van handel en ambacht afkomstig

<table>
<thead>
<tr>
<th>Socio-professionele categorie van de vader</th>
<th>Studie begonnen in 1600-1699</th>
<th>Waarvan niet gepromoveerd N %</th>
<th>Carrièren niet-medische beroepen</th>
<th>Dissenters</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Adel, patriciaat</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Bestuur, financiën</td>
<td>6a</td>
<td>3b</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Geneeskundige waarvan</td>
<td>5</td>
<td>8</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>- geneesheer</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>- heemeeesters</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>- apothekers</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Predikanten, praeceptores</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Legerofficieren</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kooplieden</td>
<td>7</td>
<td>10d</td>
<td>17</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambachtsmeesters</td>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesalarieerden in bedrijf/ambacht</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtotaal</td>
<td>25</td>
<td>36</td>
<td>61</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Niet geïdentificeerd</td>
<td>4c</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal</td>
<td>29</td>
<td>37</td>
<td>66</td>
<td>22</td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. Procureur, licentieeister (2), rentmeester, ontvanger, secretaris.
b. Ontvanger verponding, ontvanger-generaal van het kwartier, ontvanger en rentmeester.
c. Leden van het kramersgilde, behalve de medische beroepen.
d. De grootvader van één student was chirurgijn geweest.
e. Waarvan misschien één uit een katholieke adellijke familie (Veer).

51 Wel vindt men nogal wat *medicinae doctores* onder de gemeenslieden, die uit sociaal oogpunt tot de lokale groep ‘patriciabelen’ kunnen worden gerekend (Gemeentearchief Zutphen, Oud-Archief, 107, in voce).
is, en binnen deze laatste vooral uit de meer gegoeden: zoons van een tinnegieter, een lakenverver. Er is echter geen sprake van dat de medicijnenstudie hier een vluchtfunctie voor dissenters zou vervullen; hun percentage lijkt niet hoger te liggen dan dat binnen de totale bevolking.

In de 18e eeuw boet het spectrum van de maatschappelijke herkomst aan beide kanten aan breedte in. Er ontstaat daarentegen een compacter en homogener middengroep van beroepen die op een vrijwel identieke maatschappelijke hoogte zitten: de niet-juridische academici (geneesheer, predikant, preceptor), de gegoede middenstand (koopman, apotheker, chirurgijn), de officieren van het garnizoen. De beroepen binnen die groep zijn min of meer verwisselbaar geworden, zoals uit de beroepskeuze van broers en uit het huwelijkspatroon blijkt. Intergenerationele verandering binnen dat cluster betekent vermoedelijk dan ook geen sociale stijging of daling meer. De geneeskundigen zelf veranderen in de 18e eeuw ook niet meer van functie; ook de geneesheer heeft dan aan zijn werk een dagtaak. Dynastievorming treedt dan al evenmin op; in het enig bekende 17e-eeuwse geval daarvan (Metzger) failleerde de kleinzoon overigens in 1720. Geen stimulerend voorbeeld!


Het historisch probleem dat de geografische mobiliteit van de geneeskundigen stelt, wordt duidelijk geillustreerd door tabel 3. Ondubbelzinnig blijkt daaruit dat in Amsterdam en Den Haag nooit meer dan een kleine helft van de gepromoveerde artsen uit de stad zelf afkomstig was, met een duidelijk neergaande tendens in de 18e eeuw. Voor de Amsterdamse chirurgijns ligt het al niet anders, en globaal kan worden gesteld: hoe lager het beroep, des te minder recruteert het in de stad zelf. Opmerkelijk zijn in alle beroepsgroepen de groeiende aantallen practici uit de gebieden (en wel vooral de grotere dorpen en kleine steden) aan beide zijden van de

---

52 Met dank aan Ad van Kempen voor zijn hulp bij de bewerking van de gegevens betreffende de Amsterdamse chirurgijns. Bij de zeepraoof werden 31 van de 302 kandidaten definitief afgewezen, 25 eerst na (soms tweevoudige) herhaling toegelaten – in geen van de beide categorieën valt een significatief patroon te ontdekken; deze kandidaten zijn hier elk slechts éénmaal geteld.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Gebied van herkomst</th>
<th>Doctores medicinae gevestigd in Den Haag</th>
<th>in Amsterdam</th>
<th>Chirurgijns te Amsterdam</th>
<th>Zeepoef chirurgijns Amsterdam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1675</td>
<td>1700</td>
<td>1750</td>
<td>1699</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uit de eigen stad</td>
<td>44.5</td>
<td>44.3</td>
<td>31.0</td>
<td>49.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig Holland</td>
<td>20.6</td>
<td>8.2</td>
<td>20.7</td>
<td>15.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal Holland</td>
<td>65.1</td>
<td>52.5</td>
<td>51.7</td>
<td>65.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig Noord-Nederland (met koloniën)</td>
<td>12.7</td>
<td>11.4</td>
<td>18.4</td>
<td>14.1</td>
</tr>
<tr>
<td>waarvan uit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Utrecht</td>
<td>7.9</td>
<td>1.6</td>
<td>3.4</td>
<td>4.4</td>
</tr>
<tr>
<td>- Overijssel</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- kwartier Zutphen</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0.3</td>
</tr>
<tr>
<td>- overig Gelderland</td>
<td>1.6</td>
<td>1.6</td>
<td>2.3</td>
<td>1.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Duitse landen en Polen</td>
<td>11.1</td>
<td>13.1</td>
<td>11.5</td>
<td>9.1</td>
</tr>
<tr>
<td>waarvan uit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Kleef en Anholt</td>
<td>-</td>
<td>4.9</td>
<td>2.3</td>
<td>1.6</td>
</tr>
<tr>
<td>- Osnabrück, Oldenburg</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0.3</td>
</tr>
<tr>
<td>- Oost-Friesland</td>
<td>1.6</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>- overig oostelijk grensland</td>
<td>-</td>
<td>3.3</td>
<td>2.3</td>
<td>1.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Overig buitenland</td>
<td>11.1</td>
<td>23.0</td>
<td>18.4</td>
<td>11.2</td>
</tr>
<tr>
<td>waarvan uit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Frankrijk</td>
<td>4.8</td>
<td>9.8</td>
<td>5.8</td>
<td>2.6</td>
</tr>
<tr>
<td>- Spanje en Portugal</td>
<td>3.2</td>
<td>4.9</td>
<td>-</td>
<td>5.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal buitenland</td>
<td>22.2</td>
<td>36.1</td>
<td>24.2</td>
<td>20.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Totaal geïdentificeerd</td>
<td>63</td>
<td>61</td>
<td>87</td>
<td>383</td>
</tr>
<tr>
<td>Niet geïdentificeerd</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

a. In % van het totaal per beroepsgroep en periode.
b. Tot 100 km.
c. In absolute cijfers.
d. In % van het algemeen totaal.

Bronnen: GA Amsterdam, Collegium medicum, 20-21; ibid., Gilden, 245-246, 251-252; GA 's-Gravenhage, College van Stadsdoctoren, 11.
Oostgrens van de Republiek. Het aaneengesloten gebied van Overijssel, Zutphen, Kleef en Anholt levert, samen met enkele kleinere grenstreken, een kwart van de Amsterdamse chirurgijnsknechts, één vijfde van de meester-chirurgijns. Deze situatie doet denken aan de zeer hoge chirurgijnspopulatie in minder welvarende delen van Zuid-West-Frankrijk, die door Gelfand is beschreven. Het lijkt mij niet onmogelijk dat ze ook dezelfde functie heeft gehad, nl. die van een springplank naar hoger, langs de weg van een zichtbaar in aanzien stijgend beroep, voor ambitieuze jongeren uit demografisch expansieve gebieden, waar de economische situatie nog geen adequate ontloopingsmogelijkheden bood. Onderzoek zou moeten worden in hoeveel deze jongeren ook in het vak volharden en zo ja, of ze te Amsterdam bleven, naar hun geboortestreek terugkeerden, of naar elders vertrokken.

Is deze hypothese juist, dan heeft het chirurgijnsmoederschap de sociale stijgingsfunctie geïmiteerd, en wellicht voor een deel overgenomen, die in een eerdere fase kenmerkend was voor de promotie in de medicijnen. Pas als systematische onderzoek is verricht naar zowel de ontwikkeling van de sociale herkomst van de chirurgijns als hun statuspositie aan het eind van hun carrière, kunnen daar zinvolle uitspraken over worden gedaan. Maar ook binnen de statusgroep van de medicinae doctores bleef de binnenlandse migratie betrekkelijk omvangrijk. Vanuit de aantallen gepromoveerden kan worden berekend dat alleen Amsterdam al 22% van de nieuwe artsen die uit Haarlem afkomstig waren opnam, 17% uit Leiden en Utrecht, 12% uit Delft en Alkmaar, 10% uit Den Haag, Dordrecht, Gouda, Rotterdam en Hoorn, maar ook nog 5 tot 7% uit het verre Groningen, Leeuwarden en Middelburg. In dit geval gaat het om een eindstation, waar de gepromoveerde niet-Amsterdamer zich gemiddeld 3 tot 4 jaar na zijn promotie vestigt. Dat geldt wellicht ook voor Den Haag, waar de interval wat ruimer is (6 tot 8 jaar). Andere steden zullen veelal een doorgangsstation zijn geweest, waar de kersverse arts praktijkervaring kon opdoen.

5. Opleidingsniveau en organisatiestructuur

In het voorgaande is al herhaaldelijk gewezen op de implicaties van het verschil in opleidingsniveau tussen de vier erkende medische beroepen. Het daarmee voortvloeiend prestigeverschil was in de standenmaatschappij in vergaande mate bepalend voor het ontstaan van een verticaal sociaal rangstelsel, waarin de medici (als leden van de academische statusgroep) bovenaan stonden, de vroedvrouwen helemaal onderaan. De organisatiestructuur van de medische sector neigde ertoe die


54 Ook in de cijfers over migrantenhuwelijken te Amsterdam, gepubliceerd door S. Hart, *Geschift en getal* (Dordrecht 1976) 150-158, ziet men het oostelijk grensgebied in de 18e eeuw duidelijk opkomen, hetgeen suggereert dat een belangrijk deel van de migranten ook te Amsterdam gevestigd bleef, althans niet onmiddellijk scheepging. De push-factor van de bevolkingsdruk in het Oosten zal hier samenspelen met de pull-factor van het prestige van de Amsterdamse chirurgijnopleiding. Overigens zal bij interpretatie van artsenmigratie ook moeten worden gedacht aan de mogelijke wervingskracht die van een vreemde herkomst, met haar illusie van nog onbekende vaardigheden, kon uitgaan; het is in dat perspectief niet ondenkbaar dat migratie om praktijkredenen bewust in de carrière werd ingebouwd.

De groeiende scheiding tussen medicinae doctores en chirurgen, wellicht in niet geringe mate veroorzaakt door de generalisering van het model van de academisch gevormde arts, die veel minder schaars werd en zijn prestige moest gaan verdedigen tegen beunhazen met geïsurteerde titel, leidde ertoe dat in de loop van de 17e eeuw daar waar dat mogelijk was collegia medica werden opgericht. Eerste taak het was de doktersbullen te controleren en zo het sociaal aanzien van de groep praktiserende geneesheren te verdedigen. Pas in tweede instantie kwam daar een toezichthoudende taak over de lagere beroepsgroepen bij, eerst ten aanzien van de leerlingen en kandidaten (dus door handhaving van het kwaliteitsniveau bij de instroom), later, vooral in de 18e eeuw, ook steeds meer ten aanzien van de praktijkvoering binnen die beroepsgroepen zelf. Van opzichter bij het examen wordt de medicus dan tot inspecteur over heel de sector. Het verdient opmerking dat een van de hoofdkenmerken van het professionaliseringproces, nl. de groeiende zelfregulering van de beroepsgroepen door vakgenoten, en dus niet door leken (bv. vertegenwoordigers uit de regering), in de medische sector al in een vroeg stadium werkelijkheid werd.

Op grond van hun kennis van het Latijn (‘potjes-Latijn’, soms op een Latijnse school verworven, maar niet zelden gewoon in de winkel aangeleerd) pretendeerden de apothekers tegen de academische beroepsgroep aan te leunen en in elk geval een nering hors pair te zijn.\footnote{Het vereiste van Latijnse kennis kreeg uiteraard een wetenschappelijke legitimering (de noodzaak van nomenclatuur) die we bv. nog terugvinden in het KB van 8 hooimaand 1809 houdende verbod om over geneeskundige materie in het Nederlands te examineren (vgl. J. H. Sypkens Smit, Leven en werken van Matthijs van Geuns M.D. 1735-1817 (Assen 1953) 490, 493). Maar uit sociaal oogpunt is het tekenend dat nog lang nadat de uitgave van Nederlandstalige farmacopeeën het Latijn in de farmacie eigenlijk overbodig had gemaakt, krampachtig aan het vereiste werd vastgehouden.} In de 17e eeuw komt men inderdaad nogal wat latere apothekers aan universiteiten tegen, een enkeling was zelfs gepromoveerd – maar in de 18e eeuw komt dat nauwelijks meer voor. Niet dat het opleidingsniveau verminderd zou zijn, maar de apothekersgilden hebben er dan om corporatieve redenen behoefte aan gekregen het technische aspect van hun vak te benadrukken tegenover het universitair-theoretische; ze nemen de opleiding dus uitdrukkelijker in eigen hand. Slechts de hortus blijft, als praktisch handboek van de natuur, in hun ogen
genade vinden. Zulke maatregelen bedoelden de branchevervanging tegen te gaan die apotheekhoudende artsen teweegbrachten; ze leidden tot identieke reacties bij de geneesheren, die de apothekers ziekenbezoek, piskijken, recepten uitschrijven en later ook inenten wisten te verbieden. Niettemin is het de apothekers in de loop van de 17e eeuw vrijwel overal gelukt het alleenrecht op artsenijbereiding in handen te krijgen en apotheekhoudende artsen te dwingen het gelde genoegdoening te geven. De verhoudingsgewijs zeer late oprichting van apothekersgilden (gewoonlijk pas in de tweede helft van de 17e eeuw, door afscheiding uit dat van kramers, kruiderijers en vettevarten) wijst erop dat die competentiestrijd pas gestreden werd toen de beroepen al duidelijke contouren hadden aangenomen. Met het oog op interne kwalificatieverhoging werd vervolgens overgegaan tot codificatie van de beroepstechniek in de vorm van farmacopeeën, d.w.z. voorschriftenboeken voor de artsenijbereidkunde. Niet toevallig is die van Amsterdam (1636), het machtigste gelde, het bekendst geworden en heeft ze model gestaan voor de Pharmacopoea Batava (1805) die als eerste nationale geldigheid kreeg. De hechter theoretische basis die het farmaceutisch beroep zich daarmee gaf, heeft tegelijk de geneesheren in de kaart gespeeld. Juist als theoretici wisten zij de hoogste verantwoordelijkheid voor de gezondheidsstoestand te verkrijgen. Aan het eind van de 18e eeuw hadden zij vrijwel overal het inspectierecht over de apotheken, het alleenrecht geneesmiddelen voor te schrijven, en vaak ook nog een forse vinger in de pap in gildezaken. Niet alleen in het sociale rangstelsel, ook professioneel is de apotheker dan in belangrijke mate ondergeschikt gemaakt aan de gepromoveerde geneesheer. Dit was mogelijk geworden omdat het competentieterrein van beide beroepen gaandeweg volledig gescheiden was.

De chirurgijns maken in zekere zin een ontwikkeling in omgekeerde richting door. Aanvankelijk professioneel aan de artsen ondergeschikt door een duidelijke arbeidsdeling, komen zij door de veranderingen in het opleidingssysteem, de wetenschapsontwikkeling en het recruteringsveld juist veel dichter bij de artsen te staan en zijn ze er uiteindelijk nog slechts door een statuskenmerk (de titel) van gescheiden. 57 In eerste instantie bleef de opleiding strikt beperkt tot praktijkvorming bij een meesterchirurgijn aan huis (of, in een gevarieerder vorm, in het leger of op de vloot), en wel steeds binnen het gelde. Vanaf het eind van de 16e eeuw wordt deze vorming steeds vaker aangevuld met systematisch ontleed- en heelkundig onderwijs door (of onder supervisie van) een daartoe van hogerhand aangesteld theoretisch geschoolde geneesheer. 58 De ‘anatomische les’ vormt de symbolische uitdrukking van die dan nieuwe meester/lereling-verhouding tussen geneesheer en heelmeester en bezegelt voorlopig de scheid van beide beroepsgroepen; het verdwijnen van dat schelderthema in de 18e eeuw is een uiting van de transformatie van de relatie tussen de afgebeelden.

57 Zie voor het volgende: Van Andel, Chirurgijns, 25-51, 139-147; Th. Boesman, De examens in de chirurgijngilden (Utrecht 1942); I. H. van Eeghen, De gilden, theorie en practijk (Bussum 1965) 72-100. Overigens hooft verhoging van het scholingspeil bij heelkundigen niet zonder meer tot vergroting van het aanzien te leiden; bepaalde geneeswijzen (bv. chirurgie) worden juist gezocht om hun veronderstelde natuurlijke, niet aangeleerde aspecten. De ontwikkeling staat dus in verband met de doorbraak van een bepaald wetenschapsparadigma.

58 Overigens probeerde de Leidse senaat in 1599 tevergeefs een graad in de chirurgie in te stellen die vrijstelling zou verlenen van het gelde-examen; vgl. P. C. Molhuysen, Bronnen tot de geschiedenis der Leidse universiteit (7 dln; ’s-Gravenhage 1913-1924) I, 117.
De beroepsorganisatie zelf is veel ouder dan die hiërarchische relatie: afzonderlijke gilden van barbiers en chirurgiëns bestonden al vanaf de late 15e eeuw. Significatief is echter dat de meeste gilden vanaf het eind van de 16e eeuw werden gereorganiseerd, waarbij tegelijk een naamsverschuiving optrad van ‘barbiers’ naar ‘chirurgiëngilde’. Die omdoping luidt een nieuwe fase van de beroepsvolkskundige en het beroepsbewustzijn in. Niet alleen wordt het kwalificatieniveau strakker gecontroleerd door regulerings van de meesterproef, ook wordt langs die weg een hiërarchische arbeidsdeling ingevoerd omdat de niet toegelaten kandidaten wel scheerwerk en enkele lagere chirurgische handelingen mocht verrichten. Het barbierswerk wordt nu dus geringer geacht dan de heilkunde. De vaak negatieve uitlevingen over de kwaliteit van de praktijkvoering van de chirurgiëns moeten dan ook met een flinke korrel zout worden genomen – ze komen gewoonlijk van medici die zich om statusredenen en uit angst voor branchevervaging tegen de stijgende beroepsgroep afzetten. De in de 18e eeuw steeds algemener eis dat de kandidaat een duideveld instrumentarium moet bezitten wijst integendeel op een verhoging van de technische standaard, evenals de invoering van meer theoretische, althans op rationele en systematische kennisvorming gerichte examenonderdelen.

De 18e eeuw wordt dan ook gekenmerkt door een groeiende verstrekeling van beide beroepsgroepen op de plaatsen en terreinen waar dat mogelijk was: (stads)chirurgiëns met een doctorstitel en dus een minstens gedeeltelijk theoretische opleiding; studie van anatomie aan de universiteiten door chirurgiëns, maar ook opleiding van chirurgiëns en apothekers door universiteitsdocenten buiten universitair verband, heenkundestudie door geneesheren, die een studiereis naar het toenmalig Mekka van de chirurgie, Parijs, tot een verplicht onderdeel van hun vorming maakten; sociale verstrekking ook, zoals hierboven is gebleken. Met name de vroedmeesters (acoucheurs), vaak in de praktijk gevormde chirurgiëns met een aanvullende universitaire opleiding in de theoretische anatomie, hebben, als eerste groep specialisten die zich uit de erkende medische sector zelf afscheide, een scharnierfunctie tussen beide beroepen vervuld en de grenzen ertussen in de loop van de 18e eeuw doen vervagen. Zowel arts als chirurgijn kunnen zich uiteindelijk zonder risico van statuusverlies vroedmeester noemen. Maar vermoedelijk zijn de chirurgiëns zich er bij dit ontwikkelingsproces van bewust geweest dat ze feitelijk een sterkere positie innamen dan de gepromoveerden. Dat zou althans hieruit kunnen blijken dat zij niet, zoals de apothekers, zich aan het statusverlenerende Latijn probeerden op te trekken, maar juist met man en macht trachten dit bij het heelkundig onderwijs aan de universiteiten te doen afschaffen. Dat het verzet van de artsen daartegen nauwelijks meer

59 Is het toeval dat de Utrechtse departementale commissie o.l.v. prof. M. van Geuns bij haar visitatie in 1811 alle apothekers op één na als ‘zeer goed’ kwalificeerde, maar de helft van de chirurgiëns als ‘middelmatig’ tot ‘slecht’ (AN, F 17 1344-36, piece 361)? Het kwaliteitscriterium zal bij de beoordeling van de chirurgiëns meer naar de arts toe bijgesteld zijn dan in het geval van de apothekers.

60 Zo leidde de Harderwijkse hoogleraar B. F. Suerman tevens leger- en plattelandschirurgiëns op, blijkt een rekening aan Fontanes van 6 februari 1812 (AN, F 17 1576).


was dan een achterhoedegevecht blijkt al rond 1700, wanneer de Haagse magistraat de med.dr. Hendrik van Deventer, een verlokwijde oud-chirurgijn die het Latijn niet machtig was, tegen de weigering van diens eigen collegium medicum in bescherming neemt.63

Zoals Parijs de toon aangaf in heilkundig Frankrijk, deed Amsterdam dat in Nederland: daar schijnt de scheiding tussen barbiers en chirurgijns het eerst te zijn getrokken, daar was het vormingscircuit het verst uitgebouwd, daar werd in 1731 door overman Titsingh het mes gezet in al wat niet strikt met de belangen van het gilde als beroepsorganisatie overeenkwam, daar speelde in 1746 het grote competentieconflict met de medici over het vroedmeestersexamen, daar kwam tenslotte ook, ter voltooing van de toenadering tot de gepromoveerden, het eerste wetenschappelijk gezelschap van chirurgijns tot stand: het Genootschap ter bevordering der heilkunde (1790).

De ontwikkeling van de beroepsgroep van de vroedvrouwen is in dit verband het meest dubbelzinnig geweest.64 Enerzijds zien we duidelijke aanzetten tot professionalisering: vergroting van het pakket opleidingseisen (eerst leerjaren, dan tevens anatomisch onderricht en een stage bestaande uit verplichte aanwezigheid bij een minimum aantal bevallingen) en toelatingscriteria (leeftijd, burgerlijke staat, kindertal, reputatie, confessie, cultureel niveau).65 Maar deze accumulatie van praktische en theoretische kennis en sociale filtering leidt niet tot de positieverhoging binnen het medisch rangstelsel die er logischerwijs uit had moeten voortvloeien. Deze wordt verhinderd door een dubbele tegendraadse ontwikkeling. In de eerste plaats door de medificatie van de verloskunde: alleen de probleemflloze geboorten bleven het normale werktoneel van de vroedvrouw vormen; zodra instrumenteel ingrijpen was vereist, dus bij complicaties, ging de verantwoordelijkheid onmiddellijk over naar de medische hiërarchie waaruit zij werd buitengesloten (heel- en geneeskundigen, en vanaf de 18e eeuw tevens de vroedmeester).66 Die uitsluiting van de vroedvrouw heeft, ten tweede, ontegenzeggelijk te maken met de veranderende...

66 Deze rolwisseling zou preciezer moeten worden gedateerd. Twee fasen schijnen te kunnen worden onderscheiden: in de 16e-17e eeuw monopolisering van de instrumentele tussenkomst door de heelmeesters (om corporatieve redenen), en vervolgens een seksergiecht ontwikkeling waarbij de medische beroepspstand zelf vermannelijk en de vrouw alle medische handelen verbiedt. Opmerkelijk is dat die rolwisseling ook bij de alternatieve geneeswijzen kan worden bespeurd.
plaats van de vrouw in de samenleving, met de vermannelijking van de wetenschapsbeoefening en met de transformatie van het wetenschapsparadigma zelf, waarin geen plaats meer was voor het ‘vrouwengeheim’ rond de geboorte. Zo werd de medische technologie uit de vroedvrouwfunctie gejaagd en is het beroep een ongespecialiseerde bezigheid gebleven, medisch veeleer gedefinieerd door wat niet dan door wat wel mag, en dus ook constant ten prooi aan concurrentie van ‘noodhulp’ en bakers. Het negatieve oordeel van veel vroedmeesters en andere geneeskundigen van de vroegere vroedvrouwpraktijk valt ongetwijfeld voor een groot deel terug te voeren op de scherpe concurrentiestrijd tussen beide groepen. Gezien de veranderende seksverhoudingen in de samenleving kon de vroedvrouw die onmogelijk winnen. De vroedmeesters hadden in werkelijkheid dus een dubbel voordeel op de concurrente beroepsgroepen: als man wisten ze de vroedvrouw aan zich ondergeschikt te maken; als eerste specialisten binnen de medische sector wisten ze alle mannelijke concurrenten, de gepromoveerde artsen niet uitgezonderd, verloskundige bijstand te verbieden als niet eerst het vroedmeestersexamen was afgelegd. Daarmee waren ze aan het eindpunt van de hier behandelde periode wellicht verder voortgeschreden op de professionaliseringsweg dan welk ander medisch beroep ook.

6. Financiële positie

De financiële positie is een laatste maatstaf ter bepaling van de statushiërarchie. Ook op dit terrein is nauwelijks systematisch onderzoek verricht voor de Republiek in haar geheel, zodat ook hier weer moet worden volstaan met enkele steekproeven aan de hand van materiaal waarvan noch de mate van betrouwbaarheid noch de representativiteit steeds even zeker is. Bij wijze van uitgangspunt geeft tabel 4 het gemiddeld vermogen van de beoefenaren van enkele medische en vergelijkbare beroepen op twee tijdstippen in 17e-eeuws Den Haag, en vervolgens het gemiddeld inkomen van diezelfde beroepsbeoefenaren in een aantal Hollandse steden volgens de taxaties van de kohieren voor het familiegeld van 1674 en 1715 en de personele quotisatie van 1742. De problemen die dit soort materiaal stelt, mogen bekend worden verondersteld. Bovendien gaat het hier uitsluitend om de vermogens en inkomens die boven de aanslaggrens liggen. Met name beroepen waarvan het gemiddelde tegen die grens aanligt, zullen hier overgewaardeerd zijn, omdat de minder gefortuneerden of verdienenden immers onttrokken (bv. de schoolmeesters).

---


69 H. E. van Gelder, ‘Haagse cohieren’, *Jaarboek *Die Haghe*’ (1913) 9-67; (1914-15) 1-117.

De hier gepresenteerde cijfers mogen dan ook niet naar hun absolute waarde worden beschouwd, maar alleen in hun onderlinge verhouding.

Tabel 4: Vermogenspositie en inkomen van medische en vergelijkbare beroepen in Holland, 17e-18e eeuw

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beroepsgrup</th>
<th>Gemiddeld vermogen Den Haag</th>
<th>Gemiddeld vermogen Rotterdam + Leiden</th>
<th>Gemiddeld getaxeerd inkomen Delft + Gouda + Haarlem + Leiden</th>
<th>15 stemhebbende steden (zonder Amsterdam)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>abs.</td>
<td>rel.</td>
<td>abs.</td>
<td>rel.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Medisch</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Chirurgijn</td>
<td>8860</td>
<td>40</td>
<td>5400</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Apotheker</td>
<td>6250</td>
<td>28</td>
<td>6410</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Med. doctor</td>
<td>24570</td>
<td>112</td>
<td>17830</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Juridisch</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Notaris</td>
<td>6200</td>
<td>28</td>
<td>4500</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Procureur</td>
<td>8960</td>
<td>41</td>
<td>11490</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Solliciteur</td>
<td>17630</td>
<td>80</td>
<td>11670</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Advocaat</td>
<td>22030</td>
<td>100</td>
<td>23990</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Overig</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landmeter, ingenieur</td>
<td>4330</td>
<td>19</td>
<td>4450</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Schoolmeester</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Praeceptor</td>
<td>7000</td>
<td>32</td>
<td>5200</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoogleraar</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>7000</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Priester</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Predikant</td>
<td>5000</td>
<td>23</td>
<td>13020</td>
<td>54</td>
</tr>
</tbody>
</table>

a) In guldens afgerond op het naaste tiental. Weduwen niet meegeteld.
b) Advocaat = 100.

Als we de ontwikkeling bij de advocaten, de academische tegenhangers van de geneesheren, als maatstaf nemen, treedt er een dubbele tendens aan de dag. Stonden advocaat en geneesheer aanvankelijk op dezelfde voet, met het verstrijken van de jaren wordt de financiële positie van laatstgenoemde ongunstiger. Hij nadert daar- entegen steeds meer het inkomensniveau van de derde academische beroepsgroep, de geestelijkheid, die toot de stijgende categorieën behoort, terwijl de afstand tot de praecptores, de vierde academische beroepsgroep, eveneens gering wordt. Het middelbaar onderwijspersoneel staat naar inkomensniveau heel duidelijk boven de schoolmeesters (waarvan er, gezien de aantallen in de kohieren, velen onder de aanslaggrens moeten hebben gezeten – vermogen bezaten ze al helemaal niet) maar op hetzelfde peil als de steeds dicht bij elkaar staande apothekers en chirurgijns. Daarbij moet worden aangetekend dat het inkomen van beide laatstgenoemden vermoedelijk gelijkmatiger over hun carrière verdeeld was dan dat van een medicus die eerst een praktijk moest opbouwen. Globaal gezien maakt de medicinae doctor

71 Voor een eerdere periode: Groenhuis, De predikanten, 133-150.
72 Zo ried de beroemde vader van de Deventer hoogleraar Tyssot de Patot een van zijn andere zoons aan ‘qu’il lui seroit bien plus convenable de lever une boutique [d’apothicaire] que de prendre le Grade Doctorale[en medecine] et manger son bon et attendant du tems a gagner sa vie par son savoir, puisqu[e] cs messieurs ne gagnent ordinairement du pain que lors qu’ils sont desageez’: A. Rosenberg, Tyssot de Patot and his work, 1655-1738 (s-Gravenhage 1972) 201.
zich langzamerhand los uit de top waartoe hij eerst met twee andere academische beroepen (advocaat, hoogleraar) behoorde. Zijn plaats wordt niet toevallig ingenomen door technici en praktijks, twee subgroepen die een wezenlijke rol spelen in het zich ontwikkelend netwerk van staat en samenleving. Tegelijk gaat de medicus samen met de geestelijkheid en het notariaat (‘de dominee, de dokter, de notaris’ ... ) een tussengroep vormen die weliswaar dichter bij het daaropvolgende cluster komt te staan (apotheekers, chirurgen en praeceptores), maar toch duidelijk enige afstand blijft bewaren.

Tabel 5 geeft voor een veertigtal beroepen aanschouwelijk weer welk punt deze ontwikkeling in de Hollandse steden in 1742 had bereikt. De arts behoorde niet (meer) tot de hoogste inkomensgroepen, maar staat nog duidelijk boven het cluster van de middelbaar onderwijsgevenden en de lagere geneeskundigen. De verdiensten van de vreedvrouw, hier schaars vertegenwoordigd omdat haar inkomen gewoonlijk onder de aanslaggrens van f 600 moet zijn gebleven, liggen ten hoogste in de orde van die van de schoolmeesters en de lagere kerkelijke functionarissen, maar vermoedelijk nog lager. Het schema maakt vooral duidelijk hoe groot de afstand is geworden tussen de juridische sector en de overige vrije en aanverwante beroepen. Grotius’ ‘non satis dignitatis’ is een eeuw later nog steeds onverkort geldig maar er zou bovendien een ‘non satis pecuniae’ aan kunnen worden toegevoegd.

De relatieve achteruitgang van het inkomen van de gemiddelde arts en de stijging van dat van de chirurgen zouden moeten worden geverifieerd aan de hand van materiaal uit het eind van de hier besproken periode. Opmerkelijk is in elk geval dat de medici zeldzaam zijn op de lijsten van de 100 hoogstaanslagenen uit de Franse tijd; in Rotterdam vinden we er slechts één, terwijl in Amsterdam in de staart van de lijst één chirurgijn met 10.000 francs boven één arts en één apotheker met elk 8000 francs staat. In Friesland komen slechts twee chirurgen met ca. 4000 francs op de lijst voor, maar geen gepromoveerd medicus. Op het platteland van de Westereems vinden we onder 600 aangeslagenen slechts één chirurgijn, overigens als rentenier. Alleen in het royaal van renteniers voorziene en relatief verarmde Middelburg komen, met inkomen tussen de 2000 en 20.000 francs één heemmeester.


74 In Harlingen vindt men in 1749 hetzelfde beeld (J. Faber, Drie eeuwen Friesland. Economische en sociale ontwikkelingen van 1500 tot 1800 (2 dln.; Wageningen 1972) II, 530), maar in de Friese dorpen lag het chirurgijnsinkomen veelleer in de orde van dat van de schoolmeester (t.z.p. II, 526-529).

526-529.

75 Uiteraard weer met uitzondering van de coryfeeën. Zo zou prof. M. van Geuns rond 1790 alleen al uit zijn (in hoofdzaak verloskundige) praktijk te Harderwijk jaarlijks f 3000 à 4000 hebben getrokken, op een totaal inkomen van ca. f 6000 (Sypkens Smit, Matthias van Geuns, 68-69).


77 Faber, Drie eeuwen Friesland II, 704-705.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geschat inkomens in guldens</th>
<th>Juridische sector</th>
<th>Medische en technische sector</th>
<th>Kerkelijke sector</th>
<th>Onderwijs en opvoeding</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7000</td>
<td>raadsheer (36)&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td></td>
<td></td>
<td>hoogleraar, lector (19)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>pensionaris (13)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6000</td>
<td>solliciteur militair (20)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5000</td>
<td>procureur (39)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4000</td>
<td>advocaat (62)</td>
<td>landmeter (8)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3000</td>
<td>notaris &amp; procureur (37)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>notaris (79)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>doctor medicinae (112)</td>
<td></td>
<td>predikant (90)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>drogist (28)</td>
<td></td>
<td>priester (46)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1500</td>
<td>chemist (2)</td>
<td>architect (1)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>apotheker (126)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1000</td>
<td>chirurgijn (140)</td>
<td>barbier, pruimenmaker (32)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>breukmeester (1)</td>
<td>vroedvrouw (5)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>900</td>
<td>solliciteur (5)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>800</td>
<td>ziekentrooster (8)</td>
<td>organist (13)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>voorzanger (9)</td>
<td>katechiseermeester (3)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>700</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>600</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(aanstagsgrens)

<sup>a</sup> Tussen ( ) het aantal getelde beroepsbeoefenaren.
<sup>b</sup> Schoolmeesters (43), binnenvaders en -moeders (23), meesters in muziek (8), talen (4), schrijfkunst (2), schermen (1), wiskunde (1).

en 8 medicinae doctores (waarvan één als directeur van het postkantoor) onder de 100 rijksten voor.\(^79\)

**Besluit**

Het zal duidelijk zijn dat de vraag naar de maatschappelijke status van geneeskundigen tijdens de Republiek niet eenduidig kan worden beantwoord, en wel omdat de vroegmoderne periode, die grotendeels het bestaan van de Republiek overlapt, niet door een sociaal-cultureel continuüm wordt gekenmerkt, maar juist de eerste, wezenlijke grondslagen legt voor de transformatie van de oude medische beroepen, die in de wetgeving van de 19e eeuw definitief haar beslag zal krijgen. Het verticale rangstelsel van corporatieve aard dat de medische sector aan het begin van onze periode kent, wordt van binnenuit, door professionele ontwikkelingen, uitgehoud en brengt een onderlinge herordering van de medische beroepen tot stand. De status-groep wordt daarbij als ordenend beginsel vervangen door de beroepsgroep, waarbinnen de technische specialisatie (het kwalificatieniveau) de overhand gaat krijgen op het theoretisch inzicht. Dat proces leidt zowel op beroepstechnisch als op sociaal vlak tot een toenadering tussen de geneesheren en de heelmeesters. Ze gaan – weliswaar nog niet officieel, maar wel feitelijk – samen één medische beroepsgroep vormen waarbinnen taakverdeling plaatsvindt volgens een nieuw criterium: niet meer op grond van het opleidingsniveau of van een theoretische scheiding tussen inwendige en uitwendige geneeskunde, maar in functie van een medisch-technisch kwalificatiebeginsel, dat de kloof tussen ‘wetenschap’ en technologie steeds kleiner maakt en een steeds samenhangender wetenschapsbeeld creëert. Van geleerde wordt de geneesheer zo een practicus. Niet de sociale status, maar de sociale functie gaat thans een overheersende rol spelen in het zelfbewustzijn van zijn beroepsgroep – daarmee ontstaat tevens een embryo van collectief beroepsethos dat de oude hippocratische deontologie transformeert. De chirurgijn komt de geneesheer bij die ontwikkeling halverwege tegemoet. Maar om de oude corporatieve tegenstellingen te overbruggen is een nieuwe beroepstak nodig. De verloskunde, het eerste specialisme dat binnen de erkende medische sector zelf opkomt, gaat die rol spelen.

Reeds in het bestek van onze periode constateren we dus verschillende ontwikkelingen die gewoonlijk kenmerkend worden geacht voor de 19e-eeuwse professionaliseringsproblematiek: een steeds hogere organisatiegraad, met steeds duidelijker afbakening van de beroepsgroepen; een voortdurende verbetering van het opleidingsniveau; een groeiend intern, corporatief toezicht op de praktijkvoering en een steeds effectiever verzet tegen beunhazerij – dank zij de medewerking van de overheid die door de geneeskundigen van het maatschappelijk belang van een dergelijke beroepregulatie werd overtuigd; tenslotte uittanding van de niet-medische beroepsaspecten en afgrenzing van de beroepen van binnenuit door regulering van de instroom via examens.

Het is niet onmogelijk dat juist de functionalisering van de medische sector de sociale afstand ten aanzien van met name de juridische en bestuurlijke sector heeft vergroot. Ook het groeiend overwicht van het overheidsapparaat in de besluitvor-

\(^{79}\) A. Mulder, ‘De honderd hoogstaangeslagenen te Middelburg in 1812’, *ESHJb* 17 (1931) 81-116.
ming op maatschappelijk gebied zal daarmee te maken hebben gehad. Was het artsenberoep in eerste instantie niet decept genoeg voor juristenfamilies, aan het eind van de periode was het vermoedelijk ook bestuurlijk niet relevant genoeg meer voor zulke kringen. De heroriëntatie van de medici in de richting van een beroepsgroep had tevens de verstrenkeling met de hoger gesitueerde milieu minder sterk gemaakt. In dat licht moet de 19e-eeuwse professionaliseringsfase van de geneeskundigen veeleer worden gezien als een strategie om verloren status door middel van mora-

lisering van de functie te herwinnen. Ook daartoe kende de 18e eeuw echter al aanzetten in de vorm van de opkomst van een sociaal verantwoordelijkheidsgevoel van de geneesheer voor de volksgezondheid in haar geheel.80

Ook in het extern beroepsbeeld van de geneeskundige drong die mutatie door. Is het tot in de vroege 18e eeuw nog ál satire wat de klok slaat – Chaucer, Petrarcha, Molière en Swift zijn daar de grootmeesters van geweest –, aan het eind van de 18e eeuw wordt de medicus niet langer om zijn onkunde gekritiseerd, maar nog slechts om handelingen die zijn professie te buiten gaan, bv. op politiek gebied.81 Huisarts

dorpsdokter worden dan overwegend positieve figuren, die weldoende rondgaan en de gemeenschap stichten. Al kan de arts ons niet van de dood reden, meende Goethe, hij kan ons tenminste een plezieriger leven schenken.82 Daarmee heeft hij een haalbare functie gekregen, als adviseur in levenszaken en specialist in lichama-
nsrevalidatie, twee aspecten die vanaf dat ogenblik beroepsbeeld en status zouden gaan bepalen. Die nieuwe collectieve ambitie zou de arts in de 19e eeuw de dignitas verlenen die hij zolang had gemist.

Erasmus Universiteit
Rotterdam


der Wetenschappen 1753-1917 (Haarlem en Groningen 1977) 33-42. IJ. van Hamelsveld, De zedelijke toestand der Nederlandsche natie op het einde der 18e eeuw (Amsterdam 1791) 174-176, kent een adviserende rol toe, die in dit raam past. Het zich hier ontwikkelende beroepsethos hangt uiteraard samen met de doorbraak van het nieuwe denken, dat de beheersbaarheid van de natuur poneerde, door onderzoek naar de innerlijke rationaliteit ervan. Vgl. M. Jandolo, La personalità del medico nel corso dei secoli (Rome z.j.) 107-110; T. D. Murphy, 'The French medical profession's perception of its social function between 1776 and 1830', Medical history 23 (1979) 259-278;

81 De Lint, Geneeskundige volksprenten, 28-42.