

NEDERLANDSE HYGIËNISTEN

Tussen droom en werkelijkheid, 1850-1875.

Henk van Zon

Geneeskundigen moeten worden aangespoord "den engen kring van hunne dagelijksche praktijk [...] te verlaten en hunne studieën en bemoeijingen uit te breiden tot alles wat meer tot het algemeene welzijn, tot de openbare gezondheidsregeling van de plaatsen hunner inwoning betrekking heeft." Deze opwekking van de Amsterdamse medicus G.E. Voorhelm Schneevoegt uit 1852 geeft goed de geest weer waarvan de hygiënist in Nederland bezielde waren. De sterke betrokkenheid op maatschappelijke vraagstukken was kenmerkend voor een groep artsen die in de tweede helft van de negentiende eeuw gedurende enkele decennia de toon zette van de publieke discussie over gezondheidsvraagstukken. De geciteerde aansporing was ook een teken aan de wand: het peil van de openbare gezondheid in ons land was immers bedroevend. Verondersteld werd zelfs dat deze, ondanks allerlei vertogen over de verantwoordelijkheid van de overheid voor de openbare gezondheid, alleen maar was achteruitgegaan. De gebeurtenissen van 1848 betekenden een stimulans voor die geneeskundigen die de nadruk legden op de sociaal-economisch bepaalde elementen van de gezondheid. Verbetering daarvan leverde meer op dan de klassieke geneeskunde.

In de Nederlandse medische geschiedenis betekende het optreden van de hygiënist een belangrijke mijlpaal. Voor het eerst hebben we te maken met artsen als een groep met een duidelijk (ideologisch) doel, dat zij niet alleen langs vaktechnische wegen probeerden te bereiken. Ook maatschappelijke en politieke kanalen werden daarvoor gebruikt. De bezorgdheid over misstanden op het gebied van de gezondheid en de onvoldoende aandacht die de overheid daaraan besteedde, bracht een voornamelijk uit geneeskundigen bestaande groep tot het opstellen van plannen, het schrijven van rapporten en artikelen in dagbladen en tijdschriften van zeer uiteenlopende aard, het oprichten van commissies en het aansporen van doorgaans lakse gezagsdragers. Dankzij deze sterk op de buitenwereld gerichte activiteiten is hun optreden bepaald niet onopgemerkt gebleven, al waren de resultaten over het algemeen niet in overeenstemming met de ruchtbaarheid die ze kregen. Voor, noch na, de genoemde periode hebben medici zich zo geëngageerd met sociaal-maatschappelijke kwesties beziggehouden.

In dit artikel zullen we stilstaan bij de omstandigheden waarin zij opereerden en de ideeën die zij daarover ventileerden. Veel meer dan medici in andere tijden en collega's die zich vooral op theoretisch vlak met de oorzaken van specifieke ziekten bezighielden, richtten zij zich sterk op de toestand van alledag. Zij waren in verband daarmee regelmatig en nadrukkelijk bezig met niet-

medische kwesties als de bouw van huizen, openbare reiniging of de drinkwatervoorziening. Het voorkómen van ziekten, onder andere door middel van infrastructurale maatregelen, was in hun ogen belangrijker dan de klassieke curatieve benadering. Verbetering van de hygiënische infrastructuur was volgens die visie de beste bijdrage aan de gezondheidstoestand. Gezondheidstoestand wordt hier vooral als volksgezondheid beschouwd, dus van groepen van de bevolking, niet als optelsom van de gezondheid van individuen. De invloed van omgevingsfactoren en de pogingen hierin verbetering aan te brengen krijgen daarbij speciale aandacht.

De keuze voor deze invalshoek betekent dat vragen van een algemene orde, zoals hun rol in het medicaliserings- en disciplineringsproces, buiten beschouwing blijven. Evenmin zal ik ingaan op de maatschappelijke achtergronden van de hygiënisten, hun politieke ideeën of de nieuwe visies waarmee zij medisch Nederland verrijkten.¹ Vanwege de beperkte omvang van dit artikel wordt slechts een gedeelte bestreken van de periode waarin zij actief waren. Volgens goed historisch gebruik zullen ook hun ideële voorlopers aan bod komen.

Nederland als hygiënisch ontwikkelingsland in het midden van de negentiende eeuw

De hygiënische omstandigheden in ons land omstreeks het midden van de vorige eeuw waren, zoals overal in het industrialiserende Europa, bijzonder slecht. Daarin leek die tijd op voorgaande perioden. Er waren echter nieuwe elementen bijgekomen: de trek naar de steden zorgde voor een toename van de moeilijkheden, verergerd door stedenbouwkundige belemmeringen. Bovendien legde een voor Europa nieuwe ziekte als de cholera onbarmhartig de hygiënische zwakten bloot. Ook ontstond een beter inzicht in de omvang van de problemen door het systematisch verzamelen van gegevens over de toestand in een heel land. Tenslotte werd de discussie over oorzaken en remedies op een steeds breder vlak gevoerd.²

Waaruit bleek nu de ernst van de situatie? Nederland had te kampen met een hoog sterftecijfer, dat zowel een gevolg was van "de verschrikkelijke sterfte die er onder de kleine kinderen heerscht" als van de geringe weerstand van de armen.³ Volgens de vooraanstaande Groningse hygiënist L. Ali Cohen, een van

1 Dat is uitvoerig gedaan in het proefschrift van Eddy Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840-1890* (Groningen 1991).

2 Zie over de onhygiënische toestanden in ons land uitgebreid in mijn proefschrift, *Een zeer onfrisse geschiedenis. Studies over niet-industriële verontreiniging in Nederland, 1850-1920* ('s-Gravenhage 1986).

3 L. Ali Cohen, 'Over openbare-gezondheidsregeling, de gevolgen van hare verwaarloozing en de noodzakelijkheid van hare invoering hier te lande, met het oog op 't gene te dien aanzien elders geschiedt' in: *Nieuw Praktisch Tijdschrift voor de Geneeskunde in al haren omvang* IV (1852), 276.

de bekendste en vruchtbaarste publicisten over medisch-hygiënische onderwerpen uit het midden van de negentiende eeuw, was het verschil in levensverwachting tussen hen die werden geboren "op de donzen kussens van den rijke" of "op het stroo-leger der bedelares" achttien levensjaren.⁴ Ten dele vloeide dit verschil voort uit het grote onderscheid in sterfte gedurende het eerste levensjaar. Onder de armen of in arme buurten was deze twee keer zo hoog als bij de beter gesitueerden. De kindersterfte werd gezien als de graadmeter van de hygiënische en sociale omstandigheden. Hieraan kon de invloed van de algemene leefomstandigheden op de gezondheidstoestand worden afgelezen. De hygiënist namen geen genoegen met de 'Darwinistische' verklaring dat alleen de zwakken stierven en dat aldus een sterk geslacht overbleef.⁵

De Engelse statisticus William Farr sprak over de "iron index of misery", die uit de gegevens over de sterfte aan de dag trad. Armen waren in slechte onderkomens gehuisvest, woonden in buurten, sloppen of stegen waar slechte hygiënische omstandigheden heersten, kregen niet genoeg voedsel of voedsel van slechte kwaliteit, hadden nauwelijks toegang tot medische voorzieningen en werden verzwakt door zware en langdurige arbeid in vaak ongezonde ruimten. De steden waren in het algemeen ongezonder dan het platteland, en binnen de steden waren hygiënisch goede en slechte wijken. In 1849 (een jaar waarin een cholera-epidemie woedde) waren bijvoorbeeld in de Nederlandse steden meer mensen gestorven dan geboren (1000 op 902), terwijl op het platteland wel sprake was van een geboorte-overschot (1000 op 1238).⁶

De hygiënist en hun voorlopers

De invloed van de omgeving op de (volks)gezondheid behoorde van oudsher tot het interessegebied van medici. De beroemdste arts uit de klassieke Oudheid, Hippocrates (460-377 v.Chr.), had het thema in zijn werk *Over de lucht, de wateren en de plaatsen* behandeld. Medische auteurs in latere tijden verwezen hier herhaaldelijk naar. In zijn rectoraatsrede van 1770 noemde de Groningse medicus Wouter van Doeveren het onderzoek naar dit onderwerp "de grondslag der Geneesoeffening". Volgens Van Doeveren behoorden geneeskundigen veel aandacht te besteden aan de ligging en de gesteldheid van een gebied, aan de kwaliteit van het oppervlaktewater, aan de "openbaare Zindelijkheid" en de daarin nodige verbeteringen en aan de leefwijze en hygiënische gewoonten van de bewoners.⁷ Ook anderen in binnen- en buitenland hielden zich aan het eind

4 Ibidem, 276

5 Uitvoerig over dit onderwerp schrijft Anthony S. Wohl, *Endangered lives. Public health in Victorian Britain* (London 1983), Ch. 2: The massacre of the innocents.

6 L. Ali Cohen, 'Over openbare gezondheidsregeling', 263

7 W. van Doeveren, *Academische redevoering over de gunstige gesteldheid van Groningen, af te leiden uit de natuurlijke historie der stad [...]* (Groningen 1777), 4 (tweede paginering); voorrede, 10 (eerste paginering).

van de achttiende eeuw bezig met de noodzaak van maatregelen ter bevordering van de gezondheid.

De Nederlander Matthias van Geuns (1735-1817) stelde dat de staat zich tegen ziekten net zo moest teweerstellen als tegen militaire vijanden. Hij was de eerste in ons land die een samenhangend geheel van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid presenteerde. Deze zouden de welvaart van de gehele burgerij ten goede komen. Tot die maatregelen behoorden de zorg voor een goede geneeskundige stand en voor een goede kwaliteit van de voeding, maar ook aandacht voor de hygiëne van de bodem en voor de zuiverheid van de lucht. Tevens werden de afvoer van stinkend water en van allerlei soorten vuil daaronder begrepen, evenals het gebruik van de stedelijke ruimte. Het nemen van goede maatregelen was volgens hem belangrijker dan het genezen van zieken door geneeskundigen.⁸

In 1797 was de Nederlandse vertaling van het werk van de Duitser Johann Peter Frank (1745-1821) verschenen. Ook hierin werd aandacht besteed aan niet-medische aspecten van de volksgezondheid en de rol van de overheid bij het verbeteren daarvan. Fysisch-geografische factoren, gezonde lucht, de wijze van aanleg van steden, het voorkómen en tegengaan van vervuiling en de ongunstige invloed van industrieën werden door hem daartoe gerekend. Goede doorstroming van het water in de grachten en van de lucht in de straten, tegengaan van het stilstaan van de lucht en het bevorderen van de reinheid van straten en grachten waren voorwaarden voor het verbeteren van de gezondheidstoestand.⁹

De Amsterdamse medicus Cs. Js. Nieuwenhuijs (1773-1837) zag omstreeks 1820 drie factoren die bepalend waren voor een goede toestand: de "vermogen-de invloed der Overheid", de "welwillende medewerking van den burger" en de "kunde der geneesheeren".¹⁰ Hij vond Amsterdam minder ongezond dan velen van zijn tijdgenoten, maar wees wel op gevaren. De meeste ziekten vloeiden volgens hem voort uit wat wij nu fysisch-geografische en milieuhygiënische oorzaken zouden noemen. In zijn geneeskundige schets van de hoofdstad kwam een bont palet van onderwerpen aan de orde. Sommige komen ons zeer voor de hand liggend voor, andere wekken wel enige verbazing. Zo kunnen we begrijpen dat hij de ligging van de stad, het water binnen en buiten de wallen, de kwaliteit van vis, fruit, diverse soorten drinkwater, bier en brood behandelde, evenals de reiniging van grachten en straten, de reinheid in de vleeshallen en op de vismarkten, de leefwijze, lichaamsgesteldheid, gewoonten (daaronder werden ook

8 Matthias van Geuns, *De staatkundige handhaving van der ingezetenen gezondheid en leven, aangeprezen, en in eenige proeven voorgedragen door [...]* (Amsterdam 1801), 15 en 23.

9 Johan Peter Frank, *Geneeskundige staatsregeling, of Verhandeling van die middelen, welke tot aanwas der bevolking, en bevordering der algemeene gezondheid by ons en andere volken zyn in het werk gesteld, of nog aangewend zouden kunnen worden.* (Leyden en Amsterdam 1797) 6 dln.

10 Cs.Js. Nieuwenhuijs, *Proeve eener geneeskundige plaatsbeschrijving (topographie) der stad Amsterdam* (Amsterdam 1816-1820), VI (Voorrede).

hun eet- en drinkgewoonten gerekend) en het karakter der Amsterdammers.¹¹ Minder voor de hand liggen thema's als wandelmogelijkheden binnen en buiten de stad, ongelukken die uit de gesteldheid van Amsterdam voortvloeiden, het blussen van branden, barometerstanden, ongelukken die samenhangen met de "ongesteldheid des weders", de rol van de bedeling, de hulp aan drenkelingen.

Om een indruk te krijgen van de uiteenlopende facetten die met de afzonderlijke onderdelen van de gezondheidszorg samenhangen, zullen we twee onderwerpen iets uitgebreider onder de loep nemen: de zorg voor het drinkwater en de risico's van het begraven binnen de stad. In Amsterdam heerste gebrek aan goed drinkwater. Ter ondervanging daarvan waren bakken op de daken of bij de uitmonding van de afvoergoten geplaatst en werd met schuiten water uit de Vecht aangevoerd. De houten bakken waren ter bescherming van het hout aan de binnenkant met lood bekleed. Ook de afvoerpijpen waren van lood (zink werd eerst later in de negentiende eeuw toegepast). Het bezwaar van lood was echter dat het onder invloed van de zon verkalkte. Deze kalk loste vervolgens weer in het regenwater op en werd dan door de consumenten gedronken. Dagelijks deden zich volgens Nieuwenhuijs dan ook loodkolieken voor, die tot blijvende verlammingen of de dood konden leiden. Hij sprak in dit verband van "eene niet geringe *endemische* ziekte".¹²

Het Vechtwater werd beschouwd als "eenen nuttigen, en voor menschen verkwikkenden, drank". De kwaliteit ging echter achteruit als gevolg van het innemen op plaatsen met minder zuiver water, van het vervoer in oude, wrakke schuiten en het bewaren in leggers die "doorgaans lek" waren. Het vervuilde grachtwater kon zich vervolgens met het Vechtwater vermengen, dat "brak en bedorven" werd. Hieruit vloeide "aanmerkelijk nadeel voor den burger" voort, "dat zich uitte in buikloop, maagkramp en buiksnijdingen". De toevoer van betrouwbaar zoet water werd dan ook "een der belangrijkste onderwerpen [...] voor het welzijn en de gezondheid der Ingezetenen" genoemd.¹³ De overheid moest gemetselde stadsbakken plaatsen waarin water voor tijden van schaarste kon worden bewaard. Plannen tot de aanleg van een drinkwaterleiding waren al in 1811 aangenomen, maar nooit uitgevoerd.

Het tweede onderwerp, de wijze van begraven, baarde eveneens veel zorg. Kerkhoven lagen vanouds rond de kerk, dat wil zeggen temidden van de bebouwing. Tijdens de Franse overheersing werd bepaald dat zij buiten de bebouwde kom moesten worden aangelegd, maar na 1813 was het oude systeem hersteld. Ook in de kerk vonden nog bijzettingen plaats. De visie van Nieuwenhuijs en zijn collega's op de hieruit voortvloeiende misstanden blijkt uit de volgende bloemlezing: "stinkend aas", "schandelijk, schadelijk en verfoeijelijk", "alleen op

11 Dit komt aardig overeen met de *life-style*, waaraan instellingen als de Wereldgezondheidsorganisatie en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) tegenwoordig veel aandacht besteden.

12 Cs. Js. Nieuwenhuijs, *Proeve eener geneeskundige plaatsbeschrijving (topographie) der stad Amsterdam* (Amsterdam 1816-1820) Boek I, 58.

13 Ibidem, Boek I, 61, 65 en 66-67.

vooordeel, onkunde en hoogmoed gevestigd wangebruik", "dom vooroordeel [...] en eigenbaat". De gevaren voor de voorstanders van dergelijke gebruiken en anderen ("een beter denkend gedeelte der Natie") waren legio. Gedacht werd dat de dampkring door rotting werd besmet en dat een vervuilde dampkring "in evenreedigheid dezer verontreiniging [...] nadeelig" werd. De onvermijdelijke inwerking op reuk en maagzenuwen uitte zich in "misselijkheid, braken, zenuwaandoeningen en soms gevaarlijke ziekten", waardoor andere ziekten weer meer kans kregen. Nieuwenhuijs noemde diverse voorbeelden uit binnen- en buitenland als argument voor zijn stelling. De "zoo algemeene kerkhoofdpijn" werd ook aan de rotting van de lijken onder de kerkvloer toegeschreven.¹⁴ Rooms-Katholieken, Doopsgezinden en leden van andere kerkgemeenschappen die niet in de kerk begroeven, hadden daar geen last van.

Het resultaat van alle in zijn boek behandelde invloeden was dat de "weldadige lucht door uitwaseming der levenden en doden [werd] verpest" en dat de "zoo aangename samenleving door onreinigheid, talrijke samenwoning en andere ongeregeldeheden gevaarlijk" was geworden.¹⁵

Miasma's

In het voorgaande zijn begrippen als dampkring, rotting en uitwaseming enige malen aan de orde geweest. Onze voorouders maakten zich zeer bezorgd over de verontreinigingen waaraan de hun omringende lucht onderhevig was. Waarop berustte nu hun vrees? Misschien wel het grootste punt van zorg van geneeskundigen tot ver in de negentiende eeuw was het ontstaan van miasma's, kwalijke en gevaarlijke uitwasemingen. Zolang nog geen wetenschappelijk gefundeerd inzicht in de oorsprong van allerlei ziekten bestond, was de miasmatische theorie een van de meest gangbare. Overal waar zich rottingsprocessen afspeelden, bestond het gevaar van bezoedeling van de atmosfeer met ziekteverwekkende elementen. Moerassen, rottend vuil in grachten en op straat, eigenlijk alle gelegenheden waar zich vuil ophoopte, waren daarom zeer verdacht en behoorden naar de mening van de gezondheidsbeschermers indien mogelijk te worden opgeruimd. Het wekt dan ook geen verbazing als in vrijwel alle medische overzichten uit de negentiende eeuw ruime aandacht aan het ontstaan en het tegengaan van dergelijke bronnen van ziekten werd besteed. Ook al baseerden de geneeskundigen zich op onjuiste uitgangspunten, hun voorstellen waren niettemin waardevol.

14 Ibidem, Boek II, 14-16, 21, 27.

15 Ibidem, V (Voorrede).

Openbare gezondheidsregeling

In zijn eerder aangehaalde artikel wees Ali Cohen erop, dat de toestand "zeer veel treuriger [was] dan hij behoeft". Als de maatschappij zich meer om de openbare gezondheidszorg zou bekommeren, zou de situatie er een stuk beter uitzien. In zijn woorden: "het geheim van het verjagen der epidemiën ligt eenig en alleen in 't invoeren en handhaven van eene openbare-gezondheidsregeling". Deze berustte op enkele 'hoofdwaarheden': zorg voor gezonde woningen, voor zuivere lucht en zonlicht, voor goed voedsel en dranken. Aan de hand van buitenlandse voorbeelden werd een groot aantal maatregelen genoemd: een verbod van het verhuren van kelderwoningen, voorschriften voor een gezonde inrichting van de huizen, toezicht door armbesturen op de zindelijkheid van de woningen der armen. "Naauwe en bedompte" straten moesten ruimer worden gemaakt, sloppen en zinkputten opgeruimd, "gezonde onkostbare woningen, inzonderheid voor de arme en arbeidende klassen" gebouwd. Andere voorstellen bestonden uit "strengere verordeningen op de prostitutie", betere en geregelder verwijdering van "afval, vuil en uitwerpselen", verbetering van de openbare verlichting, de oprichting van openbare "bad- en waschplaatsen en zwemscholen" en van "openbare wandelplaatsen en tuinen" en het plaveien van wegen. Verbetering van het voedselpakket moest worden bereikt door een betere wetgeving en "krachtiger bepalingen" om de vervalsing van voedingsmiddelen tegen te gaan.¹⁶

Hoe moest deze openbare gezondheidsregeling nu tot stand komen? Geneeskundigen konden deze niet afdwingen, dus moest de "staat met zijn" invloed, met zijne magt tusschen beide komen" en "door gepaste verordeningen voor het heil der ingezetenen zorgen, hun zelfs bevelen en noodzaken tot de striktste naleving van dezelve, wanneer het algemeene best zulks vordert". Volgens de schrijver lag Nederland vergeleken bij de buurlanden "al te zeer ten achteren" en was de overheid in dezen "nalatig". In feite bestond "eene eigenlijke of wezenlijke *openbare gezondheidsregeling* [...] hier nog niet". In zekere zin was dit onbegrijpelijk, omdat de staat hierdoor veel schade leed. Het resultaat was, in de woorden van Ali Cohen: "het verwaarloozen van de lichamelijke welvaart zijner eigene bevolking, [...] het verlies van onberekenbare menschenkrachten en menschenlevens", kortom: "een' te dueren prijs!".¹⁷ Deze en andere verwijzingen naar de materieel-menselijke kant van de zaak, soms ook vertaald als een waarschuwing voor het verlies aan arbeidskracht, komen we wel vaker in de argumenten van de hygiënisten tegen. Het lijkt erop alsof zij veronderstelden dat ze meer kans hadden de overheid hiermee wakker te schudden dan met hun ethisch-medische vertogen.

Ook met deze benadering hadden ze niet veel resultaat. Twintig jaar later, in 1872, verscheen onder redactie van Ali Cohen het *Handboek der Openbare*

16 L. Ali Cohen, 'Over openbare-gezondheidsregeling', 291 en 292.

17 Ibidem, 295-296.

Gezondheidsregeling en der Geneeskundige Politie.¹⁸ De opsomming van onderwerpen daarin en de opmerkingen over de stand van zaken toonden dat slechts weinig wensen waren vervuld. Dit werk kunnen we beschouwen als de samenvatting van het hygiënistische gedachtengoed. Het verscheen toen de hygiënistische beweging op haar hoogtepunt was. Er was aan meegewerkt door tien deskundigen op diverse terreinen. De onderwerpen die er in werden behandeld waren vrijwel gelijk gebleven. Nog steeds vroegen voeding en dranken veel aandacht, evenals de hygiënische opzet en toestand van woningen, arbeidshygiëne, vuilverwijdering en openbare reinheid, rioolsystemen, de hygiënische inrichting van openbare gebouwen. Bij 'ziekten' werden alleen "volksziekten (pandemieën)" behandeld, dat wil zeggen die ziekten, die min of meer regelmatig, op grote schaal en besmettelijk heersten. 'Individuele' ziekten kwamen in het werk niet voor.

Het *Handboek* staat vol met verwijzingen naar actuele situaties en met aanwijzingen die veelal tot de vrome wensen kunnen worden gerekend. Onder de 'Vereischten van eene gezonde stad' worden behoorlijke ruimte, frisse lucht en goed drinkwater als "hoofdvereischten" genoemd. "Hoofdgebreken" waren daarentegen "overvulling met bewoners, bedorvene lucht [...] en ondeugdelijk drinkwater". Deze laatste handicap kon het gevolg zijn van de bodemgesteldheid, maar evenzeer van menselijke activiteiten. Ongezonde lucht werd altijd veroorzaakt door "het vervuilen van bodem en wateren en het doen en laten der inwoners". De genoemde 'overvulling' werd veroorzaakt door de snelle groei van steden, "nu de bevolkingen in korte jaren zoo aanmerkelijk vermeerderen, ja hier en daar in betrekkelijk korten tijd verdubbelen". Uiteengezet werd hoeveel ruimte elke inwoner ter beschikking moest staan, wat de ideale lengte en breedte van straten was, welk belang pleinen hadden als "luchtreservoirs". Straten en pleinen werden de "ventilatietoestellen van de steden" genoemd. Tevens werd gewezen op de ruimte die om elk huis zou moeten worden vrijgehouden, op het nut van plantsoenen en op de noodzaak om fabrieken, slachthuizen en bewaarplaatsen van lompen en beenderen (de laatste notoire bronnen van overlast en, naar men vreesde, van ziekten) buiten de bebouwde kom te (ver)plaatsen. Als hij naar de werkelijkheid keek, kwam Ali Cohen tot de conclusie "dat niet ééne stad ook in Nederland aan die vereischten voldoet".¹⁹ Bij de meeste steden was het vanzelfsprekend heel moeilijk om een structuur van eeuwen her te doorbreken of aan te passen. Vele waren als het ware dichtgeslibd met mensen en bebouwing. Radicale voorstellen tot het slopen van grote delen van steden als het enige probate middel tot verbetering (van de medicus-chemicus G.J. Mulder in 1866) maakten begrijpelijkerwijs geen kans. Maar ook daar waar zich een uitgezochte mogelijkheid voordeed, zoals bij de herbouw van Enschede na de grote brand van 1862, werd niet aan de hygiënische eisen voldaan. De

18 De volledige titel luidde: *Handboek der Openbare Gezondheidsregeling en der Geneeskundige Politie, met het oog op de behoeften en de wetgeving van Nederland* (Groningen 1872) 2 dln.

19 L. Ali Cohen, *Handboek*, I, 380, 383, 382, 383. De paragraaf over dit onderwerp was geschreven door J.A. van Ketwich Verschuur.

twee delen van het *Handboek* zijn gelardeerd met dergelijke treurig stemmende voorbeelden. Slechts een Hausmann²⁰ zou hier verandering kunnen bewerkstelligen, maar diens methode was alleen bij een autocratisch bewind mogelijk, "en dit beslist eigenlijk de geheele zaak".

Trage en onvoldoende reactie van gezagsdragers

Hij legde met deze constatering de vinger op de zere plek: in het min of meer democratische Nederland van zijn tijd kwamen besluiten vaak zeer traag tot stand. En als er van hogerhand regelingen waren gemaakt, werd hun uitvoering meestal gesaboteerd door onwillige lagere overheden of door de onderdanen zelf. Elke hygiënische verbetering kostte geld, en betekende een verhoging van de - meestal lokale - belastingen. De plaatselijke elites (zij alleen hadden het actieve en passieve kiesrecht) draaiden op voor kosten waarvan de baten niet voor ieder vaststonden.

De Gemeentewet van 1851 kende bij voorbeeld een bepaling die het gemeentebestuur verplichtte tot het maken van verordeningen inzake gezondheid (artikel 135); artikel 179 bepaalde dat het toezicht op de algemene gezondheid tot de verantwoordelijkheid van Burgemeester en Wethouders behoorde. In artikel 205 werd voorgeschreven dat de kosten voor de 'gezondheidspolitie' op de begroting moesten worden opgevoerd. In 1852 was Ali Cohen enthousiast over de mogelijkheden die deze wet in hygiënisch opzicht bood, maar in 1872 repte hij er niet meer van. Inmiddels was duidelijk geworden dat de wet aan de vervulling van de wensen van de hygiënisten weinig zou bijdragen. Het was beter om met rijkswetten algemeen geldende voorschriften uit te vaardigen.

Een voorbeeld van een trage gang van zaken was de tot standkoming van de geneeskundige wetten. Al vanaf het begin van de jaren veertig van de vorige eeuw werd door medici aangedrongen op het maken van goede wetgeving voor de medische infrastructuur van ons land. Diverse commissies waren ingesteld en ontwerpen gepubliceerd, maar het duurde tot 1865 eer een samenstel van wetten werd afgekondigd. De uitvoering van de 'Wet regelende het geneeskundig Staatstoezicht' (1 juni 1865, Staatsblad 58) berustte geheel bij de hygiënisten. Zij werden aangesteld als regionale geneeskundige inspecteurs en adjunct-inspecteurs en moesten de voornemens in praktijk brengen. Hier was echter het probleem dat zij zich als rijksambtenaren terughoudend tegenover de plaatselijke besturen moesten gedragen. De gemeentelijke autonomie werd zeer ontzien, "voorlichting en bijstand" waren de middelen waarmee geneeskundige inspec-

20 De prefect van Parijs Hausmann herschiep van 1853-1868 vrijwel de gehele binnenstad door de sloop van zo'n 20.000 huizen, het opruimen van nauwe, bochtige straten en de aanleg van grote brede lanen en ruime, rechte straten. In hoeverre hierbij hygiënische dan wel politieel-technische overwegingen (het neerslaan van demonstraties en het schoonvegen van straten was in de nieuwe aanleg veel makkelijker) het motief vormden, blijft hier onbesproken.

teurs de "werkzaamheid" van de lokale autoriteiten op gang moesten proberen te krijgen.²¹ De praktijk zou uitwijzen dat zij slechts in tijden van (dreigende) epidemieën een willig oor vonden voor hun voorstellen tot gezondmaken van een gemeente. Meestal werd met het uitvoeren daarvan zo lang gewacht dat een epidemie al weer was uitgewoed en dan bleef er weinig van de goede voorneemens over. De verantwoordelijke minister zag zich zelfs genoodzaakt circulaire aan de gemeenten te sturen met de opwekking, meer gehoor te geven aan de adviezen van de geneeskundige inspectie - zonder effect.

Soortgelijke patronen kunnen we waarnemen bij de werking van de 'Wet tot voorziening tegen besmettelijke ziekten' (Epidemiewet) van 4 december 1872 (Staatsblad 134). Deze was nu juist bedoeld om in concrete gevallen meer resultaat te behalen. Ook hier was slechts een adviserende bevoegdheid voor de geneeskundige ambtenaren voorzien, de uitvoering berustte bij de burgemeester. Dwingende voorschriften mocht de inspecteur niet geven.

Door deze ervaringen wijs geworden, stelden de inspecteurs zelf een wetsvoorstel op, dat het kwaad bij de wortel moest aanvatten. Met hun 'Ontwerp van wet tot voorziening tegen verontreiniging van den bodem, van den dampkring en van de openbare wateren, door faecale stoffen en ander vuil' van 1873 gaven zij een aantal duidelijke regels voor de omgang met menselijke en dierlijke mest. Ook zou met hun voorstel de lozing van stoffen uit fabrieken en werkplaatsen aan banden worden gelegd. In principe binnen vijf, maar uiterlijk binnen acht jaar zouden bestaande, met dit ontwerp strijdige lozingen worden beëindigd. Het voorstel, dat slechts vijf artikelen telde, werd door het departement juridisch te simpel gevonden. Het kon daarom vrij eenvoudig terzijde worden gelegd.

De uitvoering van de Fabriekswet van 1875 (2 juni, Staatsblad 95, sinds 1895 bekend als Hinderwet) was illustratief voor het geringe aanzien dat de Geneeskundige Inspectie genoot. Volgens een ministeriële circulaire zouden de inspecteurs advies moeten geven over het verlenen van vergunningen, maar hiervan kwam in de praktijk zo goed als niets terecht.

Het is een merkwaardige ironie dat de wet met waarschijnlijk het meeste hygiënische rendement op grond van heel andere overwegingen was uitgevaardigd. Ik bedoel de 'Wet tot regeling en voltooiing van het vestingstelsel' (Vestingwet) van 18 april 1874 (Staatsblad 64), die een uitvloeisel was van veranderde militaire inzichten. De rol van de vestingen in de oorlog was uitgespeeld en de meeste Nederlandse vestingsteden konden worden ontmanteld. Het slechten van de stadswallen maakte nieuwbouw buiten de oorspronkelijke begrenzing mogelijk. Deze was van een betere kwaliteit dan de bestaande bebouwing. Juist vlak achter de wallen lagen veel sloppen en doodlopende straten en stegen. De afbraak van de stadsmuren gaf letterlijk en figuurlijk lucht en licht in de aldaar heersende onhygiënische toestanden. Bovendien kon de

21 *Handelingen Tweede Kamer 1863-1864, Bijlagen, 287-289.*

'overvulling met mensen' worden beëindigd en daarmee de daaruit voortvloeiende ongemakken worden opgeheven.

Conclusies

In een tijd waarin de technisch-wetenschappelijke middelen van geneeskundigen niet toereikend waren voor adequate bestrijding van ziekten, moesten andere benaderingen uitkomst bieden. Los van hun sociale bewogenheid leidde ook het bewustzijn van hun beperkingen tot een oriëntatie op andere dan medische oplossingen. Deze aanpak, waarin veel belang werd gehecht aan maatschappelijke en infrastructurele factoren, dateerde op zijn minst al uit de achttiende eeuw. De hygiënisten werkten het thema echter sterk uit en kwamen tot conclusies waar hun tijd nog niet rijp voor was. Waarschijnlijk is dit een van de redenen voor de ondervonden tegenwerking en hun geringe succes geweest. Een maatschappij waarin allen, ongeacht hun welstand, een gelijke kans op gezondheid hadden, kon niet zonder een vérgaande maatschappelijke heroriëntatie - in de context van die tijd kwam dat neer op een omwenteling - tot stand komen. Enige tegemoetkoming aan hygiënische wensen was tot daar aan toe, maar het delen of opgeven van bepaalde (voor)rechten ging de meeste leden van de maatschappelijke elite te ver. In feite drongen de hygiënisten aan op het treffen van voorzieningen die pas tegen het midden van de twintigste eeuw algemeen sociaal acceptabel werden geacht. Wie zijn tijd zo ver vooruit is, hoeft niet op realisatie van zijn ideeën te rekenen.