

## Hoofdstuk 9

### DE OPKOMST VAN HET BELGISCH MEDISCH BEROEP

*Rita Schepers*

In deze korte uiteenzetting zal eerst nader ingegaan worden op de veranderde juridische organisatie van het medisch beroep, vervolgens op de uitbreiding van het domein van de geneeskunde en tenslotte op de geleidelijke verbetering van de sociale positie van het medisch corps.

#### **De wijzigingen in de juridische organisatie van het medisch beroep sedert de Franse Revolutie**

Formeel gezien wordt het medisch aanbod vóór de Franse Revolutie gekenmerkt door een piramidale structuur, aan de basis een grote groep plattelandsheermeesters, aan de top een kleine groep universitair opgeleide doctors en licentiaten in de geneeskunde en hiertussen de apothekers en de hee-meesters die in de steden werkzaam waren.<sup>1</sup> Deze geneeskunstbeoefenaars hadden een eigen domein en functie - de geneeskunde, de heel- en verloskunde en de artsenijbereidkunde, gescheiden opleidingskanalen, verschillende kennis en vaardigheden, een eigen interne organisatie en interactiepatronen. De reglementen die de opleiding, de toegang tot het beroep en de beroepsuitoefening regelden, varieerden niet alleen overeenkomstig de tak van de geneeskunst die beoefend werd maar ook waren er lokale verschillen.

In de praktijk echter werd deze formele scheiding tussen de diverse takken van de geneeskunde gebrekkig nageleefd en voornamelijk op het platteland werd de uitoefening van de geneeskunde, de heilkunde en de artsenijbereidkunde gecumuleerd. Belangrijker nog dan deze onvolmaakte domeinafbakening is de vaststelling dat de definitie van het toenmalig medisch aanbod aan de hand van technische criteria inzake de opleiding en de beroepsuitoefening een eng en triviaal beeld geeft. Het houdt geen rekening met de talrijke rondreizende personen die bepaalde deelaspecten van de heilkunde beoefenden. Soms ging het om vrij gespecialiseerde ingrepen waarvoor een grote handigheid vereist was en die de gevestigde chirurgijns niet aandurfd, zoals bijvoorbeeld oogoperaties. In vele gevallen werd van hen geen enkel bewijs van bekwaamheid geëist en volstond het betalen van en bepaalde som aan het plaatselijk ambacht om te mogen praktiseren. Ook de rol van allerhande niet-officiële geneeskunstbeoefenaars, van religieuzen, van

---

1. Voor meer details zie R. SCHEPERS, *De opkomst van het Belgisch medisch beroep. De evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisatie in de 19de eeuw*, doctoraal proefschrift, K.U. Leuven, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie, 1983, 74-120.

dorpspastoors en van charitatief ingestelde notabelen wordt dan over het hoofd gezien. Het verschil tussen de geneeskunde die deze beoefenden en de officiële, zogenaamd wetenschappelijke geneeskunde was eerder mythe dan werkelijkheid en situeerde zich meer op het vlak van de collectieve voorstellingen dan op dat van de medische kennis en de praktijk.<sup>2</sup>

Deze structuur was reeds in de 18de eeuw in ontwikkeling, ondermeer dank zij de vooruitgang van de heekunde. De progressieve wetenschappelijke elite zou steeds sterker pleiten voor een toenadering tussen de geneeskunde en de heekunde zowel in de opleiding als in de praktijk. Dit proces werd versneld door de Franse Revolutie.

Het diepe onbehagen over de bestaande organisatie van de gezondheidszorg bleek duidelijk uit talrijke "Cahiers de doléances" die vanaf 1789 werden opgesteld. Vooral de ontoereikendheid van het vigerende opleidings- en examensysteem en de onbekwaamheid van de plattelandsheelmeesters werden op de korrel genomen. Tegelijkertijd formuleerde de verlichte elite alternatieve voorstellen. Zo zou in een vernieuwd studieprogramma een plaats moeten ingeruimd worden voor de 'nieuwe' wetenschappen, voor de heekunde en voor het klinisch onderwijs. Verder bekommerde men zich ook om een betere spreiding van het medisch personeel en een adequatere inrichting van de bijstand aan de behoeftigen. Kenschetsend voor de geest van de tijd waren de pleidooien ten gunste van de thuisgezondheidszorg en tegen de ziekenhuizen die als dure, gevaarlijke en menonwaardige instellingen werden beschouwd.

De maatregelen die uiteindelijk werden uitgevaardigd brachten precies het tegenovergestelde tot stand van datgene waarvoor de verlichte elite steeds gepleit had: in plaats van hogere exameneisen werden nu alle examens afgeschaft met de argumentatie dat de echte competentie wel uit de praktijk zou blijken en dat monopolievorming hoe dan ook schadelijk was en misbruiken voortbracht. Er kwam niet alleen geen betere bescherming van de volksgezondheid maar zelfs een volledige afbraak van de bestaande reglementeringen. Immers door de decreten van 2 maart 1791 en 18 augustus 1792 werden de universiteiten, de wetenschappelijke verenigingen en de corporaties opgeheven. De beoefening van de geneeskunde was voortaan, op het betalen van de patentbelasting en de inachtnaam van een aantal politiereglementen na, volledig vrij.<sup>3</sup> Inzake de artsenijbereidkunde werd omwille van de talrijke

---

2. J.P. GOUBERT, *L'Art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790*, Annales XXXII(1977) 908-926.

3. *Pasinomie*, Ie série, II, (novembre 1790-mai 1791), p. 230; maart 1791: décret portant suppression de tous les droits d'aides, de toutes les maîtrises et jurandes et établissement de patentes, *Pasinomie*, Ie série, IV, p. 284, décret relatif à la suppression des congrégations séculières et des confréries.

misbruiken reeds na enkele weken naar de vroegere reglementen teruggegrepen.

De oorlogen en de ontredde die deze veroorzaakten leidden echter snel tot een pragmatischer aanpak en tot een herdefiniëren van de prioriteiten. De ziekenhuizen, die reeds veroordeeld waren om te verdwijnen, namen meer dan ooit een centrale plaats in en dit niet alleen voor de verzorging van de gewonden en de opvang van de behoeftigen maar ook als opleidingscentra voor de toekomstige gezondheidsofficieren. Het nijpend gebrek aan geneeskunstbeoefenaars maakte een reorganisatie van het medisch onderwijs des te urgenter. Tenslotte kwam de heelkunde nog versterkt en met meer gezag uit de strijd. Op het slagveld wist de heelmeester, die traditioneel instond voor de verzorging van breuken, wonden en dergelijke, met eenvoudige instrumenten en in vaak zeer moeilijke omstandigheden de slachtoffers te helpen. De geneesheren, die de verwoestende epidemieën voor hun rekening kregen, stonden vaak machteloos. Hun theoretische kennis was van weinig nut, hun ingewikkelde voorschriften onuitvoerbaar. De oorlog versnelde dus een proces dat reeds eerder was ingezet. Bovendien stimuleerde hij de vooruitgang op medisch vlak aangezien men gedwongen werd op grote schaal te experimenteren en te improviseren. Nutteloze traditionele praktijken dienden onder druk van de omstandigheden opgegeven te worden.

De nieuwe medische structuur onder het Consulaat, gerealiseerd door de wet van 19 ventôse an XI (10 maart 1803) herstelde het medisch monopolie en bracht een centrale en geuniformeerde wetgeving inzake de opleiding en de uitoefening van de geneeskunst tot stand.<sup>4</sup> Op twee principiële vragen diende de wetgever een antwoord te geven met name de wenselijkheid van grotere verticale integratie binnen het medisch aanbod of, met andere woorden, de opheffing van de verschillende klassen binnen het medisch beroep en van grotere horizontale integratie, i.e. tussen de verschillende takken van de geneeskunst.

De wet van 19 ventôse an XI introduceerde, of beter consacreeerde, het onderscheid tussen twee klassen van geneeskunstbeoefenaars, i.c. tussen enerzijds de doctors in de geneeskunde en de doctors in de heelkunde en anderzijds de gezondheidsofficieren. Een doctor in de geneeskunde diende zich te beperken tot de uitoefening van de geneeskunde, een doctor in de heelkunde tot de uitoefening van de chirurgie. Wie in beide takken gediplomeerd was mocht deze ook in de beroepsuitoefening combineren. Het was de bedoeling van de wetgever dat beide titels door de meeste beoefenaars zouden gecombineerd worden.<sup>5</sup> Een gezondheidsofficier mocht de geneeskunde, de heel-

---

4. *Pasinomie*, Ie série, XII (20 février 1803 - 17 mai 1804), 19 ventôse an XI, Loi relative à l'exercice de la médecine, p. 12.

5. J. SAUVEUR, *Histoire de la législation médicale Belge*, Bruxelles, 1862, p. 105.

kunde en, op het platteland, de artsnijbereidkunde combineren maar diende zich te beperken tot de lichte, minder gecompliceerde gevallen. In de gezondheidsofficieren werd dus in zekere zin de integratie tussen de genees- en heelkunde op een lager niveau gerealiseerd. Deze tweedeling trad ook inzake de artsnijbereidkunde en de vroedkunde op de voorgrond. De geneeskunstboefenaars van de 1ste orde waren steeds opgeleid aan scholen voor geneeskunde, op universitair niveau, en in scholen voor artsnijbereidkunde. Deze laatste leunden nauw aan bij de scholen voor geneeskunde maar behoorden zelf niet tot het universitair onderwijs. De opleiding was duurder en langer. Dit werd echter gecompenseerd door een aantal privileges, zoals bijvoorbeeld het recht om overal zonder geografische beperkingen het beroep uit te oefenen, de voorrang om beleidsfuncties te bekleden en het recht op supervisie van de beoefenaars van de 2de orde. Hun inkomen en prestige was hoger. Wat echter in de wet van 19 ventôse niet gespecificeerd werd, was een duidelijke taakafbakening. Het aangehaalde onderscheid tussen lichte en ernstige aandoeningen, waarbij de ene waren voorbehouden voor de beoefenaars van de 2de orde en de andere voor de beoefenaars van de 1ste orde was te vaag om in de praktijk bruikbaar te zijn. En aangezien de gezondheidsofficieren zich ook in de steden mochten vestigen, konden zij een ernstige bron van concurrentie vormen voor beoefenaars van de 1ste orde.

Men kan zich verwonderen over de introductie van deze klasse-geneeskunst onder een bewind dat de gelijkheid in zijn vaandel schreef. De instelling van één categorie zeer degelijk gevormde geneeskunstbeoefenaars werd afgewezen, omdat hierdoor het charlatanisme op het platteland in de hand zou gewerkt worden. Doctors in de geneeskunde en in de heelkunde, die veel tijd en geld geïnvesteerd hadden in hun opleiding zouden, zo veronderstelde men terecht, hun investering willen doen renderen en zich hierom voornamelijk in de steden vestigen waar het cliënteel talrijker en kapitaalkrachtiger was dan op het platteland. De gezondheidsofficier daarentegen zou zich na een korte, relatief goedkope en praktisch georiënteerde opleiding voornamelijk op het platteland vestigen en daar de lichte en eerder onbelangrijke gevallen op medisch en chirurgisch vlak verzorgen en de noodzakelijke geneesmiddelen toedienen. Hij was dus een soort omnipracticus voor het gewone volk. De wetgevers van 1803 opteerden voor een compromis tussen enerzijds wat burgerlijk en wetenschappelijk ideaal was en anderzijds de harde sociale realiteiten van de tijd.

Na de eenmaking met Nederland bleven de Franse reglementen in het Zuiden van kracht tot de uitvaardiging van de wet van 12 maart 1818 op de uitoefening van de geneeskunst.<sup>6</sup> Deze wet voorzag de volgende categorieën

---

6. *Pasinomie*, 2e série, IV, (1817-1818), 12 mars 1818, loi réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir, p. 343.

geneeskunstbeoefenaars: de doctors in de geneeskunde, in de heelkunde, in de verloskunde en in de artsenijsbereidkunde, de stadsheelmeesters, de plattelandsheelmeesters, de vroedmeesters, de apothekers, de vroedvrouwen en de drogisten. De wetgever behield dus het onderscheid tussen universitair en niet-universitair en opteerde eveneens voor de gescheiden uitoefening van de verschillende takken van de geneeskunst omdat het terrein te uitgebreid was om in alle takken voldoende deskundig te zijn. Nochtans was een dergelijke formule, zo meende men, slechts haalbaar in de grote steden waar een talrijk cliënteel aan elke geneeskundige een behoorlijk bestaan zou verzekeren. Op het platteland lieten de te geringe bevolkingsdichtheid, de krappe financiële middelen van de plattelandsbevolking en de gevestigde gewoonten alleen de gecombineerde uitoefening toe. Een cumulatieverbod zou daàr leiden tot een tekort aan erkende geneeskunstbeoefenaars en de deur wijd openzetten voor het charlatanisme. De redenering was dus, beter onvolkomen hulp bieden dan slechte of geen hulp verlenen. Strenge examens, duidelijke instructies en een gedegen toezicht van de Provinciale Geneeskundige Commissies zou voor de plattelandsbevolking de kwaliteit verzekeren.

Het voornaamste verschil in bevoegdheid tussen universitair en niet-universitair lag hierin dat de eersten in het gehele land hun beroep mochten uitoefenen terwijl de laatsten zich moesten beperken tot de provincie waar ze gediplomeerd waren. Ook was er strikter toezicht op het handelen van de niet-universitair. Zo bijvoorbeeld mochten gevaarlijke operaties (zoals trepanatie en amputatie) slechts in het bijzijn van één of meer heelmeesters of doctors in de heelkunde worden uitgevoerd, tenzij bij hoogdringendheid. Merkwaardig was dat de wet van 12 maart 1818 grotere restricties plaatste op het cumulatieright van de doctors dan op dat van de plattelandsheelmeesters. Een doctor mocht op het platteland of in de hiermee gelijkgestelde steden, dit waren de steden zonder Plaatselijke Geneeskundige Commissie, de verschillende takken van de geneeskunst slechts gecombineerd uitoefenen wanneer hij ook in de heel-, vroed- en/of artsenijsbereidkunde gediplomeerd was. De plattelandsheelmeester was de opvolger van de gezondheidsofficier, met dit belangrijke verschil dat hij inderdaad slechts op het platteland en in de kleine steden van de provincie de verschillende takken van de geneeskunst mocht combineren, dit om te voorkomen dat hij zich ook, zoals tevoren de gezondheidsofficieren, voornamelijk in de steden zou vestigen, waar hij zou concurreren met de doctors in de geneeskunde terwijl het platteland nog altijd kampte met een tekort aan geneeskunstbeoefenaars. De eenvoudige en meest voorkomende heelkundige ingrepen, inwendige ziekten, hulp bij ongevallen en het voorschrijven en leveren van geneesmiddelen behoorden tot zijn werk-domein. Indien hij het diploma van vroedmeester bezat, mocht hij ook de vroedkunde uitoefenen. Gevaarlijke chirurgische ingrepen mocht hij slechts uitvoeren in het bijzijn van een doctor in de heelkunde of een stadsheelmeester, tenzij bij hoogdringendheid. Tot het domein van de vroedmeester

behoorden zowel de natuurlijke als de gecompliceerde bevallingen. De vroedvrouwen daarentegen mochten alleen natuurlijke bevallingen, zonder instrumenten, doen. Bij moeilijke en gevaarlijke bevallingen moesten ze zo vlug mogelijk de doctor in de vroedkunde, de vroedmeester ter hulp roepen of desnoods een andere vroedvrouw.

De bepalingen van de wet van 12 maart 1818 werden in geneesherenkringen op uiteenlopende wijze geëvalueerd. Sommigen wilden het cumulatieright op het platteland beperken omdat elke wetenschap zijn activiteitsfeer, doeleinden en begrenzing kende. Anderen daarentegen vonden het cumulatieverbod ongehoord. Zij beklemtoonden dat de scheidslijnen tussen de genees- en heekunde volkomen artificieel waren en dat de wetgeving niet duidelijk was noch kon zijn in de domeinafbakening tussen beide, een opmerking die inderdaad niet van alle grond ontbloomt was. Meerdere geneesheren voelden zich benadeeld door de rechten van de plattelandsheekmeesters en de gezondheidsofficieren. Het vergroten van de toegankelijkheid van de universitaire opleiding door middel van beurzen en premies en het vormen van doctors voor alle klassen van de bevolking was volgens hen beter dan het in stand houden van de klasse van de heekmeesters. Prestigeverhoging en garanties voor een behoorlijk en eervol bestaan op het platteland zagen zij als de geschikste middelen om een adequaat aanbod te verzekeren.

Een belangrijke stap in de ontwikkeling van een juridisch homogener beroep was de wet van 27 september 1835 op het openbaar onderwijs.<sup>7</sup> Hierdoor werden de lagere graden in de heek- en verloskunde afgeschaft. Het is betreurenswaardig dat, precies met betrekking tot deze cruciale maatregel, de bronnen zo schaars zijn. Ongetwijfeld kwam de wet tegemoet aan de wensen van vele universitair geschoolde geneeskunstbeoefenaars. Een blik op de evolutie in het buitenland doet echter vermoeden dat een verwijzing naar het eigenbelang van de doctors niet volstaat om de relatief vroege opheffing van de 2de orde in België te verklaren. In Frankrijk en Nederland b.v. vond men ook onder de universitair voorstanders van hun behoud, ondermeer om lichte aandoeningen te verzorgen en ter ontlasting van het werk van de doctors. Homogenisering zou, volgens hen, leiden tot vervlakking en de stimuli om hogerop te geraken uitschakelen. Door het bestaan van de gezondheidsofficieren werd het prestige van de doctors verhoogd. "Deux ordres sont nécessaires pour que l'un des deux soit élevé".<sup>8</sup> Het systeem beantwoordde trouwens aan de sociale differentiatie tussen rijke en arme zieken. Hun argumenten vonden gehoor bij het beleid en ook bij de statistici, die van oordeel waren dat lager gekwalificeerde geneeskunstbeoefenaars op

---

7. *Pasinomie*, 3ième série, V, (1835), 27 septembre 1835: loi organique de l'instruction publique, p. 291.

8. J. LEONARD, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine Française au XIXe siècle*, Paris, 1981, p. 87.

het platteland te verkiezen waren boven charlatans en rancuneuze doctors, die er niet in slaagden elders carrière te maken. Ook de hospitalen waren gewonnen voor het behoud van deze goedkopere geneeskunstbeoefenaars. Bij de afschaffing van de 2de orde in België legde vermoedelijk de overtuiging dat vier universiteiten een voldoende groot aanbod van doctors garandeerde, samen met de bekommernis om de leefbaarheid van al deze universiteiten, het meeste gewicht in de schaal. De uiteindelijke beslissing werd ook beïnvloed door de hogere waardering van de deskundigheid van de universitaireren, de erkenning van het recht van de plattelandsbevolking op evenwaardige zorg en het, onder de invloed van de wetenschappelijke vooruitgang gegroeide, inzicht dat de medische wetenschap één en ondeelbaar was en dat de gehanteerde opdelingen tussen genees- en heelkunde, tussen lichte en ernstige aandoeningen irrelevant waren.

In de, in 1841 opgerichte, Académie Royale de Médecine werden twee belangrijke debatten over het medisch onderwijs gehouden, namelijk in 1842 en in 1849, telkens naar aanleiding van een verzoek om advies vanwege de Minister van Binnenlandse Zaken. Met betrekking tot de geneeskunde stond de wenselijkheid van de instelling van een graad van doctor in de genees-, heel- en verloskunde ter discussie. De onderzoekscommissie was voor deze vernieuwing gewonnen. Zij zou een oplossing bieden voor het dreigend tekort aan heel- en vroedmeesters. Verder werd hierdoor een veel voorkomende wets-overtreding weggezuiverd. Immers, zo merkte de verslaggever op, de cumulatie van de drie takken van de geneeskunst, die de iure verboden was, tenzij men een bijzondere vergunning van de overheid gekregen had, was de facto eerder regel dan uitzondering en kwam ook voor bij doctors die alleen in de geneeskunde gediplomeerd waren. Door de voorgestelde onderwijshervorming, waardoor de doctors automatisch in de drie takken zouden opgeleid worden, zou men tenminste verzekerd zijn dat zij in de praktijk met kennis van zaken optraden. Eén van de belangrijkste tegenargumenten tegen de cumulatie was dat, in een tijd van toenemende specialisatie, de invoering van de graad van doctor in de genees-, heel- en verloskunde een té grote vervlaking tot stand zou brengen. Een dergelijke omnipracticus zou ongetwijfeld minder aanzien hebben dan zijn meer gespecialiseerde confrater. Aan de tussenoplossing die uiteindelijk uit de bus kwam, namelijk het behoud van twee afzonderlijke titels i.c. doctor in de geneeskunde en doctor in de heel- en verloskunde met versoepelde cumulatiemogelijkheden, werd geen gevolg gegeven.

Een nieuw regeringsvoorstel tot instelling van de graad van doctor in de genees-, heel- en verloskunde werd besproken in 1849. De verslaggever herinnerde nogmaals aan het belang voor de mensheid van doctors die allen van dezelfde rechten genoten en op dezelfde kennis konden bogen. Confraters mochten tegenover elkaar niet in een inferieure positie staan. Ook werd de samenhang tussen de verschillende takken van de geneeskunst beklemtoond. Uitgaande van een gemeenschappelijke basis bleef specialisatie mogelijk.

Ditmaal gingen er tijdens de discussie geen stemmen op voor het behoud van de speciale graad van doctor in de heel- en vroedkunde en het regeringsvoorstel werd dan ook zonder meer aanvaard. Soepele overgangsmaatregelen werden, zowel voor de doctors in de geneeskunde, als voor de heel- en vroedmeesters voorzien. Immers, zo stelde men, het was belangrijk dat er voortaan slechts één klasse van geneeskunstbeoefenaars zou bestaan "que le niveau soit passé sur toutes les têtes, parce qu'alors les médecins rempliront beaucoup mieux leurs devoirs, parce que les lois ne seront plus violées".<sup>9</sup> Men verwachtte dat de eenmaking van het beroep en vooral het verdwijnen van de heelmeesters, het prestige van het beroep ten goede zou komen.

De afschaffing van het niet-universitaire opleidingskanaal in 1835 en de instelling van één gemeenschappelijke titel van doctor in de genees-, heel- en verloskunde door de wet van 15 juli 1849 had voor het beroep ondermeer de volgende resultaten: grotere sociale selectie, hoger prestige, eerst nog voornamelijk op grond van sociale herkomst, later ook meer en meer dank zij de toegenomen deskundigheid, grotere homogeniteit en uniformisering inzake opleiding, rechten en plichten - in 1830 was 47,5%, in 1860 80% van de geneeskundigen universitair, in 1900 waren zij allen universitair opgeleid - afnemend belang van wetsovertredingen door de doctors en van de conflicten inzake domeinoverschrijding en, tot omstreeks 1870, afgeremde groei.

Niet alleen groeide het medisch beroep naar grotere juridische homogeniteit in de 19de eeuw. Ook op het organisatorische vlak maakten de scherpe tegenstellingen tussen enerzijds de Académie Royale de Médecine en de Provinciale Geneeskundige Commissies, alle overheidsinstellingen, en anderzijds de beroepsverenigingen plaats voor grotere samenwerking en integratie.<sup>10</sup> De wetenschappelijke vooruitgang en de grotere efficiëntie van de geneeskunst werkten het beeld van paradigmatische eenheid in de hand. Zij verhoogden ook het prestige en de aantrekkingskracht van de geneeskunst en van alle geneesheren.

### **De uitbreiding van het domein van de geneeskunde**

In de laatste decennia van de 19de eeuw werd het beroepsdomein van de arts onder invloed van diverse factoren verbreed en verdiept. De geneesheer evolueerde in de woorden van de Franse professor Brouardel, van 'medicus familiaris' naar 'medicus publicus'. In toenemende mate werd hij zowel bij de beleidsvorming als bij de uitvoering ervan betrokken. Zo b.v. werden doctors ingeschakeld bij het medisch schooltoezicht, bij de aangiften van geboorten en

---

9. *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine*, VIII, (1849), p. 260.

10. Voor meer details zie R. SCHEPERS, *o.c.*, p. 264-302 en 387-435.



van overlijdens. De meldingsplicht bij epidemische ziekten kreeg grotere nadruk en er was sprake van de invoering van de verplichte vaccinatie.

De uitbreiding van het beroepsdomein van de geneesheer was ingebed in een bredere ontwikkeling van het domein van de geneeskunde als dusdanig, die teruggaat tot de 18de eeuw. Deze eeuw werd ondermeer gekenmerkt door een veranderende kijk op de rol van de staat, en hierbij aansluitend, door de beginnende uitbouw van een efficiënt en goed georganiseerd staatsapparaat. De idee won veld dat de staat, naast haar klassieke bevoegdheden inzake politie, justitie, leger, financiën en het buitenland, instond voor bijvoorbeeld het onderwijs, de gezondheidszorg en de bijstand aan minderbedeelden. Maatregelen op deze terreinen zouden bijdragen tot het vergroten van de efficiëntie en de zelfgenoegzaamheid van de staat en behoorden hierom tot de opdracht van de overheid. Een figuur die de belangrijke politieke rol van de gezondheidszorg beklemtoonde was J.P. Frank. In de inleiding van zijn werk *System einer vollständigen medicinischen Polizei* (met devies "servandibus et augendibus civibus") stelde hij dat de algemene politiek een wetenschap was die tot doel had de interne veiligheid van de staat te bevorderen. Een belangrijk onderdeel hiervan handelde over de gezondheid van de burgers evenals over de kwaliteit van de veestapel. Bevolkings- en mortaliteitsstatistieken bijhouden, moeder- en kindzorg, controle op de huisvesting, de kleding en de voeding waren enkele belangrijke aspecten van de gezondheidspolitiek. Volgens Frank dienden zij het voorwerp te zijn van een constante waakzaamheid vanwege de overheid. Gusdorf is van oordeel dat de geleidelijke bewustwording van het sociaal karakter van ziekte en gezondheid één van de essentiële gegevens van de geneeskunde in de 18de eeuw is.<sup>11</sup>

Deze grotere belangstelling voor de gezondheidszorg bracht het groeiend geloof in de waarde van de geneeskunde tot uitdrukking. Onder de invloed van de Verlichting was men minder fatalistisch geworden inzake gezondheidsproblemen. De mensheid zou ook op dit vlak de natuur overwinnen. Men meende trouwens al een aantal tekens in die richting te ontwaren. Zo werd de bevolkingsgroei die zich begon te manifesteren aan de vooruitgang van de geneeskunde toegeschreven.<sup>12</sup> Het succes van de inoculatie en later de vaccinatie tegen de pokken versterkte de hooggespannen verwachtingen. "Un grand espoir, une sorte de grande exigence morale se lève: que la société soit rationnellement médicalisée. Cela commence par le problème de la répartition des médecins à la campagne: beaucoup en restent là, mais d'autres réformateurs, plus systématiques, assignent au corps médical une tâche militante et même politique: surveiller le milieu naturel, prévenir les

---

11. G. GUSDORF, *Dieu, la nature, l'homme au siècle des Lumières*, Parijs, 1972, p. 427.

12. Moderne historici zijn heel wat sceptischer inzake de bijdrage van de medische wetenschap aan de bevolkingsgroei. Zie bijvoorbeeld T. McKEOWN, *The Modern Rise of Population*, London, 1976 en *The Role of Medicine, Dream, Mirage or Nemesis*, Oxford, 1979.

maladies, enseigner l'hygiène et la diététique, décrire l'homme en bonne santé et imposer aux sociétés les règles qui apportent le bonheur du corps et de l'esprit".<sup>13</sup>

Deze ideeën kenmerkten ook het beleidsklimaat tijdens de Bataafse Republiek, toen een aanvang gemaakt werd met de herziening van de wetten en reglementen inzake de geneeskunst welke uiteindelijk resulteerde in de bovenvermelde wet van 12 maart 1818 op de uitoefening van de geneeskunst. De 'staatkundige geneeskunde', datgene wat onmiddellijk van de regering afhing, behelsde alle onderwerpen die een onmiddellijke invloed hadden op de gezondheid en het leven en waarvan de onvolmaaktheden alleen door degelijk opgestelde wetten vanwege overheid konden verbeterd worden. Hierbij dacht men aan:

1. de zorg voor de zuivere lucht
2. het toezicht op voedingsmiddelen (vaste en vloeibare)
3. het elimineren van de omstandigheden die ongevallen tot gevolg konden hebben (voorbeeld:maatregelen tegen hondsdolheid)
4. middelen ter redding van de schijndoden
5. voorbehoeding tegen besmettelijke en epidemische ziekten
6. een nauwkeurig toezicht op de uitoefening van genees- en heelkunde en andere takken van de geneeskunst.<sup>14</sup>

Het actief optreden van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg, de adviserende functie van de beoefenaars van de geneeskunst, de bescherming door de overheid aan de geneeskunst verschuldigd, de stimulerende rol van de overheid inzake wetenschappelijke vooruitgang, het grote nut van de geneeskunst voor de natie... waren thema's die door de 'burgers representanten' werden onderschreven. "De verstandige staatsman, die men met recht als Arts van Volk en Staat beschouwt kan niet onverschillig zijn omtrent de waare bevordering der geneeskunst (...). Door de geneeskunde geleid strekt de kloeke Staatsman zijne voorziening niet alleen tot de geboorte en dood, maar zelfs tot voor de geboorte en na den dood. (...) De staatsman, die 't volksgeluk behartigt is een Beschermheer der Geneeskunde, en deze hem een vraagbaak in de wigtigste Volksbelangen".<sup>15</sup>

Een complex geheel van onderling samenhangende factoren remde echter de vertaling van deze ideeën en verwachtingen in de praktijk af:

---

13. J. LEONARD, *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, thèse présentée devant l'Université de Paris IV, (3 dln.), Paris, 1978, p. 209.

14. D.C. HEILBRON, *Adres en verzoeg ter verbetering van het genees- en heelkundige in ons gemenebest, den 27 april 1796 aan de Nationale Vergadering overgegeven en thans met eenige bijvoegsels vermeerderd*, Den Haag, 1797, p. 71.

15. *Ibid.*, Bijlage Litt. A.

politieke factoren, zoals de in het grootste deel van de 19de eeuw heersende opvatting dat de staat zich op het sociale vlak afzijdig diende te houden; sociaal-economische, die de beschikbaarheid van de middelen zowel op het macro-niveau als binnen de gezinnen beperkten; culturele, waaronder anal-fabetisme, psychologische weerstand tegen de geneeskunst en bijgeloof. Ook de lage densiteit van de officieel erkende geneeskunstbeoefenaars op het platteland speelde een rol omdat door deze geringe beschikbaarheid de "kwakzalvers" een grotere kans kregen. Tenslotte was er de geringe gebruikswaarde van de geneeskunst, haar onmacht om de aangeboden problemen op te lossen.

Een eerder beperkte groep geneeskundigen, ook wel de hygiënisten genoemd, zou ondanks deze remmingen van diverse aard, de sociale rol van de geneeskunde in functie van het algemeen welzijn onvermoeid propageren. Hun maatschappelijke invloed bereikte een hoogtepunt in de periode van 1850 tot 1870.

Men kan vier belangrijke peilers in het denken van de hygiënisten onderscheiden.<sup>16</sup> Vooreerst de boven vermelde opvatting over de rol van de staat in de gezondheidszorg. Vanaf het begin van de jaren '50 begon ook het positivisme merkbare invloed uit te oefenen. De positivisten leerden dat opvoeding, afstamming en omgeving de aard van het individu bepalen. Door verbetering van de maatschappij en van de gezinsomstandigheden kon een 'nieuwe mens' geschapen worden. Vele medici zagen zichzelf als één van de belangrijkste schakels in de wetenschappelijke reorganisatie van de maatschappij. Vernieuwing op het gebied van de openbare gezondheid, de medische wetenschap, de ziekenhuizen en de universiteiten zag men als aspecten van één en hetzelfde idee: vergroting van welvaart en vooruitgang door middel van vergroting van kennis onder leiding van dragers van de rationele wetenschap.<sup>17</sup>

Een derde peiler was de gangbare theorie inzake de cholera, het probleem bij uitstek voor de geneeskundigen uit die tijd. Het was velen duidelijk dat er een verband bestond tussen de sociale en hygiënische omstandigheden waarin de mensen leefden en het uitbreken van ziekten zoals de cholera. De wetenschappelijke verklaring voor dit verband werd gezocht in het bestaan van zogenaamde miasmata én in de mogelijkheid van het besmettelijk worden van de cholera. Het eerste veronderstelde de aanwezigheid van kwalijke dampen bij verontreiniging van bodem, lucht en water. Deze konden aanleiding geven tot een soort vergiftiging van het lichaam. Het tweede veronderstelde dat deze vergiftiging in het lichaam door 'ontaarding' aanleiding kon geven tot de vorming van smetstoffen, die op anderen konden

---

16. E. HOUWAART, *Hygiënisten in de 19de eeuw. Een wetenschappelijk gefundeerd streven naar reorganisatie van de Nederlandse samenleving*, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg LXI(1983) p. 258-265; p. 295-308; p. 335-349.

17. *Ibid.*, p. 264.

worden overgebracht. Deze theorie leverde de geneesheren het instrument om uitgebreid onderzoek te doen naar de voorwaarden waaronder mensen leefden. Op deze basis konden zij preventieve maatregelen eisen en hygiënische voorzorgsmaatregelen treffen om verdere verspreiding van de cholera te voorkomen.

Het besef dat sociale omstandigheden wetenschappelijk bestudeerd en, op basis van dit onderzoek, gewijzigd dienden te worden, klonk sterk door in de publicaties van deze geneesheren. De hygiënisten begonnen aan het einde van de jaren vijftig en in de jaren zestig ontzaglijk veel onderzoeksgebieden te ontsluiten. Men schreef over huwelijk en ongehuwde staat, prostitutie, geboorten, zorg voor zwangeren, overspel, opvoeding, school, beroep, bedrijf, lucht en licht, voedsel, woningen, stads- en landleven, volksfeesten, zorg voor stervenden en doden, veiligheid op straat, kerken enzomeer. Men streefde ernaar de hygiënische beginselen over een zo groot mogelijk deel van de bevolking te verspreiden, via scholen, tijdschriften, volksvoorzendingen, aanplakborden en brochures.<sup>18</sup>

De nadruk op de sociale omstandigheden van ziekte en gezondheid werd tenslotte in niet onbelangrijke mate gesterkt door de overtuiging dat openbare en privé-hygiëne efficiënter waren dan de toenmalige curatieve geneeskunde. Zo werd ondermeer opgemerkt dat de curatieve geneeskunde "zelden eenen positiven invloed heeft op de eindelijke genezing of op den dood van den zieken. (...) Wij weten thans dat zekere maatschappelijke toestanden, dat wetten, staatsinrigtingen en vooral finantiele maatregelen, die de grondbezittingen, de geheele productie en belastingen betreffen, van veel meer belang zijn voor het voorkomen of uit de weg ruimen der hevigste ziekten, dan de geheele eigenlijk gezegde geneeskunde".<sup>19</sup>

De jaren zestig en zeventig waren zonder twijfel jaren waarin de hygiënisten in maatschappelijk aanzien stegen. Zij waren te vinden op vrijwel alle terreinen van het culturele en sociale leven. Toch zou de hygiëne een van de traditionele medische wetenschap en van het medisch beroep gescheiden weg afleggen en dit voornamelijk om twee redenen. Vooreerst ondermijnde de ontwikkeling van de bacteriologie de evolutie van de hygiënische wetenschap. De bacteriologie leek de oorzaak van de vele infectieziekten tot één micro-organisme te herleiden. Het hele vraagstuk van de sociale hygiëne kon hierdoor herleid worden tot de localisatie en de identificatie van bacteriën en tot desinfectie. Hiermee verdween iedere grond voor onderzoek naar sociale omstandigheden, althans waar het ging om verklaring van epidemieën.<sup>20</sup>

---

18. E. HOUWAART, *o.c.*, p. 300 en p.335 e.v. Ook J. LEONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, p. 140 e.v.

19. E. HOUWAART, *o.c.*, p. 300.

20. BEHRING stelde in een commentaar op "die Zurückführung der epidemischen Krankheiten auf das sociale Elend" het volgende: "aber wenn wir unsere gegenwärtige Meinung von dem Bedingtheit der epidemischen und endemischen Infectionskrankheiten im wesentlichen durch

Vervolgens mag men niet uit het oog verliezen dat de groep der hygiënisten altijd een minderheid binnen het medisch corps vormde. De beroepsorganisaties waren in eerste instantie bekommerd om de verdediging van de eigen professionele belangen. Het toezicht op en de verbetering van de hygiëne definieerden zij als een opdracht van de overheid. Tussen beide - hygiëne en professionele aangelegenheden - moest een duidelijke scheiding aangebracht worden om zo de overheid elk voorwendsel tot inmenging in de interne beroepsaangelegenheden te ontnemen. Deze scheiding werd in het begin van de 20ste eeuw in de wetgeving gerealiseerd.<sup>21</sup>

### **De veranderingen in de sociale positie van de geneesheren**

Een bevoorrechte relatie met de overheid, bescherming tegen concurrentie, hoog inkomen en prestige worden in de theoretische literatuur doorgaans vermeld als enkele uitingen van de geprivilegieerde positie van het medisch beroep. Tot slot enige uitleg bij de evolutie van deze factoren.

#### *De geneesheren en de politiek*

De politieke vertegenwoordiging van de geneesherenorganisaties, die zich op de belangenverdediging toeleiden, liet in het grootste deel van de 19de eeuw te wensen over. In de periode 1830-1863 zetelde in de Kamer, samengenomen, een achttal geneesheren, in de Senaat waren er dat twee.<sup>22</sup> Nochtans, minstens een aantal onder hen zetelde niet als de vertolkers van de belangen van het medisch corps. Het kwam zelfs voor dat een geneesheer een stelling verdedigde die lijnrecht inging tegen de visie van het merendeel van zijn confraters. Hun vertegenwoordiging in de provincieraden werd tot dusver niet systematisch nagegaan. Uit een studie van Schepens over de provincieraad van West-Vlaanderen blijkt echter dat vóór 1864 de geneesheren eerder zwak

---

parasitäre Mikroorganismen für die richtigere gelten lassen, dann werden wir auch zugeben müssen (...) dass das durch sociale und socialpolitische Erwägungen ganz unbeirrte epidemiologische Studium, die klinische und anatomische Untersuchung des Einzelfalles und den Versuch der Isolirung eines belebten specifischen Krankheitserregers, im Verein mit dem weiteren Versuch, mittels desselben die gleiche oder eine ähnliche Krankheit bei Thieren zu erzeugen, - besser zum Ziele führt. Cfr E.A. BEHRING, *Gesammelte Abhandlungen zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten*, Leipzig, 1893, p. XIX.

21. R. SCHEPERS, *o.c.*, p. 282-288 en p. 389-407.

22. K. VELLE, *Hygiëne en preventieve gezondheidszorg in België (ca 1830-1914). Bewustwording, integratie en acceptatie*, R.U.G., onuitgegeven licentiaatsverhandeling, Faculteit Letteren en Wijsbegeerte, Nieuwste Geschiedenis, 1980-1981, p. 193.

vertegenwoordigd waren.<sup>23</sup> Deze geneesheren hadden ook geen voet aan huis in de overheidsadministratie. Wanneer een minister zijn aandacht richtte op het medisch corps ging hij te rade bij de Academie, de Provinciale Geneeskundige Commissies of bij de medische faculteiten, die, zo merkten de beroepsverenigingen op, slechts de belangen van een kleine elite verdedigden.

In deze situatie kwam vanaf 1880 geleidelijk verandering. De vertegenwoordiging van de beroepsverenigingen in het parlement bleef weliswaar bescheiden maar de invloed op de overheidsadministratie nam aanzienlijk toe. De Fédération Médicale Belge, de nationale overkoepelende beroepsorganisatie van de geneesheren, slaagde erin contacten te leggen met de topambtenaren. Zij nam voortaan deel aan de onderhandelingen met de overheid en werd in een aantal rapporten op gelijke voet met de Académie Royale de Médecine, de Hoge Raad voor de Hygiëne en de Provinciale Geneeskundige Commissies vermeld. Hierdoor werden de belangen van de basis van het medisch corps meer dan voorheen op het niveau van het beleid behartigd, wat niet onbelangrijk was in een tijd van toenemende overheidsbelangstelling voor de hygiëne en voor de volksgezondheid. Bij een vergelijking van de socio-professionele samenstelling van de provincieraad van West-Vlaanderen vóór 1864 en na 1872 stelde Schepens een stijgend aantal vertegenwoordigers van de vrije beroepen vast - dat van de geneesheren verviervoudigde. Hij zag hierin een aanduiding van "hun toenemende welstand en meer nog van het toenemend prestige dat van deze beroepen uitging en van de opgang van de burgerlijke democratie".<sup>24</sup>

### *De geneesheren en de concurrentie*

De strijd tegen het charlatanisme ter vrijwaring van de volksgezondheid was het geëxpliciteerde doel van de wet van 12 maart 1818. Deze erkende het monopolie van de geneeskunstbeoefenaars en trok tussen officiële en niet-officiële geneeskunstbeoefenaars een scheidingslijn. De verschillen tussen legalen en illegalen waren nochtans hoofdzakelijk formeel van aard. Erkend waren diegenen die een bepaalde vorm van opleiding genoten hadden en aan een aantal formele voorschriften inzake de toelating tot het beroep voldaan hadden. De charlatan deed hetzelfde werk, met vermoedelijk evenveel of even weinig succes, zonder deze voor de beroepsuitoefening essentieel geachte kennis en kunde en zonder de vervulling van de voorgeschreven formaliteiten.

---

23. L. SCHEPENS, *De provincieraad van West-Vlaanderen. Socio-politieke studie van een instelling en haar leden met 301 biografieën van West-Vlaamse notabelen*, Tielt, 1976, p. 325.

24. L. SCHEPENS, *o.c.*, p. 325.

De gebrekkige realisatie van hun officieel erkende monopolie was de geneesheren een blijvende bron van ergernis. "Ne doutant généralement pas de la valeur de leurs parchemins, ils voient dans l'exercice illégal de leur art l'obstacle principal à la noble ambition d'une médicalisation irréprochable. L'opinion publique, au contraire, se moque de cette notion juridique, refuse de faire coïncider le diplôme et le talent et intègre difficilement les nouveautés scientifiques dans ses références mentales. Pour elle, ce n'est pas le titre, c'est la réussite qui fait la différence".<sup>25</sup>

De bevolking bleef om uiteenlopende redenen de niet officieel erkende geneeskunstbeoefenaars consulteren of nam haar toevlucht tot het gebruik van eenvoudige huismiddeltjes, die hun deugdelijkheid bewezen hadden, en tot godsdienstige en magische middelen. Volgens Van Haver moet de verklaring hiervoor gezocht worden in enerzijds de ontoereikendheid van de geneeskunde en anderzijds de eigen manier van denken van de volksgemeenschap.<sup>26</sup> De ontoereikendheid van de geneeskunde kwam niet alleen tot uiting in de geringe efficiëntie van de toenmalige medische wetenschap maar ook in de moeilijke financiële en geografische toegankelijkheid van de officieel erkende geneeskundigen. Tot en met het derde kwart van de 19de eeuw was ca 75% van het dagloon van een arbeider nodig om één enkele medische tussenkomst te betalen.<sup>27</sup> Op het platteland, waar niet in elke gemeente een geneesheer gevestigd was, joeg de kilometervergoeding de kostprijs nog omhoog. De diepere verklaring voor de instandhouding van de volksgeneeskunde zou echter gezocht moeten worden in de eigen manier van denken van de volksgemeenschap. Deze wordt ondermeer gekenmerkt door een sterk ordebewustzijn en door een diep gevoel van innerlijke verbondenheid van alles wat in de leefwereld van de mens voorkomt, door het praktisch geheel ontbreken van abstract en transcendent denken - natuur en bovennatuur liggen in hetzelfde vlak - en tenslotte door de grote invloed van de gemeenschap en van de traditionele regels in geval van ziekte en nood.<sup>28</sup>

Zelfs in het parlement werd het medisch monopolie niet zonder meer aanvaard. In 1853, naar aanleiding van een discussie over de private liefdadigheid, poneerden sommigen dat het strijdig was met de belangen van de samenleving om de geneesheren als een geprivilegieerde kaste te behandelen. Het diploma gaf immers geen enkele garantie voor kwaliteit. Meer nog, het was precies het gediplomeerde charlatanisme dat te duchten viel. De onduidelijkheid van wat nu precies met de geneeskunde bedoeld werd - homeopathie,

---

25. J. LEONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, p. 68.

26. J. VAN HAVER, *Volksgeneeskunde*, in: *Volksgeneeskunde*, tentoonstellingscatalogus, Brussel, 1981, p. 18.

27. C. VANDENBROEKE, *De medische consumptie sinds de 16de eeuw*, in *Handelingen voor Geschiedenis en Oudheidkunde te Gent (Nieuwe Reeks)*, XXXIV(1980) 143-165.

28. J. VAN HAVER, *ibid.*

allopathie of hydropathie, de bijdragen van niet-medici aan de vooruitgang van de medische wetenschap en de ingeburgerde gewoonten om aan vrienden, familie en collega's medische adviezen te geven - maakte de Brouckère niet zelf enkele jaren geleden reclame voor een 'illegale' genezer? - waren enkele argumenten voor het behoud van de charitatieve geneeskunst en tegen een al te strakke opvatting van het medisch monopolie. Nog in de jaren '70 gingen er vooral in liberale kringen stemmen op om het medisch monopolie op te heffen.

De formele criteria, die tussen de officiële en niet-officiële geneeskunst de grens trokken, veranderden in de loop van de 19de eeuw van inhoud. Het onderwijs werd beter uitgebouwd en wetenschappelijker. De grotere efficiëntie van de geneeskunst had haar aantrekkelijkheid verhoogd en de vraag ernaar doen toenemen. Deze werd door de organisatie van bijstandskassen en van de medische dienstverlening aan de armen trouwens aanzienlijk vergroot. De formele differentiatie tussen erkenden en niet-erkenden kreeg reëlere betekenis door de grotere deskundigheid van de eersten. Geleidelijk werd het monopolie van de geneeskunst ook een maatschappelijke realiteit.

#### *Het medisch inkomen en prestige*

In de 18de eeuw kwamen er inzake inkomen grote verschillen voor tussen b.v. de stadsheermeester met een goed uitgebouwd en welvarend cliënteel en de plattelandsheermeester die af te rekenen had met een relatief grote dichtheid van de heermeesters en de moeilijke levensomstandigheden van de plattelandsbefolking. Het inkomen van de plattelandsheermeester kon zeer variabel zijn. In een gewoon jaar lagen zijn inkomsten lichtjes lager dan deze die een landarbeider theoretisch verdiende. Een aantal onder hen had trouwens een nevenactiviteit.<sup>29</sup>

Vermoedelijk verdwenen deze extreme inkomensverschillen in de 19de eeuw. Wel bleven de geneesheren erg afhankelijk van de sociaal-economische situatie van hun cliënteel. De opbloei van de mutualistische beweging in de laatste decennia van de 19de eeuw en de betere organisatie van de medische dienstverlening aan de armen hadden ongetwijfeld een gunstige weerslag op het gemiddeld inkomen van de geneesheren. De afschaffing van de lagere graden van de geneeskunst in 1835 leidde tot grotere sociale selectie van de toekomstige geneesheren, wat vermoedelijk ook hun prestige ten goede kwam. Ook de grotere efficiëntie van de geneeskunst in het laatste kwart van de 19de eeuw droeg hiertoe bij.

---

29. C. BRUNEEL, *Le livre de comptes d'un chirurgien rural en Brabant (1758-1788)*, Bijdragen tot de Geschiedenis LXII(1979) p. 255-265.



Een illustratie van dit groeiend aanzien vindt men in de 19de eeuwse romans. Zowel Janssens als Tindemans wijzen erop dat vanaf de 19de eeuw het beeld van de geneesheer positiever werd. Waar hij voorheen meestal gekarikaturiseerd werd, wordt vanaf die tijd de geneesheer meer en meer uitgebeeld als iemand met een zending, met een geweten en met een hart voor zijn zieken. De klemtoon lag hierbij niet zozeer op de strikt professionele kwaliteiten van de geneesheer als bevoegd wetenschapsmens of ervaren technicus; maar wel op zijn morele integriteit die aan de basis ligt van zijn sociale rol als weldoener, wijze raadgever en vaderfiguur. Twee typische voorbeelden uit de 19de eeuw zijn *Le médecin de campagne* van H. Balzac als *De jonge dokter* van H. Conscience.<sup>30</sup>

### Samenvatting en besluit

In de 19de eeuw werd de situatie van het medisch beroep in diverse opzichten gewijzigd. Het werd homogener zowel op het juridische, het wetenschappelijke als het organisatorische vlak, het domein van de geneeskunde werd uitgebreid, wat zijn sporen naliet op het beroepsdomein van de individuele geneesheer en tenslotte onderging ook de sociale positie van de geneesheer en van het medisch beroep langzaam een gunstige ontwikkeling. De grotere therapeutische efficiëntie van de geneesheren en de groeiende belangstelling voor de hygiëne waren wellicht niet vreemd aan deze evolutie. Vermoedelijk liggen de voornaamste redenen voor de sociale opgang van het medisch beroep in de zich wijzigende maatschappelijke context. De groei van de arbeidsorganisaties en van de mutualiteiten, het ontstaan van een georganiseerde vraag naar gezondheidszorgen vanwege een deel van de bevolking dat tot dan marginaal had gestaan in de gezondheidssector, de toenemende democratisering van het politieke leven en de grotere geneigdheid van de overheid om ook op het sociale vlak een aantal maatregelen te nemen, lijken een cruciale rol vervuld te hebben.

---

30. M. JANSSENS, *Het beeld van de geneesheer in de literatuur*, in Mededelingen, 1980, Orde der Geneesheren, Provinciale Raad van Brabant, p. 17-29. C. TINDEMANS, *Mens, gemeenschap en maatschappij in de toneelletterkunde van Zuid-Nederland, 1815-1914. Een systematische analyse van de thematiek van het realistisch-burgerlijk drama*, Gent, 1973, p. 96.