

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/20284> holds various files of this Leiden University dissertation.

**Author:** Ladan, Rudolph

**Title:** Gezondheidszorg in Leiden in de late middeleeuwen

**Issue Date:** 2012-12-12

# I Zorg, ziekten en genezers

In het voorjaar van 1564 werd heer Willem van Lokhorst ernstig ziek. Hij behoorde tot een aanzienlijk, adellijk geslacht, dat in Leiden een groot huis bewoonde. De herinnering aan dat huis en deze familie leeft in Leiden in de naam ‘Lokhorststraat’ voort.<sup>1</sup> De zieke Van Lokhorst werd behandeld door een Leidse doctor medicinae die hem ‘verzachtende’ middelen gaf en meende dat hij wel op zou knappen. Ondanks zijn hoge koorts lag Willem van Lokhorst in een snikhete kamer, waar een groot houtvuur brandde. Zijn familie, misschien wel Willem zelf, riep naast de Leidse geneesheer ook doctor medicinae Pieter van Foreest in consult. Van Foreest was sinds 1557 stadsmedicus van Delft en had een uitstekende reputatie in het gewest Holland. Op de vierde ziektedag van Willem van Lokhorst kwam Van Foreest naar Leiden en trof daar – in zijn eigen woorden – een ‘zieke, van nature al schrale, maar nu nog sterker vermagerde man’ aan. We kunnen ons van dat ‘schrale’ een goede voorstelling maken, want van Willem is een portret bewaard gebleven dat tien jaar eerder werd gemaakt.<sup>2</sup> Van Foreest liet onmiddellijk het vuur in de ziekenkamer doven en ter verfrissing azijn op de vloer sprenkelen. Hij schreef de patiënt een slaappmiddel voor en liet de volgende dag een chirurgijn een kleine aderlating doen, wat naar zijn mening al op de eerste ziektedag had moeten gebeuren. Van Lokhorst leek na deze ingrepen wat op te knappen, maar al snel verslechterde zijn toestand weer. Hij begon te ijlen en kreeg zweren in zijn mond. Van Foreest – aan hem danken we deze ziektegeschiedenis – beschrijft dat de uitkomst voor hem toen duidelijk was, maar de Leidse doctor medicinae hield de patiënt en zijn familie voor dat de zieke nog kon herstellen. Twee dagen later kreeg Van Lokhorst een flauwte. Hij kwam weer bij, maar de nacht daarop overleed hij. Hij was vijftig jaar geworden.<sup>3</sup>

Zo konden in de zestiende eeuw de laatste dagen verlopen van een lid van de Leidse elite. Met hoge koorts in een snikhete kamer, steeds zieker, waarschijnlijk tot het eind hopen dat de Leidse medicus het bij het rechte eind had met zijn beloften van herstel. Dit verhaal over het sterfbed van Willem van Lokhorst roept een paar vragen op. Waarom lag de zieke Willem thuis, en was hij niet opgenomen in een gasthuis? Wat was het verschil tussen het werk van een doctor medicinae en dat van een chirurgijn? Was het gebruikelijk om de hulp van een geneesheer uit een andere stad in te

roepen? Wie verpleegde Willem tijdens zijn laatste dagen? Daarmee is de thematiek van deze studie bepaald: hoe gaven mensen, bestuurders en medische professionals in het Leiden van de late middeleeuwen vorm aan de behoefte aan zorg, in reactie op ziekte en gebrek?

### Stedelijke gezondheidszorg in de vijftiende en zestiende eeuw

Sociale zorg en medische zorg in de laatmiddeleeuwse stad worden vaak in één adem genoemd.<sup>4</sup> Dat betekent niet dat de laatmiddeleeuwse gezondheidszorg vooral gericht was op de minder bedeelde groepen in de stad. Gezondheidszorg was ruimer dan armenzorg en op haar beurt omvatte armenzorg meer dan alleen gezondheidszorg. De ‘medische zorg’ of ‘gezondheidszorg’ – we gebruiken die woorden als synoniemen – richtte zich op de arme én op de rijke. Een deel van de gezondheidszorg was inderdaad medische armenzorg, zoals de opvang van zieken in een gasthuis, maar buiten die medische armenzorg bestond een breed scala van medische voorzieningen. Niet alle zieken waren arm, en niet alle zieken kwamen in een gasthuis terecht. Voor de tijdgenoot moet er een duidelijk onderscheid zijn geweest tussen een arme zieke in een gasthuis en een zieke, rijke stadgenoot die op eigen kosten verscheidene medici in consult riep – zoals in het geval van Willem van Lokhorst.

De stedelijke overheid beperkte zich in haar handelen op het gebied van de gezondheidszorg niet tot de arme zieke. Het bestuur nam zowel maatregelen met het oog op het welzijn van de gehele stadsbevolking, als maatregelen die in het bijzonder op de armen waren gericht. Een voorbeeld van een initiatief dat alle inwoners van Leiden ten goede kwam, was het aantrekken van een gekwalificeerde stadsvroedvrouw in 1463. Dat was een poging om de verloskundige zorg voor alle vrouwen in Leiden, arm zowel als rijk, op een hoger peil te brengen.<sup>5</sup> Met het nemen van quarantainemaatregelen tijdens pestepidemieën had het stadsbestuur de bescherming van de hele samenleving op het oog. Wel zijn de scheidslijnen tussen de *medische* armenzorg en andere vormen van sociale zorg vaak dun en moeilijk te trekken.<sup>6</sup> Armoede is geen ziekte, maar je kunt er wel ziek door worden. Een aantal kwaaltjes en ziekten hing nauw samen met armoedige levensomstandigheden en trof daardoor de armen meer dan rijke tijdgenoten. Niet-medische armenzorg als het geven van voedsel en brandstof, kon dan ook bijdragen aan de gezondheid van armen. De zorg voor de arme zieke komt tamelijk vaak in dit boek voor, maar is daarvan niet het object. Dit boek gaat niet alleen of vooral over medische armenzorg, maar over het gehele terrein van de Leidse gezondheidszorg in de vijftiende en zestiende eeuw.

Evenmin blijft dit onderzoek beperkt tot overheidsoptreden of tot door de overheid gestimuleerde vormen van gezondheidszorg. Het grootste deel van de professionele medische zorg in Leiden bestond uit door particulieren verrichte diensten,

terwijl onze bronnen vrijwel uitsluitend komen uit het publieke en semipublieke domein en vooral gegevens leveren over de door het stadsbestuur aangeboden of gestimuleerde gezondheidszorg. We kijken echter zowel naar de medische beroepen op de vrije markt als de door of via de overheid aangeboden medische zorg.

Hiermee is het bereik van de gezondheidszorg of medische zorg aangegeven: zij richtte zich op de gehele stadsbevolking, zowel de arme als de rijke inwoners van de stad, en kende particuliere en (semi)publieke aanbieders. Dat zegt nog niets over de *inhoud* van de gezondheidszorg. Welke soorten diensten en activiteiten omvatte de laatmiddeleeuwse (stedelijke) gezondheidszorg? Huisman heeft in zijn studie over de gezondheidszorg in de stad Groningen een poging gedaan om een omschrijving te geven. Hij rekende voor de door hem bestudeerde periode (1500-1730) in hun onderlinge samenhang de volgende zaken tot de gezondheidszorg: 'de bestrijding van epidemische ziekten, de wording van en de ontwikkelingen binnen het medische beroep, de functie van medische beroepsbeoefenaars in overheidsdienst, de plaats van het niet-beroepsmatig genezen en de organisatie van de medische armenzorg'.<sup>7</sup> Het zijn uiteenlopende activiteiten en ontwikkelingen, op het eerste gezicht meer een optelsom van wat uit de bronnen naar voren komt dan een definitie. Zo lijkt deze omschrijving de zorg voor mensen die leden aan een niet-epidemische ziekte buiten te sluiten. De waarde van deze typering van 'gezondheidszorg' schuilt wellicht juist in dat heterogene karakter van de omschrijving, omdat zij laat zien dat de tijdgenoot geen afgerond, systematisch programma voor medische zorg voor ogen stond.

### *Stand van het onderzoek*

Onderzoek naar de organisatie van de gezondheidszorg in de vijftiende en zestiende eeuw van een grote Hollandse stad vult een lacune. In deze periode rekende men Dordrecht, Delft, Haarlem, Leiden, Amsterdam en Gouda tot de zes grote Hollandse steden. In deze volgorde brachten zij in de Staten van Holland hun stem uit. Van de zes steden is voor deze periode alleen de medische geschiedenis van Gouda in een monografie beschreven. In 1955 publiceerde Bik over Gouda *Vijf eeuwen medisch leven in een Hollandse stad*, dat ook ruime aandacht gaf aan de jaren voor 1600.<sup>8</sup> Over enkele kleinere Hollandse steden verschenen monografieën die (ook) de vijftiende en/of zestiende eeuw behandelen, in het bijzonder het werk van Steendijk-Kuypers over Hoorn, dat van Vis over Alkmaar en dat van Zwart-Kramer en Zwart over Enkhuizen.<sup>9</sup> Daarnaast verschenen tal van kortere bijdragen, meestal gericht op één aspect van de medische geschiedenis van een Hollandse stad, zoals de historie van gasthuizen, individuele medici of (de bestrijding van) epidemieën.<sup>10</sup> Bij uitzondering proberen de auteurs van deze korte bijdragen ruimere conclusies over het stelsel van gezondheidszorg van de beschreven stad te trekken, zoals in het artikel van De Boer

over het Leidse medische ‘netwerk’ rond 1465.<sup>11</sup> Ook in de recente stadsgeschiedenissen van Hollandse steden is voor de medische geschiedenis van de vijftiende en zestiende eeuw geen of weinig plaats ingeruimd. Een uitzondering vormt de bijdrage van Engels in het eerste deel van de stadsgeschiedenis van Den Haag, die loopt tot 1578.<sup>12</sup> Engels toont daarmee ook indirect het stedelijke karakter van ‘het dorp’ Den Haag in deze periode aan.

### Ziekten en andere gezondheidsrisico’s

Doctor medicinae Pieter van Foreest classificeerde de aandoening van Willem van Lokhorst als ‘hevige, continue, derdendaagse koorts’.<sup>13</sup> Koorts (*febris*) werd in de toenmalige geneeskunde niet als een symptoom, maar als een zelfstandige ziekte gezien. Er bestond een uitvoerige theorie over de verschillende soorten koorts en wat hen onderscheidde. De aderlating die Van Foreest door een chirurgijn liet verrichten, was bedoeld om de oorzaak van de koorts te bestrijden: een verstoring van de balans tussen de lichaamsvochten (*humoren*). Naar de medische inzichten van die dagen was Van Lokhorst ziek doordat het evenwicht tussen de humoren was verstoord. Deze ziekteleer, de humoraalpathologie of humorenleer, was een theorie over ziekte en gezondheid met een lange voorgeschiedenis.

#### *De humoraalpathologie*

De fundamentele ideeën over de bouw en werking van het lichaam en over het ontstaan van ziekten waren ontwikkeld in de Griekse wereld.<sup>14</sup> In de vijfde en vierde eeuw voor Christus ontstonden in Griekenland theorieën over ziekte, gezondheid en remedies tegen ziekten, die we nu rationeel noemen, in tegenstelling tot religieus of magisch. De geschiedenis heeft het geheel van de ontwikkelde medische inzichten en geschriften op naam van Hippocrates (ca. 460-377 voor Chr.) gezet, maar in werkelijkheid is een aantal medici aan het werk geweest, met Hippocrates als de meest vooraanstaande vertegenwoordiger. De in de Griekse wereld ontwikkelde medische kennis, het *corpus hippocraticum*, werd overgenomen en uitgewerkt door de Romeinen, in het bijzonder door de Romeinse medicus Galenus (ca. 138-203 na Chr.). Na de val van Rome bleef deze Grieks-Romeinse medische kennis in de Arabische wereld bewaard. De Arabieren hebben die Grieks-Romeinse erfenis aangevuld met nieuwe beschrijvingen van ziekten en therapieën, de leerstukken over astrologie<sup>15</sup> verder ontwikkeld en veel toegevoegd over de *materia medica*, de leer van de geneesmiddelen. Vanuit Spanje en Sicilië drong dit geheel van Grieks-Romeinse kennis en Arabische aanvullingen in de loop van de elfde en twaalfde eeuw in de christelijke wereld door. Het zou tot in de Renaissance, en op een aantal gebieden van de genees-

kunde tot ver in de negentiende eeuw, het Europese denken over ziekte en gezondheid bepalen.

De kern van de medische theorieën over lichaam, ziekte en gezondheid was de humoraalpathologie. Het lichaam, zo stelde deze theorie, was opgebouwd uit vier lichaamsvochten: bloed, slijm, zwarte gal en gele gal. Rond de humoren was een complex van eigenschappen geconstrueerd dat in de medische theorie werd uitgewerkt en verfijnd. Elk van deze vier *humoren* had twee van de volgende vier *kwaliteiten*: koud, warm, vochtig of droog. Iedere *humor* werd geassocieerd met één van de vier *elementen*, water, vuur, aarde en lucht, de bouwstenen van de wereld. Ook had ieder van de seizoenen een relatie met een bepaald lichaamsvocht. Bloed (*sanguis*) was vochtig en warm en had associaties met het element lucht en met de lente. Slijm (*flegma*) was vochtig en koud en was verbonden met het element water en met de winter. Zwarte gal (*melancholia*) was droog en koud, het bijbehorende element was aarde en het seizoen herfst. Gele gal (*cholera*) was droog en warm, verbonden met het element vuur en met de zomer.

In een gezond lichaam waren de humoren in evenwicht, in een mengverhouding (*temperament*) die werd bepaald door persoonlijke en omgevingsfactoren. De humoraalpathologie verklaarde ziekte als het gevolg van een verstoring van de balans tussen de vier *humores*. De diagnose was gericht op het achterhalen van die verstoring (*dyscrasie*) in het zieke individu. Een lopende neus, donkere of lichte urine, koorts, vlekken op de huid – alle (ziekte)verschijnselen waren te duiden als een verstoring van het evenwicht tussen de lichaamsvochten. Zo zag men in een lopende neus de uiting van een overmaat aan *flegma* (slijm). De therapie was gericht op het herstellen van het evenwicht tussen de lichaamsvochten en hun kwaliteiten in een individu. Dat kon op verschillende manieren: verandering van dieet en leefwijze, het toedienen van geneesmiddelen of door chirurgische handelingen, in de eerste plaats aderlaten. Het doel van aderlaten bij een zieke was de gediagnosticeerde overmaat aan een ‘verkeerde’ stof, bijvoorbeeld te veel slijm, uit het lichaam te verwijderen. Ook geneesmiddelen werden gebruikt om die onbalans tussen de humoren herstellen. De eigenschappen van een medicijn, bijvoorbeeld een geneeskrachtige plant die ‘vochtig’ en ‘warm’ was, maakten het geschikt om een ziekte te bestrijden die zich uitte door verschijnselen van een overmaat aan ‘droogte’ en ‘koude’.

De humoraalpathologie gaf een verklaringsmodel voor het ontstaan van ziekten, dat op een basaal niveau, in een grove vorm kon worden toegepast, zoals in het voorbeeld van de verklaring van een lopende neus door een overmaat aan slijm. De middeleeuwse universitaire wetenschap werkte dit systeem uit tot een fijnmazig geheel van kennis waarover dikke boeken werden geschreven. In een stad als Leiden was die kennis op verschillende niveaus aanwezig. De *doctor medicinae* was door zijn jarenlange universitaire studie in de geneeskunde bekend met de finesses van de humorenlere. De barbier en de doorsnee chirurgijn hadden minimaal een basale kennis van de

medische theorie, en theoretisch beter onderlegde chirurgijns een grotere dan basale expertise. En ongetwijfeld hadden de andere inwoners van de stad enige kennis van de hoofdlijnen van de humoraalpathologie, in een mate die afhing van hun ontwikkeling.

### *Gezondheidsrisico's in de praktijk*

In deze paragraaf geven we aandacht aan de ziekten en andere gezondheidsrisico's die de inwoners van Leiden in de praktijk troffen. Maar eerst staan we stil bij enkele aan de historische demografie ontleende begrippen die hier en in volgende hoofdstukken terug zullen komen bij de bespreking van ziekten en sterfte.<sup>16</sup> *Morbiditeit* of *ziektelast* is de fractie van een bevolking (of van een groep van een bepaalde omvang) die lijdt aan een ziekte, afgezet tegen de hele bevolking. *Mortaliteit* is de sterfte als percentage van de totale bevolking en *letaliteit* is de sterfte in een groep zieken. Stel dat in een bepaald jaar, in een dorp met 1000 inwoners, 100 mensen pest krijgen, van wie 80 overlijden. De *morbiditeit* is in dit voorbeeld 10% (100 van de 1000), de *mortaliteit* 8% (80 van de 1000) en de *letaliteit* 80% (80 van de 100). De *prevalentie* van een ziekte is het aantal gevallen van die ziekte dat normaal ('endemisch') in een bevolking voorkomt. In het dorp uit dit voorbeeld komen bijvoorbeeld elk jaar – buiten de jaren met een epidemie – twee pestgevallen voor. De pest is dan 'endemisch' in dat dorp aanwezig, met een prevalentie van 2‰ (2 van de 1000). Tot zover zijn dit standaardbegrippen. 'Pieksterfte' of 'mortaliteitscrisis' zijn vage, in de historische demografie niet vast omlijnde termen. In hoofdstuk 2 zullen we bepalen welke waarden we in deze studie betitelen als pieksterfte of mortaliteitscrisis.<sup>17</sup> Hier gaan we verder met de ziekten en andere gezondheidsrisico's die de inwoners van Leiden troffen.

De middeleeuwse stad werd meer dan wij ons tegenwoordig kunnen voorstellen, getroffen door infectieziekten. Deze ziekten worden veroorzaakt door een overdraagbare ziekteverwekker en zijn dus per definitie besmettelijk. Er zijn vele soorten ziekteverwekkers die infectieziekten overdragen, waaronder bacteriën (verantwoordelijk voor bijvoorbeeld pest en syfilis), virussen (de veroorzakers van bijvoorbeeld influenza) en rickettsiae (onder meer vlektyfus).<sup>18</sup> De besmettelijkheid van infectieziekten kan sterk verschillen, afhankelijk van de ziekteverwekker, de wijze van besmetting en de weerstand van de persoon die wordt geïnfecteerd. Die besmettelijke ziekten treffen kwetsbare groepen zoals kinderen en bejaarden, maar ook gezonde mensen in de kracht van hun leven. De infectieziekte pest geldt als de belangrijkste oorzaak van de periodieke hoge mortaliteit in laatmiddeleeuwse en vroegmoderne steden.<sup>19</sup> Hele gezinnen konden bezwijken, zoals dat van *Daem de barbier*, die 'sijn wijf ende alle zijn kinder' verloor in de zware pestepidemie die Leiden trof in de jaren tachtig van de vijftiende eeuw.<sup>20</sup> Naast de pest zorgde een reeks van andere infectieziekten voor een aanzienlijke morbiditeit en afhankelijk van de ziekte voor mortali-

teit. De voornaamste waren: dysenterie, vlektyfus, malaria, pokken, influenza, lepra en, vanaf ongeveer 1500, syfilis. Niet alle infectieziekten hadden zo'n acuut karakter als de pest. De infectieziekte lepra kende een traag verloop. Lepra was een chronische, invaliderende ziekte, waarbij de zieke langzaam aftakelde, zowel door de lepra zelf als door bijkomende aandoeningen.

Verschillende auteurs hebben opgemerkt dat (medisch)historici vooral onderzoek hebben gedaan naar de pieksterfte die werd veroorzaakt door acuut verlopende ziekten. In vergelijking daarmee blijft het lijden en sterven aan chronische en degeneratieve aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van de luchtwegen en diabetes, onderbelicht. De reden hiervoor is duidelijk. De beschikbare bronnen uit de late middeleeuwen maken het niet of nauwelijks mogelijk de 'normale' ziektelast en sterfte door chronische ziekten te achterhalen.<sup>21</sup> Het ziekbed en overlijden van Willem van Lokhorst is hiervan een illustratie. In het jaar van zijn dood, 1564, kende Leiden geen verhoogde sterfte. Zijn dood was een voorbeeld van een 'normaal' overlijden in de zin van: niet aan een epidemische ziekte. De Leidse bronnen geven incidentele vermeldingen van lijden en sterven aan 'koorts', *apoplexie* (beroerte) en een enkele fataal verlopen bevalling, maar het blijft bij een impressie van het voorkomen van verschillende ziekten.<sup>22</sup> Bij de incasso van niet-betaalde chirurgijsrekeningen was regelmatig sprake van de behandeling van 'een kwaad been', waarschijnlijk een infectie als wondroos (*erisypelas*). In een aantal gevallen waren dat langdurige behandelingen, wat duidt op een aanzienlijke belasting voor de patiënten.<sup>23</sup> De kindersterfte was hoog, maar liet geen sporen in de bronnen na.

De normale ziektelast en sterfte, veroorzaakt door chronische en degeneratieve ziekten, kunnen we niet systematisch identificeren in de Leidse bronnen. Dat is een gemis, en niet alleen omdat we graag meer zouden weten over die normale ziektelast en sterfte. De vraag kan worden gesteld of de gezondheidszorg niet vooral was gericht op de verpleging en genezing van lijdens aan chronische en degeneratieve ziekten. Anders gezegd: waren de abnormale ziektelast en sterfte door acute infectieziekten niet zo uitzonderlijk (de kwalificatie 'abnormaal' suggereert dat al) dat die eigenlijk beter buiten beschouwing kunnen blijven? Dat is ook niet terecht. De frequent optredende epidemieën, veroorzaakt door de pest en andere acute infectieziekten, waren een vast onderdeel van het leven in de vijftiende en zestiende eeuw. Daardoor brachten zij een structurele vraag naar medische diensten en voorzieningen mee. Elke sterftecrisis was een periode waarin een extra beroep werd gedaan op de mensen en instellingen die zorg boden. Allereerst omdat de mensen die aan een ziekte zouden overlijden, in eerste instantie verpleging en een medische behandeling nodig hadden. Bovendien stonden tegenover elk overlijden aan de pest (of een andere acute infectieziekte) zieken die weer beter werden. Zo bezien was elke sterftepiek tegelijkertijd ook een – nog enkele keren hogere – 'ziektepiek'. Om die reden gaan we op zoek naar de ernst en frequentie van de mortaliteitscrises die Leiden in de vijf-

tiende en zestiende eeuw troffen. We kijken daarbij steeds of de pest of andere infectieziekten de oorzaak van die crises waren, met als doel een scherper beeld te krijgen van de behoeften van de inwoners van Leiden aan medische zorg.

Naast ziekten vroegen de gevolgen van ongevallen, vechtpartijen en oorlog om medische behandeling. In 1489 werd een gewonde soldaat in het St. Catharinagasthuis gebracht. Eén van zijn benen werd afgezet, maar het mocht niet baten, want 'hij starf terstont'.<sup>24</sup> Een groot deel van het werk van chirurgijns moet bestaan hebben uit de behandeling van wonden en botbreuken. Van de talloze gebroken ledematen die in deze twee eeuwen door Leidse chirurgijns zijn gezet, ontsnapten enkele gevallen aan de vergetelheid. In 1397/98 viel op het Rapenburg een net opgebouwde tent om. De tent viel op een kind, dat daardoor een been brak. De stad was kennelijk verantwoordelijk voor de tent en betaalde de kosten van de chirurgijn die het been van het kind zette.<sup>25</sup> Kwalen als hoofdluis en schurft klinken door in de kosten die het Leidse weeshuis maakte om de 'zere hoofden' van weeskinderen te laten verzorgen.<sup>26</sup> Voor vrouwen brachten zwangerschap en bevalling aanzienlijke gezondheidsrisico's mee.

Honger was in de vijftiende en zestiende eeuw voor het gros van de inwoners van een Hollandse stad nooit ver weg. Brood vormde het grootste deel van het menu van de meerderheid van de bevolking. Afhankelijk van de welstand werd brood aangevuld met groenten en fruit, peulvruchten, vlees, vis en zuivelproducten. Hoe lager het inkomen, hoe meer graan het menu van een huishouden domineerde.<sup>27</sup> Bier was de dagelijkse drank, gezien de slechte kwaliteit van het water in een stad. Ook bier vereiste de aanvoer van voldoende graan. Stagnatie in de graanaanvoer, door misoogst, speculatie of oorlog, dreef de broodprijzen op en leidde tot hongersnood. De gebieden rond de Oostzee waren de belangrijkste graanleveranciers van de Hollandse steden. Misoogsten of verstoring van de graanaanvoer door oorlog leidden onmiddellijk tot prijsstijgingen van het graan in Holland. Dat laatste gebeurde bijvoorbeeld tijdens de Wendische oorlog van 1438-1441 die de Hollandse en Zeeuwse steden voerden tegen een aantal Hanzesteden aan de Oostzee. De Wendische Oorlog leidde direct tot torenhoge graanprijzen en hongersnood in 1438-1439. Een 'duurtejaar' noemde men zo'n jaar waarin hongersnood heerste.<sup>28</sup>

Ernstige ondervoeding kon tot de dood leiden. De onmiddellijke doodsoorzaak was in de meeste gevallen een infectieziekte, niet de uithongering zelf. Uitgehongerde mensen overleden vooral aan ziekten als vlektyfus, tyfeuze koorts (buiktyfus) en dysenterie. Vlektyfus werd overgebracht door kleeerluizen, en verspreidde zich snel tijdens hongersnood en oorlog, door het toenemen van de mobiliteit van mensen op zoek naar voedsel en het verslechteren van de hygiënische omstandigheden. Bovendien waren uitgehongerde mensen vatbaarder voor infectieziekten doordat hun natuurlijke afweer tegen ziekten afnam. Pas vanaf de twintigste eeuw werden de belangrijkste doodsoorzaken tijdens een hongersnood de gevolgen van de uit-

honger zelf (hongerodeem, afbraak van weefsels) en dan nog alleen op plaatsen met een goede gezondheidszorg en voldoende hygiëne. Kinderen en ouderen zijn kwetsbaarder voor voedselgebrek dan andere leeftijdsgroepen en mannen zijn van nature kwetsbaarder voor ondervoeding dan vrouwen.<sup>29</sup> Kortere perioden van hoge voedselprijzen troffen vooral de armsten en kwetsbaarsten. Rijken konden het zich vanzelfsprekend beter veroorloven hoge voedselprijzen te betalen. Als een hongersnood langer duurde, vielen er slachtoffers in steeds bredere lagen van de samenleving en in meer leeftijdsgroepen. Dit gebeurde op grote schaal tijdens de ernstigste hongersnood die Noord-Europa in de late middeleeuwen trof, de crisis van de jaren 1315-1317, in sommige streken zelfs tot in 1322. Jordan schatte dat de sterfte tijdens deze langgerekte periode van extreem slecht weer, misoogsten en veeziekten onder runderen en schapen opliep tot ongeveer 10% in dichtbevolkte, stedelijke gebieden.<sup>30</sup> Blockmans en Hoppenbrouwers houden het op een sterfte van 7% voor alleen 1316, het dubbele van wat zij als de normale sterfte in de late middeleeuwen aannemen.<sup>31</sup> In dat jaar 1316 stierven drie abdisen op rij in het klooster Rijnsburg. Een verband tussen hun overlijden en de grote hongersnood van die jaren ligt voor de hand.<sup>32</sup> Dit klooster lag op maar zeven kilometer van Leiden, zodat we mogen aannemen dat de stad ook getroffen werd in deze jaren. Tijdens de hongersnood van 1315-1317 zou ook het 'broodmirakel' van Leiden hebben plaatsgevonden. Volgens dit verhaal at een vrouw de helft van een brood en wilde de rest bewaren. Toen een buurvrouw haar smeekte die andere helft aan haar te geven, antwoordde zij dat als zij brood in huis had, God dat in steen mocht veranderen. Toen zij dat andere stuk brood pakte, was het – aldus het mirakelverhaal – inderdaad veranderd in een steen.<sup>33</sup> De grote hongersnood van begin veertiende eeuw was uniek in zijn ernst, maar ook in latere jaren sloeg honger regelmatig toe. Leiden werd in de vijftiende en zestiende eeuw tussen de 20 en 25 keer getroffen door een duurttecrisis van één of meer jaren.<sup>34</sup>

De directe invloed van oorlog op een stadsbevolking is nog moeilijker aan te tonen dan de effecten van ondervoeding en hongersnood. Waarschijnlijk waren oorlogshandelingen van weinig invloed op de mortaliteit van de burgerbevolking van een stad. Weliswaar kon onder soldaten de mortaliteit hoog zijn, maar de legers waren doorgaans klein.<sup>35</sup> Indirect zorgde oorlog voor de verspreiding van ziekten door troepenverplaatsingen en vluchtelingenstromen. Legerkampen, met veel mensen dicht op elkaar gepakt en slechte sanitaire voorzieningen, waren bij uitstek broedplaatsen voor besmettelijke ziekten. Van invloed op de Leidse bevolking was mogelijk sprake bij belegeringen van de stad en bij expedities van zo'n omvang en intensiteit dat aan Leidse zijde veel soldaten sneuvelen.<sup>36</sup> Leiden werd in de vijftiende en zestiende eeuw zeker tien keer voor kortere of langere tijd geconfronteerd met oorlogshandelingen.<sup>37</sup>

## Karakter van het onderzoek

Dit onderzoek wil een beeld geven van de inrichting van de laatmiddeleeuwse Leidse gezondheidszorg. Deze aanpak, waarbij de organisatie van de laatmiddeleeuwse geneeskunde centraal staan, sluit enkele andere invalshoeken uit. Dit onderzoek is niet wetenschaps-historisch, het gaat niet in op de inhoud van de laatmiddeleeuwse en vroegmoderne medische wetenschap. Dit boek sluit aan bij het vakgebied ‘sociale geschiedenis van de geneeskunde’, beter bekend onder de Engelse naam *social history of medicine*, waarover hieronder meer.

Het richten van de blik op de organisatie van de laatmiddeleeuwse gezondheidszorg is meteen een keuze voor de elementen die het meest bestendig zijn gebleken en tot op de dag van vandaag aan de praktijk van de geneeskunde vorm geven.<sup>38</sup> Dat geldt in de eerste plaats voor de hiërarchische structuur waarin de beoefenaren van de geneeskunde werken. De universitair opgeleide doctor medicinae vormt de top van de piramide en meer praktisch-ambachtelijke (para)medici en verzorgers de basis. De universitaire opleiding is bij uitstek een product van de middeleeuwse maatschappij. Ook het moderne ziekenhuis heeft zijn wortels in de middeleeuwen. Het ziekenhuis is de directe opvolger van het gashuis, dat net als de universiteit een product was van de middeleeuwen.

### *Social history of medicine*

Deze beweging binnen de medische geschiedenis ontstond in de tweede helft van de twintigste eeuw in de Angelsaksische wereld en kwam in Nederland in de jaren tachtig van de grond. Zij richtte zich op het functioneren van de gezondheidszorg in de samenleving en de sociaal-economische factoren die daarop van invloed waren. Door de geneeskunde te bestuderen als een tijdgebonden maatschappelijk verschijnsel nam de *social history of medicine* afstand van de klassieke medische geschiedenis, die zich vooral bezighield met het voortschrijden van de medische kennis en kunde. Die traditionele medische geschiedenis had in het bijzonder oog voor het denken en handelen van de grote medici uit het verleden, en plaatste hun wetenschappelijke en klinische vooruitgang vaak in het licht van de huidige stand van de geneeskunde. Medische geschiedenis was daardoor lang het verhaal van een moeizame ontdekkingstocht die begon met de eerste rationele gedachten over ziekte en gezondheid in het oude Griekenland, en liep langs mijlpalen als de ontdekking van de bloedsomloop en – enkele eeuwen later – de uitvinding van de stethoscoop, naar de gedurfde eerste harttransplantatie. De *social history of medicine* keek daarentegen niet naar de inhoud van het geneeskundig handelen, maar naar de geneeskunde als maatschappelijk fenomeen. Binnen deze stroming was vooral veel aandacht voor de patiënt en zijn keuzes, op zoek naar verzorging en genezing.

De grote winst van de *social history of medicine* was dat zij de medische geschiedenis nieuwe impulsen gaf door andere onderzoeksvragen dan voorheen te stellen. Daardoor sloot de geschiedenis der geneeskunde bovendien meer aan bij andere onderdelen van de geschiedwetenschap en trok zij een bredere kring van onderzoekers aan. Een nadeel was dat de nieuwe stroming zich meer dan nodig was, afzette tegen de traditionele medische geschiedenis. Inmiddels hebben de beoefenaren van dit deelgebied van de medische geschiedenis de balans opgemaakt. Dat heeft geleid tot een nuancering van de eigen aanpak en een (voorzichtige) herwaardering van de resultaten van de voorgangers op dit deelgebied van de geschiedenis. Ook raakte het aspect *social* uit de naam allengs meer op de achtergrond, vooral door een koersverlegging naar de culturele aspecten van de geneeskunde in het verleden en onderwerpen als de beleving en waardering van het (zieke) lichaam.<sup>39</sup> De invalshoek die door de *social history of medicine* ingang heeft gevonden en de concepten die binnen deze stroming zijn ontwikkeld, blijven waardevol. In dit boek maken we gebruik van het concept van de medische markt.

### *De medische markt*

Het geheel van zieken en aanbieders van medische zorg is getypeerd als een markt, een *medische markt*.<sup>40</sup> Op die markt waren aanbieders en vragers actief. De zieken, op zoek naar zorg en genezing, aan de vraagkant. Doctores medicinae, gasthuizen, chirurgijns, kwakzalvers en al die anderen, met hun uiteenlopende kennis en vaardigheden, als de aanbieders van medische zorg. De overheid, in het geval van Leiden het stadsbestuur, was op die markt soms actief als bemiddelaar tussen partijen, soms als aanbieder van diensten, en vaak als bewaker van de kwaliteit van door anderen geboden diensten en waren. Op verschillende manieren was er interactie tussen al die partijen, tussen zieken en genezers en tussen de aanbieders van zorg onderling.

Als we de metafoor van de markt letterlijk nemen, dan zien we een zieke als het ware langs een rij marktkraampjes lopen. Achter het eerste kraampje staat de buurvrouw van de zieke, die een goed huismiddeltje tegen de kwaal weet. Daarnaast staat een doctor medicinae. Hij kan op basis van een jarenlange universitaire studie een doorwrochte diagnose stellen en een beredeneerde therapie voorschrijven. Achter een volgend kraampje staat de parochiegeestelijke, die aandringt op gebed en bij aanhoudende klachten voorstelt de tocht naar een bedevaartsoord te ondernemen om bij een heilige om voorspraak voor genezing te smeken. De kwakzalver in het kraampje tegenover hem belooft dat zijn dranken een remedie bieden tegen alle kwalen. In deze beeldspraak ligt het grootste belang van het medische marktmodel besloten. Het zet er toe aan attent te blijven kijken naar de verschillende mensen, groepen en instellingen die samen de laatmiddeleeuwse gezondheidszorg gestalte gaven.



Plattegrond van Leiden in 1558 door Jacob van Deventer. Kopie uit de negentiende eeuw naar origineel in de Bibliotheca Nacional te Madrid (RAL).

Het medische marktmodel is binnen de Angelsaksische tak van de *social history of medicine* ontwikkeld als model voor het interpreteren van de relaties tussen zieken en genezers. In eerste instantie was het medische marktmodel bedoeld voor het bestuderen van de vroegmoderne tijd, vanuit de idee dat juist in die periode vele wegen openstonden voor de zieke die genezing zocht. Gaandeweg is het model gebruikt om steeds meer beroepsgroepen en instituties, maar vooral ook andere perioden te bestuderen. Het medische marktmodel blijkt een flexibel instrument te zijn, bruikbaar voor elke periode waarop het werd toegepast, mits rekening gehouden wordt met de kenmerken van die periode. In welke richting sturen de bijzonderheden van de laatmiddeleeuwse (stedelijke) samenleving het medische marktmodel?

Om te beginnen moeten we rekening houden met de collectieve aspecten van de laatmiddeleeuwse samenleving. Het individu maakte deel uit van tal van maatschappelijke deelgemeenschappen: de familie, de parochie, de beroepsorganisatie. Ook zijn of haar stad was zo'n gemeenschap, die trekken had van een familie en dan ook wel als een 'quasi-familie' is getypeerd. De positie van het gezin en familie veranderde als gevolg van de voortgaande verstedelijking. Zoals de middeleeuwse stad wel is

opgevat als een quasi-familie, zo kan de stedelijke medische zorg als ‘quasi-familiale zorg’ worden gezien. De stedelijke gemeenschap trad als het ware in de plaats van de familie die niet in staat was een zieke de nodige zorg te bieden.

Een ander aspect van de middeleeuwse samenleving was de vloeiende grens tussen particulier optreden en overheidshandelen. Hierboven onderscheidden we de particuliere medische sector van de door de overheid aangeboden of gereguleerde gezondheidszorg. Die tweedeling was in de vijftiende en zestiende eeuw niet absoluut. Een gasthuis werd opgericht en bestuurd door particulieren, maar stond onder toezicht van het stadsbestuur. Dat beperkte zich niet tot algemene aanwijzingen en het controleren van de boekhouding. Het stadsbestuur gaf in individuele gevallen directe opdrachten aan de bestuurders van een gasthuis, bijvoorbeeld om een zieke op te nemen of om een zieke reiziger op kosten van het gasthuis naar zijn eigen stad of dorp te laten vervoeren.<sup>41</sup> Het gasthuis was een particuliere instelling, maar met een semi-publiek karakter. Veel medische zorg speelde zich af op dit breukvlak van enerzijds privaat initiatief en anderzijds (semi)publiek optreden en toezicht.

Belangrijk om rekening mee te houden is ook dat in de middeleeuwse samenleving een gevarieerd aanbod van uiteenlopende (groepen) genezers bestond. De zieke kon en moest kiezen uit een aanbod dat uiteen liep van een bedevaartsoord met de belofte van een miraculeuze genezing tot de, naar toenmalige inzichten, rationeel-wetenschappelijke behandeling door een universitair geschoolde *doctor medicinae*. Die verschillende opties sloten elkaar niet uit. Vaak probeerden zieken en hun familie verschillende personen en middelen uit, in verschillende combinaties, bijvoorbeeld én een bedevaart én het inschakelen van een chirurgijn, tegelijk of na elkaar en in verschillende volgordes.

Dit zijn aspecten van de laatmiddeleeuwse samenleving en gezondheidszorg die het medische marktmodel kleuren. In deze studie analyseren wij hoe zich dit manifesteerde in de Leidse praktijk. Wie, welke instellingen en welke beroepsbeoefenaren waren de aanbieders van medische zorg?

### *Genezers op de Leidse medische markt*

De eerste en verreweg de grootste aanbieder van zorg was de familie van de zieke. Tenzij het niet anders kon, werd een zieke thuis verpleegd. Uit medisch oogpunt was er geen enkele reden om niet thuis te worden verzorgd en behandeld. Als een familie zich dat kon veroorloven, kreeg de zieke thuis alle denkbare zorg: een bed, medische behandeling, verpleging, geneesmiddelen. Het moderne ziekenhuis is het brandpunt van de gezondheidszorg, met gespecialiseerd personeel en hoogwaardige apparatuur. In de late middeleeuwen bood een gasthuis niet meer, eerder minder dan een zorgzame familie. Een *doctor medicinae* en een chirurgijn konden in een particuliere woning dezelfde handelingen verrichten als in een gasthuis. Zij waren niet afhanke-

lijk van de beschikbaarheid van operatiekamers, kostbare apparatuur en laboratoria.

Thuis ziek liggen stond niet per definitie gelijk aan verpleging door familieleden. Wie dat kon betalen nam een *bewaarster* in dienst, een professionele verpleegster die de zieke in het eigen huis kwam verplegen. De Leidse bewaarster Gheertruut Benders ontving in 1451 salaris omdat zij de vrouw van Jacob Claisz en hun kinderen ‘in der ziekte’ had *bewaard*.<sup>42</sup> Die ‘ziekte’ was waarschijnlijk de pestepidemie van 1450. Ook in de Leidse kloosters, met hun *infirmarium* (ziekenverblijf) voor de kloosterlingen, werd de verpleging van zieken niet uitsluitend intern opgevangen. Zo nam in 1525/26 het net buiten Leiden gelegen klooster Mariënpoel, waarschijnlijk tijdens de pestepidemie die toen heerste, bewaasters aan om de zieke nonnen te verzorgen.<sup>43</sup> Naast bewaasters waren in Leiden *Cellebroeders* actief op de markt van de professionele verpleging. Deze congregatie hield zich naast het verzorgen van zieken bezig met het begraven van overledenen, en nam tegen betaling in haar klooster krankzinnigen en pestlijders op.<sup>44</sup> In 1568 werd het gezin van de Leidse stadsvroedvrouw Yde Jacobsdr door de pest getroffen. Yde nam een Cellebroeder én een bewaarster in dienst, om voor haar zieke man en dochter te zorgen. Haar man en dochter overleefden de pest, maar een ‘knechtgen’ (dienstjongen) dat ook ziek was geworden overleed.<sup>45</sup> Waarom nam Yde twee verplegers van uiteenlopende achtergrond in dienst? Boden Cellebroeders en bewaasters verschillende diensten aan of waren zij tijdens die epidemie de enige nog beschikbare professionele verplegers? We zouden het graag weten.

Zieken die niet konden terugvallen op hun familie werden opgenomen in een gasthuis. Dat gold voor Leidse armen die geen ‘thuis’ hadden met een bed, voedsel en warmte. Het gold ook voor reizigers die ver weg van hun familie ziek werden en zorg nodig hadden. Maar niet alle Leidse arme zieken kwamen in een gasthuis terecht, ook voor hen was het eigen huis en de eigen familie de normale opvang.<sup>46</sup> Arme reizigers mochten afhankelijk van het jaargetijde één of twee nachten in Leiden verblijven, in een gasthuis of in een herberg, tenzij zij vanwege ziekte niet verder konden trekken. Dit werd vastgelegd in een Leidse keur uit 1459.<sup>47</sup> De keur laat zien dat een gasthuis zeker niet de enige plek was waar zieke reizigers terecht konden, maar dat zij ook in herbergen werden verzorgd.

Met de *bewaasters*, de *Cellebroeders* en het personeel van de gasthuizen hebben we de eerste groepen professionele verplegers en verzorgers genoemd. De kring was groter: chirurgijns, *doctores medicinae*, apothekers, vroedvrouwen, kwakzalvers, bloedlaatsters, wondergenezers, kruidenvrouwtjes, vogels van allerlei pluimage die hun remedies tegen welke ziekte dan ook aanboden. Maar niet alle kraampjes op de medische markt namen in de stedelijke samenleving een gelijke positie in. Binnen het geheel van mensen dat beroepsmatig actief was in de medische zorg, sprongen de vier beroepen doctor medicinae, chirurgijn, apotheker en vroedvrouw eruit. Het zou een anachronisme zijn om deze beroepen aan te duiden als de ‘reguliere’ medische beroe-

pen in de laatmiddeleeuwse stad, maar het kwam er wel op neer. De diensten die deze beroepen boden, werden gegarandeerd door de stedelijke overheid. Het stadsbestuur stelde wel stadschirurgijns, stadsmedici en stadsvroedvrouwen aan, maar geen ‘stadskwakzalvers’ en ‘stadskruidenvrouwtjes’. De doctor medicinae, de chirurgijn, de apotheker en de vroedvrouw vormden de ruggengraat van de professionele medische zorg. Hoe groter de afstand van andere genezers tot deze vier beroepen was, hoe meer zij in de marge van de toenmalige (stedelijke) maatschappij opereerden en hoe meer zij in de schaduw van de geschiedenis terecht zijn gekomen. Vaak trokken die ‘niet-reguliere’ genezers van stad tot stad en van dorp naar dorp, maar ook inwoners van Leiden behoorden tot dat marginale circuit, zoals *Claes de schoenlapper* die in 1484 door de vroedschap werd gewaarschuwd dat hij zich niet meer met chirurgie en geneeskunde mocht bezighouden.<sup>48</sup>

Voor de zieke waren de mogelijkheden nog niet uitgeput met de diensten van de beoefenaars van de verschillende medische beroepen, uit de eigen stad of van buiten. Een andere strategie op zoek naar genezing was een beroep op religieuze of magische krachten.<sup>49</sup> Dat kon dicht bij huis in de eigen parochiekerk of in de vorm van een bedevaart. Veel heiligen werden geassocieerd met een bepaalde ziekte, bijvoorbeeld St. Sebastiaan en St. Rochus met de pest en St. Cornelius met epilepsie.<sup>50</sup> De verschillende heiligen trokken veel zieken, maar de meeste mensen met een ziekte of een gebrek richtten zich, in kerken en bedevaartsoorden, tot Maria. Van haar verwachtten zieken de meeste troost en genezing. Uit Noord-Nederlandse mirakelboeken blijkt dat men zich zowel na het vergeefs inroepen van de hulp van een medicus als direct de tocht naar een bedevaartsoord ondernam.<sup>51</sup> De zoon van de Leidse schout Willem van Alkemade had waarschijnlijk al heel wat medische behandelingen achter de rug toen hij naar Cornelimünster bij Aken ging, om bij St. Cornelius genezing te zoeken voor zijn vallende ziekte. In Cornelimünster kwam hij niet van zijn epilepsie af, maar tenslotte bracht in de vroege zomer van 1383 een bedevaart naar Onze Lieve Vrouw in Den Bosch uitkomst.<sup>52</sup> Het Leidse meisje Gheertruut Willemsdr leed vanaf begin oktober 1382 aan bloedingen. Haar lichaam was heet en opgezwollen en zij verloor dag en nacht bloed uit haar neus, mond en over haar hele lichaam door haar huid. Haar vader Willem Jansz had ‘raad’ gezocht, waarin we medische assistentie mogen lezen, maar niemand had zoiets ooit gezien. Na een maand was Willem op zoek naar een remedie naar Haarlem gereisd, maar ook daar had niemand een dergelijke ziekte meegemaakt. Daarop beloofden de ouders met het kind op bedevaart naar Den Bosch te gaan. Zodra zij die belofte hadden uitgesproken, knapte Gheertruut op en was na drie dagen helemaal beter. In juni 1383 maakten ouders en dochter de beloofde bedevaart naar Den Bosch.<sup>53</sup>

In de praktijk liepen de verschillende strategieën nog sterker in elkaar over. Het stadsbestuur stond medio vijftiende eeuw toe dat zieken en invaliden bij de deuren van de Leidse kerken bedelden om geld voor een bedevaart bij elkaar te krij-

gen. De keur uit 1459 waarbij dit werd bepaald, noemde als doelen bedevaarten naar St. Cornelis, St. Quirinus en die voor ‘andere gebreken’.<sup>54</sup> St. Cornelis kwamen we zojuist tegen als de heilige die werd ingeroepen tegen vallende ziekte. Bij St. Quirinus zochten lijdens aan huidziekten genezing. Een drukbezochte bedevaartplaats voor St. Quirinus was de stad Neuss in het Rijnland. Een Leidse vroedvrouw beloofde in 1450/51 tijdens een moeilijke bevalling een votiegift bij een goede afloop. De bevalling liep goed af, en als dank ontving het St. Catharinagasthuis het gewicht van de kraamvrouw in tarwe.<sup>55</sup> Gasthuizen en het weeshuis betaalden geregeld de kosten van bedevaarten, zoals in het geval van het Catharinagasthuis dat in 1522/23 op last van het stadsbestuur het vervoer betaalde van een krankzinnige vrouw naar het stadje Geel in Brabant, waar de heilige Dymphna een grote naam had als genezeres van krankzinnigen.<sup>56</sup> Vanaf ongeveer 1530 namen de bedevaarten sterk af, om door de Reformatie bijna geheel ten einde te komen. De Leidse praktijk laat zien dat bedevaarten en andere vormen van religieuze bijstand niet alleen alternatieven waren voor professionele vormen van geneeskunde, maar vanuit het stedelijke zorgsysteem zelf, door particuliere genezers en door het stadsbestuur, werden ingezet en ondersteund.

### De grenzen van het onderzoek

Deze studie bestrijkt de periode van ca. 1400 tot ca. 1600. Een behandeling van de middeleeuwse Leidse *stedelijke* gezondheidszorg zou in het ideale geval in de dertiende eeuw moeten beginnen, de eeuw waarin Leiden tot een stad uitgroeide en het eerste gasthuis werd gesticht. Maar de verwijzingen naar ziekten en gezondheidszorg uit de jaren vóór 1400 zijn zo schaars, dat een systematische behandeling van die vroege periode niet mogelijk is. Gekozen is voor ca. 1400, omdat vanaf die tijd stads- en gasthuisrekeningen bewaard zijn gebleven.

De bovengrens in de tijd is gekozen op grond van lokaal-Leidse ontwikkelingen. Tot ongeveer 1580 had de stad Leiden een middeleeuws karakter.<sup>57</sup> Leiden was daarin niet uniek. Voor heel Holland is wel gesproken over de ‘lange vijftiende eeuw’ die tot omstreeks 1574 duurde, het moment dat de militaire successen van de Geuzen een breuk teweegbrachten in de instellingen.<sup>58</sup> Voor studies over (het laatmiddeleeuwse) Leiden zijn veel gebruikte cesuren 1572, het jaar van de overgang van de stad naar de Reformatie, en 1574, het jaar waarin Leiden het beleg door de Spanjaarden succesvol doorstond.<sup>59</sup> Een bovengrens in de tijd van ‘ca. 1575’ lag in dat licht voor de hand. Toch nemen we ca. 1600 als eindpunt, om de veranderingen in de stad in de laatste decennia van de zestiende eeuw in het onderzoek te kunnen betrekken. Vanaf ca. 1580 voerde de Leidse stedelijke overheid in de sociale zorg veranderingen door, waaronder fusies van de gasthuizen. Dat proces kwam rond 1600 tot een afronding, wat ‘1600’ als eindpunt rechtvaardigt. De stichting van de Leidse universiteit in fe-

bruari 1575 is de tweede reden om '1600' als globale bovengrens in de tijd te nemen. Na een aarzelend begin – de eerste studenten in de geneeskunde schreven zich pas in 1578 in – stond de medische faculteit rond 1600 goed op poten.<sup>60</sup> De geschiedenis van de Leidse medische faculteit heeft door de jaren heen veel aandacht gekregen, maar dat geldt niet voor het effect van de komst van de medische faculteit op de bestaande medische voorzieningen in de stad. Waar nodig onderscheiden we de perioden vóór 1575 en na 1575, bijvoorbeeld bij de bespreking van de gasthuizen. Voor andere onderwerpen nemen we de periode van 1400 tot 1600 als één geheel, zoals bij de analyse van de mortaliteitscrises die in deze twee eeuwen Leiden troffen.

Overigens spoort de keuze '1400-1600' niet met de gebruikelijke periodisering. Hoewel het gebruikelijk en goed verdedigbaar is om voor Leiden de (late) middeleeuwen als het ware op te rekken tot ca. 1575, ontbreken argumenten om de tijd na ca. 1575 'middeleeuwen' te noemen. Als dat niet tot verwarring leidt, zullen we in dit boek de aanduiding 'late middeleeuwen' gebruiken, waar nodig voegen we 'vroegmoderne tijd' daaraan toe. Vaak zullen we spreken over Leiden in de vijftiende en zestiende eeuw.

De bestudering van de gezondheidszorg van één stad maakt dit boek ook tot een lokaal-historische studie. We moeten de vraag stellen of de laatmiddeleeuwse stad een zinvol object is voor medisch-historisch onderzoek. De Hollandse stad van de vijftiende en zestiende eeuw was de eenheid van bestuur in het graafschap. Dat maakt de stad een legitieme eenheid om te bestuderen – maar geldt dat ook voor het systeem van haar gezondheidszorg? Huisman betoogde in zijn dissertatie over de gezondheidszorg in de stad Groningen dat de positie van de vroegmoderne stad als de belangrijkste bestuurlijke eenheid zich goed leent voor medisch-historisch onderzoek. De stad was het niveau waarop de organisatie van de gezondheidszorg plaatsvond. Bovendien maakt de stad – aldus Huisman – door haar bevolkingsdichtheid en daarmee samenhangende voorzieningenniveau en reglementering onderzoek mogelijk dat voor het platteland niet op die wijze zou kunnen gebeuren.<sup>61</sup> Deze argumentatie gaat ook op voor het Leiden van de vijftiende en zestiende eeuw. Juist een invalshoek die de organisatie van de gezondheidszorg centraal stelt, leent zich voor een lokale studie, gericht op één stad. Dat zou anders zijn bij een onderzoek naar bijvoorbeeld de ontwikkeling van de medische wetenschap, die vraagt om bestudering van medische manuscripten, boeken en universitaire curricula – dat waren aspecten van de geschiedenis van de geneeskunde die per definitie niet gebonden waren aan één stad.

Het goed bewaard gebleven archief van de stad Leiden maakte het mogelijk dit onderzoek voor de vijftiende en zestiende eeuw te doen. We gebruikten bronnen uit verschillende archieffondsen, om uiteenlopende aspecten van de laatmiddeleeuwse Leidse gezondheidszorg te onderzoeken. De archieven van het stadsbestuur, de gasthuizen, de gilden, de kerken en het rechterlijke archief leverden het meeste materiaal. Veel van de documenten uit deze archieven zijn indertijd gemaakt om financiële ver-

antwoording af te leggen, zoals stads- en gasthuisrekeningen. Rekeningen geven informatie over uiteenlopende zaken als de ontwikkeling van de instellingen van zorg, het optreden van medische beroepsbeoefenaren en het uitbreken van epidemieën. Het archief van het stadsbestuur biedt ook regelgeving en de optekening van de besluitvorming van het bestuur. Het rechterlijke archief levert strafrechtelijke veroordelingen en civielrechtelijke uitspraken uit het medische domein, zoals de incasso van niet-betaalde chirurgijnsrekeningen. Het notarieel archief is vooral van belang voor informatie over individuele personen.

Lang niet alle bronnen beslaan de gehele behandelde periode en andere bronnen die wel de volle twee eeuwen bestrijken, zoals de stadsrekeningen, veranderden door de jaren heen van karakter. Zo loopt de serie memorieboeken van de Pancraskerk, een belangrijke bron voor demografische gegevens, tot ongeveer 1540 en dateren daarentegen de oudste stukken in het notarieel archief uit de jaren zestig van de zestiende eeuw. De uiteenlopende documentatie maakte het mogelijk verschillende kanten van de inrichting van de Leidse gezondheidszorg te behandelen. Van een aantal doorlopende bronnen van grote omvang namen we selectief kennis. Dit geldt in het bijzonder voor de administratie van de stedelijke bestuursorganen uit de laatste decennia van de zestiende eeuw, toen de stedelijke administratie explosief groeide, en voor de vele series documenten uit de zestiende eeuw in het rechterlijke archief. De bronnen en methode voor de analyse van mortaliteitscrises en het voorkomen van epidemische ziekten bespreken we nader in hoofdstuk 2.<sup>62</sup>

## Leiden in de vijftiende en zestiende eeuw

Als context voor de inrichting van de gezondheidszorg zijn van belang de omvang en het groeitempo van de bevolking, de op- en neergaande bewegingen van de economie, de wijze van bestuur van de stad en de relatie van de stad met haar omgeving.

### *De groei van Leiden*

De nederzetting Leiden ontstond in de elfde eeuw aan de samenvloeiing van de Oude en Nieuwe Rijn. Medio dertiende eeuw woonden er ongeveer 1250 mensen.<sup>63</sup> Tegen het midden van de veertiende eeuw, aan de vooravond van de *Zwarte Dood* (1348-1352) en de daarop volgende pestepidemieën, was het aantal inwoners gestegen tot ca. 4000. De pestepidemieën die vanaf de tweede helft van de veertiende eeuw Leiden met regelmaat troffen, dunden de bevolking uit, maar de trek van mensen van het omringende platteland naar de stad vulde de gaten steeds weer op, en meer dan dat. Ondanks de terugkerende epidemieën groeide de stad vanaf ca. 1360 en telde rond het jaar 1400 ongeveer 5000 inwoners. In de veertiende eeuw werd het grondgebied

van de stad twee keer vergroot, rond 1352 en in de jaren 1386-1389. De uitbreiding uit de jaren tachtig van de veertiende eeuw gaf Leiden een omvang die tot de stadsuitleg van 1611 niet zou veranderen.

Het laatste kwart van de veertiende eeuw markeerde de ontwikkeling naar een industriestad, waarvan het economisch leven werd gedomineerd door een op de export gerichte lakenindustrie.<sup>64</sup> De bloeiende textielindustrie zorgde voor een periode van sterke expansie, die duurde van ongeveer 1430 tot 1480. Het Leidse laken was van goede kwaliteit en betaalbaar in vergelijking tot het laken van de Vlaamse steden, dat tot dan de markt beheerste. Het groeide uit tot een populair product dat in heel Europa werd afgezet. Laken was een zware wollen stof, die werd gemaakt van hoogwaardige (merendeels) Engelse schapenwol. De Leidse drapeniers kochten die wol in de havenstad Calais, die tot midden zestiende eeuw in Engelse handen was. De productie van het laken werd door het Leidse stadsbestuur streng gecontroleerd, met een stabiele hoge kwaliteit als resultaat.<sup>65</sup> De zuigkracht van de textielindustrie leidde tot een enorme groei van het aantal inwoners: van 6000 inwoners in 1440, tot 14.000 inwoners omstreeks 1480. De groei van de stad bereikte zijn hoogtepunt in de jaren zestig van de vijftiende eeuw.<sup>66</sup> Leiden was op het eind van de vijftiende eeuw waarschijnlijk de grootste stad van het graafschap Holland.

Rond 1480 vlakke de groei van de lakennijverheid af. De financiële positie van de stad verslechterde zo snel, dat Leiden in de jaren negentig failliet ging en onder toezicht van de gewestelijke regering kwam te staan. Jaren met maatregelen om de stedelijke financiën te saneren en armoede voor grote delen van de bevolking volgden.<sup>67</sup> Ondanks de financiële problemen bleef de textielindustrie tot ca. 1530 redelijk op peil.<sup>68</sup> Vanaf ongeveer 1530 braken magere jaren aan. Decennia lang was Leiden een stad in achteruitgang, met een dalend inwonertal. Zij stond halverwege de zestiende eeuw bekend als de armste stad van Holland, met het grootste aantal bedelaars. In augustus 1574, tijdens het beleg door de Spanjaarden in de beginjaren van de Tachtigjarige Oorlog, werd het aantal te voeden monden geteld. De laatste weken van het beleg, met veel doden door hongersnood en pest, moesten toen nog komen. De tellers die in 1574 de buurten rondgingen, kwamen tot ca. 12.460 'monden', een flinke teruggang vergeleken met de ca. 13.640 inwoners in 1514.<sup>69</sup> De tellingen in 1574 waren bovendien nog geflatteerd door de aanwezigheid van vele honderden vluchtelingen in de stad, afkomstig van het platteland. De recentste schattingen stellen het aantal inwoners direct na het beleg op 10.000.<sup>70</sup>

Na het beleg leefde de stad weer op. Immigranten uit de zuidelijke Nederlanden brachten kennis over de fabricage van nieuwe stoffen mee en zorgden voor een ongekende herleving van de textielindustrie. De eerste groep nieuwe burgers arriveerde in 1577, en daarna kwam een stroom op gang die tientallen jaren zou aanhouden. Tijdens de volkstelling van 1581 registreerde de stad ca. 12.080 inwoners, nog steeds minder dan het aantal uit het begin van de zestiende eeuw.

TABEL 1.1 Inwoneraantallen van Leiden, 1400-1600

Jaar	Aantal inwoners (schatting)
1400	5.000
1440	6.000
1480	14.000
1498	14.000 maximaal
1514	13.640
1561	11.000
1574	12.460 (incl. vluchtelingen)
1575	10.000
1581	12.080
1600	24.000

Bron: Van Maanen, *Leidse bevolkingsaantallen*, 63; De Boer, *Leiden in de Middeleeuwen*, 37-39; Noordam, *Demografische ontwikkelingen*, 44.

Vanaf ca. 1580 begon de snelle opmars van Leiden tot textielproducent van Europees niveau. De nieuwe industrie was een totaal andere bedrijfstak dan die uit de laatmiddeleeuwse hoogtijdagen. In plaats van het eenheidsproduct 'laken' van Engelse schapenwol, fabriceerde men nu *saaïen*, lichtere wollen stoffen en daarnaast nog een reeks ander textiel, gemaakt van verschillende grondstoffen als wol, linnen, zijde en kameelhaar.<sup>71</sup> De gevolgen voor de stedelijke samenleving waren dezelfde als in de expansieperiode tijdens de vijftiende eeuw: een sterke economische concentratie op de textielindustrie, een florerende export en een sterke stijging van het aantal inwoners door de aantrekkingskracht van de bloeiende industrie. Voor de jaren rond 1600 is een inwoneraantal van rond de 24.000 berekend, wat neerkomt op een verdubbeling van de bevolking in twintig jaar.<sup>72</sup>

### *Leiden in de regio*

De stad Leiden had een regionale functie als het centrum van *Rijnland*.<sup>73</sup> Tot die functie behoorde ook medische zorg, één van de zeven aspecten die Lesger onderscheidde in de centrumfunctie van een stad.<sup>74</sup> 'Rijnland' had overigens verschillende betekenissen. Het was in de eerste plaats de aanduiding voor het platteland rond de stad, het Leidse verzorgingsgebied. Dit verzorgingsgebied van Leiden werd rond 1400 in het zuiden begrensd door dat van Delft, in het oosten door de regio van Gouda en in het noorden door de invloedssfeer van Haarlem. Amsterdam kwam in de loop van de zestiende eeuw sterk op, en won aan de noordkant van Rijnland steeds meer aan belang. Rijnland was behalve de aanduiding van de regio rond Leiden ook

de naam van een waterschap, het hoogheemraadschap van Rijnland, dat voor de waterhuishouding in een groot gebied rond Leiden en Den Haag zorgde. Tot slot was het de aanduiding voor het baljuwschap Rijnland, in omvang beperkter dan het waterschap. De baljuw was de grafelijke vertegenwoordiger, verantwoordelijk voor het bestuur en de rechtspleging op het platteland van Rijnland. Het hoogheemraadschap en het baljuwschap hadden beide hun zetel in Leiden.

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de inwoners van de dorpen en boerderijen in Rijnland een beroep deden op Leidse medische voorzieningen. Voor de nonnen van de kloosters Rijnsburg en Leeuwenhorst en het hof in Den Haag gold mogelijk hetzelfde.<sup>75</sup> Van de kloosters en kloostertjes in de omgeving van Leiden lagen sommige zo dicht bij de stad dat zij direct deel uitmaakten van het Leidse stedelijke systeem, zoals het klooster Lopsen en het St. Aagtenklooster, beide op een steenworp afstand van de stadsmuren. Andere kloosters bevonden zich op grotere afstand van de stad, zoals het klooster voor adellijke vrouwen in Rijnsburg, hemelsbreed op zeven kilometer van Leiden, en Leeuwenhorst, op 15 kilometer van Leiden.<sup>76</sup> Het nabij gelegen verstedelijkte dorp Den Haag had een eigen klein verzorgingsgebied, maar als nederzetting met centrale functies betekende Den Haag afgezien van de hof-functie weinig. Vanaf het midden van de dertiende eeuw groeide de grafelijke vestiging in Den Haag uit van een incidenteel bezocht jachtslot tot de residentie van de graven van Holland. Het hof bloeide vooral onder de landsheren uit het Beierse huis, van ca. 1360 tot ca. 1420. De annexatie van het graafschap Holland door Bourgondië maakte een eind aan Den Haag als vorstelijke residentie. Wel bleef na ca. 1430 de stadhouder van Holland in Den Haag zetelen, maar van een echt hof was geen sprake meer. In de loop van de zestiende eeuw won Den Haag weer aan belang als gewestelijk bestuurscentrum. Het grafelijke hof had behoeften die uitstegen boven de voorzieningen die een dorp van de omvang van Den Haag normaal zou bieden.

Ondanks de aanwezigheid van kleine gasthuizen in Den Haag, Katwijk en Noordwijk en de ziekenzalen in kloosters in de regio, zijn er voorbeelden dat Leiden op het gebied van de medische zorg een oriëntatiepunt in de regio was.<sup>77</sup> In verschillende hoofdstukken komen die relaties tussen de Leidse gezondheidszorg en de regio terug.

### *Het stadsbestuur*

In dit boek gebruiken we vaak de term ‘stadsbestuur’. Hoewel de bestuurlijke organisatie van Leiden over de periode van twee volle eeuwen haar eigen dynamiek kende, bleef het raamwerk in grote lijnen onveranderd.<sup>78</sup> In de vijftiende en zestiende eeuw trad het *gerecht* op als het dagelijks bestuur van de stad. Het gerecht bestond uit de schout, acht schepenen en vier burgemeesters, en werd daarom ook wel ‘de dertienen’ genoemd. Schout en schepenen waren bevoegd *keuren* uit te vaardigen, stedelijke regelgeving, en vormden de stedelijke rechtbank, zowel in strafrechtelijke als ci-

viele zaken. De schout werd benoemd door de landsheer, en was binnen Leiden diens vertegenwoordiger. Hij vervulde vooral politie- en justitietaken en zat de verschillende bestuursorganen en de rechtbank voor. De burgemeesters waren de centrale figuren in de dagelijkse bestuurspraktijk, met een breed takenpakket. Zij beheerden de stedelijke geldmiddelen, waren verantwoordelijk voor de publieke werken in de stad en vertegenwoordigden de stad naar buiten, in de contacten met de landsheer en andere steden, bijvoorbeeld in de onderhandelingen over de hoogte van de gewestelijke belastingen.

Naast het gerecht bestond een stedelijke raad, de *vroedschap*. In deze raad hadden oud-leden van het gerecht zitting. In de vroedschap lag het zwaartepunt van de politieke macht in de stad, en de vroedschap had dan ook steeds het laatste woord in bestuurlijke zaken. Er was geen scheiding van bestuurlijke bevoegdheden tussen de vroedschap en het gerecht. Alle onderwerpen kwamen in de vroedschap aan de orde, van groot tot klein, van fiscale zaken van gewestelijk belang tot het verzoek om salarisverhoging van een stadsvroedvrouw. Waar we zonder nadere aanduiding spreken over ‘het stadsbestuur’ of de ‘stedelijke overheid’ bedoelen we dit geheel van hoogste macht in de stad: het gerecht en de vroedschap, de verzameling van mannen die in de vijftiende en zestiende eeuw in Leiden de lakens uitdeelden.

## Tot besluit

In dit hoofdstuk verkenden we het thema van dit boek: de inrichting van de gezondheidszorg van de stad Leiden in de vijftiende en zestiende eeuw. De centrale vraag daarbij is welke medische professionals en instellingen een hoofdrol speelden in het verschaffen van zorg aan zieke inwoners van Leiden en aan passanten die in deze stad door ziekte of een ongeval werden getroffen.

De Leidse gezondheidszorg in de late middeleeuwen benaderen we als een medische markt, met zieken aan de vraagkant en de aanbieders van medische zorg aan de andere zijde. Voor de door ziekte, verwonding of gebrek getroffen man of vrouw stonden verschillende wegen open om verzorging en genezing te zoeken. De bronnen voor de late middeleeuwen laten weinig zien van de individuele zieke en diens keuzes. De Leidse medische markt uit de vijftiende en zestiende eeuw benaderen we daarom vooral via de verschillende aanbieders op die markt.

Voordat we naar die aanbieders van medische zorg gaan, kijken we naar de mortaliteitscrises die Leiden in de vijftiende en zestiende eeuw troffen (hoofdstuk 2). Immers, vaak worden op crisismomenten bestaande structuren en patronen – die anders nauwelijks genoemd worden – getest, beschreven, bevestigd of juist aangepast. Zo leveren deze crises ijkpunten op voor de ontwikkelingen over langere termijn. Elk van die sterftegolven staat voor een periode van veel zieken binnen de stad en een groot

beslag op de voorzieningen. Een analyse van de mortaliteitscrises in die periode, en dan vooral als deze het gevolg waren van ziekte, draagt bij aan het inzicht van de behoeften aan medische zorg in Leiden.

De aanbieders op de medische markt onderscheiden we in de instellingen van sociale zorg en de beroepen in de gezondheidszorg. De gasthuizen en de andere stedelijke instellingen van sociale zorg hielden zich primair bezig met armenzorg. Een deel van die armenzorg was *medische* armenzorg. In hoofdstuk 3 komt aan de orde welke rol de verschillende instellingen speelden in de stedelijke gezondheidszorg. We gaan na welke instellingen ook of vooral medische zorg boden en hoe die zich tot elkaar verhielden. We identificeerden in dit inleidende hoofdstuk ook de vier belangrijkste beroepen op de Leidse medische markt: de doctor medicinae, de chirurgijn, de vroedvrouw en de apotheker. We bekijken welk terrein van de gezondheidszorg elk van deze beroepen bestreek en hoe de stad de beroepsuitoefening reguleerde. Ook proberen we te achterhalen welke mannen en vrouwen in Leiden in de vijftiende en zestiende eeuw inhoud gaven aan deze beroepen (hoofdstukken 4-7). Daarmee biedt dit boek een prosopografie van de medische sector.

De instellingen en medische professionals opereerden in een stedelijk systeem, in een verwevenheid van privaat en (semi)publiek aanbod. Het stadsbestuur reguleerde deze medische markt, in de eerste plaats door kaders te stellen voor de beoefenaars van de verschillende beroepen op de vrije markt. De stad had ook invloed, direct en indirect, op de instellingen en bood zelf diensten aan, door het aanstellen van stedelijk personeel in het medische domein. Het stadsbestuur droeg zo bij aan de inrichting van de gezondheidszorg. We geven dan ook ruime aandacht aan die medische professionals in stadsdienst en gaan waar mogelijk in op de verhouding tussen de vanwege de stad aangeboden of gestimuleerde zorg en de vrije medische markt.

Zeker indien beleidsstukken, toekomstplannen en jaarverslagen niet zijn overgeleverd, moeten we gebeurtenissen en besluiten in de weegschaal van de geschiedenis leggen om te proberen betekenis te geven aan de veranderingen die we waarnemen. Alleen zo kunnen we een oordeel vormen over de mate waarin stadsbestuurders en medische professionals zich bewust waren van de noden van hun tijd en richting gaven aan de ontwikkeling van de zorg. Door de lijnen die in dit boek zijn uitgezet bijeen te nemen, worden uiteindelijk enkele patronen zichtbaar die het gezicht van de medische zorg in het laatmiddeleeuwse Leiden hebben bepaald.