

## IN GEZEGENDE TOESTAND?

### Sociale verschillen in de perceptie van risico's bij zwangerschap en bevalling in en om Gent tijdens de negentiende en begin twintigste eeuw

Christa Matthys

In deze bijdrage onderzoek ik sociale verschillen in perceptie van de risico's van zwangerschap en bevalling voor de gezondheid van vrouwen. Het onderzoek vertrekt vanuit twee theoretische invalshoeken.

In de eerste plaats steunt het op de thesis van medicalisering. Dit is een proces waarbij een populatie zich in stijgende mate bewust wordt dat gezondheid geen immanent gegeven is, maar iets waarin men actief kan ingrijpen. Dat gaat gepaard met een toenemend vertrouwen in medische bijstand. Karel Velle, die de medicalisering in België onderzocht, argumenteerde dat een grote sociale kloof bestond in het moment waarop dit proces zich voltrok.<sup>1</sup> Bij de elites bestond al een zeker medisch bewustzijn vanaf de achttiende eeuw en zelfs vroeger, terwijl medicalisering pas optrad bij brede bevolkingslagen vanaf het einde van de negentiende eeuw. Het ontstaan van mutualiteiten, die het handelsvermogen van arbeiders vergrootten, zou hierbij een belangrijke rol gespeeld hebben. Ondanks de grote sociale kloof is het belangrijk op te merken dat medicalisering een geleidelijk en niet-lineair proces was; ook na de institutionalisering van de genees- en vroedkunde, bleven traditionele overtuigingen, gebruiken en informatienetwerken van kracht. Zowel bij de elites als de volksklassen gingen bijgeloof en medische kennis hand in hand, maar de verhouding tussen deze twee kennisvormen verschilde sterk. Zelfs bij medici waren volksgeloof en samenwerking met niet-professionele actoren niet uitzonderlijk.

---

<sup>1</sup> K. Velle, *Arts, geneeskunde en samenleving: medicalisering in België in de 19de en de 20ste eeuw*, Gent, 1989, onuitgegeven doctoraatsverhandeling; K. Velle, *De nieuwe biechtvaders. De sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven/Amsterdam, 1991.

Ten tweede link ik medicalisering aan theorieën die verband houden met de vruchtbaarheidstransitie. De vruchtbaarheidstransitie verwijst naar een fenomeen van dalende geboortecijfers, vooral binnen het huwelijk, dat zich doorheen heel Europa voltrok tijdens de tweede helft van de negentiende eeuw. De daling was het gevolg van een veralgemeende toepassing van geboortebeperkende technieken. Ook binnen deze omwenteling bestond er een grote kloof tussen de sociale elites (adel en burgerij), die al aan geboortebeperving deden vanaf de achttiende eeuw, en de rest van de bevolking, die pas volgde in de tweede helft van de negentiende eeuw.<sup>2</sup> Recent onderzoek toonde aan dat veranderende waardensysteem (inzake opvoeding, seksualiteit, enzovoort) van doorslaggevend belang waren dan economische overwegingen. Sommige veranderende ideeën – bijvoorbeeld inzake het belang van kinderen – werden reeds uitvoerig bestudeerd, maar de link tussen toenemende medicalisering en het gebruik van geboortebeperving werd nog nauwelijks bestudeerd.

Een belangrijke uitzondering is het werk van de Zweedse historica Sofia Kling, die aantoonde dat het fysieke welzijn van moeders één van de belangrijkste motivaties was om de vruchtbaarheid te beperken voor koppels in het begin van de twintigste eeuw.<sup>3</sup> Zwangerschap en bevalling werden in brieven van koppels aan een Zweedse vruchtbaarheidskliniek gepercipieerd als bijzonder risicovol voor de vrouw. Uiteraard kan van personen die een dergelijke instantie aanschrijven al enig vertrouwen in het medisch ingrijpen verwacht worden en het is daarom niet duidelijk in welke mate deze visie representatief was voor bredere lagen van de arbeidersbevolking. Bovendien was de vruchtbaarheidstransitie al in volle ontwikkeling tijdens de eerste decennia van de twintigste eeuw. Het is niet duidelijk welke rol veranderingen in medisch besef speelden in eerdere fases van de vruchtbaarheidsdaling. Historica Lisa Smith beweerde dat elitaire vrouwen in Frankrijk tijdens de achttiende eeuw vooral naar remedies zochten om hun vruchtbaarheid te bewijzen eerder dan die in te perken.<sup>4</sup> Smith heeft echter weinig aandacht voor de discrepantie tussen het pro-natalistische discours dat Frankrijk op dat moment beheerste en de realiteit van dalende vruchtbaarheid. Over de opvattingen van de arbeidersbevolking omtrent medisch ingrijpen bij

---

<sup>2</sup> J. Van Bavel, 'The decline of fertility in the 19th century. What have we learned since the Princeton project?', in T. Eggerickx, en J.P. Sanderson (eds.), *Chaire Quetelet 2005. Histoire de la population de la Belgique et de ses territoires*, Louvain-la-Neuve, 2010, pp. 429-461.

<sup>3</sup> S. Kling, 'I think I'd rather die than to go through with a pregnancy again'. Experiences of childbearing and birth control in Sweden in the 1930s', in A. Janssens (ed.) *Gendering the Fertility Decline in the Western World*, Bern, 2007, pp. 177-204.

<sup>4</sup> L. Smith, 'Imagining Women's Fertility Before Technology', *Journal of Medical Humanities*, 31, 1 (2010), pp. 69-79.

zwangerschap, bevalling en kraamtijd bestaat bij gebrek aan bronnen al helemaal geen uitgebreid onderzoek.

Ik analyseer in welke mate zwangerschap en bevalling werden gezien als schadelijk voor de gezondheid van vrouwen tijdens de negentiende eeuw bij twee tegengestelde sociale groepen: de Gentse adel en de arbeidersbevolking. Bij de adel daalde de vruchtbaarheid al vanaf de achttiende eeuw, terwijl de rest van de Gentse bevolking pas volgde rond 1860 (zie verder). Indien er inderdaad ook een sociale kloof bestond in de mate van medicalisering, moet dit gevolgen hebben gehad voor de mate waarin de risico's van het baren bij deze contrasterende groepen werden ingeschat. Het erkennen van deze risico's impliceerde dat moederlijke gezondheid *waardevol* en *manipuleerbaar* werd geacht. Het hoger inschatten van bevallingsrisico's speelde wellicht een rol in het vruchtbaarheidsbeperkend gedrag van koppels. Het is daarbij belangrijk op te merken dat groeiende medicalisering op zich geen voldoende verklaring biedt voor de sociale verschillen tijdens de Europese vruchtbaarheidstransitie. Dit fenomeen dient bestudeerd te worden in samenhang met andere factoren, zoals bijvoorbeeld de veranderende posities van vrouwen in de maatschappij. Zo werd aangetoond dat de mate waarin een vrouw toegang had tot medische zorg sterk beïnvloed werd door de bereidwilligheid van familieleden om haar te steunen.<sup>5</sup>

Vooraleer de analyse aan te vangen, overloop ik in onderstaande tekst achtereenvolgens kort de zwaartepunten in de historische demografische literatuur over de Vlaamse vruchtbaarheidstransitie, de gebruikte bronnen omtrent medisch bewustzijn en de beschikbare resultaten aangaande huwelijksvruchtbaarheid en kraambedsterfte voor Vlaanderen en Gent.

## 1. De Vlaamse fertiliteitstransitie in het historisch-demografisch onderzoek

Het onderzoek naar de vruchtbaarheidstransitie in Nederlandstalig België clusterde de voorbije decennia rond een drietal thematieken; het debat tussen neomalthusianen en hun tegenstanders, de toepassing van contraceptieve technieken en het in kaart brengen van gedragspatronen.

Algemeen kan gesteld worden dat het neomalthusianisme in Vlaanderen vrij zwak was. De verspreiding van het gedachtengoed beperkte zich lange tijd tot een aantal kleine, stedelijke, liberale, anarchistische en socialistische groeperin-

<sup>5</sup> L. Smith, 'Reassessing the Role of the Family: Women's Medical Care in Eighteenth-Century England', *Social History of Medicine*, 16, 3 (2003), pp. 327-342.

gen.<sup>6</sup> In Gent is vooral de figuur van feministe Emilie Claeys (1855-1943) bekend, die tegen de socialistische partijtop in, in 1894 een brochure uitgaf met informatie over het gebruik van contraceptiva. De reële impact van dergelijke initiatieven is moeilijk in te schatten. Van Praag toonde onder andere aan dat de uitdeling van condooms onder de arbeidersbevolking door neomalthusiaanse verenigingen slechts een beperkt succes kende. Vermoedelijk werden veel arbeiders liever niet gesignaleerd bij deze vanuit vele hoeken gecontesteerde bewegingen. De hevigste tegenstanders van het neomalthusianisme situeerden zich in katholieke hoek.<sup>7</sup> Een sleutelmoment was het verschijnen van de herderlijke brief ‘over de plichten van het huwelijksleven’ door kardinaal Mercier in 1909, waarin hard van leer getrokken werd tegen ‘onnatuurlijke’ praktijken zoals geboortebeperving binnen het huwelijk en tegen het neomalthusianistisch discours.<sup>8</sup>

Hoewel neomalthusianisten slechts een geringe verspreiding kenden in Vlaanderen, daalde de huwelijksvruchtbaarheid onmiskenbaar tijdens de tweede helft van de negentiende in eeuw. Bij de Gentse arbeidersbevolking trad een daling in rond 1860, op het platteland gebeurde dat pas rond 1900. De meest gebruikte contraceptieve techniek was coitus interruptus.<sup>9</sup> In de literatuur is evenwel ook wat aandacht te vinden voor meer materiele middelen om aan geboortebeperving te doen, zoals het condoom of pessarium.<sup>10</sup> Ook de mate waarin abortus een rol speelde bij het beperken van het geboorteaantal werd onderzocht.<sup>11</sup> Hoewel condooms en andere hulpmiddelen vaak niet onbekend waren, is het niet duidelijk of ze een wijde verspreiding kenden. Voor het in huis halen van dergelijke middelen moest men immers de bijhorende drempelvrees overwinnen en was expliciete communicatie tussen de partners omtrent geboortebeperving vereist. In internationaal onderzoek werd echter aangetoond dat koppels die via onthouding en terugtrekken hun vruchtbaarheid beperkten, niet noodzakelijk een vooropgesteld kinderaantal in gedachten hadden en/of daarover onderling

<sup>6</sup> Ph. van Praag, ‘De opkomst van het nieuw-malthusianisme in Vlaanderen’, *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 3 (1977) 8, pp. 197-220

<sup>7</sup> J. Stengers, ‘Les pratiques anticonceptionnelles dans le mariage au XIXe et au XXe siècle: problèmes humains et attitudes religieuses [II]’, *Belgisch Tijdschrift voor Filologie en Geschiedenis*, 30 (1971) 2, pp. 1119-1174.

<sup>8</sup> D. Mercier, *Herderlijke brief voor de vasten over de plichten van het huwelijksleven*, Mechelen, 1909.

<sup>9</sup> Stengers, 1971 en Ch. Vandenbroeke, ‘Seksualiteit en vruchtbaarheidscontrole rond 1900. Een terreinverkenning’, *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 4 (1978) 10, pp. 197-221.

<sup>10</sup> H. Balthazar, ‘Een leurder verkoopt condooms. Kleine zoektocht naar rubberindustrie en neo-malthusianisme te Gent, 1850-1930’, in J. Art en L. François (eds.) *Docendo Discimus. Liber amicorum Romain Van Eenoo*, Gent, 1999, pp. 715-735.

<sup>11</sup> K. Celis, ‘Abortus in België, 1880-1940’, *Belgische Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, 26 (1996), pp. 201-240.

communiceerden.<sup>12</sup> “Elkaar ontzien in de liefde” was eerder via een onbewust proces van veranderende normen en waarden deel gaan uitmaken van de seksuele praktijk.<sup>13</sup>

De geografische en sociale differentiatie waarmee de vruchtbaarheid in Vlaanderen daalde, is wellicht het best bestudeerde element van de transitie. Vandebroeke bracht aan de hand van gezinsreconstructies in verschillende parochies het huwelijk- en voortplantingsgedrag van de zeventiende tot de negentiende eeuw in kaart.<sup>14</sup> Zijn onderzoek illustreerde de overgang van een maatschappij waarin het geboortecijfer vooral werd gecontroleerd door middel van een restrictief huwelijkspatroon naar een samenleving waarin binnen het huwelijk aan geboortebepanking werd gedaan. Demograaf Ron Lesthaeghe onderzocht het ongelijke verloop van de vruchtbaarheidstransitie in verschillende Belgische regio's.<sup>15</sup> Algemeen daalde de vruchtbaarheid later in Vlaanderen dan in Wallonië, maar Lesthaeghe wees er wel op dat in enkele grote Vlaamse steden, zoals Gent, de daling vroeger optrad. Meer recent onderzocht socioloog Van Bavel hoe de vruchtbaarheidsdaling zich verspreidde doorheen de sociale klassen.<sup>16</sup> Wie regelmatig in contact stond met de burgerij of met Franssprekenden, toonde meer tekenen van vruchtbaarheidsbeperking dan anderen.

Hoewel het verloop en de verspreiding van de vruchtbaarheidstransitie in Vlaanderen dankzij deze studies goed gekend is, ontbreekt nog steeds een diepgaand inzicht in de dagelijkse praktijken waarbinnen deze maatschappelijke omwenteling plaatsvond. Zowel seksuele praktijken als gebruiken omtrent zwangerschap, bevalling en kraamtijd bleven grotendeels buiten beeld. Het onderzoek steunde in hoofdzaak op cijfermateriaal, publieke vertogen, folkloristische teksten en advertenties van contraceptieve en abortieve middeltjes. Getuigenissen en andere kwalitatieve informatie van onderuit werd slechts mondjesmaat gebruikt. Voor Franssprekend België daarentegen werden met succes kwantitatieve en kwalitatieve analyses gecombineerd.<sup>17</sup> Deze ‘mixed methods approach’

<sup>12</sup> K. Fisher, ‘Uncertain aims and tacit negotiations. Birth control practices in Britain, 1925-1950’, *Population and Development Review*, 26, 2 (2000) pp. 295-371.

<sup>13</sup> C. Steverlynck, *Als de ooievaar komt. Vrijen, trouwen en moeder worden in de twintigste eeuw*, Tielt, 2000, p. 143.

<sup>14</sup> C. Vandebroeke, ‘Karakteristieken van het Huwelijks- en Voortplantingspatroon: Vlaanderen en Brabant 17de-19de eeuw’, *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 2, 1976, pp. 135-137.

<sup>15</sup> R. Lesthaeghe, *The Decline of Belgian Fertility 1800-1970*, Princeton, 1977.

<sup>16</sup> J. Van Bavel, *Van natuurlijke naar gecontroleerde vruchtbaarheid? Geboortebepanking in Leuven 1846-1910*, Leuven, 2002.

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld: R. Leboutte, ‘Motivations des acteurs de la transition démographique. De l’analyse quantitative à l’enquête orale dans la région liégeoise (fin 19ième-20ième siècle)’, in *Historiens et Populations. Liber Amicorum Etienne Hélin*, Louvain-la-Neuve, 1991, pp. 281-300. Meer over recent onderzoek voor Wallonië is te vinden in Van Bavel, *The European fertility decline*.

zorgde onder andere voor een grondiger kennis over bewuste en onbewuste processen van sociale identificatie inzake reproductief gedrag. Onder andere op basis van dagboekverslagen bleek dat koppels die zichzelf eerder als lid van de kleine burgerij als van de arbeidersklasse beschouwden, meer geneigd waren om hun vruchtbaarheid te beperken vanuit een complex samenspel van economisch overwegingen en opvattingen inzake burgerlijke respectabiliteit. Het gebruik van gelijkaardig bronnenmateriaal voor Vlaanderen blijft tot op vandaag erg beperkt. Deze bijdrage wil een lans breken voor het gebruik van kwalitatieve methoden binnen de historische demografie door te focussen op één welbepaalde en onderbelichte factor in de fertiliteitstransitie, namelijk de rol van medicalisering en meer in het bijzonder de perceptie van bevallingsrisico's.

Mondelinge getuigenissen over de eerste helft van de twintigste eeuw tonen immers aan dat net zoals in Zweden (zie bovenvermeld onderzoek Kling), gezondheid ook in Vlaanderen van doorslaggevend belang was geworden voor het vruchtbaarheidsgedrag. Verschillende vrouwen verwijzen naar hun eigen eerdere ervaringen of naar die van hun moeders om aan te geven op welke manier het (frequent) baren van kinderen schadelijk werd geacht voor het lichamelijk welzijn. Zo vertelt een vrouw: “*Mijn moeder had geen gestel voor zo'n groot gezin. Haar zwangerschappen waren een marteling. Ze vermagerde zienderogen. De bevalingen duurden lang en waren zwaar. [...] Ik heb het lot in eigen handen genomen*”.<sup>18</sup> Voor eerdere periodes beschikt men helaas niet over de mogelijkheid de historische actoren te ondervragen. Zoals uit onderstaande paragraaf blijkt, zijn evenwel enkele alternatieven voorhanden.

## 2. Bronnen voor onderzoek naar medicalisering

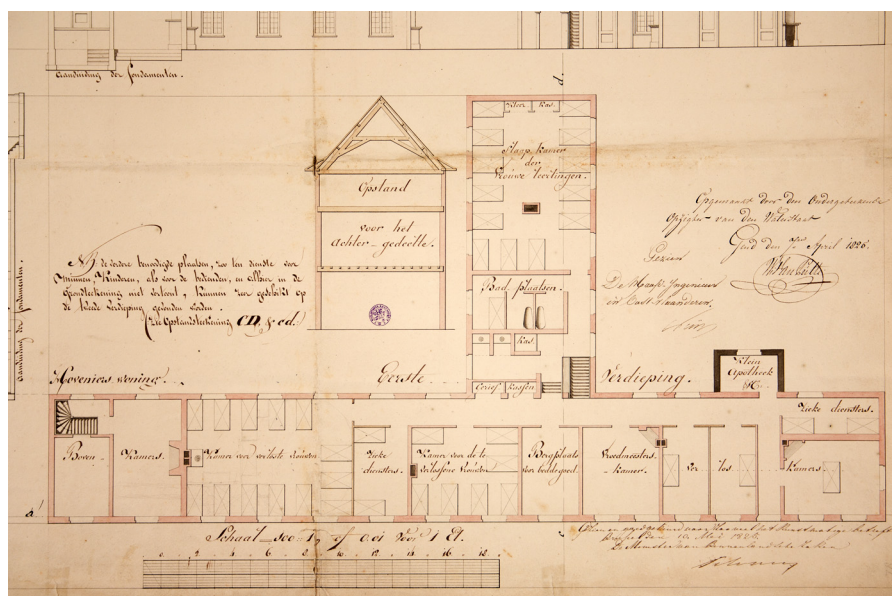
De studie van gezondheid in het verleden behoort bijna exclusief tot het domein van de medische geschiedenis. Binnen dit veld lag de nadruk in hoofdzaak op evoluties in medische kennis, infrastructuur en dienstverlening en minder op de patiënt. Binnen de historische demografie kreeg morbiditeit, in tegenstelling tot mortaliteit, nauwelijks aandacht.<sup>19</sup> De voornaamste reden ligt in het ontbreken van eenduidig bronnenmateriaal: gezondheidsproblemen en ziektes verschenen doorgaans pas in de statistieken wanneer zij doodsoorzaken waren.<sup>20</sup> Toch

---

<sup>18</sup> Steverlynck, *Als de ooievaar komt*, p. 146.

<sup>19</sup> Voor een overzicht van het historisch demografisch onderzoek voor België, zie: I. Devos en C. Matthys 'History of historical demography in Belgium', in A. Fauve-Chamoux, S. Sogner and I. Bolovan (eds.), *History of Historical Demography*, ter perse.

<sup>20</sup> I. Devos, *Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18<sup>de</sup>-20<sup>de</sup> eeuw*, Gent, 2006, p. 223.



Plan van de nieuw te bouwen materniteit aan de Bijlokekaai. Detail van de eerste verdieping, 1825 (SAG, AG, L144/4b)

bestaan er wel degelijk historische bronnen die verschillende aspecten van ziekte en gezondheid belichten.<sup>21</sup> Tot op vandaag bleven zij echter grotendeels buiten beeld omdat ze erg verspreid en verscheiden van aard zijn. De meeste archiefdocumenten beschikken niet over de relatief eenvoudige interpretatiemogelijkheden die eigen zijn aan demografische cijferreeksen. Het bijeenbrengen en interpreteren van dergelijk diffuus materiaal vereist bijgevolg inspanningen eigen aan het historische metier. Binnen het interdisciplinaire onderzoeksveld van de historische demografie lag de nadruk de afgelopen decennia op kwantitatieve en statistische analysemethoden, geïnspireerd op de demografie en sociale wetenschappen. Hoewel dit een bijzonder vruchtbare aanpak bleek, verloor de historische demografie op deze manier de raakvlakken met andere historische disciplines – zoals sociale geschiedenis – enigszins uit het oog. Recent lanceerden verschil-

<sup>21</sup> Reeds in de jaren 1980 publiceerde Karel Velle verschillende overzichten: K. Velle, 'De hospitaalarchieven, een mogelijke bron voor het doodsoorzaken-en morbiditeitsonderzoek m.b.t. de eerste helft van de 19de eeuw. Een steekproef in het archief van het Bijlokehospitaal te Gent', in F. Daelemans, F. (ed.) *Bronnen en methoden van de historische demografie voor 1850. Handelingen van de studiedag te Brussel*, Brussel, 1984, pp. 273-289; K. Velle, 'Medikaliserings in België in historisch perspectief', *Belgisch Tijdschrift voor Filologie en Geschiedenis*, 64, 2 (1986), pp. 256-285.

lende autoriteiten op het vlak van historisch vruchtbaarheidsonderzoek een oproep tot het aanboren van andere onderzoeksmethoden.<sup>22</sup> Deze bijdrage wil een aanzet leveren tot het overbruggen van de kloof tussen historische demografie enerzijds en gender- en medische geschiedenis anderzijds.

Het gebruikte bronnenmateriaal is erg divers. De belangrijkste bronnen zijn ego-documenten en medische receptenboekjes uit familiearchieven van de Gentse adel, gepubliceerde verslagen van Gentse artsen en getuigenissen uit rechtszaken omtrent kindermoord en onwettige uitoefening van de geneeskunde of vroedkunde. In dit artikel maak ik in hoofdzaak gebruik van secundaire literatuur op basis van voornoemd archiefmateriaal, met name een aantal masterscripties in de geschiedenis die aan de Universiteit Gent werden voltooid.<sup>23</sup> Deze informatie werd aangevuld met eigen onderzoek dat ik in het kader van mijn doctoraatsverhandeling uitvoerde. De bronnen bevatten informatie over Gent of soms bij uitbreiding over de rest van Oost-Vlaanderen. De belangrijkste uitdaging bij het verwerken van het voorhanden zijnde materiaal, is dat de beschikbare gegevens voor de elites enerzijds en de arbeidersklasse anderzijds anders van aard zijn. Het belangrijkste onderscheid is dat men voor de adel beschikt over informatie uit eerste hand, terwijl de stem van de arbeidersklasse voornamelijk wordt gehoord via medische rapportering. Dit onevenwicht in informatie, kleurt uiteraard de interpretatie. Deze bijdrage vormt een terreinverkenning van het onderzoek naar differentiële perceptie van gezondheidsproblemen en tracht oplossingen voor te stellen voor bovenstaande problemen. Om het gekleurde beeld van de artsen enigszins te neutraliseren, gebruikte ik bijvoorbeeld ook

---

<sup>22</sup> Van Bavel, *The European fertility decline*; S. Szreter en K. Fisher, *Sex Before the Sexual Revolution: Intimate Life in England 1918-1963*, Cambridge, 2010.

<sup>23</sup> Dit artikel is exploratief van aard en steunt op die redenen vooral op het samenbrengen van de resultaten van eerder gevoerde onderzoeken in de vorm van licentiaatsverhandelingen of masterscripties (zie hierna volgende lijst). Verschillende van deze studies gebeurden echter deels onder mijn begeleiding. De resultaten werden ook gebruikt voor een hoofdstuk in mijn doctoraatsthesis: 'Sex and the city. Servants and the diffusion of fertility in Flanders, 1830-1930'. Daaruit bleek de onderzoekspiste naar gezondheid en bevalingspraktijken zo vruchtbaar, dat er een postdoctoraal onderzoeksvoorstel uit voortvloeide dat focust op ontwikkeling in de lange termijn in de perceptie van de gezondheid van moeders. In de toekomst zullen ongetwijfeld verdere originele onderzoeksresultaten kunnen gepresenteerd worden. Het hier gehanteerde materiaal komt uit volgende onderzoeken: M. De Schuiteneer, *'Obiit in partus doloribus' Onderzoek naar kraambedsterfte in Gent en omgeving in de tweede helft van de achttiende eeuw*, Gent, 2009, onuitgegeven masterscriptie; S. Gryson, *De vroedvrouw en de achterwaarder. Concurrentie of samenwerking inzake geboortepraktijken in Oost- en West-Vlaanderen in de 19de eeuw*, Gent, 2009, onuitgegeven masterscriptie; A. Hemelsoet, *Liefdadigheid als roeping van de dame: het sociaal engagement van de adellijke vrouw in het 19de-eeuwse Gent (1845-1880)* Gent, 2002, onuitgegeven licentiaatverhandeling; E. Reusens, *Een profiel van Oost-Vlaamse Vroedvrouwen: Levenslooptanalyse van 31 Vroedvrouwen uit Oost-Vlaanderen*, Gent, 2008, onuitgegeven masterscriptie; C. Robberechts, *Het kind bij de Vlaamse adel, 17de-18de eeuw. Een benadering aan de hand van familiearchieven*, Gent, 1986, onuitgegeven licentiaatverhandeling.



gerechtelijke bronnen. Ook deze bevatten uiteraard bias: in de getuigenissen tracht men immers de eigen inbreng bij de strafbare feiten zoveel mogelijk te minimaliseren. Door medische rapporten en getuigenissen uit rechtszaken echter in combinatie te gebruiken, krijgt men heel wat waardevolle informatie te pakken. In deze paper wil ik niet enkel aantonen dat historisch onderzoek naar gezondheidsperceptie mogelijk is, maar ook dat het bijdraagt aan een beter begrip van belangrijke demografische omwentelingen zoals de vruchtbaarheids transitie. In de toekomst hoop ik door uitgebreid nieuw archiefonderzoek verder op deze problematiek in te gaan.

### 3. Sociale verschillen in de vruchtbaarheidsdaling

Zoals vermeld was de Europese vruchtbaarheidstransitie een proces van dalende huwelijksvruchtbaarheid dat zich vanaf het eind van de negentiende eeuw voerde. Tijdens deze overgang raakte het gebruik van geboortebeperking binnen het huwelijk algemeen verspreid. Dat gebeurde echter met grote regionale verschillen in timing en snelheid. Deze verschillen gaven aanleiding tot een debat naar de oorzaken van deze vruchtbaarheidsdaling, dat decennialang werd bepaald door een tegenstelling tussen degenen die meenden dan economische transformaties aan de basis lagen en zij die uitgingen van culturele factoren. Vandaag wordt er algemeen vanuit gegaan dat een combinatie van wisselende factoren er uiteindelijk voor zorgde dat de transitie overal in Europa plaatsvond.<sup>24</sup> Veranderende waardensystemen inzake seksualiteit, opvoeding, partnerrelaties, en dergelijke, speelden daarbij een belangrijke rol.

Naast geografische verschillen, bestond er echter ook een opmerkelijk sociaal onderscheid in de aanvang en het verloop van de transitie. Net zoals in andere Europese regio's bestond er in Vlaanderen een grote kloof tussen het moment waarop de vruchtbaarheidsdaling begon bij de sociale elite en bij de rest van de bevolking.<sup>25</sup> Op het Vlaamse platteland zette de vruchtbaarheidsdaling pas in rond 1900.<sup>26</sup> In grote steden zoals Gent was dat iets vroeger; rond 1860. Bij de adel en industriële burgerij lag de vruchtbaarheid echter al een pak lager vanaf de achttiende eeuw. Vandenbroeke vergeleek het gedrag van de Vlaamse adel (1680-1830) en Gentse burgerij (1790-1850) met dan van bredere bevolkings-

<sup>24</sup> Van Bavel, *The European fertility decline*.

<sup>25</sup> M. Livi-Bacci, 'Social-Group Forerunners of Fertility Control in Europe', in: A.J. Coale en S.C. Watkins (eds.), *The decline of fertility in Europe. The revised proceedings of a conference on the Princeton European Fertility Project*, Princeton, 1986, pp. 182-200.

<sup>26</sup> R. Lesthaeghe, *The Decline of Belgian Fertility 1800-1970*, Princeton, 1977.

lagen (1620-1850).<sup>27</sup> Hij toonde dat vrouwen binnen de adel en bourgeoisie veel jonger huwden dan gemiddeld op het Vlaamse platteland; 22 à 24 jaar tegenover 27. Bijgevolg was hun vruchtbare periode binnen het huwelijk drie tot vijf jaar langer. Toch lag het gemiddeld kinderaantal lager: het totaal huwelijksvruchtbaarheidscijfer bedroeg 7 à 8 bij de adel, 6 bij de burgerij en bijna 10 bij de rest van de bevolking. Er waren bovendien aanwijzingen dat vrouwen uit de hogere klassen – vooral binnen de bourgeoisie – op jongere leeftijd hun laatste kind kregen. Ook tijdens de tweede helft van de negentiende eeuw lagen de elites nog steeds voorop wat betreft geboortebeperking binnen het huwelijk, al nam hun voorsprong wel geleidelijk af.<sup>28</sup>

Ik ervan uit dat een groeiend besef van de risico's van zwangerschap en geboorte voor de gezondheid van vrouwen een rol heeft gespeeld in de vruchtbaarheidstransitie. Zoals vermeld biedt medicalisering alleen geen voldoende verklaring voor dit fenomeen. Geïnspireerd op Easterlin's economisch model van vruchtbaarheid, ontwikkelde socioloog Jan van Bavel een verklaringsmodel waarin vraag- en aanbodfactoren in relatie tot haalbaarheidskosten werden geplaatst.<sup>29</sup> *Motivatie* om de vruchtbaarheid te beperken ontstaat wanneer het aanbod de vraag overstijgt en de vruchtbaarheid wordt ook werkelijk beperkt wanneer de motivatie belangrijker is dan de kosten. Dalende kindersterfte en intensivering van het huwelijkspatroon zijn factoren aan de aanbodzijde, terwijl economische calculaties en de (gepercipieerde) voor- en nadelen van een groot kinderaantal de vraag bepalen. Onder haalbaarheidskosten vallen onder andere de beschikbaarheid van efficiënte geboortebeperkende praktijken en dominante normen- en waardensystemen. Perceptie van gezondheid en medische risico's vallen binnen deze logica dus bij de regulatiekosten. Bij de interpretatie van de gegevens dienen ontwikkelingen op andere vlakken steeds voor ogen worden gehouden. Het handelingsvermogen van vrouwen en de rol van de familie hebben bovendien een impact op al deze factoren. Bij het onderzoek naar sociale variatie is het bovendien nodig rekening te houden met processen van sociale diffusie; in dit geval de verschillende kanalen waarlangs medicalisering zich doorheen uiteenlopende bevolkingsgroepen verspreidde. Op deze twee elementen – gender en diffusie – zal ik in het bijzonder focussen in de vijfde en zesde paragraaf.

---

<sup>27</sup> Livi-Bacci, 'Social-Group Forerunners', p. 187; C. Vandenbroeke, 'Caractéristiques de la Nuptialité et de la Fécondité en Flandre et en Brabant aux XVIIe-XIX Siècles', *Annales de Démographie Historique*, 1977, pp. 9-18.

<sup>28</sup> Van Bavel, *Van natuurlijke naar gecontroleerde vruchtbaarheid*, pp. 267-268.

<sup>29</sup> Van Bavel, *The European fertility decline*.

## 4. Medische professionalisering en evolutie van kraambedsterfte

Dit artikel focust op sociale verschillen in de *perceptie* van gezondheidsrisico's en *niet* op *reële* verschillen in het gevaar dat bevallen inhield voor moeders binnen de elite en de arbeidersklasse. Het gaat om verschillen in de waarde die aan de gezondheid van moeders werd gehecht, de mate waarin medisch ingrijpen als efficiënt werd beoordeeld en zwangerschap en bevalling als risicovol werden gezien. Wie meent dat effectief ingrijpen in de gezondheid niet mogelijk is, zal ook geen voorzorgen nemen. Om de verschillende perceptie van de adel en de arbeiders tijdens de negentiende eeuw te kaderen, is het evenwel nodig even stil te staan bij de professionalisering van de vroedkunde en de effectiviteit van medische interventies.

Overall in Europa trad vanaf de achttiende eeuw een proces van medische professionalisering op. Uiteraard was dit ook het geval op vlak van gynaecologie en vroedkunde. In Gent werd in 1770 een belangrijke stap gezet met de oprichting van een school voor vroedvrouwen.<sup>30</sup> Deze opleiding werd al gauw verplicht om het optreden van ongeschoolde *matrones* tegen te gaan. In 1828 werd een materniteit aan de school toegevoegd, die vanaf 1853 deel uitmaakte van het Bijloke hospitaal. Ook gynaecologen in opleiding werkten in deze materniteit tot 1924. Deze groep artsen werden steeds belangrijker en drongen in de eerste helft van de negentiende eeuw door allerlei reglementen vroedvrouwen terug in een assiserende rol. Vanaf de jaren 1870 werden in het Gentse Bijloke actief ten strijde getrokken tegen kraamkoorts, de belangrijkste doodsoorzaak van kraamvrouwen. Dit gebeurde onder leiding van dokter Richard Boddaert (1834-1909), een expert in antisepsis.

Ondanks deze professionalisering, bleef bevallen en gevaarlijk gebeuren tot de uitvinding van de penicilline in het begin van de twintigste eeuw.<sup>31</sup> Hoewel ik verder in dit onderzoek vooral aandacht besteed aan niet-fatale gezondheidsproblemen, blijft de eenvoudigste meter om de bevallingsrisico's te meten kraambedsterfte. In 1925 was in Gent nog steeds 8% van de sterfte van volwassen vrouwen te wijten aan een perinataal overlijden.<sup>32</sup> Bijzonder opvallend is dat er

<sup>30</sup> Een beknopte samenvatting van de literatuur omtrent medische professionalisering in Gent kan gevonden worden in: Matthys, *Sex and the city*, pp. 264-269.

<sup>31</sup> G. Alter, M. Manfredini en P. Nystedt, 'Gender Differences in Mortality', in T. Bengtsson, C. Campbell en J. Lee (eds.), *Life Under Pressure: Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700-1900*, Boston 2004, pp. 173-208.

<sup>32</sup> J. Backs, *Mortaliteit in Gent, 1830-1950*, Gent, 2003, pp. 153-154.

nauwelijks een onderscheid bestond tussen de sociale klassen. Tussen 1650 en 1830 bedroeg het risico om te overlijden in het kraambed per vrouw gemiddeld tussen 7,5 en 9,5% op het platteland in Vlaanderen. Bij adellijke vrouwen bedroeg het risico 6 tot 7%.<sup>33</sup> Ook in de stad Gent is het verschil tussen de adel en de rest van de bevolking verwaarloosbaar. Op het einde van de achttiende bedroeg het algemeen gemiddelde per vrouw er tussen de 2.9 en 4.5%.<sup>34</sup> Bij de Gentse adel was dat tijdens de achttiende en negentiende eeuw 3.5%.<sup>35</sup> Ook in andere Europese landen bestond er nauwelijks een verschil in het niveau van de kraambedsterfte tussen verschillende sociale groepen.<sup>36</sup> Infecties vormden het grootste gevaar voor kraamvrouwen. Het gebrek aan kennis en beschikbaarheid van desinfecterende middelen was een probleem voor alle sociale groepen. Sommigen beweerden zelfs dat aristocratische vrouwen door hun bijzondere diëten, beschermde opvoeding en gebrek aan fysieke arbeid een iets groter risico liepen om in het kraambed te sterven dan vrouwen uit de arbeidersklasse.<sup>37</sup> Paradoxaal genoeg, kan ook het feit dat bij de elite meer dan bij anderen een beroep werd gedaan op de tussenkomst van een arts in plaats van een vroedvrouw bij de bevalling, een verklaring bieden. Chirurgen en vroedmeesters gingen immers vaker over tot vaginale onderzoeken en het gebruik van mechanische hulpstukken, zoals verlostangen, wat het risico op infecties vergrootte. Vaststaat dat wanneer een bevalling gepaard ging met ernstige complicaties, zoals zwaar bloedverlies, artsen weinig meer konden doen dat het verlichten van de pijn, wat het overlijden enkel uitstelde. Een onderzoek voor Gent op het einde van de achttiende eeuw toonde aan dat vrouwen uit de arbeidersklasse gewoonlijk binnen de drie dagen na de bevalling overleden, terwijl vrouwen van de meer welgestelde bevolkingsgroepen meestal vier tot zeven dagen na de bevalling overleden.<sup>38</sup>

Desondanks stond volgens de medicalisatie-these, de aristocratie een pak positiever tegenover medisch ingrijpen bij de bevalling dan de arbeidersbevolking. De volgende paragraaf gaat dieper in op de verschillen in perceptie van beide contrasterende sociale groepen.

---

<sup>33</sup> Vandenbroeke, 'Charactéristiques', pp. 133-162.

<sup>34</sup> De Schuiteneer, *Obiit*.

<sup>35</sup> V. Gheysens, *De demografische transitie bij de Gentse adel 1700-2008*, Gent, 2009, onuitgegeven masterscriptie, p. 117.

<sup>36</sup> Gheysens, *De demografische traditie*, pp. 120-122.

<sup>37</sup> J. Lewis "'Tis a Misfortune to be a great Ladie": maternal Mortality in the British Aristocracy, 1558-1959', *The journal of British studies*, 37, 1 (1998), pp. 26-27; I. Loudon, 'Deaths in Childbed from the 18th century to 1935', *Medical history*, 30 (1989) p. 33.

<sup>38</sup> De Schuiteneer, *Obiit*, p. 112.



**REGERING VAN GEND.**

**Vroedkundige  
SCHOOL.**

*Toelating van Kweekelingen ten koste van  
de Provincie.*

*Burgemeester en Schepenen,*

Gezien de aenschryving van den heer  
Gouverneur dezer provincie in date eersten  
dezer maand;

Brengen ter kennis van de personen daer  
by belang hebbende, dat ten gevolge der  
examens welke onlangs hebben plaats gehad  
in de provinciale vroedkundige school, twee  
leerlingen van die school door de provinciale  
geneeskundige commissie als vroedvrouw zijn  
aangenomen geworden.

Twee plaatsen van kweekeling waren in  
het gesticht opengebleven, zoo dat er met het  
aengaan der toekomende cursussen veertien  
nieuwe leerlingen ten koste van de provincie  
zullen kunnen toegelaten worden.

De personen die verlangen in de gemelde  
school als kweekelingen opgenomen te worden,  
moeten hunne vragen doen toekomen aan  
het Plaetselyk Bestuur dezer stad, voor het  
eynde dezer maand.

Deze vragen moeten vergezeld zyn van de  
door het reglement vereyichte stukken bestaende,  
te weten: in de geboorte acte van de  
verzoekster, een attest bewyzende dat zy  
behoorlyk kan lezen en schryven en eyndelyk  
een certificaat van goed en zedelyk gedrag.

In afwachting dat op die vraegen zal  
beslist wezen, zullen de verzoeksters zich in  
het gesticht begeven ten eynde door de Direc-  
trice onderzocht te worden, omtrent hunne  
geschiktheyd, zoo wegens de theorie als de  
praktyk van de kunst waer toe zy zich be-  
stemmen.

Gedacht ten Stadhuize, den 12 Augusty 1835.

**MARTENS, Schepen.**

Ter ordonnantie, den Secretaris, ROTTIER.

*Les Bourgmestre et Echevins,*

Vu la circulaire de monsieur le Gouver-  
neur de la province en date premier de ce  
mois;

Portent à la connaissance des personnes  
que la chose peut concerner, que par suite des  
examens qui viennent d'avoir lieu dans l'école  
provinciale de maternité, deux élèves ont  
été admises par la commission provinciale  
médicale à exercer la profession de sage-  
femme.

Deux places d'élèves étaient restées dispo-  
nibles dans l'établissement, de manière qu'à  
la prochaine rentrée des cours, quatorze  
nouvelles élèves pourront y être admises aux  
frais de la province.

Les personnes qui désirent se présenter  
pour être admises comme élèves dans la dite  
école, doivent faire parvenir leur demande  
à cet effet à l'administration locale de cette  
ville, avant la fin de ce mois.

Ces demandes doivent être appuyées des  
pièces exigées par le règlement, consistant,  
savoir: en l'acte de naissance de la sollici-  
tante, un certificat qu'elle sait convenablement  
lire et écrire, et enfin un certificat de bonne  
vie et mœurs.

En attendant qu'il soit statué sur ces  
demandes, les sollicitantes se rendront à  
l'établissement pour y être examinées par la  
Directrice, sur leur aptitude à la théorie et  
à la pratique de l'art à l'exercice duquel  
elles se destinent.

Fait à l'Hôtel-de-Ville, le 12 Août 1835.

**MARTENS, Echevin.**

Par ordonnance, le Secrétaire, ROTTIER.

## 5. Perceptie van zwangerschaps- en bevallingsrisico's

Negentiende-eeuwse medische rapporten maken herhaaldelijk melding van de sociale verschillen in medische consumptie. In dagboeken en brieven van adellijke families komen inderdaad bijzonder veel verwijzingen naar fysieke ongemakken en medische consultaties voor: het dagboek van de Brugse burgemeester Robert Coppieters (1767-1797) is daar een goed voorbeeld van.<sup>39</sup> Daarentegen waren de arbeidersklassen volgens de Gentse artsen Mareska en Heyman: “*ordinairement si peu soucieux du soin de sa santé*”.<sup>40</sup> Ze verwezen daarbij bijvoorbeeld naar het beperkte aantal kinderen dat een pokkenvaccinatie had gekregen. Zoals gezegd werd de informatie uit medische rapporten echter getoetst aan andere informatie, zoals getuigenissen in zaken omtrent kindermoord en onwettige uitoefening van de geneeskunde. In deze paragraaf onderzoek ik de sociale verschillen in de perceptie van bevallingsrisico's. Ook andere aspecten van lichamelijk en medisch bewustzijn inzake reproductie komen aan bod, zoals bij de ontdekking van de zwangerschap.

### 5.1. Vaststellen van de zwangerschap

Zowel de bronnen voor de adel als die voor de arbeidersklasse geven bijzonder weinig informatie over hoe men ontdekte dat men in verwachting was. Pas rond de vierde maand, wanneer het kind voor het eerst bewoog, kon een vrouw zeker zijn van de zwangerschap. Rechtszaken in verband met infanticide en onwettige uitoefening van de geneeskunde tonen aan dat zelfs opgeleide vroedvrouwen en artsen soms moeite hadden om een zwangerschap vast te stellen. Een Oost-Vlaamse verdachte van kindermoord werd in 1845 onderzocht door een arts om “*haer eer te redden*” en dus vast te stellen of zij al dan niet zwanger was. De arts concludeerde dat de vrouw vijf maand zwanger was, terwijl ze in werkelijkheid drie dagen eerder was bevallen.<sup>41</sup> Een vroedvrouw, die de vrouw nog voor de bevalling had onderzocht, had wel een correcte diagnose gesteld.

---

<sup>39</sup> R. Coppieters *Journal d'évènements divers et remarquables (1767-1797)*, Brugge, 1907. Het dagboek werd gepubliceerd in 1907. Het werd onder andere bestudeerd door K. Van Bockstael, *Systematische analyse van een dagboek in functie van de reconstructie van de mentaliteit van de auteur en zijn omgeving: Robert Coppieters en zijn Journal d'évènements divers et remarquables (1767-1797)*, Gent, 1983, onuitgegeven licentiaatsverhandeling.

<sup>40</sup> J. Mareska en J. Heyman, J., *Enquête sur le travail et la condition physique et morale des ouvriers employés dans les manufactures de coton à Gand*, Gent, 1845, p. 39.

<sup>41</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, pp. 97-98.

De bepaling van de zwangerschap kon dus eigenlijk best door de vrouw zelf gebeuren. Er zijn aanwijzingen dat sommige adellijke vrouwen de veranderingen van hun lichaam zo nauwgezet in het oog hielden dat zij al wisten dat ze zwanger waren voor het kind bewoog. In 1816 schreef gravin Sophie Vilain aan haar echtgenoot: “*Je sens à ma santé que mes trois mois sont finis, je ne vomis plus, je ne tousse que très peu, et je suis en tout moins mal à mon aise*”.<sup>42</sup> Deze vrouw kon aan de symptomen niet enkel afleiden dat ze in verwachting was, maar ook in welk stadium de zwangerschap zich bevond. Ook uit andere geschriften bleek dat vrouwen lichamelijke symptomen die konden wijzen op zwangerschap (gezwollen borsten, buik, misselijkheid, enzovoort) zorgvuldig vaststelden.

Medische rapporten geven weinig informatie over het ontdekken van de zwangerschap door arbeidersvrouwen. In de gerechtelijke dossiers probeerden vrouwen uiteraard net aan te tonen dat ze niet in verwachting waren geweest en daardoor bevat deze bron interessante verwijzingen naar symptomen. Uit de getuigenissen bleek dat veel arbeidersvrouwen weldegelijk kennis hadden van allerlei symptomen die gepaard gingen met zwangerschap. De gezwollen buik was uiteraard het opvallendste kenmerk, dat meestal werd afgedaan als overblijfsel van een vorige zwangerschap of het ophouden van water. Maar ook droge lippen en een droge mond werden herkend als teken van zwangerschap en toegeschreven aan het eten van pekelharing.<sup>43</sup>

## 5.2. *Verzorging en voorbereiding op de bevalling*

Zowel adellijke als arbeidersvrouwen leken zich dus vrij goed bewust van lichamelijke veranderingen eigen aan een zwangerschap. De mate waarin men en zwangerschap en bevalling als risicovol inschatte, blijkt uit de verzorging die zwangere vrouwen genoten en uit de mate waarin men zich op de bevalling voorbereidde.

Van zodra men wist dat een vrouw zwanger was, werd binnen adellijke gezinnen alles in het werk gesteld om die vrouw zoveel mogelijk te ontzien en te verzorgen. Van slecht nieuws werd ze zoveel mogelijk gespaard.<sup>44</sup> Dit wijst er heel duidelijk op dat zwangerschap als risicovol gepercipieerd werd. Ook fysieke inspanningen dienden vermeden te worden. Soms werd zelfs een baker of een verpleegster ingehuurd die de dame weken- tot maandenlang verzorgde en voor-

<sup>42</sup> Robberechts, *Het kind*, p. 85.

<sup>43</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 103.

<sup>44</sup> Robberechts, *Het kind*, pp. 74-84.

beredde op de bevalling. Deze praktijk bestond al tijdens de achttiende eeuw, maar bleef bestaan tot ver in de negentiende eeuw. Een levenslooponderzoek naar Oost-Vlaamse vroedvrouwen tijdens de tweede helft negentiende eeuw toonde aan dat sommige getrainde vrouwen een deel van hun carrière besteedden aan het inwonen bij rijke families waarvan de vrouw des huizes een kind verwachtte.<sup>45</sup> Gewoonlijk arriveerden zij 6 weken voor de bevalling en bleven tot 6 weken erna. Bij een bevalling hoorden dus zeer intensieve zorgen, wat betekent dat men de lasten of gevaren hoog inschatte. Dat het normaal werd geacht een arts te raadplegen bij allerhande zwangerschapskwaaltjes blijkt uit een andere brief van gravin de Vilain, die het nodig vindt te expliciteren waarom ze dat *niet* doet: “*je ne trouve pas necessaire de parler avec un medecin pour des bobos nerveux, uniquement tenant a ma grossesse*”.<sup>46</sup>

Volgens medische rapporten bestond dergelijke bekommerdheid veel minder binnen de arbeidersklasse. Het lijkt geen twijfel dat deze grote omzichtigheid inderdaad veel minder aanwezig was bij arbeidersvrouwen; zij moesten tot ver in de zwangerschap blijven werken. Toch tonen getuigenissen uit rechtszaken aan dat ook zij enigszins ontzien werden inzake lichamelijke inspanningen. Zo verwonderde de volgende getuige zich over het feit dat een zwangere vrouw zware arbeid op het veld uitvoerde: “*Ik ging van mijne woonst en zij begaf zich over den hof van Mulfier alwaer zij zegde te gaen zwingelen, haer aanzienende als reeds enige tijd zwanger te zijn, gaf ik haer hierover mijne verwondering te kennen*”.<sup>47</sup> Dit illustreert duidelijk dat ook bij arbeiders zwangerschap als een risico voor de gezondheid werd gezien. Wat betreft de voorbereidingen die getroffen werden met het oog op de bevalling, valt het dat zowel de medische rapporten als gerechtelijke bronnen een grote tweedeling zien binnen de arbeidersvrouwen. Enerzijds waren er heel wat vrouwen die ondanks zware problemen bij eerdere bevallingen (zie verder) alle medische hulp weigerden en de bevalling zonder enige voorbereidingen tegemoet gingen. Pas “*op den laatsen oogeblick*” werd er assistentie gehaald, meestal in de vorm van een onwettige en ongeschoolde vroedvrouw.<sup>48</sup> Anderzijds blijkt dat toch heel wat arbeidersvrouwen ook lang op voorhand plannen maakten. In 1858 contacteerde vrouw die al drie moeilijke bevallingen achter de rug had, een arts en een vroedvrouw tijdens de zesde maand van haar zwangerschap om de toekomstige bevalling gecontroleerd in gang te zetten.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> Reusens, *Een profiel*, p. 96.

<sup>46</sup> Robberechts, *Het kind*, p. 84.

<sup>47</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 103.

<sup>48</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 77.

<sup>49</sup> *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1858, p. 224.



Ook uit gerechtelijke documenten bleek dat het de gewoonte was dat vroedvrouwen drie maanden op voorhand benaderd werden: “*verwittigd eenen geruime tijd te voeren. ’t Is te zeggen eenen maand of drie min of meer gelijk de menschen allemaal doen.*”<sup>50</sup> In tegenstelling tot de vrouwen die ad hoc hulp inriepen, contacteerden degenen die op voorhand maatregelen troffen, nagenoeg uitsluitend getrainde, legale vroedvrouwen. De consultatie van een arts was eerder uitzonderlijk, maar gebeurde in elk geval binnen dezelfde termijn. Dit toont opnieuw aan dat sommige arbeidersvrouwen zich terdege bewust waren van de risico’s bij een bevalling én dat ze vertrouwen hadden in medische tussenkomst. Bovendien lijken zij zich goed bewust van het stadium van hun zwangerschap. Helaas is geen verdere informatie beschikbaar over de mogelijk verschillende achtergrond van deze twee groepen vrouwen.

### 5.3. *Bevalling en kraamtijd*

Zoals bleek uit het voorgaande deel bereidden de adel en een deel van de arbeidersklasse de bevalling in meerdere of mindere mate voor. Eens het moment was aangebroken, riepen personen uit de elite bijna altijd de hulp in van een arts, terwijl de rest van de bevolking enkel werd bijgestaan door een wettelijke of onwettelijke vroedvrouw. Voor de elites was de bevalling een risicovol gebeuren waarbij de grootst mogelijke zorg onontbeerlijk was. Het ontbreken van een arts werd bijgevolg als een vergroot risico ervaren. Een vrouw die in 1858 was bevalen met de hulp van een dienstmeid voor dat de vroedmeester ter plekke was, stelde haar schoonzus per brief gerust: “*le petit n’a pas souffert du delai*”.<sup>51</sup> Over de bevalling zelf is verder in de ego-documenten weinig terug te vinden. Enkel werd er af en toe kort melding van gemaakt als een bevalling moeilijk was verlopen: *un accouchement tres laborieux, het perijckel in de baeringhe*, enzovoort. Er bestonden ook middelen die de pijn tijdens de bevalling moesten verlichten.<sup>52</sup> Na de bevalling diende een adellijke dame zich goed te verzorgen. Zowel uit verschillende ego-documenten als uit medische verslagen bleek dat het normaal werd geacht dat dames van stand verschillende weken het bed hielden en het huis niet verlieten: “*Lorseque trois semaines apres son accouchement, Madame..., qui n’était pas encore sortie*”.<sup>53</sup>

<sup>50</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 76.

<sup>51</sup> Robberechts, *Het kind*, p. 87.

<sup>52</sup> Robberechts, *Het kind*, p. 80.

<sup>53</sup> Coppieters, *Journal*, p. 58.

Net zoals adellijke dames, bevielen arbeidersvrouwen meestal thuis. In de Bijloke-materniteit bevielen rond 1850 gemiddeld slechts veertig vrouwen per jaar. Klinieken hadden in het algemeen een slechte naam omdat het risico op besmetting er erg hoog was. Voor kraamklinieken was dat niet anders. De partner van een verdachte in een kindermoordzaak, verklaarde: “*dat zij haar nog liever langs de straat zou gelegd hebben dan naar het lighuis te gaan*”.<sup>54</sup> Bij een vroedvrouw thuis gaan bevallen, werd als minder problematisch gezien. Dit had mogelijk ook te maken met het feit dat behandeling door een mannelijke arts door velen als immoreel werd beschouwd. In 1832 vermeldde de Gentse arts Kluyskens dit probleem.<sup>55</sup> Bij de meeste bevallingen thuis was een legale of illegale vroedvrouw aanwezig. Mannelijke artsen werden ook bij thuisbevallingen zelden ingeroepen. Enkel bij extreem moeilijke bevallingen werden zij gecontacteerd. Enkele wel erg dramatische vermeldingen in de jaarboeken van de Gentse Maatschappij voor Geneeskunde, geven aan dat zelfs bij zulke zware problemen medische hulp soms als overbodig werd gezien. Zo werd in 1868 het geval beschreven van een vrouw die twaalf bijzonder zware bevallingen achter de rug had, waarbij geen enkel kind overleefde en zijzelf ook meermaals in levensgevaar was.<sup>56</sup> De schrijver van het rapport verklaarde dat iedere *accoucheur* er na één keer genoeg van had. De vrouw zelf was ‘helemaal niet verontrust’, weigerde alle hulp en wilde nog meer kinderen op de wereld zetten. Terwijl deze casus erop lijkt te wijzen dat vrouwen uit de arbeidersklasse geen besef hadden van de grote risico’s bij een geboorte, geven andere bronnen te kennen dat bevallingen wel degelijk als de oorzaak van fysiek ongemak werden gezien. Halverwege de negentiende eeuw, namen de Gentse artsen Mareska en Heyman een enquête af bij 1000 katoenwerksters.<sup>57</sup> Van de ongeveer honderd vrouwen met ernstige gezondheidsproblemen, schreven zeven deze ongemakken toe aan moeilijke bevallingen. In 1844-1845 waren in de Bijloke een vijftigtal fabrieksarbeidsters opgenomen met problemen aan de baarmoeder, ernstige borstontstekingen, kwalijke gevolgen van *abortussen* en andere reproductieve problemen. Hoewel het om een klein percentage gaat, is het toch duidelijk dat een aantal vrouwen hun slechte gezondheid wijten aan het krijgen van kinderen. Over de impact die dat had op reproductieve keuzes, zwijgen de bronnen jammer genoeg.

---

<sup>54</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 107.

<sup>55</sup> Matthys, *Sex and the city*, p. 284.

<sup>56</sup> *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1868, p. 224.

<sup>57</sup> J. Mareska en J. Heyman, J., *Enquête*, p. 69.

#### 5.4. *Afbreken van de zwangerschap*

Rechtstreekse verwijzingen naar contraceptieve en abortieve praktijken zijn er niet, zeker niet bij de adel. Zelfs al zou contraceptie tot de gangbare praktijk behoren, dan betekende dat nog niet dat over dergelijke zaken werd gecommuniceerd of geschreven.

Er werden dus geen rechtstreekse aanwijzingen gevonden voor het voorkomen van zwangerschapsonderbreking. In medicinale receptenlijsten van de elite werden evenwel geregeld remedies aangetroffen “om de stonden te doen komen”.<sup>58</sup> Verschillende historici hebben er echter op gewezen dat binnen het denkkader van de achttiende en begin negentiende eeuw het uitblijven van de menstruatie niet per se gelinkt is aan reproductie.<sup>59</sup> Het werd eerder het aanzien als een teken van meer algemene gezondheidsproblemen. Dit kadert in de *humoraaltheorie* die op dat moment nog steeds het medische discours beheerste. Deze theorie ging ervan uit dat het menselijk lichaam bestond uit vier vloeistoffen (bloed, slijm, gele en zwarte gal) die met elkaar in balans moesten zijn. Het uitblijven van de regels wees in dit geval op een verstoorde lichaamsbalans. Middelen om de maandstonden op te wekken en laxeer- of vocht afdrijvende middelen waren dan ook niet steeds goed van elkaar te onderscheiden. Ook in de recepten die voor Gent werden bestudeerd staan verwijzingen naar vrouwen die al een jaar geen maandstonden hadden en leden aan algemene zwakheid.

Het is aannemelijk dat het algemene fysieke welzijn inderdaad de belangrijkste reden was om dergelijke remedies toe te passen. Desondanks was men er zich tijdens de achttiende en negentiende eeuw weldegelijk ook van bewust dat het uitblijven van de menstruatie op zwangerschap kon wijzen. Het valt dus niet uit te sluiten dat deze middelen ook om die reden werden toegepast. In elk geval werd tijdens de tweede helft van de negentiende eeuw handig gebruik gemaakt van de verwarring die de humorale lichaamsvisie met zich meebracht in rechtszaken rond kindermoord en onwettige uitoefening van geneeskundige praktijken.<sup>60</sup> Personen van verschillende sociale klassen die ervan verdacht werden vruchtafdrijvende middelen te hebben gekocht of verkocht, verklaarden doorgaans dat het om een laxerend of vocht afdrijvend middel ging. Ook middelen die gebruikt werden om ‘de regels te doen komen’, zoals moederkoren en

<sup>58</sup> Bijvoorbeeld Universiteitsbibliotheek Gent, Vliegende Bladen, ‘*Kleine huys appoteeck begrijpende de medicamenten die uijterlijck en inwendelijck gebruijckt en geapliceert zijn*’ [manuscript], HS.1502.

<sup>59</sup> Smith, ‘Imagining Women’s Fertility Before Technology’; R. Christens, ‘De Orthodoxie van het Zaad. Seksualiteit en Sekse-identiteit in de Rooms katholieke traditie’, in K. Wils (ed.), *Het Lichaam (m/v)*, Leuven, 2001, pp. 231-250.

<sup>60</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 122.

kamille, werden als bijzonder verdacht beschouwd in dergelijke zaken. Er werd steeds naar hun gebruik geïnformeerd bij artsen, apothekers en vroedvrouwen: *“Over veertien dagen heeft deze dogter mij gevraagd wat zij moest doen om hare regels te krijgen, waarop ik geantwoord hebbe: neemt een voetbad in wolle gekokt met bievoet ... op onze interpellatie verklaert de getuigene dat zij niet weet noch geloof dat dit kruid zou kunnen dienen om een kind voor zijn tijd te doen afkomen; dat zij enkel heeft horen zeggen dat dit kruid goed was om de regels op hunne tijd te doen afkomen”*.<sup>61</sup> De meeste getuigen verklaarden dat zij niet op de hoogte waren van het aborterend effect van middeltjes die de regels opwekten. Toch blijkt uit de getuigenissen evenzeer dat ongewenst zwangere vrouwen actief naar deze remedies op zoek gingen en dus goed afwisten van de vruchtafdrijvende uitwerking.

## 6. Posities van vrouwen

Lisa Smith toonde aan dat echtgenoten en andere familieleden een belangrijke rol speelden in de medische zorg die aan een vrouw werd toebedeeld.<sup>62</sup> Hoe sterker de positie van de vrouw binnen de familie was, des te groter was de kans dat men bereid was te investeren in haar gezondheid. Dit gold niet alleen bij de economisch zwakkere groepen, maar speelde evenzeer bij de elite.

Sterk gesegregeerde geslachtsverhoudingen maakten immers deel uit van de levensstijl van de adel. De man des huizes had een carrière buitenshuis, terwijl de vrouw zich om de organisatie van het huishouden en om liefdadigheid bekommerde. Bovendien werd de negentiende eeuw gekenmerkt door een toenemende preutsheid. Seksuele terughoudendheid werd het ideaal voor vrouwen. De onderhandelingspositie van de vrouw lijkt dus niet bijzonder sterk. Ondanks deze tendensen tonen de ego-documenten echter ook dikwijls een grote intimiteit tussen echtgenoten. Hoewel de rollen van mannen en vrouwen erg onderscheiden zijn, is het heel duidelijk dat zwangerschappen en kraamzorg druk, expliciet en evenwaardig bediscussieerd werden door en tussen beide geslachten. Er zijn in brieven en dagboeken talloze verwijzingen naar ochtendmisselijkheid, bevallingsperikelen, het bakeren en spenen van baby's, ontstoken borsten enzovoort. De meeste mannen lijken dus weldegelijk belang te hechten aan het welzijn van hun echtgenote en omringen haar met de beste medische zorgen.

Binnen de arbeidersklassen hadden vrouwen vaak een economisch-productieve rol. Naast het zorgen voor de kinderen, droegen zij bij aan het gezinsinko-

---

<sup>61</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 120.

<sup>62</sup> Smith, 'Reassessing the role'.

men. Toch had het mannelijke kostwinnersideaal dat door de hogere klassen gepropageerd werd, een voelbare impact oop het leven van arbeiders. Een enquête die rond 1900 werd uitgevoerd bij 5000 Gentse gezinnen, maakte dit duidelijk.<sup>63</sup> Van zodra het inkomen van de man hoog genoeg was om het gezin te onderhouden, de vrouw stopte met uit huis werken, zelfs als dit niet de meest financieel gunstige situatie was. Het is moeilijk uit te maken of ook het medische bewustzijn sterker bij deze koppels aanwezig was. In de medische rapporten wordt bijna nooit verwezen naar de familie van de patiënt. In de Jaarboeken van de Gentse maatschappij voor Geneeskunde, werd slechts één keer melding gemaakt van een geval waarin de artsen de echtgenoot van de kraamvrouw trachten te overtuigen hulp te aanvaarden vooraleer ze met de vrouw zelf spraken. Uit de procesdossiers blijkt dat bevallen tijdens de negentiende eeuw een puur vrouwelijke aangelegenheid was. Zoals eerder gezegd, werd een mannelijke arts slechts bij uitzondering geroepen. Andere mannen werden slechts ingeschakeld om hulp te gaan halen, maar woonden de bevalling niet bij. Het is niet denkbeeldig dat deze afzijdigheid een negatief effect had op de medische consumptie van vrouwen tijdens de zwangerschap en kraamtijd. Deze situatie veranderde tijdens de eerste helft van de twintigste eeuw. Mannen werden vanaf dan veel meer betrokken bij de zwangerschap en geboorte. Die evolutie van waarden blijkt uit volgende getuigenis die handelt over de eerste helft van de twintigste eeuw: *“Toen ik moest bevallen van mijn oudste dochter en de vroedvrouw tegelijkertijd met mijn schoonmoeder arriveerde, werd mijn echtgenoot uit de kamer gezet. Ik heb daartegen geprotesteerd. [...] Zowel mijn schoonmoeder als de vroedvrouw vonden mijn houding beneden alle peil. Mijn schoonmoeder heeft mij na de geboorte maandenlang genegeerd”*.<sup>64</sup> Tijdens deze periode verdrongen bevallingen in de materniteit ook stilaan het thuis bevallen.

## 7. Diffusiekanalen

Het feit dat bevallen in de kraamkliniek dominant wordt, is mogelijk beïnvloed door de veranderende verhouding tussen de partners, maar zeker ook door de groeiende efficiëntie van medische kraamhulp na de ontdekking van penicilline. Het betekent in elk geval dat het proces van medicalisering bij brede lagen van

<sup>63</sup> P. Van den Eeckhout, ‘Family Income of Ghent Working Class-families ca. 1900’, *Journal of Family History*, 28, 2 (1993), pp. 87-110.

<sup>64</sup> C. Steverlynck, *Als de ooievaar komt*, p. 123.

de bevolking is doorgedrongen. De manieren waarop dat is gebeurd verschillen voor de elites en de arbeidersklassen.

Binnen de adel was de rechtstreekse invloed van professionele medici op reproductieve gezondheid duidelijk aanwezig. In de medicinale receptenlijsten van aristocratische families stond regelmatig vermeld dat men zich baseerde op de kennis van specialisten: “*hebbe eenen apotheker horen zeggen*”.<sup>65</sup> In persoonlijke correspondentie zijn ook aanwijzingen te vinden dat vrouwen informatie haalden uit medische publicaties. In een brief uit 1815 werd bijvoorbeeld verwezen naar William Buchan, een Schotse arts die in 1796 *Domestic Medicine* en in 1803 *Advice to Mothers* publiceerde.<sup>66</sup> Zowel formele informatiekanalen als meer persoonlijke bronnen werden aangeboord. In het kader van deze bijdrage is niet zozeer de zuivere ‘medische kennis’ die men opdeed bij het lezen van dergelijke publicaties, van belang, maar wel de mate waarin het medische aspect doordrong in het dagdagelijkse handelen. De informatie die men verkreeg verbeterde niet noodzakelijk het fysieke welzijn van moeders, maar droeg wel bij tot het maken van overwegingen met betrekking tot gezondheid en reproductie.

Bij de arbeidersklasse bestonden verschillende formele en informele diffusiekanalen naast elkaar. De formele kanalen omvatten zowel rechtstreekse medische bewustmakingscampagnes als caritatieve initiatieven vanuit de adel. Binnen de medische wetenschap ontstond tijdens de negentiende eeuw een beweging van hygiënisten die de arbeidersbevolking trachtte te onderrichten in het belang van zuiverheid en aldus medische bewustwording stimuleerde. In relatie met vruchtbaarheidsbeperking is de rol van artsen – en ook van vroedvrouwen – evenwel ambigu omdat zij gebonden door kerkelijke en deontologische redenen niet voor geboortebeperring mochten pleiten. Dezelfde dubbelzinnigheid geldt voor de impact van adellijke caritatieve werken voor moeders. Hoewel deze vaak christelijk geïnspireerd waren en dus gekant tegen het neomalthusianisme, kwamen arbeidersvrouwen weldegelijk in contact met de adellijke waarden betreffende opvoeding en gezondheid. Naast deze formele initiatieven, bestonden ook informele diffusiekanalen. Het voorbeeld van de adel kon simpelweg andere bevolkingsgroepen geïnspireerd hebben.<sup>67</sup> Dit gebeurde niet noodzakelijk binnen een rationeel denkkader. Historica Kate Fisher toonde aan dat tijdens de eerste helft van de twintigste eeuw contraceptie – in de vorm van coitus interruptus – weliswaar een integraal deel van de seksualiteitsbeleving was geworden, maar dat

---

<sup>65</sup> Universiteitsbibliotheek Gent, Vliegende Bladen, ‘*Kleijne huijs appoteeck begrijpende de medicamenten die uijterlijck en inwendelijck gebruijckt en geapliceert zijn*’ [manuscript], HS.1502, recept 62.

<sup>66</sup> Robberechts, *Het kind*, pp. 112-113.

<sup>67</sup> Bijvoorbeeld Van Bavel, *van natuurlijke naar gecontroleerde vruchtbaarheid*.

geboortebeperkingen daarom niet zozeer op rationele keuzes beruiste.<sup>68</sup> Een latente verandering in familiale waarden was eerder ongemerkt opgetreden en hoewel koppels de vruchtbaarheid beperkten, deden ze dat niet vanuit een vooropgesteld ideaal kinderaantal en bleken ze toch steeds weinig inzicht in contraceptieve technieken te hebben. Het idee dat het mogelijk is om actief in de gezondheid en vruchtbaarheid in te grijpen, ging dus niet noodzakelijk gepaard met een meer accurate kennis van de lichaamsfuncties. Het ging eerder om andere houding ten aanzien van welzijn en de percepties van wat schadelijk is voor dat welzijn

Kwalitatieve bronnen tonen niet alleen aan dat de vruchtbaarheidstransitie niet uitsluitend op rationele gronden was gestoeld, maar ook dat de sociale diffusie geen simpel proces van top-down imitatie was. Burgerlijke waarden binnen de logica van de arbeiderscultuur vertaald naar nieuwe vormen van 'respectabiliteit'.<sup>69</sup> Mijn eigen doctoraatsonderzoek benadrukte de rol van sociale interactie in dergelijke normatieve veranderingsprocessen. Enkel intensieve blootstelling aan het geboortebeperkend gedrag van de adel en burgerij had geen zichtbaar effect op de latere huwelijksvruchtbaarheid van voormalige dienstboden. De dominante normen en waarden van de sociale omgeving tijdens het huwelijks, speelden een grotere rol. Zo hadden vrouwen die na hun huwelijk in Gent bleven wonen een lagere vruchtbaarheid dan zij die terugkeerden naar het platteland. Onderzoeken op basis van kwalitatieve bronnen, zoals deze bijdrage, tonen aan dat veranderende waardensystemen een belangrijke aandeel hadden in grote demografische omwentelingen. Verder onderzoek is nodig de complexiteit van de praktijk van dergelijke veranderingen in dominante groepsnormen en -waarden te vatten.

## Conclusie

Dit verkennende artikel toonde enigszins verrassend aan dat tijdens de negentiende eeuw niet alleen bij de elites bezorgdheid bestond omtrent de impact van zwangerschap en bevallingen op de gezondheid van vrouwen. Ook binnen de arbeidersklasse bleek men zich bewust van de betekenis van veranderende lichaamsfuncties, het aborterend effect van bepaalde middeljes en schatte men bevallingen als risicovol in. Een groot deel van de vrouwelijke arbeidersbevolking nam ook voorzorgen om een bevalling met hulp van een getrainde vroedvrouw

<sup>68</sup> Fisher, 'Uncertain aims'.

<sup>69</sup> Kling, 'I think I'd rather die'.

voor te bereiden. Het feit dat de gezondheid van moeders een argument werd om de vruchtbaarheid te beperken, wordt ook geïllustreerd door de katholieke strijd tegen het neomalthusianisme. De Katholieke auteurs draaiden het gezondheidsargument immers om en beweerden dan niet veelvuldig baren gevaarlijk was voor het vrouwelijk gestel, maar wel de toepassing van coitus interruptus.<sup>70</sup> Hun *plan de campagne* bestond er onder andere in zoveel mogelijk artsen en vroedvrouwen te mobiliseren om mensen van dit risico bewust te maken.<sup>71</sup>

Desondanks bestonden toch belangrijke verschillen in medische bewustzijn en medische consumptie, die mogelijk een impact hadden op het reproductieve gedrag. Een deel van de arbeidersvrouwen beviel nog steeds onvoorbereid en zonder professionele hulp en zij die wel voor assistentie kozen, gaven de voorkeur aan een vroedvrouw in plaats van een arts. Er zijn verschillende – onderling gerelateerde – verklaringen hiervoor.

Ten eerste behoorden artsen doorgaans tot een gelijkaardige sociale groep als hun rijke patiënten. Uit de ego-documenten van de adel blijkt dat het fenomeen ‘huisarts’ in deze kringen al bestond vanaf de achttiende eeuw. Een huisdokter was bovendien vaak een huisvriend. Gelijkaardige loyauteitsnetwerken bestonden ook bij de arbeidersbevolking, maar daar ging het vooral om traditionele contacten met matrones, niet-opgeleide en dus illegale vroedvrouwen. Deze hielden er volkse gebruiken op na die de insijpeling van medisch besef hinderden.

Bovendien was medische hulp voor arbeiders ook minder beschikbaar dan voor adellijken, vooral op het platteland. Niet alleen was er de economische kost, er waren ook simpelweg minder artsen beschikbaar. De medische bezetting (artsen en vroedvrouwen) in Oost-Vlaanderen bedroeg bij op het einde van de achttiende eeuw slechts 0,8%. In Gent was dat 1.9 %. Gerechtelijke bronnen toonden meermaals aan dat men beroep deed op matrones omdat er geen wettelijke vroedvrouw ter beschikking was: “*dat wij moesten om de vroedvrouw gaan zou moeder en kind somtijds kunnen dood zijn vooraleer zij daar is daar wij omtrent een uur van hare woning zijn en dat zij maar slecht kan gaan*”.<sup>72</sup> Deze lage bezetting droeg bij aan het doorleven van bovengenoemde traditionele netwerken en machtsverhoudingen.

Ten slotte hadden de medische instellingen voor arbeiders begrijpelijkerwijze een slechte reputatie. In het Bijloke-hospitaal bijvoorbeeld lag het risico om in het kraambed te sterven veel hoger dan bij een bredere doorsnede van de vrou-

---

<sup>70</sup> Matthys, *Sex and the city*, p. 289.

<sup>71</sup> A. Vermeersch, ‘La peur de l’enfant dans les classes dirigeantes’, *La Revue des Questions Scientifiques*, 7 (1909), pp. 1-48.

<sup>72</sup> Gryson, *De vroedvrouw*, p. 78.



welijke arbeidersbevolking.<sup>73</sup> Dat had alles te maken met het feit dat vooral kwetsbare vrouwen er terecht kwamen en het risico op infecties er groter was dan bij een thuisbevalling. In het algemeen gingen arbeiders ook slechts bij een arts ten rade in het geval van ernstige gezondheidsproblemen, waardoor de kans op succesvol ingrijpen kleiner was dan bij de elite. Bij de elite kon men het zich veroorloven ook voor kleinere kwaaltjes een arts te raadplegen, die dan ook aan huis kwam, zodat men vaker geslaagde tussenkomsten ervoer.

---

<sup>73</sup> Vandenbroeke, 'Caractéristiques', pp. 151-156.