

MEDISCHE ENCYCLOPEDIË EN SOCIAAL-CONSTRUCTIVISME

Twee hoofdstromen in de medische historiografie¹

Frank Huisman

"Ziekte bestaat niet." Met deze even kernachtige als prikkelende uitspraak deed de historicus François Delaporte in de jaren tachtig het nodige stof opwaaien.² Sinds de publikatie van zijn boek over de cholera-epidemie van 1832, waarin hij de relatie tussen de geneeskunde en de samenleving analyseert, heeft Delaporte veel weerstand en onbegrip ontmoet. Zijn critici wezen hem op het bestaan van de kummabacil, de verwekker van de *cholera asiatica*. Maar Delaporte had het bestaan van bacillen nooit ontkend. Met zijn boek wilde deze leerling van Michel Foucault laten zien dat de wereld slechts gekend wordt via de begrippen waarmee we haar aanduiden; ziektebegrippen kunnen bijgevolg geen absolute werkelijkheidswaarde hebben. Met deze stellingname voerde hij een frontale aanval uit op de zogenaamde ontologische ziekteopvatting, volgens welke ziekte wordt beschouwd als een universele, altijd en overal aan zichzelf gelijkblijvende eenheid.³ In het medisch-historisch onderzoek diende de nadruk volgens Delaporte niet te liggen op ziekten, maar op discursieve medische *praktijken*.

Met zijn boek plaatste Delaporte zich op een extreem standpunt in een discussie die al enige tijd woedde. Het medisch-historisch onderzoek had in de loop van de jaren zeventig een zodanige wending genomen dat de redactie van de *Journal of the history of medicine and allied sciences* in 1980 meende te moeten waarschuwen tegen het ontstaan van een medische geschiedenis zonder geneeskunde.⁴ Zij constateerde dat de meeste medisch-historici van voor de Tweede Wereldoorlog - professioneel of amateur - nog een medische opleiding hadden genoten. Ze hadden zich deel geweten aan een lange en eerbiedwaardige traditie, en belang gesteld in de wordingsgeschiedenis van hun eigen vak. Na de oorlog hadden steeds meer niet-medici hun intrede gedaan, hetgeen had geleid tot studies waarin de 'echte' geneeskunde steeds meer naar de marge was verdronken. Ook in Nederland stond men wantrouwend tegenover de nieuwe

1 Graag bedank ik prof.dr. K. van Berkel voor zijn opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel, dat mogelijk werd gemaakt door de financiële steun van de Stichting voor Historische Wetenschappen (SHW), die wordt gesubsidieerd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

2 François Delaporte, *Disease and civilization. The cholera in Paris, 1832* (Cambridge 1986).

3 G.A. Lindeboom, *Begrippen in de geneeskunde* (3e druk; Amsterdam 1982) 34-36.

4 'Medical history without medicine. Editorial', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 35 (1980) 5-7. Zie ook Genevieve Miller, 'New directions in medical history', *Clio medica* 11 (1976) 75-77, dat een minder alarmerende toon aanslaat.

ontwikkelingen. Hier was het Gerrit Arie Lindeboom, hoogleraar aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, die zijn bezorgdheid over de nieuwe trend uitsprak. Met spijt constateerde Lindeboom, de *éminence grise* van de geschiedenis der geneeskunde in Nederland:

De nieuwe theorieën zijn uiterst kritisch en negatief opgesteld tegen het volgens haar zo lang gekoesterde beeld van een geleidelijke en gelijkmatige ontwikkeling der wetenschap op het stijgende pad der vooruitgang. Die idylle, zo ze bestaan heeft in de medische wetenschapsgeschiedenis, is wreed verstoord.⁵

Lindeboom betreunde het dat beoefenaars van niet-medische disciplines zich bemoeiden met de geschiedenis der geneeskunde en constateerde: "De sociologie is een wetenschap die met min of meer agressieve methoden allerlei wetenschappen, zelfs de theologie, binnendringt."⁶ Het meest gruwde hij nog van de consequentie die de nieuwe methode had: discontinuïteit in de gang der geschiedenis. De historistische werkwijze van de sociaal-historici ervoer Lindeboom als een bedreiging voor zijn positivistische vooruitgangsgedanken. Zijn wrevel lijkt vooral te zijn voortgekomen uit het feit dat hij moest erkennen dat de nieuwe benadering meer recht deed aan het verleden dan de traditionele. Hoe dat ook zij: door het ontstaan van een nieuwe generatie medisch-historici en door de kritiek die hun werk aan de oudere generatie ontlokte, werd duidelijk dat in de hedendaagse medische historiografie twee hoofdstromingen vallen te onderscheiden. In het onderstaande worden ze aangeduid als de pragmatisch-encyclopedische en de sociaal-constructivistische traditie. De eerste heeft haar oorsprong in de vroege negentiende eeuw, de tweede ontstond in het midden van de twintigste eeuw.

Pragmatische geschiedenis en de encyclopedie der geneeskunde

Men mag de geschiedenis der geneeskunde een 'comedy of human errors' noemen. Ik heb er vrede mede, mits men niet vergete dat de voorhang nog niet is gevallen.

- E.C. van Leersum⁷

Eeuwenlang is de geschiedenis van de geneeskunde niet als zelfstandige discipline erkend of beoefend. De geschiedenis vormde - tezamen met de filologie - een integraal onderdeel van het vak geneeskunde. Tot omstreeks het midden van de negentiende eeuw bestond een belangrijk deel van de medische studie uit het reproduceren en becommentariëren van Griekse en Latijnse teksten. De studie van de klassieke teksten stond volledig in dienst van de

5 G.A. Lindeboom, 'De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde - vandaag', *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 122 (1978) 1064-1067, aldaar 1065.

6 Ibidem, 1065.

7 E.C. van Leersum, *De arts en de geschiedenis zijner wetenschap* (Leiden 1904) 32.

eigentijdse beoefening van de geneeskunde. In een wetenschappelijke verhandeling probeerde de auteur zijn eigen visie te verduidelijken door aan te geven welke van die teksten voor hem betekenisvol waren.

In de loop van de negentiende eeuw werd deze bijna symbiotische relatie tussen historische theorie en moderne praktijk verbroken. Aan het eind van de achttiende eeuw was voor het eerst de gedachte ontstaan aan de mogelijkheid van een evolutie van medische kennis.⁸ Onder invloed van de Romantiek werd het besef van discontinuïteit tussen heden en verleden nog vergroot.⁹ In zekere zin werd toen het moderne historische besef geboren. Heden en verleden kwamen in een veel minder directe en vanzelfsprekende relatie tot elkaar te staan en in de geschiedschrijving kwam ruimte voor noties als verandering en vooruitgang. De *geschiedenis* van de geneeskunde verloor daardoor de innige relatie met de *beoefening* ervan. Bijgevolg boette de historisch-filologische methode aan praktische betekenis in.

Geboorte van de pragmatische traditie

Toch verloor het verleden van de geneeskunde haar betekenis voor het heden niet geheel. De temporisering van het verleden impliceerde weliswaar de veranderlijkheid van het medische gedachtengoed, maar het traceren en verklaren van het hoe en waarom van die veranderingen werd nog steeds van waarde geacht. Van de geschiedenis kon men leren; zij had praktisch nut voor het heden. Om die reden wordt deze geschiedopvatting wel pragmatisch genoemd. Kurt Sprengel (1766-1833), hoogleraar aan de medische faculteit van de universiteit te Halle, geldt als de grondlegger van de 'moderne' medische historiografie. Zijn invloed heeft zich gedurende de gehele negentiende eeuw doen gelden. Sprengel zette de breuk tussen heden en verleden sterk aan door het wezenlijke verschil tussen historische en moderne medische verhandelingen te benadrukken. In 1792 verscheen het eerste deel van zijn *Versuch einer pragmatische Geschichte der Arzneykunde*, dat uiteindelijk vijf delen zou omvatten.¹⁰ Die titel was een beginselverklaring. Met dit boek initieerde Sprengel de pragmatische geschiedopvatting in de geschiedenis der geneeskunde, waarvan hij de geestelijke vader werd. Mits op de juiste wijze beoefend gaf de geschiedenis aanleiding tot:

8 O. Temkin, *Galenism. Rise and decline of a medical philosophy* (Ithaca 1973) 9.

9 Voor twee tegengestelde visies op de invloed van de Romantiek op de geschiedschrijving zie P.B.M. Blaas, 'Romantiek en historisch besef. Haar betekenis voor de geschiedbeoefening' in: *ibidem*, *Anachronisme en historisch besef. Momenten uit de ontwikkeling van het Europees historisch bewustzijn* (Rotterdam 1988) 49-59 en F.R. Ankersmit, W.E. Krul enz eds., *De romantische historische cultuur* (in voorbereiding).

10 Door mij werd de derde editie (Halle 1821-1828) geraadpleegd. Over Sprengel zie Wolfram Kaiser en Arina Völker, *Kurt Sprengel (1766-1833)* (Halle 1982).

Betrachtungen über die stufenweise Entwicklung des menschlichen Verstandes, zum bessern Verstehen der medicinischen Lehrgebäude, zur Benutzung auch der vergeblichen Versuche die Wahrheit zu erforschen, und zur Berichtigung unseres eigenen Systems.¹¹

In het algemeen kan worden gesteld dat de medische historiografie van de eerste helft van de negentiende eeuw, dus van Sprengel en diens navolgers Heinrich Damerow, Emil Isensee, Justus Hecker en Heinrich Haeser werd gekenmerkt door een hegeliaanse geschiedopvatting, een humboldtiaans opvoedingsideaal en een pragmatische doelstelling.¹² Allen beschouwden de geneeskunde als een integraal bestanddeel van de algemene cultuur, die als één en ondeelbaar werd gedacht: in elke tijd waren gelijksoortige maatschappelijke krachten werkzaam, die alle in eenzelfde richting wezen. Vooruitgang in de geneeskunde - beschouwd als onontkoombaar - was een weerspiegeling van algemene historische ontwikkelingen. Medische geschiedschrijving mocht zich daarom niet richten op de oneindige veelvormigheid van het leven, maar moest zich inspannen om de wetmatigheden die daarachter schuilgingen te achterhalen. In hun historisch onderzoek waren Sprengel *cum suis* steeds op zoek naar de tijdgeest, die zich in zijn meest pure vorm deed kennen in de filosofie. Het filosofisch gedachtengoed van een bepaald tijdvak gaf aan de geneeskunde een zin en betekenis die ze op zichzelf nooit zou kunnen hebben gehad. De geschiedschrijver wilde de 'wet der innerlijke noodzaak' op het spoor komen; zijn streven was erop gericht de Wereldgeest te betrappen en te doorgronden. Zo zei Isensee bijvoorbeeld op zoek te zijn naar 'de bekoorlijke godin der algemene waarheid'. Zijn periodisering had voor hem absolute waarde: "de tijdvakken zijn niet gemaakt, maar zij *bestaan* [...]. Zij zijn veeleer de stations, op welke de geneeskunde, bij hare Europese wereldreize, de geestelijke vleugelpaarden van haren gouden en nimmer rustenden wagen verwisselde."¹³ Door nu de student geneeskunde de beschavingsgeschiedenis, samengebond in die van zijn eigen vak, in verkorte vorm voor te schotelen, zou hij niet alleen een beter medicus worden, maar tevens een waardevol en weldenkend lid van de samenleving. Doordat hij kon profiteren van de fouten en ontdekkingen van zijn voorgangers begon de medicus met een voorsprong, waarvan ook de mensheid als geheel zou profiteren. Bovendien fungeerde de geschiedenis als een tegengif tegen utilitarisme en culturele desintegratie. Kennis van de geschiedenis der geneeskunde zou medici bescheiden en tolerant maken; zelfs in de - op het eerste gezicht - vreemdste theorieën zouden ze leren iets van waarde te zien.

Hoewel de geschiedenis van de geneeskunde zich in de negentiende eeuw verzelfstandigde, bleef ze nauw verbonden met de beoefening ervan, zij het vooral in het onderwijs. Aan de geschiedenis van de geneeskunde werd primair

11 Sprengel, *Versuch* I, 4.

12 Charles Webster, 'The historiography of medicine' in: Pietro Corsi en Paul Weindling eds., *Information sources in the history of science and medicine* (Londen 1983) 29-43.

13 E. Isensee, *Oude en middel-geschiedenis van de geneeskunde en hare hulpwetenschappen*. Vertaald en bewerkt door L. Ali Cohen (Groningen 1847) 21 en 44 (mijn cursivering).

een educatieve functie toegekend. De traditie die door Sprengel in gang werd gezet was daarmee een uitgesproken *leerboek*traditie. De nieuwe medische geschiedschrijving kwam aanvankelijk vooral tot ontwikkeling in Duitsland, maar vond later ook ingang in andere landen, waaronder Nederland. Hier voelden vooral Levi Ali Cohen (1817-1889) en Abraham Hartog Israëls (1822-1883) zich aangetrokken tot de nieuwe benadering in de geschiedenis der geneeskunde. Overtuigd van de grote didactische waarde van de pragmatische geschiedschrijving voor het medisch onderwijs zetten ze zich aan de vertaling en bewerking van twee Duitse medisch-historische handboeken. Ali Cohen vertaalde het boek van Emil Isensee (1807-1845?), terwijl Israëls - die later zou worden benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam - zich verdienstelijk maakte door het handboek van Heinrich Haeser (1811-1884) toegankelijker te maken voor Nederland.¹⁴

Tussen beide boeken bestaan opmerkelijke overeenkomsten, waarbij de opvattingen van de auteur vloeiend overgaan in die van zijn vertaler. In beide boeken wordt de historisch-filologische richting afgekeurd, omdat die een ontkenning van de vooruitgang inhoudt. Beide boeken ademen de pragmatische geest van Sprengel, die door hun vertalers van harte wordt onderstreept. Zo meent Ali Cohen dat de geschiedenis van de geneeskunde "eene noodwendige kennis is voor elken geneesheer, die met regt dezen veelbeteekenenden naam wil verdienen", terwijl Israëls in zijn voorwoord benadrukt dat de geschiedschrijving dient te streven naar "het verstaan en begrijpen van het geworden, van het nieuwe, van het tegenwoordige."¹⁵ Ook wat betreft de indeling vertonen beide boeken een sterke overeenkomst. Isensee, die meent dat de werkelijkheid 'door eene innerlijke noodzakelijkheid is gebonden', deelt de geschiedenis in in een Grieks, een Romeins, een Arabisch-scholastiek en een Germaans-hervormingstijdvak. Hij gaat er dus van uit dat genoemde volkeren de tijdelijke belichaming zijn geweest van de zich ontwikkelende Wereldgeest. Haeser deelt zijn boek in volgens de principes van het positivistische ontwikkelingsmodel van Auguste Comte. Hij maakt onderscheid tussen een theurgisch, een kunstmatig, een dialectisch of redekunstig en een wetenschappelijk tijdvak, welke categorieën respectievelijk overeenkomen met de voor-Hippocratische periode, de klassieke Oudheid, de Middeleeuwen en de periode vanaf de zestiende eeuw. In de laatste begon volgens beide auteurs de zegepraal van de humaniteit, de vrijheid en de waarheid. In de Renaissance werd het klassieke speculatieve denken overwonnen en de moderne wetenschappelijke methode geboren.

14 Ibidem en H. Haeser, *Leerboek van de geschiedenis der geneeskunde*. Vertaald en bewerkt naar de tweede druk door A.H. Israëls (Utrecht 1859).

15 Isensee, *Oude en middel-geschiedenis*, v; Haeser, *Leerboek*, vi.

De teloorgang van een kennisideaal

Na de dood van Israëls in 1883 werd er geen opvolger benoemd voor het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde. Het intellectuele en wetenschappelijke klimaat aan de universiteit - zowel in Amsterdam als elders - was ingrijpend veranderd en men zag de waarde van historisch onderwijs aan medische studenten steeds minder in. In de medische traditie waarin de generatie van Israëls was gevormd had men zich - ondanks alle vooruitgangsbefes - nog sterk verbonden gevoeld met het verleden. In de tweede helft van de negentiende eeuw werd die band met het verleden echter doorgesneden. Dat had te maken met de transformatie die samenleving en universiteit in die periode ondergingen, en die zorgde voor een ware metamorfose van de geneeskunde.¹⁶ De samenleving moderniseerde in hoog tempo, en er bestond een groeiende behoefte aan 'professionals': aan mensen met een specifieke, beroepsgerichte deskundigheid. Het traditionele humanistische onderwijsideaal voldeed daardoor steeds minder. Het onderwijs ging zich sterker richten op de praktische toepassing en het maatschappelijk nut van wetenschappelijke kennis. Deze algemene trend liet ook de geneeskunde niet onberoerd. Tot de tweede helft van de negentiende eeuw had de medische studie voor een belangrijk deel bestaan uit het bestuderen van 'klassieke' teksten. Aan het trainen van klinische vaardigheden werd veel minder aandacht besteed en van laboratoriumonderzoek was nog helemaal geen sprake. In de tweede helft van de eeuw wonnen kliniek en (onderwijs)laboratorium sterk aan belang; allerwegen verrezen ziekenhuizen en laboratoria. De geneeskunde ging zich modelleren naar en identificeren met de natuurwetenschappen. In het medisch curriculum werd de klassieke retorica vervangen door experimenteel en op praktische toepassing gericht onderzoek.

Voor de geschiedenis van de geneeskunde had een en ander verstreckende gevolgen. In de eerste helft van de negentiende eeuw was slechts de historisch-filologische *methode* van de geschiedenis der geneeskunde door Sprengel *cum suis* bekritiseerd, nu kwam de hele discipline onder vuur te liggen. Het oude ideaal van de *universitas litterarum* werd in snel tempo ondermijnd; de geneeskunde was niet langer de eenheid die het tot diep in de negentiende eeuw was geweest. De stormachtige ontwikkelingen in het onderzoek deden het vak uiteenvallen in vele sub-disciplines, elk met zijn eigen leerstoelen, tijdschriften en genootschappen. Door al deze ontwikkelingen werd de legitimiteit van de geschiedenis der geneeskunde in de kern aangetast. De opkomst en groei van natuurwetenschappelijke methoden in de geneeskunde deed een breuk tussen heden en verleden ontstaan die de ratio aan de pragmatische geschiedopvatting ontnam. Zo zei bijvoorbeeld de beroemde Franse medicus Claude Bernard

16 Voor Nederland zie K. van Berkel, *In het voetspoor van Stevin. Geschiedenis van de natuurwetenschap in Nederland 1580-1940* (Meppel 1985) i.h.b. 119-143; Joseph C.M. Wachelder, *Universiteit tussen vorming en opleiding. De modernisering van de Nederlandse universiteiten in de negentiende eeuw* (Hilversum 1992) i.h.b. 81-143.

(1813-1878) - die zijn leven in dienst stelde van de experimentele fysiologie - een grote afstand te voelen tot het verleden van zijn vak.¹⁷

In 1889 hield Theodor Puschmann (1844-1899), hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde te Wenen, een beroemd geworden pleidooi voor de discipline.¹⁸ Hij constateerde een bijna compleet gebrek aan historische interesse bij de leidende medici van zijn tijd, hetgeen hij een zorgwekkende en onwenselijke ontwikkeling achtte. Aan de geschiedenis van de geneeskunde kende Puschmann drie functies toe: zij droeg bij aan de veredeling van het karakter, voltooide de algemene opvoeding en vormde de basis van professionele kennis. Daarmee kwam zijn apologie voor de geschiedenis in grote trekken overeen met die van Sprengel. Tegelijkertijd was Puschmann zich er echter zeer van bewust dat de geneeskunde ingrijpend van karakter was veranderd. In dat verband sprak hij van de "mächtigen Umgestaltungen [...] welche die Naturwissenschaften und die Medicin in unserem Jahrhundert erfahren haben". Toch was dat nog geen reden om de geschiedenis te veronachtzamen, integendeel. De veranderingen zorgden er volgens Puschmann juist voor dat er meer dan ooit behoefte was aan de corrigerende invloed van de geschiedenis. Wie de geschiedenis van zijn vak kende, zou nooit afglijden in een makkelijk en oppervlakkig materialisme. Volgens Puschmann kon de geschiedenis der geneeskunde pragmatisch zijn zonder utilistisch te zijn. Hij wilde de zegeningen van het moderne wetenschappelijk onderzoek behouden zonder de eisen van de *geneeskunst* uit het oog te verliezen. Puschmann huldigde een encyclopedisch kennis- en cultuurideaal. Onder erkenning van de soms stormachtige ontwikkelingen in de geneeskunde wilde hij die tegelijk proberen te overstijgen door de eenheid van de cultuur via de geschiedenis te benadrukken en te herstellen. Het is deze gedachte geweest die de medische geschiedschrijving - in haar encyclopedische variant - gedurende de rest van de twintigste eeuw zou bezielen.

Professionalisering: terug naar de filologische methode

Puschmann's rede had geen directe gevolgen, maar maakte een discussie los die in 1904 leidde tot de benoeming van Karl Sudhoff (1853-1938) tot directeur van het *Institut für Geschichte der Medizin* te Leipzig, toen hét symbool van de nieuwe laboratorium-wetenschap. Gedurende de eerste helft van de twintigste eeuw is dit instituut gezichtsbepalend voor het vak geweest. Met koortsachtige

17 Owsei Temkin, 'An essay on the usefulness of medical history for medicine' in: *ibidem*, *The double face of Janus* (z.p. z.j.) 68-109 aldaar 79-80.

18 Th. Puschmann, 'Die Bedeutung der Geschichte für die Medicin und die Naturwissenschaften', *Deutsche medicinische Wochenschrift* 15 (1889) 817-820. Puschmann sprak met autoriteit; in hetzelfde jaar verscheen zijn *Geschichte des medicinischen Unterrichts von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart* (Leipzig 1889).

ijver bouwde Sudhoff een indrukwekkend oeuvre op.¹⁹ Bij Sudhoff maakte de historisch-filologische methode - waarop 'pragmatici' als Sprengel *cum suis* zo hadden afgegeven - een wedergeboorte door. Het is zelfs niet overdreven te stellen dat zij zich verzelfstandigde en tot doel op zichzelf werd. De grootste kracht van Sudhoff lag op het terrein van het archiefonderzoek en het verzorgen van kritische bronnenuitgaven. Verloren gewaande of ondergewaardeerde handschriften, boeken en inscripties werden aan de vergetelheid ontrukkt en dienstbaar gemaakt aan de geschiedschrijving.²⁰ In zijn bronkritische uitgaven probeerde Sudhoff het verleden vooral te verstaan in zijn eigen termen; de relatie met het heden werd minder uitdrukkelijk gelegd dan de pragmatische historici hadden gedaan. Daarmee had de institutionalisering van de geschiedenis der geneeskunde in Leipzig niet helemaal het effect dat Puschmann in zijn rede voor ogen had gestaan. Er was geen sprake van dienstbaarheid aan de geneeskunde; aan het instituut functioneerde een professionele en op zichzelf staande historische discipline. In een tijd waarin de geneeskunde steeds 'wetenschappelijker' werd, leidde de professionalisering van de geschiedenis der geneeskunde zo tot een vervreemding van het moedervak.²¹

Medische encyclopedie en het streven naar coherentie

In 1925 ging Karl Sudhoff met emeritaat; hij werd opgevolgd door zijn leerling Henry E. Sigerist (1891-1957).²² Sigerist vertegenwoordigt een hoogtepunt van de encyclopedische en het beginpunt van de sociaal-historische traditie. Hier is vooral zijn in 1931 gepubliceerde *Einführung in die Medizin* van belang, dat door de Leidse privaat-docent in de geschiedenis der geneeskunde Jan Gerard de

-
- 19 Zie de bibliografie in Charles Singer en Henry E. Sigerist eds., *Essays on the history of medicine presented to Karl Sudhoff on the occasion of his seventieth birthday november 26th 1923* (Zürich 1924) 389-418.
 - 20 In 1907 richtte hij een jaarboek op: *Archiv für Geschichte der Medizin*. In 1929, enige jaren na zijn emeritaat, werd dit voortgezet onder de naam *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*. Daarnaast startte Sudhoff een monografie-enreeks onder de naam *Studien zur Geschichte der Medizin herausgegeben von der Puschmann-Stiftung an der Universität Leipzig*.
 - 21 Van de benoeming van Sudhof in Leipzig ging een sterke werking uit. Op vele plaatsen in Europa werden leerstoelen gecreëerd, zo ook in Nederland. In 1904 werd Evert Cornelis van Leersum (1862-1938) tot hoogleraar in Leiden benoemd. Zijn oratie: *De arts*. Voor een terugblik op zijn professoraat zie ibidem, 'De beoefening der geschiedenis der geneeskunde in Nederland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 67 (1923) IIB, 1597-1602.
 - 22 Over Sigerist zie onder meer Elizabeth Fee en Edward T. Morman, 'Doing history, making revolution: the aspirations of Henry E. Sigerist and George Rosen' in: Dorothy Porter en Roy Porter eds., *Doctors, politics and society: historical essays* (Amsterdam 1993) 275-311.



Henry E. Sigerist (1891-1957)

Lint (1867-1936) in het Nederlands werd vertaald.²³ Sigerist beschouwde de geschiedopvatting die ten grondslag lag aan de negentiende-eeuwse medisch-historische leerboeken als achterhaald. Voor het bereiken van een optimaal didactisch effect bij de medische student meende hij dat de geschiedenis in sterkere mate diende te worden geïntegreerd in de moderne geneeskunde. Zijn diepgaande historische kennis verwerkte hij op bijna essayistische wijze in een verhandeling over aard en wezen van de geneeskunde met hoofdstuktitels als 'De mensch', 'De ziekteverschijnselen', 'De oorzaken van ziekte' en 'De geneesheer'. Sigerist beschouwde het als zijn opdracht artsen op te leiden die zich bewust waren van het historische moment waarin ze leefden en van hun grote ver-

antwoordelijkheid als medicus.²⁴ Doordat zijn boek op een voorheen nooit vertoonde manier gebruik maakte van de geschiedenis mag het gelden als een wezenlijke vernieuwing van de pragmatisch-encyclopedische variant van de geschiedenis der geneeskunde.

Ondanks de originele aanpak had het boek geen blijvende gevolgen, ook niet in Nederland.²⁵ Steeds meer kwam de nadruk in het medisch curriculum te liggen op klinische training en technische vaardigheid. De overtuiging dat de geschiedenis een essentieel onderdeel is van de intellectuele vorming van de medicus - en dat zij bijgevolg een integraal onderdeel van het curriculum behoort te zijn - boette aan belang in.²⁶ De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde werd in hoge mate een buiten-universitaire aangelegenheid en een zaak van dilettanten. Een enthousiaste generatie van veelschrijvende artsen bracht veel nieuw feitenmateriaal naar boven. Maar niet zelden betrof het de publikatie van losse archiefvondsten; ongeïnterpreteerd en zonder de syntheti-

23 H.E. Sigerist, *Geneeskunde: encyclopaedisch overzicht*. Vertaald en bewerkt door J.G. de Lint (Leiden 1933). De openbare les van De Lint: *De herleving van de geschiedenis der geneeskunde* (Gorinchem 1924).

24 Henry E. Sigerist, 'Science and history' in: Felix Marti-Ibañez ed., *Henry E. Sigerist on the history of medicine* (New York 1960) 80-93 en 'University education' in: *Ibidem*, 251-268.

25 Vgl. Genevieve Miller, 'The status of medical history in the universities of North America and Europe', *Bulletin of the history of medicine* 43 (1969) 259-267 dat ook een retrospectief overzicht geeft.

26 Dat neemt niet weg dat het thema de gemoederen bezig bleef houden. Zie bijvoorbeeld George Rosen, 'The place of history in medical education', *Bulletin of the history of medicine* 22 (1948) 594-627 en 627-629 en, recenter, Jerome J. Bylebyl ed., *Teaching the history of medicine at a medical center* (Baltimore 1982).

sche kracht van de negentiende-eeuwse studies. Zo was de geschiedenis der geneeskunde van didactisch hulpmiddel bij de medische studie geworden tot een aangenaam tijdverdrijf van artsen. Het klassiek-humanistische ideaal van de eenheid van wetenschap leek verder weg dan ooit.²⁷

De laatste Nederlandse universiteit die aandacht had besteed aan de geschiedenis der geneeskunde was die van Leiden. Met het overlijden van De Lint in 1936 verdween het vak ook daar uit het curriculum. Pas in de jaren vijftig maakte de geschiedenis der geneeskunde - als academische discipline - een renaissance door. In 1950, bijna twintig jaar na het verschijnen van de Nederlandse vertaling van het leerboek van Sigerist, werd Gerrit Arie Lindeboom (1905-1986) benoemd tot hoogleraar aan de medische faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zijn leeropdracht omvatte de algemene pathologie, de klinische propedeuse en de encyclopedie der medische wetenschappen. Bij het laatste was het Lindeboom te doen om "de innerlijke samenhang van de verschillende disciplines, de geschiedkundige en wijsgerige achtergronden en verbanden van de geneeskunde met godsdienst, kunst en ethiek." Daarbij ging zijn aandacht vooral uit naar de geschiedenis der geneeskunde, die hij onmisbaar achtte voor een "wezenlijk inzicht in de genese van de kennis en verworvenheden van de hedendaagse medische wetenschap, haar karakter en haar taak, haar wortels en voedingsbodem, haar doel en haar grenzen."²⁸ Evenals zijn voorgangers Van Leersum en De Lint wilde Lindeboom wijzen op de (historische) samenhang van de vele onderdelen waaruit de geneeskunde bestaat. Daarom besteedde hij aandacht aan medische ethiek, begrippenkennis, filosofie en geschiedenis der geneeskunde. Het was geen toeval dat de leerstoel werd ingesteld aan een universiteit op levensbeschouwelijke grondslag: met het medisch-encyclopedisch onderwijs werd niet slechts getracht de versplintering van de geneeskunde in vele specialismen tegen te gaan, maar tevens een tegenwicht te bieden tegen materialistisch en reductionistisch denken in de geneeskunde. De van huis uit gereformeerde Lindeboom leek de aangewezen man aan dat onderwijs vorm en inhoud te geven.²⁹ Hij was voorzitter van de Christelijke Vereniging voor Natuur- en Geneeskundigen in Nederland en oprichter van het hieraan verbonden tijdschrift *Geloof en Wetenschap*. Zijn insti-

27 Vgl. Henry E. Sigerist, 'The history of medicine and the history of science' in *Bulletin of the history of medicine* 4 (1936), 1-13 dat een reactie is op kritiek op de medische historiografie, geuit door de wetenschapshistoricus George Sarton.

28 G.A. Lindeboom, 'Korte geschiedenis van het Instituut', *Aere perennius. Verslagen en mededelingen uit het Medisch-Encyclopaedisch Instituut van de Vrije Universiteit* 1 (1970) 6-12, aldaar 12; ibidem, 'Terugblik' in *Ibidem* 34 (1979) 47-58; ibidem, 'De betekenis van het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde', *Geneeskundige bladen uit kliniek en laboratorium* 45 (1953) 345-365.

29 Zie bijvoorbeeld G.A. Lindeboom, *Natuur en geest in de geneeskunde* (Haarlem 1965) en verder M.J. van Lieburg, 'Religie en geneeskunde: prof.dr G.A. Lindeboom en de medische encyclopedie' in: H.L. Houtzager en M.J. van Lieburg eds., *De stichting historia medicinae 1967-1987* (Amsterdam 1987) 32-46.

tuut - dat een aparte vakgroep van de medische faculteit vormde - werd Medisch-Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit gedoopt.

Lindeboom wilde de desintegratie in de geneeskunde tegengaan door de negentiende-eeuwse encyclopedische traditie in ere te herstellen. Hij deed dat onder meer door het samenstellen van een eigen leerboek, het eerste dat direct in het Nederlands verscheen. Op zijn algemene overzichtswerk volgde een boek over de geschiedenis van de geneeskunde in Nederland.³⁰ Lindebooms credo bij al zijn werk was dat een wetenschap pas goed kan worden begrepen wanneer men haar wording kent.³¹ Evenals Haeser destijds had gedaan nam hij bij de indeling van zijn boek het positivistische ontwikkelingsmodel van Comte tot uitgangspunt. Hoewel hij zich bewust was van de vertekeningen waartoe het model leidde, achtte hij het bruikbaar voor het geven van betekenis en richting aan de veelheid van de historische details. Lindeboom deelde de geschiedenis in een theologisch, een metafysisch en een wetenschappelijk tijdvak in, waarmee hij zich deed kennen als een geestelijke erfgenaam van de negentiende-eeuwse medische geschiedschrijving.

Sociale geschiedenis en de constructie van gezondheid en ziekte

Wat een voorrecht te leven in een omgeving waar het wemelt van de apothekers! Je krijgt er als vanzelf allerlei kwaaltjes en kwalen bij, je medicijnkast puilt uit en je hoest, om nog een beetje mee te tellen in het sociaal verkeer, binnen de kortste keren alles wat je hebt en nog zou kunnen krijgen op in zeven levende talen, benevens latijn.

- Gerrit Komrij³²

Vanaf het optreden van Kurt Sprengel tot in de jaren dertig van de twintigste eeuw heeft Duitsland de geschiedenis der geneeskunde volledig gedomineerd. Door de vlucht van Duitse wetenschappers in de jaren dertig, vooral naar de Verenigde Staten, ging de Duitse dominantie over op de Angelsaksische wereld. Er was sprake van een ware *brain-drain*: de brede belangstelling en klassieke eruditie van mensen als Henry Sigerist (1891-1957), Owsei Temkin (1902-), Ludwig Edelstein (1902-1965) en Erwin Ackerknecht (1906-1988) is later nauwelijks geëvenaard. Toch is de geografische accentsverschuiving niet de belangrijkste. Van veel groter gewicht is de perspectiefverandering die de geschiedenis der geneeskunde doormaakte. Als grondlegger van de sociale geschiedenis van geneeskunde, gezondheid en ziekte - de tweede grote traditie

30 G.A. Lindeboom, *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* (Haarlem 1961); ibidem, *Geschiedenis van de medische wetenschap in Nederland* (Bussum 1972).

31 Lindeboom, 'De beoefening', 1067.

32 Gerrit Komrij, *Humeuren en temperamenten. Een encyclopedie van het gevoel* (Amsterdam 1993) 81.

die hier wordt behandeld - geldt Henry Sigerist, die in 1932 directeur werd van het *Johns Hopkins Institute for the History of Medicine* te Baltimore.³³

In 1925 was Sigerist Karl Sudhoff opgevolgd als directeur van het medisch-historische instituut te Leipzig, hetgeen ingrijpende veranderingen met zich mee had gebracht. Zowel op het persoonlijke als op het wetenschappelijke vlak waren beiden elkaars tegenpolen.³⁴ Sudhoff was autoritair en veelzijdig voor zijn medewerkers, Sigerist liberaal en op samenwerking gericht. Sudhoff behoorde tot de positivistische traditie van de geschiedenis der geneeskunde waarvan Sigerist zich expliciet distancieerde. Terwijl Sudhoff's liefde vooral uitging naar het verrichten van archiefonderzoek en het uitbrengen van bronnenpublicaties, stonden de inspanningen van Sigerist veel nadrukkelijker in verband met de moderne geneeskunde. De filologische benadering van Sudhoff was al gauw te beperkt voor Sigerist; hij raakte steeds meer geïnteresseerd in wat hij de sociologische aanpak noemde.³⁵

Sigerist's eerder genoemde *Einführung in die Medizin* uit 1931 is een weerspiegeling van zijn breuk met de methode-Sudhoff. In het boek gebruikte hij de historische methode ter verheldering van de structuur van de moderne geneeskunde. Sigerist, die zich het bekende credo van Benedetto Croce had eigen gemaakt ('iedere geschiedschrijving is contemporaine geschiedschrijving'), kende de geschiedschrijving grote maatschappelijke relevantie toe. Volgens hem mocht de medisch-historicus geen bekrompen specialist zijn die de geneeskunde slechts beschouwde vanuit het perspectief van de medische stand, maar moest hij haar altijd in relatie tot de samenleving als geheel zien. Daarbij dienden moderne vragen en problemen het uitgangspunt te vormen.³⁶ De historische methode kon worden gebruikt om medische concepten te leren begrijpen en nieuwe trends verstandig tegemoet te treden.³⁷ De geschiedenis van de geneeskunde liep voor Sigerist naadloos over in de sociologie van dat vak. In een in 1940 gehouden rede constateerde Sigerist dat er weliswaar veel bekend was over de grote medische ontdekkingen, maar weinig tot niets over hun feitelijke toepassing - zo ze al toegepast werden. De aanpak van de geschiedenis der geneeskunde was tot dan toe bio- en bibliografisch geweest, waardoor alleen de grote mannen van wetenschap in beeld kwamen. Het lot van de zieke bleef daarentegen in nevelen gehuld. De volgende uitspraak van Sigerist is tegen-

33 In 1933 richtte Sigerist het *Bulletin of the Institute of the History of Medicine* op. Zes jaar later werd dit het orgaan van de American Association for the History of Medicine. Bij welke gelegenheid de naam werd veranderd in *Bulletin of the History of Medicine*.

34 Owsei Temkin, 'The double face of Janus' in: ibidem, *The double face of Janus and other essays in the history of medicine* (Baltimore 1977) 3-37 aldaar 7-10.

35 Om te benadrukken dat de wind aan het instituut te Leipzig voortaan uit een andere hoek zou waaien richtte Sigerist in 1928 een nieuw instituutsorgaan op: *Kyklos. Jahrbuch für Geschichte und Philosophie der Medizin*.

36 Henry E. Sigerist, *A history of medicine. Volume I: Primitive and archaic medicine* (2e druk; Oxford 1955) 31-32.

37 Henry E. Sigerist, 'Medical history in the United States: past - present - future: a valedictory address' in: Marti-Ibañez ed., *Henry E. Sigerist*, 233-250, aldaar 245.

woordig gemeengoed; in 1940 was het een revolutionair inzicht en niet minder dan de proclamatie van een nieuw medisch-historisch onderzoeksprogramma:

In every medical action there are always two parties involved, the physician and the patient, or, in a broader sense, the medical corps and society. Medicine is nothing else than the manifold relations between these two groups. The history of medicine, therefore, cannot limit itself to the history of science (...) History thus becomes social history.³⁸

Dit betekende overigens niet dat Sigerist de medische wetenschap niet langer tot zijn onderzoeksthema's rekende, integendeel. Maar hij bepleitte een andere visie op de geneeskunde, die hij niet als pure wetenschap beschouwde. Dat hing samen met haar object: de mens. Diens gezondheid wordt beïnvloed door factoren van lichamelijke en geestelijke aard, alsmede door de relatie tot zijn omgeving. Mensen zijn, in tegenstelling tot objecten uit de dode natuur, niet altijd en overal aan elkaar gelijk, maar verschillen al naar gelang de culturele context. Hun reactie op ziekte wordt in hoge mate bepaald door de sociale, economische, mentale en religieuze omgeving waarin ze functioneren. Sigerist riep daarom op tot een sociale geschiedenis van de geneeskunde; niet als complement op de geschiedenis van de medische wetenschap, maar als een *vervanging* ervoor. Hij introduceerde de patiënt in de geschiedenis en ontdeed begrippen als 'gezondheid' en 'ziekte' van hun vanzelfsprekendheid. Ziekte was in zijn ogen geen universele categorie; wat mensen als zodanig ervaren wordt sterk bepaald door hun culturele omgeving. In zijn onderzoek naar de gezondheidsproblemen van de mens in het verleden wilde Sigerist weten door welke culturele factoren het gedrag van de patiënt werd gestuurd.³⁹

Het is de verdienste van Sigerist dat hij nadrukkelijk heeft gewezen op het feit dat de geneeskunde niet kan worden begrepen zonder de maatschappelijke context te kennen waarin zij wordt gevormd. De historicus Richard Harrison Shryock (1893-1972) - Sigerists opvolger aan het Hopkins Institute - zette deze lijn voort. Shryock was algemeen historicus en had zich gespecialiseerd in de geschiedenis van de geneeskunde. Als zodanig was hij exemplarisch voor de richting die het vak zou nemen. Volgens Shryock was de wetenschap - en dus ook de geneeskunde - niet weg te denken uit de moderne samenleving; ze vormde er een integrerend bestanddeel van. Ook hij beschouwde ziekte als een sociaal fenomeen en geneeskunde als een cultureel bepaalde activiteit.⁴⁰ Ook volgens Owsei Temkin, die Shryock in 1958 opvolgde, kan de 'geneeskunde' - in de historische of antropologische zin van het woord - niet worden gereduceerd

38 Henry E. Sigerist, 'The social history of medicine' in: Marti-Ibañez, *Henry E. Sigerist*, 25-33, aldaar 26.

39 Voor Sigerists geschiedopvattingen zie de inleiding van zijn *A history of medicine*, i.h.b. 3-37.

40 Richard Harrison Shryock, *The development of modern medicine. An interpretation of the social and scientific factors involved* (Wisconsin 1936) en ibidem, *Medicine in America. Historical essays* (Baltimore 1966).

tot de toepassing van de biologie of van welke andere wetenschap dan ook. Dit zou een anachronisme zijn die een geschiedenis van de discipline onmogelijk maakt. Zijn relativisme gold niet slechts de beleving van gezondheid en ziekte door de patiënt, maar ook de definiëring ervan door de 'wetenschap'.⁴¹ Volgens Temkin impliceert het begrip geneeskunde preventie en genezing, gebaseerd op elke kennisvorm die opportuun lijkt. Die kennis kan wetenschappelijk van aard zijn, maar ook magisch, theologisch, empirisch, rationeel-speculatief of wetenschappelijk. Een andere belangrijke telg uit de Amerikaanse school is de historicus Charles Rosenberg, een leerling van Ackerknecht en Edelstein. In 1962 verscheen het boek waarmee zijn naam direct was gemaakt: *The cholera years. The United States in 1832, 1849 and 1866*. Hierin onderzoekt Rosenberg de reacties op drie cholera-epidemieën die New York in de negentiende eeuw teisterden. Hij besteedt daarbij niet slechts aandacht aan de medische aspecten van de cholera, maar tevens aan de oorzaken en gevolgen van de epidemieën in sociaal en politiek opzicht. In de discussies over de oorzaak van cholera openbaren zich niet alleen de wetenschappelijke ideeën van het betreffende moment, maar ook de sociale en culturele waarden. Terwijl cholera in 1832 door velen nog werd beschouwd als de straf voor een begane zonde, was zij in 1866 het gevolg van een gebrekkige - en te verhelpen - sanitaire toestand. Op overtuigende wijze maakt Rosenberg duidelijk dat (epidemische) ziekte een belangrijke constituerende kracht is in het leven van een grote stad en dat bijgevolg een beschrijving van het sociale leven niet compleet is zonder dat aandacht wordt besteed aan gezondheid en ziekte. Juist om deze reden heeft Rosenbergs boek grote invloed uitgeoefend op een nieuwe generatie van medisch-historici.⁴²

Hoe aantrekkelijk hun perspectief en hoe inspirerend hun werk later ook gebleken mag zijn, in hun historische opvattingen hebben Sigerist, zijn medewerkers en zijn leerlingen lange tijd betrekkelijk alleen gestaan. Het Johns Hopkins Institute bleef een unieke oase, waar de grootste talenten op het terrein van de geschiedenis der geneeskunde werkten. Pas vanaf rond 1970 werd uitvoering gegeven aan het onderzoeksprogramma van Sigerist en de zijnen. De nieuwe sociale geschiedenis van de geneeskunde ontwikkelde zich snel, zowel in

41 Zie bijvoorbeeld Owsei Temkin, 'Health and disease' in: ibidem, *The double face*, 419-440 en ibidem, 'Metaphors of human biology' in: R.C. Stauffer ed., *Science and civilization* (Madison 1949) 172-176.

42 Bijvoorbeeld William McNeill, *Plagues and peoples* (Oxford 1976); W. Coleman, *Death is a social disease. Public health and political economy in early industrial France* (Madison 1982); Delaporte, *Disease and civilization*. Nederlandse studies in deze geest zijn J.A. Verdoorn, *Volksgesondheid en sociale ontwikkeling. Beschouwingen over het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw* (Utrecht 1965) en recenter E.S. Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991) en Annet Mooij, *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1990* (Amsterdam 1993).

de breedte als in de diepte. Ditmaal werd zij echter niet primair gedragen door medici maar door historici, antropologen en sociologen.⁴³

Maatschappijkritiek en medische historiografie

Waarom heeft het zo lang geduurd voordat de discipline echt van de grond kwam? Sigerist en de zijnen waren medici, die de geschiedenis wilden gebruiken voor een 'rehumanisering' van hun vak. Slechts weinig medici voelden zich hierdoor aangesproken, zodat het aanzien van de geschiedenis der geneeskunde werd bepaald enerzijds door pragmatisch-encyclopedisch getinte overzichtswerken, anderzijds door het werk van medisch-historische dilettanten. Het ontstaan van de jongere sociale geschiedenis der geneeskunde is terug te voeren op het culturele klimaat in de jaren zestig en zeventig. Niet alleen vonden toen ingrijpende veranderingen plaats binnen de geschiedwetenschap, ook kwam er kritiek op de geneeskunde. In het historisch onderzoek werden nieuwe vragen gesteld, nieuwe perspectieven gehanteerd en nieuwe bronnen en methoden gebruikt, waardoor de traditionele beelden over het verleden werden aangetast. Er ontstonden vele subdisciplines die zich ieder met een deelaspect van de historische werkelijkheid bezighielden; de medische geschiedenis was daar één van. De aandacht van de medische geschiedenis gaat niet zozeer uit naar ontwikkelingen in de medische wetenschap, maar naar maatschappelijke verbanden zoals die tot uitdrukking komen in de gezondheidszorg.⁴⁴ De antropologie had doen inzien dat gebruiken rondom ziekte en dood cultuurgebonden zijn. Die gebruiken ontstaan in de praktijk, worden beproefd en bijgeschaafd en verdichten zich tot culturele codes. Ze sturen het sociale gedrag rondom ziekte en geven er zin en inhoud aan. Juist om die reden vormen ziekte en dood interessante sociaal- en cultuurhistorische thema's.

Tegelijkertijd broeide in de tegencultuur van de jaren zestig een sterk anti-wetenschappelijk sentiment. In een tijd van groeiend milieubesef en onbehagen over de techniek kwam het onvoorwaardelijke geloof in de waarde van de wetenschap voor de mensheid ter discussie te staan. Deze kritische herbezinning leidde onder meer tot een herwaardering van de wetenschapsgeschiedenis, die mede had bijgedragen aan de positieve beeldvorming over de wetenschap.⁴⁵

43 In 1977 werd in een themanummer medische geschiedenis van de *Journal of social history* een proeve van het nieuwe onderzoek gepresenteerd. Voor Nederland zie M.J. van Lieburg, 'Een decennium medische historiografie in Nederland (1976-1986), in het bijzonder betreffende de negentiende eeuw' in: *De negentiende eeuw* 11 (1987), 129-140.

44 Voor het onderscheid tussen geschiedenis der geneeskunde en medische geschiedenis zie M.J. van Lieburg, *Medische geschiedenis als interdiscipline* (Amsterdam 1987) 4.

45 Over de rol die de oudere medische historiografie heeft gespeeld bij de legitimering van de monopoliepositie van artsen zie Gerrit van Vegchel, 'De medische markt en de historiografische heroriëntatie in de medische geschiedschrijving' in: Willem de Blécourt en Gerrit van Vegchel eds., *De medische markt*. Themanummer van *Focaal. Tijdschrift voor antropologie* 21 (1993) 9-42.

De verregaande autoriteit van de geneeskunde werd tot onderwerp van discussie en een aantal zekerheden werd ondermijnd. Zo werd de professionalisering van de academische medische stand niet langer beschouwd als een logisch gevolg van de verhoogde therapeutische effectiviteit van het handelen van artsen, maar 'ontmaskerd' als een strategie voor standsverheffing door middel van controle over opleiding en recrutering, regulering van het beroepsprofiel en uitschakeling van concurrenten.⁴⁶ De groeiende invloed van medici op steeds meer terreinen van het maatschappelijk leven werd kritisch besproken in termen van 'medicalisering'.⁴⁷ Voorts werd geconstateerd dat in de gezondheidszorg sprake was van een dehumanisering van de patiënt, van een verschuiving van *care* naar *cure* en zelfs van iatrogene - door artsen veroorzaakte - ziekten.⁴⁸ Tenslotte liet historisch-demografisch onderzoek zien dat de daling van het sterftecijfer vanaf 1850 (bekend als de *demographic transition*) niet het gevolg was van betere medische behandelmethoden maar van verbeteringen in de leefomstandigheden en het voedingspatroon van de bevolking.⁴⁹ Er rees, kortom, twijfel aan de almacht van de geneeskunde en men begon de beperkingen van het biomedisch model in te zien.⁵⁰

Hoewel de kritiek later werd genuanceerd en soms zelfs ontkracht, leidde zij tot een verwerping van de gedachte dat alleen de medische wetenschap en de hoge cultuur de moeite van het bestuderen waard waren. Voor een genuanceerde blik op de geneeskunde - in heden én verleden - werd het nodig geacht het *hele* complex van voorstellingen en handelingen rond gezondheid en ziekte te bestuderen. Voor wat betreft de te volgen methode ging men te rade bij de kennissociologie en bij de (medische) antropologie. Het uitgangspunt van de eerstgenoemde discipline is dat het menselijk denken over de werkelijkheid voortdurend bloot staat aan de ideologische invloed van de sociale omgeving. Volgens de kennissociologie bestaat er geen werkelijkheid op zichzelf; zij is sociaal geconstrueerd. Het is de taak van de kennissociologie te achterhalen op welke wijze dat gebeurt, onder meer door aandacht te besteden aan de wijze

46 Eliot Freidson, *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge* (New York 1970); Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Aerzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preussens* (Göttingen 1985).

47 Irving Kenneth Zola, *De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij* (Meppel 1973). Over Nederland zie J.B. Jaspers, *Het medische circuit. Een sociologische studie van de ontwikkeling van het netwerk van afhankelijkheid tussen cliënten, artsen, centrale overheid en ziekenhuizen in Nederland (1865-1980)* (Utrecht 1985); P. Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland* (Nijmegen 1982).

48 Michel Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical* (Parijs 1963); Ivan Illich, *Medical nemeses. The expropriation of health* (London 1975); David Armstrong, *The political anatomy of the body. Medical knowledge in Britain in the twentieth century* (Cambridge 1983).

49 Thomas McKeown, *The modern rise of population* (Londen 1976).

50 Zie ook E.S. Houwaart, 'De medisch-historicus (m/v) in de rol van scepticus?' in: *Tijdschrift voor de geschiedenis der geneeskunde, natuurwetenschappen, wiskunde en techniek* 12 (1989) 39-49. Houwaart constateert dat er in sommige gevallen sprake was van 'een vorm van medische zelfhaat' (46).

waarop de werkelijkheid in de taal wordt gerepresenteerd. Daarbij is zij evenzeer geïnteresseerd in 'wetenschappelijke' als in *common sense* kennis.⁵¹ De bijdrage van de antropologie ligt in het verlengde van die van de kennisociologie.⁵² De antropologie gaat ervan uit dat elk menselijk denken en handelen rationeel is. Rationaliteit is per definitie cultuurbepaald; het handelen wordt altijd gedefinieerd in termen van de cultuur waarvan men deel uitmaakt. Het toekennen van betekenis en waarheid wordt zo het resultaat van socialisatie en overreding.

Voor de geneeskunde betekende deze perspectiefwisseling dat gezondheid en ziekte niet langer werden beschouwd als biologische maar als *sociale* fenomenen.⁵³ Doordat ziekte wordt geladen met betekenis door het 'semantische netwerk' waarbinnen het functioneert, vormt de culturele context het verklaringsmodel bij uitstek voor de onderzoeker.⁵⁴ Dit alles wordt geacht niet slechts te gelden voor leken in de medische praktijk, maar evenzeer voor medici en bij wetenschappelijk onderzoek. De beoefening van de wetenschap is nooit een geïsoleerde bezigheid, maar evenzeer ingebed in cultureel bepaalde conventies en tradities als andere onderdelen van het menselijk handelen. Ook in de wetenschap spelen overredingskracht en vertrouwen een belangrijke rol bij de vorming van voorstellingen over werkelijkheid en waarheid.⁵⁵ In het kort gesteld komt het erop neer dat de geneeskunde (theorie én praktijk) contingent wordt gedacht en dat haar aanzien wordt bepaald door de uitkomst van op elkaar inwerkende maatschappelijke krachten en de 'onderhandelingen' tussen

-
- 51 De klassieke inleiding is Peter Berger en Thomas Luckmann, *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge* (Garden City 1966). Over de geneeskunde zie Peter Wright en Andrew Treacher (eds.), *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine* (Edinburgh 1982); Jens Lachmund en Gunnar Stollberg eds., *The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present* (Stuttgart 1992) en Charles E. Rosenberg en Janet Golden (eds.), *Framing disease. Studies in cultural history* (New Brunswick 1992).
 - 52 Arthur Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry* (Berkeley 1980); Cecil G. Helman, *Culture, health and illness. An introduction for health professionals* (2e druk; Londen 1990); Sjaak van der Geest en Gerard Nijhof eds., *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur. Verkenningen in de medische antropologie en sociologie* (Amsterdam 1989).
 - 53 Overigens werd het onderscheid tussen beide begrippen door sommigen gehandhaafd. In het Engels wordt het uitgedrukt in het verschil tussen 'illness' en 'disease', die resp. verwijzen naar een sociaal geconstrueerde en een biomedische ziekteopvatting. Zie bijv. L. Eisenberg, 'Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness', *Culture, medicine and psychiatry* 1 (1977) 9-23 maar ook Susan Sontag, *Illness as metaphor* (New York 1978).
 - 54 Deze benadering was niet zo nieuw als wel eens wordt beweerd. In zijn 'Studien zum "Sinn"-Begriff in der Medizin' in: *Kyklos* 2 (1929) 21-105, bespreekt Owsei Temkin al het tijdgebonden karakter van diagnostische categorieën in de geneeskunde.
 - 55 Zie onder meer John Harley Warner, 'Science in medicine', *Osiris* 2nd series 1 (1985), 37-58; Bruno Latour, *The pasteurization of France* (Cambridge 1988); Steven Shapin, *A social history of truth. Civility and science in seventeenth-century England* (Chicago 1994).

belanghebbenden. De Amerikaanse medisch-historicus Charles Rosenberg formuleert het aldus:

Disease is at once a biological event, a generation-specific repertoire of verbal constructs reflecting medicine's intellectual and institutional history, an occasion of and potential legitimation for public policy, an aspect of social role and individual - intrapsychic - identity, a sanction for cultural values, and a structuring element in doctor and patient interactions. In some ways disease does not exist until we have agreed that it does, by perceiving, naming and responding to it.⁵⁶

In de jaren zeventig moesten de Verenigde Staten hun intellectuele leiderschap afstaan aan - of op zijn minst delen met - Engeland. Aan de diverse *Wellcome Institutes for the History of Medicine* neemt het sociaal-historisch onderzoek een belangrijke plaats in. Daarnaast zetelt de *Society for the Social History of Medicine* in Engeland.⁵⁷ Zowel de Wellcome-instituten als de Society hebben een sterk internationale uitstraling.⁵⁸ De sociale geschiedenis van de geneeskunde verwerpt de geschiedopvatting volgens welke de geneeskunde het resultaat zou zijn van een opeenvolging van grote ontdekkingen en technische innovaties, gedaan door een medische wetenschap die bestond uit belangeloze bestrijders van ziekte en al dan niet miskende genieën.⁵⁹ Doordat het perspectief op ziekte, gezondheid, geneeskunde en gezondheidszorg ingrijpend veranderde dienden zich vele nieuwe onderzoeksthema's aan. Het interdisciplinaire karakter van de sociale geschiedenis van de geneeskunde zorgt voor vitaliteit en diversiteit, maar ook voor een zeer grote produktie. Het aantal publikaties is bijna onafzienbaar.⁶⁰ Om die reden beperkt de rest van dit artikel zich tot een bespreking van het medisch-historische onderzoek naar de vroegmoderne tijd. Daarbij zal bijzondere aandacht worden besteed aan de Engelse historicus Roy Porter en diens uitwerking van het sociaal-constructivisme met behulp van het begrip 'medische markt'.

56 Rosenberg, 'Framing disease: illness, society and history' in: ibidem, *Framing disease*, xiii-xxvi aldaar xiii.

57 Voor een intentieverklaring zie Linda Bryder en Richard Smith, 'Editorial introduction' in: *Social history of medicine* 1 (1988) v-vii aldaar v. Het jonge onderzoeksveld werd van methodische bakens en richtlijnen voorzien door Roy Porter en Andrew Wear eds., *Problems and methods in the history of medicine* (Londen 1987).

58 Uit de 'Engelse school' stammen onder meer de overzichtswerken Andrew Wear ed., *Medicine in society. Historical essays* (Cambridge 1992) en W.F. Bynum en Roy Porter eds., *Companion encyclopedia of the history of medicine* 2 vols. (Londen 1993).

59 Voor een staalkaart van het Nederlandse onderzoek op dit terrein zie Willem de Blécourt, Willem Frijhoff enz eds., *Grenzen van genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, zestiende tot begin twintigste eeuw* (Hilversum 1993).

60 Voor een bespreking van de belangrijkste thema's en invalshoeken zie bijvoorbeeld Judith Walzer Leavitt, 'Medicine in context: a review essay of the history of medicine', *The American historical review* 95 (1990) 1471-1484 en Marijke Gijswijt-Hofstra, 'Geloven in genezen. Beschouwingen over recent onderzoek' in: ibidem ed., *Geloven in genezen. Bijdragen tot de sociaal-culturele geschiedenis van de geneeskunde in Nederland*. Thema-nummer van *Volkscultuur bulletin* 17 (1991) 118-142.

Social history of medicine

In tegenstelling tot de pragmatische richting in de medische historiografie kent de sociaal-historische of constructivistische weinig waarde toe aan politieke cesuren. Zo wordt de overgang van het vroegmoderne naar het moderne tijdvak niet gemarkeerd door de Franse revolutie maar door de 'therapeutische revolutie', die wordt gesitueerd in het laatste kwart van de negentiende eeuw.⁶¹ Een wezenlijk verschil tussen de vroegmoderne en de moderne tijd ligt in de mate van toegankelijkheid van het cognitieve domein van de geneeskunde voor de leek, die in de moderne tijd aanzienlijk is afgenomen.⁶² Het 'medisch kennisapparaat' waarvan de vroegmoderne mens zich bediende was een amorf en, gemeten naar onze begrippen, heterogeen geheel. Een mengeling van folklore, bijgeloof, kruidenkennis, astrologie, chemie en galenische theorie stuurde het denken en handelen, zowel ter voorkoming als ter genezing van ziekte. Tussen de geleerde en de 'volkse' geneeskunde bestond - zeker in de praktijk - weinig verschil.⁶³ Iets dergelijks gold voor de 'medische stand'. Naast reguliere - maar lang niet altijd geëxamineerde⁶⁴ - genezers als *doctores medicinae*, apothekers en chirurgijns stond een leger van irreguliere genezers. Tot de laatste groep behoorden onder meer steensnijders, duivelbanners, ledezetter, kruidenmengers, oculisten, tandmeesters en likdoornsnijders. Het belangrijkste dat beide groepen van elkaar onderscheidde was het al dan niet bezitten van een juridische bevoegdheid. Natuurlijk was de ene genezer succesvoller dan de andere en had de ene meer toeloop van patiënten dan de andere. Dat verschil werd echter in veel mindere mate bepaald door formele factoren als opleiding, kennis en juridische bevoegdheid dan vaak is aangenomen. Belangrijker waren factoren van sociaal-culturele en economische aard als vertrouwen, nabijheid en betaalbaarheid. Het consultatiegedrag werd in de eerste plaats gestuurd door de interactie tussen zieke en genezer.

61 Morris J. Vogel en Charles E. Rosenberg eds., *The therapeutic revolution. Essays in the social history of American medicine* (Pennsylvania 1979). Eenzelfde periodisering wordt gehanteerd in N.D. Jewson, 'The disappearance of the sick man from medical cosmology, 1770-1870', *Sociology* 10 (1976) 225-244 en Edward Shorter, *Doctors and their patients. A social history* (2e druk; New Brunswick 1991).

62 Met enige nadruk wordt vaak gesteld dat het niet lag in een toegenomen mate van rationaliteit of wetenschappelijkheid. Zie bijvoorbeeld Warner, 'Science in medicine' en Lachmund, *The social construction*, 103-180.

63 Over de relatie tussen theorie en praktijk in de vroegmoderne geneeskunde zie Shryock, *The development*, hfst. 2 en 3; W.F. Bynum, 'Health, disease and medical care' in: G.S. Rousseau en Roy Porter eds., *The ferment of knowledge. Studies in the historiography of eighteenth-century science* (Cambridge 1980) 211-253 en Wolfgang Eckart, '"Medicus politicus" oder "Machiavellus medicus"? Wechselwirkungen von Ideal und Realität des Arztypus im 17. Jahrhundert', *Medizinhistorisches Journal* 19 (1984) 210-224.

64 Zie bijvoorbeeld Sabine Sander, *Handwerkschirurgen. Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe* (Göttingen 1989), die haar onderzoek niet beperkt tot de steden maar ook het platteland in haar beschouwing betreft.

Om die reden is het vroegmoderne gezondheidsstelsel wel getypeerd als een netwerk. De meest gangbare term in dit verband is echter 'medische markt'.⁶⁵ Het traditionele beeld van het vroegmoderne gezondheidsstelsel berust op een anachronisme, doordat de verhoudingen in de twintigste-eeuwse gezondheidszorg simpelweg werden teruggeprojecteerd op de vroegmoderne tijd. De medische markt is een metafoor die slechts zeer ten dele verwijst naar een fysieke markt. Het gaat vooral om 'het interactieve geheel van opvattingen, handelingen en relaties waardoor grotere of kleinere groepen in de samenleving tot een collectief besef van gezondheid en genezing worden gebracht'.⁶⁶ Het begrip is niet scherp omlijnd maar heeft vooral heuristische waarde. Binnen het raamwerk van de medische markt kan aandacht worden besteed aan genezers zowel als patiënten, aan gezondheid zowel als ziekte, aan regulering zowel als de vrije marktwerking.⁶⁷

Op geïnspireerde én inspirerende wijze heeft Roy Porter de sociale geschiedenis van de geneeskunde inhoud gegeven. In zijn programmatische artikel 'The patient's view' riep hij op tot een perspectiefwisseling.⁶⁸ Tot dan toe was de blik in het onderzoek altijd 'top-down' gericht geweest. De aandacht ging daarbij uit naar de medische wetenschap en academische medici, de methode was bio- en bibliografisch, de teneur juichend om de geboekte vooruitgang. Porter bepleitte daarentegen een 'bottom-up' perspectief: met de hulpvraag van de zieke als vertrekpunt wilde hij doordringen tot het wezen van het vroegmoderne gezondheidsstelsel. Het spreekt vanzelf dat deze benaderingswijze verstrekken gevolgen had voor bronselectie en -gebruik. In aanmerking kwamen onder meer ego-documenten, receptboeken, spreekwoorden en beeldende kunst. In de jaren die volgden heeft Porter - gedeeltelijk samen met

-
- 65 Harold J. Cook, *The decline of the old medical regime in Stuart London* (Londen 1986) i.h.b. hfst. 1 en Mathew Ramsey, *Professional and popular medicine in France, 1770-1830. The social world of medical practice* (Cambridge 1988). Ramsey geeft een vollediger - en daardoor genuanceerder - beeld van de medische markt dan Cook, die schrijft vanuit het perspectief van het Londense Royal College of Physicians. Zie ook De Blécourt, *De medische markt*.
- 66 Willem Frijhoff, 'Gods gave afgewezen. Op zoek naar genezing van de pest: Nijmegen, 1635-1636' in: Gijswijt-Hofstra, *Geloven in genezen*, 143-170 aldaar 145. Van Vegchel laat het begrip verwijzen naar een 'contextuele benadering gericht op vraag en aanbod, op de ruilrelaties tussen genezers en patiënten en op de concurrentieverhoudingen tussen genezers onderling'; Van Vegchel, 'De medische markt', 18.
- 67 Lokale case-studies zijn onder meer Hilary Marland, *Medicine and society in Wakefield and Huddersfield* (Cambridge 1987) en Frank Huisman, *Stadsbelang en standsbesef. Gezondheidszorg en medisch beroep in Groningen 1500-1730* (Rotterdam 1992).
- 68 Roy Porter, 'The patient's view. Doing medical history from below', *Theory and society* 14 (1985) 175-198. Porter ging daarin verder dan Ackerknecht, die zijn pleidooi nog had beperkt tot het handelen van artsen; Erwin H. Ackerknecht, 'A plea for a "behaviorist" approach in writing the history of medicine', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 22 (1967) 211-214.

zijn vrouw - zijn onderzoeksprogramma uitgevoerd en een indrukwekkend oeuvre opgebouwd.⁶⁹

Porter heeft zich in zijn onderzoek toegelegd op de 'lange achttiende eeuw' (1650-1850). In die periode lag ziekte voortdurend op de loer en was de gemiddelde levensverwachting laag. Dat betekende echter niet dat de vroegmoderne mens zich overgaf aan fatalisme of apathie. Integendeel: zelfs een oppervlakkig onderzoek van de achttiende-eeuwse briefcultuur laat zien dat men sterk was gepreoccupeerd - om niet te zeggen geobsedeerd - met het wel en wee van het eigen lichaam. Mensen waren tot veel bereid om hun gezondheid te behouden of te herstellen. Zeer veel remedies en genezers stonden daarbij ter beschikking. In het mentaliteitshistorische *In sickness and in health* behandelen de Porters de ziektecultuur in *Georgian England*. Door de taal waarmee over pijn en ziekte werd gecommuniceerd aan een nauwgezette analyse te onderwerpen, proberen ze in de huid van de achttiende-eeuwer te kruipen. Met concrete, aan ego-documenten ontleende voorbeelden wordt geïllustreerd op welke wijze de vroegmoderne Engelsman ziekte in zijn leven probeerde te integreren door er 'zin' aan toe te kennen. Zo gaan de Porters na wat men deed ter voorkoming van ziekte, hoe pijn werd ervaren, hoe ziekte werd geclassificeerd en verklaard en tenslotte hoe men de verhouding tussen lichaam en geest zag. Het benoemen van pijn en ziekte was een voorwaarde voor communicatie en daardoor voor genezing. Bij het definiëren van ziekte blijken metaforen een cruciale rol te hebben gespeeld.⁷⁰

In *Patient's progress* bespreken de Porters tot welke vormen van ziekte- en consultatiegedrag de houding van de patiënt, zoals besproken in hun eerdere boek, resulteerde. De patiënt op zoek naar genezing bewandelde vaak - tegelijkertijd of achtereenvolgens - meerdere wegen. Zelfhulp, burenhulp en beroepsmatige hulp stonden naast elkaar als gelijkwaardige alternatieven. Met een variant op het bekende protestantse dictum spreken de Porters van 'the priesthood of all sufferers', waarmee ze willen aangeven dat het initiatief bij de patiënt lag en dat diens keuzevrijheid nagenoeg onbeperkt was. Zieken streefden gezondheid na zoals protestanten verlossing. De medicus was daarbij zeker geen absolute autoriteit, maar op zijn best een leidsman.⁷¹ De Porters benadrukken dat er geen onafhankelijke subculturen naast elkaar bestonden, zoals

69 Ik beperk me hier tot een beknopte weergave van Roy Porter ed., *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society* (Cambridge 1985); Roy Porter en Dorothy Porter, *In sickness and in health. The British experience 1650-1850* (Londen 1988); Roy Porter, *Health for sale. Quackery in England 1660-1850* (Manchester 1989); Dorothy Porter en Roy Porter, *Patient's progress. Doctors and doctoring in eighteenth-century England* (Cambridge 1989).

70 Over het gebruik van metaforen zie Sontag, *Illness as metaphor* en Barbara Duden, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730* (2e druk; Stuttgart 1991).

71 De genezer was dermate afhankelijk van de patient dat er wel is gesproken van lekenpatronage; N.D. Jewson, 'Medical knowledge and the patronage system in 18th century England', *Sociology* 8 (1974) 369-385.



Roy Porter

wordt gesuggereerd door het begrip-penpaar academische versus volksge-neeskunde.⁷² Artsen en patiënten gingen als gelijkwaardigen met elkaar om en 'onderhandelden' over diagno-se en therapie. Dat kón ook, aange-zien patiënten goed op de hoogte waren van het humoralistische idioom waarvan academische medici zich bedienden.⁷³ Toch zocht de patiënt, bij alle kritiek op het onvermogen van de medische stand, ook bevesti-ging bij een professionele genezer. Deze besepte op zijn beurt dat zijn persoonlijkheid en theatrale capacitei-ten bepalend waren voor zijn profes-sionele succes, en hij buitte dat uit.⁷⁴

Soms gaat Porter in zijn icono-clastisch enthousiasme wat te ver. Wanneer hij bijvoorbeeld reguliere medici en kwakzalvers zonder meer aan elkaar gelijk stelt, gaat hij voorbij aan de oprech-te pogingen van medische wetenschappers de geneeskunde een solide basis te geven en aan de oprechte zorg van medici om de bedriegelijke praktijken van sommige kwakzalvers. Dat doet echter niets af aan Porters prestatie. Wie een hardnekkig geschiedbeeld wil nuanceren zal het eerst hard onderuit moeten halen; pas daarna is het construeren van een nieuwe synthese mogelijk. Geheel in lijn met de contextuele methode benadrukt Porter de specificiteit van zijn verhaal naar plaats en tijd. Zo contrasteert hij de situatie in Engeland met die op het Continent en brengt hij een cesuur aan tussen vroegmoderne en moder-ne tijd. Dat heeft zowel voor- als nadelen: enerzijds krijgt de lezer zo een duidelijk beeld van de gezondheidsmarkt in het Engeland van 'de lange acht-tiende eeuw', anderzijds kan men zich afvragen hoe representatief dat beeld is en, nog belangrijker, hoe in de loop der tijd breuk en continuïteit zich tot elkaar

72 De dichotomie is ook wel uitgedrukt in het begrippenpaar 'great' versus 'little tradtion'; Peter Burke, *Popular culture in early modern Europe* (Londen 1978) 23-29. Voor een meer genuanceerde benadering zie Willem Frijhoff, 'Inleiding: historische antropologie' in Peter te Boekhorst, Peter Burke enz eds., *Cultuur en maatschappij in Nederland 1500-1850* (Meppel 1992) 11-38.

73 Zie daarover Vivian Nutton, 'Humoralism' in: Bynum, *Companion encyclopedia* I, 281-291.

74 Zie ook Lachmund en Stollberg, 'The doctor, his audience, and the meaning of illness. The drama of medical practice in the late 18th and early 19th centuries.' in: ibidem, *The social construction* 53-66.

hebben verhouden.⁷⁵ Wellicht had Porter er beter aan gedaan zijn onderzoeksthema niet zo strikt af te bakenen - althans niet in conceptuele zin. Om praktische redenen is het natuurlijk nuttig en nodig een historische verhandeling op enigerlei wijze in te perken, op een abstracter niveau mag de historicus datgene wat buiten zijn domein ligt echter niet geheel veronachtzamen. In zekere zin heeft Porter dat wèl gedaan, waardoor de concepten die hij eerst heeft afgeschaft later zijn betoog weer binnen lijken te sluipen. Zo lijken voor de moderne tijd de bipolaire tegenstellingen tussen irregulier en regulier, tussen dwaling en therapeutische effectiviteit en tussen sociaal-culturele constructie en biomedische waarheid hun geldigheid te hebben behouden. Met andere woorden: Porters oeuvre lijkt - hoe impliciet ook - te functioneren binnen een teleologische geschiedopvatting.

Besluit

Op iedere nieuwe these is kritiek mogelijk, zeker wanneer zij met zoveel zwier wordt gepresenteerd als Porter dat heeft gedaan. De verdiensten die Porter heeft voor de vernieuwing van de medische historiografie zijn in het bovenstaande hopelijk duidelijk geworden. De kritiek die op zijn werk kan worden geleverd leidt tot de cruciale vraag in hoeverre een verzoening tussen de pragmatische en de constructivistische tradities in de medische geschiedenis - of, algemener gesteld, tussen positivisme en historisme - mogelijk is.⁷⁶ Die vraag is niet alleen interessant om geschiedtheoretische redenen, maar ook belangrijk vanwege de implicaties die zij heeft voor een goed begrip van de gezondheidszorg. De opzienbarende resultaten die de geneeskunde in de twintigste eeuw heeft geboekt hebben extra voedsel gegeven aan het vooruitgangdenken, maar tegelijkertijd blind gemaakt voor de problemen van ethische en financiële aard die zij ook hebben opgeroepen. Slechts van een serieus debat tussen onderzoekers uit beide tradities kunnen oplossingen worden verwacht voor de dilemma's waarvoor de moderne gezondheidszorg zich gesteld ziet.⁷⁷

75 Recent onderzoek heeft uitgewezen dat de medische markt van de negentiende eeuw in veel opzichten leek op die van de daaraan voorafgaande eeuw. Zie bijvoorbeeld Gerrit van Vegchel, *Medici contra kwakzalvers. De strijd tegen niet-orthodoxe geneeswijzen in Nederland in de 19e en 20e eeuw* (Amsterdam 1991) en Willem de Blécourt, 'Irreguliere genezers in de stad Groningen in de tweede helft van de 19e eeuw' in: *Gronings historisch jaarboek* 1 (1994) 126-141.

76 Zie daarover ook Anton Blok, *Wittgenstein en Elias. Een methodische richtlijn voor de antropologie* (Amsterdam 1976) en P.B.M. Blaas, 'Historisme en positivisme: twee onoverbrugbare historische wetenschapstradities?' in: *ibidem*, *Anachronisme*, 60-73.

77 Voor die oplossingen lijkt niet minder nodig dan een nieuwe wetenschappelijke revolutie met betrekking tot onze ziekteopvatting; zie Edward S. Golub, *The limits of medicine. How science shapes our hope for the cure* (New York 1994). Na een overzicht van de ontwikkeling van de geneeskunde concludeert Golub dat de beperkingen van de geneeskunde niet van technische, maar van conceptuele aard zijn. Zie ook Annemarie Mol en Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985* (Nijmegen 1989).

