

***Providing Medical Care in European Cities,
from the Middle Ages to the Early Nineteenth Century***

Main session M9, European Association for Urban History, Prague, 29/8-1/9/2012

Alex BARNJI (University of Leeds)

Doctors at the deathbed: accessing health care in early modern Venice

Michele CLOUSE (Ohio University)

Seeking and providing healthcare in early modern Spanish hospitals: dynamics of an urban medical market

Isabelle COQUILLARD (Université de Paris-X)

Les docteurs régents de la Faculté de médecine de Paris et la fourniture de soins aux plus défavorisés

Fritz DROSS (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

Conceptions of the urban space between purity and health

Jamel EL HADJ (EHESS)

Rebuilding a Healthcare System during the Plague: Marseille, 1720-1722

Antoine ERMAKOFF (Université Paris-VII)

Arbitrer la répartition des soins et de l'assistance dans une capitale, former l'élite médicale : le conseil général des hospices de Paris, 1801-1830

Hannah MURPHY (UCLA, Berkeley)

Medical reformation in sixteenth century Nuremberg

Reserve list:

Cinzia BONATO (Università di Torino)

Des familles aux institutions d'assistance médicale : parcours volontaires, parcours obligés (Gênes, 18^e s).

Sabine VICTOR (Université d'Albi)

La valeur des soins à Gérone au 16^e s.

Abstracts and emails

Christelle Rabier christelle.rabier@gmail.com

Philip Rieder Philip.Rieder@unige.ch

Patrick Wallis P.H.Wallis@lse.ac.uk

Alex BARNJI (University of Leeds)

a.bamji@leeds.ac.uk

Doctors at the deathbed: accessing health care in early modern Venice

Venice's well-preserved civic death registers reveal a dramatic increase during the seventeenth century in the proportion of the deceased who had consulted a physician prior to their demise. By 1696, physicians are recorded as visiting the deceased in 46 per cent of entries. Given that infant and child mortality remained high, and physicians were more rarely called to the deathbeds of the very young, this figure is striking. Moreover, this change was not due to a simple increase in the number of physicians working in the city. The membership of Venice's College of Physicians fluctuated around an average of 60, as it had in the sixteenth century. This paper thus seeks to explain why, in the course of the seventeenth century, Venice's inhabitants increasingly decided to seek medical care not simply when they were sick, but also when they believed they were dying.

Firstly, I will present an analysis of patterns of demand for physicians' services, using the detailed death registers to assess variation by age, cause of death, length of illness, gender, social status and parish of residence for the period 1570-1750. A broader contextualisation of seventeenth-century developments in medical consumption will be facilitated by this long chronology, by the consideration of additional records, especially census data, which shed light on demographic trends and the social composition of Venetian parishes, and by reflection on the impact of crisis mortality, especially the plague epidemics of 1575-7 and 1630-1. The second section of the paper will examine the increase in doctors at the deathbed in the light of the wider context of health care in the city, exploring the prominence and accessibility of different types of male and female healer, the overlapping identities and activities of physicians and surgeons in the Venetian context, and factors which motivated the choices of patients and their families when seeking treatment.

The final part of the paper will consider the impact of the institutional context which produced the very records which provide glimpses of individual experiences. In early modern Milan, physicians were at the heart of the system of recording deaths; thus their presence in death registers has a different set of meanings. In Venice, by contrast, parish priests were responsible for channelling information about mortality to the city's Health Office. At the same time, the Republic's interest in public health, which engendered widespread cooperation with both the Catholic Church and certain groups of medical practitioners in the city, had implications for individuals seeking health care, by facilitating the variety and accessibility of medical services in Venice. I conclude by exploring whether the diversity of health care options encouraged greater recourse to physicians for serious illnesses, and by highlighting the local dimension of patient-physician relationships.

Michele CLOUSE (Ohio University)

clousem@ohio.edu

Seeking and providing healthcare in early modern Spanish hospitals: dynamics of an urban medical market

My work on early modern Spanish hospitals (specifically in Madrid, Valladolid and Salamanca) seeks to reposition the institution within a medical framework that explores it as a civic institution that played a vital role in the medical and spiritual health of the community and reveals a vibrant medical world in which medical staff, trained in the latest techniques and treatments, sought to care for the body in addition to the soul. Spanish urban hospitals employed a diverse range of medical practitioners; university-trained doctors attended the sick alongside surgeons, barber-surgeons, apothecaries, and empirical specialists contracted to treat specific ailments. Hospital records are a rich source for exploring the professional relationship among its staff and the broader community whose medical needs the staff sought to meet. This project relies on various documentation including administrative records; patient accounts; contracts with medical professionals; reports to municipal, ecclesiastical and royal authorities concerning the governance of the institutions; and legal cases involving medical malpractice or breach of contract. Moreover, hospitals like the Hospital del Estudio in Salamanca and the Hospital General in Madrid and Valladolid served as important training grounds in the professional development of practitioners and the exchange of medical knowledge derived from book-learning and experiential practices. Innovative treatments often emerged from within hospitals where experiential practices were promoted by individual practitioners and gained support from patients, and local and royal authorities. I intend to use hospitals as a means to explore the interplay between practitioners and patients and assess the following realities of medical practice in the era. To what extent did hospital care shape expectations about medical care among a populace? How did it shape medical practices as a response to the practical needs of patients? How did medical care offered in hospitals shape or influence medical techniques and treatments offered in the marketplace and how did the marketplace develop in response to medical techniques and treatments? How did the presence of many health-care options, from private treatment at the hands of a university-trained physician to self-treatment relying on popularly-known remedies procured at the local pharmacy, affect the care offered and economic strategies of practitioners? It is clear from the cases of university practitioners seeking practical training that some hospitals served as medical training grounds. Less understood is the nature of that training and the development of certain practices, as well as an understanding of the professional interaction among various parties offering care for the body and those seeking such care. The hospital was an important institution in the struggle against ill health for the vast majority of early modern Spaniards. Hospitals served the needs of a diverse social body (wealthy and poor) and were often seen as a communal and charitable means of serving the needy. These institutions provide a rich source for understanding Spaniards' economic strategies for preserving health and exploring social divisions in patients' options and choices in a dynamic urban marketplace.

Porter assistance aux pauvres est un point de la déontologie médicale déjà revendiqué par Hippocrate. Détenteurs du plus haut grade décerné par la première Faculté de médecine du royaume, les docteurs régents ont un devoir d'exemplarité dans ce domaine. Dès 1639, la Faculté de médecine de Paris organise des consultations gratuites destinées aux nécessiteux de la capitale. Chaque samedi, pendant deux heures, six docteurs régents écoutent et examinent les pauvres, distribuent des remèdes. Les bacheliers sont chargés de recueillir leurs diagnostics. Ici, c'est la Faculté dans son ensemble qui se donne à voir, au cœur même de la ville. Moment d'exercice de la bienfaisance, les consultations constituent également un temps de formation pratique pour des étudiants confrontés, pour la première fois, aux manifestations physiques de la maladie et aux souffrances des patients.

Les secours aux pauvres sont assurés par les « médecins des pauvres » ou « médecins des pauvres domiciliés », fonction exercée uniquement par les docteurs-régents. En moyenne au nombre de deux par paroisse, nommés lors des assemblées générales des Compagnies paroissiales, les docteurs visitent chaque jour les nouveaux malades, prescrivent les médicaments nécessaires, conseillent sur le régime alimentaire, moyennant deux cent à trois cent livres d'appointments. Ils traitent simultanément de cent à trois cent malades (en cas d'épidémie). L'objectif principal est d'ordre comptable. Il s'agit de désengorger l'Hôtel-Dieu en retenant les patients à domicile. Auxiliaires des prêtres, les médecins leur signalent les malades aptes à recevoir l'extrême-onction, ou rédigent des dispenses de Carême.

Selon P. S. Dupont de Nemours, la fonction de « médecin des pauvres » contribue à donner aux médecins « ce coup d'œil juste, cette sagacité, cet amour intelligent et actif du bien public ». Par ses œuvres, le médecin s'assure une publicité gratuite auprès des bienfaiteurs de sa paroisse susceptibles d'avoir recours à ses services et capables de supporter des frais d'honoraires conséquents. Il se fait connaître et prend sa place dans le très concurrentiel « marché des soins ».

Donner des soins aux plus pauvres relève également de l'initiative privée. Certains docteurs régents transforment une partie de leur domicile en centre de soins. Ils distribuent des remèdes spécifiques à une population peu consciente des possibles effets secondaires. Cette mansuétude est l'occasion de tester les dosages des principes actifs, de vérifier l'efficacité d'une formule et, à terme, de se gagner le titre d'expert dans le traitement d'une pathologie précise. De cette façon, les docteurs tentent de limiter la déperdition d'une partie de la clientèle vers les empiriques.

Au-delà de la volonté d'accomplir un devoir moral, la fourniture de soins aux plus pauvres est un moyen, pour les docteurs régents, d'affirmer leur emprise sur la ville, sur la paroisse et sur leurs quartiers de résidence tant auprès d'une clientèle privée que de concurrents potentiels qu'ils soient chirurgiens ou empiriques.

Fritz DROSS (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)

fritz.dross@gesch.med.uni-erlangen.de

Conceptions of the urban space between purity and health

Exploring archival material and chronicles of the imperial city of Nuremberg in late medieval and early modern times, the proposed paper is focusing the Nuremberg “Sondersiechenalmosen” in 15th and 16th centuries. This had been a charity caring publicly for foreign lepers for three days a year in the Holy Week before Easter. As caring for lepers generally had to be performed outside the cities' walls in the leprosaria and lepers – following the logic of the Old Testament – are conceived of being „impure“ and „dangerous“ are to be expelled from the community of the theoretically „pure“ urban society, the festival of the foreign lepers, which attracted up to 3.000 people in 16th century, challenged the city's authorities, the involved doctors and the urban society taken as a whole. With special regard to normative sources concerning the „Sondersiechenalmosen“ I am going to tackle the notion of „purity“ versus „impurity“ parallelised by „foreigners“ versus „burghers“ aiming to legitimise the admission of foreign lepers during three days in the Holy Week. Special regard will be paid to the different procedures legitimising the foreigners as being „leprous“ and the role academically trained doctors took within these practices. Being able to decide indubitably if a person was „impure“ („leprous“) or not served as a major point to consider the knowledge of doctors superior to any other group of healers' competence. Thus, when the Nuremberg aldermen asked the city's doctors for a report on serious deficits within the examination of lepers they questioned the superiority of the doctors' knowledge. The analysis of a volume containing the handwritten reports of the Nuremberg doctors answering to the authorities' query and dating to 1572 dismantles the doctors strategy to delegitimize the medical tradition with respect to the examination of lepers. Surprisingly the doctors ability to clearly delineate their competence by giving learned treatises on the examination of lepers finally strengthened their position in the eyes of the Nuremberg authorities. The idea of the “impure lepers” spread on two levels. On the level of the Nuremberg doctors' reports as well as in medical literature of the 16th century in general, one could discover the deconstruction of an holistic concept of leprosy coming along with the observation of several „new“ diseases labelled by certain disorders of the human skin like the „(French) Pox“. On the level of authoritative policy dedicated to secure the „purity“ of urban space one could characterise a process in which leprosy took less fright while a growing number of diseases was conceived as being „contagious“, „dangerous“, „ugly“ or „nasty“ and therefore demanding isolation, separation and exposure of their sufferers. The longer the more the Old Testament's notion of „purity“ had been translated into „health“ meaning authoritative commitment relying on medical expertise.

L'irruption de la peste à Marseille en août 1720 détruit de fond en comble le secteur médical préexistant. Alors que la population est décimée, médecins et chirurgiens fuient la ville vers les bastides rurales ; le personnel médical des hôpitaux fait pareillement défection. En quelques semaines, les autorités municipales, rapidement secondées par l'administration de la monarchie, reconstruisent un système sanitaire de toutes pièces, réactivé lors de la rechute de 1722, et qui fonde durablement l'encadrement médical de la ville au dix-huitième siècle. Les archives municipales comme celles de l'intendance, permettent de reconstituer la réorganisation du système sanitaire marseillais en temps de peste.

Après une première initiative monarchique, qui réquisitionne des spécialistes de la cour et la faculté de Montpellier en août 1720, dès septembre 1720, la ville de Marseille lance une grande campagne nationale pour recruter des praticiens, en particulier des garçons chirurgiens, en échange d'un salaire et de perspectives d'avenir. Nos recherches ont permis de reconstituer la nouvelle population professionnelle, venue de l'ensemble du royaume, voire de l'étranger, pour assurer les soins aux pestiférés. Parallèlement, elle relocalise la dispense des soins, en reprenant la structure hospitalière du 17^e siècle, dotée d'un nouveau personnel, lui adjoint de nouveaux lieux de soins et en quadrillant la ville en quartiers, où exercent des équipes de praticiens. Les autorités municipales veillent à l'alimentation et à l'hébergement du personnel nouvellement recruté.

Pour autant, c'est par tâtonnements que la ville construit ce nouveau système, en correspondant avec l'administration de la Régence et en gérant tant la pénurie budgétaire que la forte mortalité des praticiens. Une réponse aux difficultés financières tient à aux dédommagements très rapides des familles du personnel décédé et à l'échelonnement des paiements des salaires des praticiens survivants. Ce faisant, elle réorganise aussi la géographie des soins urbains, en fermant des centres hospitaliers, en en créant d'autres, en instaurant enfin de nouveaux chirurgiens de quartier qui dispensent un service gratuit, innovant par rapport aux dispositifs hérités des pestes du XVII^e siècle. Cette politique « au coup par coup » n'a pourtant pas empêché pas des recherches continues sur les pratiques thérapeutiques, l'adaptation des instruments chirurgicaux ou le test de nouveaux remèdes.

À sa fondation par Napoléon Bonaparte et Antoine Chaptal, le Conseil Général des Hospices Civils de Paris se voyait fixer des objectifs multiples, parfois contradictoires, traduisant à la fois l'ambivalence hospitalière soin/assistance et la volonté du pouvoir central et centralisateur d'organiser l'embryon d'une politique publique de santé. Alors que depuis la fin de l'Ancien Régime la critique des hôpitaux était un topique des réformateurs (Dupont de Nemours, Chambon de Montaux), le Conseil Général devint la première institution parisienne à gérer l'ensemble des dispositifs publics d'assistance et de soin (hôpitaux, hospices, enfants trouvés, secours à domicile), au moment même où l'État introduisait des changements considérables dans le champ médical professionnel avec les lois de 1794 et 1803.

En nous basant sur notre travail de doctorat et les archives administratives du Conseil, nous montrerons comment celui-ci, dirigé par de grands notables et de rares médecins, tout en jouant des différentes autorités intervenant dans son champ de compétence pour parvenir à se ménager des marges de manœuvres (la municipalité de Paris comme financeur, le ministère de l'Intérieur, les préfets de la Seine et de département comme tutelles) pris des mesures qui contribuèrent durablement à modeler l'offre sanitaire de la capitale.

Trois axes sont retenus :

- 1) l'étude des sommes allouées à ses diverses activités révèle des arbitrages controversés qui établirent définitivement l'hôpital comme le levier de la provision publique de soins, au détriment des secours à domicile notamment, qu'il laissa à l'initiative privée.
- 2) malgré des vues globalement conservatrices, le Conseil Général s'efforça tout au long de la période d'imposer une typologie fixe des établissements génératrice de changements : distinction entre hôpitaux et hospices, reprise et création d'hôpitaux pour maladies spécifiques (Saint-Louis, Vénériens, Enfants-Malades), etc. Le propos est de montrer que cette politique de tri et de séparation s'appuie à la fois sur des considérations médicales (lutte contre la contagion, respect d'une certaine nosologie, possibilité d'enseignement clinique), économiques (distinction des malades et des indigents valides), et morales (séparations des âges et des sexes), qui produisirent des effets durables sur les modes de prises en charge des diverses pathologies (un certain nombre de maladies spécifiques se voient alors définies par des critères tout autant administratifs que médicaux) et des différents publics (deux établissements pour malades payants sont fondés, traduisant la volonté de satisfaire voire d'encourager un rapport original aux institutions hospitalières).
- 3) Enfin, échut à l'administration hospitalière la charge d'organiser la pratique clinique rendue obligatoire dans le cursus médical, et l'attribution des postes de médecins et chirurgiens des hôpitaux, aux implications économiques et sociales considérables pour les intéressés. En fondant l'internat et l'externat, en établissant une réglementation stricte des postes hospitaliers (qui laissent apparaître la pérennité d'une inégalité médecine/chirurgie au moment où on la dit enfin abolie), et en exerçant un pouvoir de nomination qui mêle patronage, reconnaissance des compétences et du service public, le Conseil Général participa aussi de la structuration professionnelle de la scène médicale parisienne.

In 1571 the Nuremberg physician, Joachim Camerarius(1534-1598) submitted for the consideration of that city's Inner Council a substantial manuscript titled Short and Ordered Considerations for the Formation of a Well-Ordered Regime. In it he petitioned the Nuremberg Senate to establish a Collegium Medicum— an institutional body that would operate under civic mandate to regulate and reform the practice of medicine in the Imperial City of Nuremberg. This tract was a single iteration of a movement for the reform and reorganization of the medical community ongoing throughout the sixteenth century. In Nuremberg, Augsburg, Ulm, Vienna, Cologne, Passau, Worm, Hamburg, Freiburg, and Nordlingen medical ordinances were passed that fundamentally restructured the provision of healthcare and redefined a set of acceptable medical practices and practitioners. This medical reformation has gone unnoticed by medical historiography, which has focused more on England or Italy than on German cities and the idiosyncratic position of their municipal physicians, and by social history which has been more preoccupied by the confessional dimensions of urban restructuring in the sixteenth century. Taking Camerarius' unpublished tract as a point of entry, my paper will examine the set of proposed changes in Nuremberg, and the drawn out series of negotiations they provoked, as an event in the sixteenth century medical reformation.

Camerarius' text encapsulated two developments specific to sixteenth century German cities: first, the growing authority of the municipal physician (academically educated) and second, a growing consensus on the threat posed by 'bad' medicine i.e. fraud, quackery and Paracelsianism. The primary function of the proposed Collegium would be to promote discussion and collaboration on difficult cases, and it made mandatory 'second opinions' in diagnosis. In addition to this, the members of the Collegium would vet visiting doctors and act as a kind of court-of-appeals, settling questions of medical jurisdiction and receiving complaints made by the public. One might be tempted to presume that attempts at medical reform should be seen as a paternalistic move by a learned elite to establish an ascendancy over competing artisanal or popular practices. In fact Camerarius explicitly defended other practitioners among what he termed the 'healing professions' (*Heilberufe*). The controversy that Camerarius' plans provoked came not from popular or folk practitioners, but from Nuremberg's well-established apothecaries. Their stark opposition to Camerarius led to a debate between physicians and apothecaries that dragged out over twenty years. The ramifications of this for our understanding of urban healthcare are profound, not only because it indicates that developments within learned Galenic medicine had immediate and material ramifications for medicine as it was practiced. More importantly the debate between apothecaries and physicians served to construct an understanding of medical authority that outlasted by far the set of reforms that were eventually pushed through. When the Collegium medicum was established it privileged academically educated municipal physicians, created legal categories of acceptable medical thought and unacceptable medical 'heresy', and put in place a set of relationships between patient, physician and polity that endures today.

*Des familles aux institutions d'assistance médicale:
parcours volontaires, parcours obligés (Gênes, 18^e s).*

Cette recherche a pour but d'étudier les rapports entre les deux principales institutions d'assistance de la République de Gênes au 18^e siècle, l'hôpital de Pammatone et l'Albergo dei Poveri (l'Hôtel des Pauvres) et les familles/individus qui s'y adressaient pour faire face à des périodes de crise ou à des situations particulières, profitant des opportunités – travail, distribution de bienfaisance ou éloignement de sa communauté d'origine – qu'offrait l'institutionnalisation.

Le flux de personnes transitant entre l'hôpital et l'Hôtel était varié. D'un côté, Pammatone résolvait des problèmes d'ordre interne en envoyant en redressement, à l'Hôtel, les enfants trouvées qui avaient fauté ou commis quelque délit, mais d'un autre côté, il recevait de l'Hôtel, malades, prisonniers et prostituées pour les soigner. Ces transferts de personnes étaient régis selon des accords précis et compliqués, fruits de la résolution des conflits entre les députations.

Des témoignages apportés dans des procès pénaux des deux institutions révèlent toutefois que le transit et le séjour dans ces institutions étaient souvent voulus, convenus ou contrôlés par les familles des reclus et par les individus. Les familles elles-mêmes laissaient leurs enfants dans les tours d'abandon et demandaient des interventions charitables pour la réclusion de leurs membres au sein de l'Hôtel ; les prostituées et les vagabonds, eux, se faisaient arrêter pour y entrer ; les premières pour être transférées à l'hôpital, les seconds pour être à l'abri des rigueurs de l'hiver.

On peut donc reconnaître l'existence d'un lien circulaire entre l'extérieur et l'intérieur des institutions : suite aux demandes, explicites et implicites, des familles, les individus transitaient par les institutions, lesquelles les remettaient ensuite à la société pour diverses raisons : mise en nourrice, mariage, guérison ou tout simplement impossibilité de payer la pension de l'Hôtel. Cet échange révèle comment la société du XVIII^e savait exploiter les ressources offertes par les institutions d'assistance, en négociant leur utilisation et en en conditionnant les afflux.

Sabine VICTOR (Université d'Albi)
La valeur des soins à Gérone au 16^e s.

SanVctr@aol.com

Les sources de la pratique conservées à Gérone, en Catalogne, pour le XVe siècle permettent d'appréhender par l'exemple, outre une typologie des soins prodigués aux malades et aux mourants, une approche économique de l'accompagnement des patients face à la maladie, puis à la mort. En effet, les actes notariés à notre disposition décrivent les actes pratiqués, les remèdes utilisés, mais surtout le coût des frais engendrés par les pratiques médicales et la mise en œuvre des diverses potions par le médecin, le chirurgien ou leurs assistants. Dès lors, surgit immédiatement des questionnements sur l'accès aux soins médicaux par l'ensemble des catégories socio-professionnelles, et les palliatifs possibles pour les plus démunis. En écho à ces interrogations, une analyse du niveau de vie des membres du corps médical géronais peut être menée, afin de voir d'éventuelles relations entre prix pratiqués et *fama* du médecin. En somme, l'expertise médicale se monnaie-t-elle ?