

Leve de foetus

Liberale en katholieke artsen over de keizersnede in België (1840-1914)¹

Jolien GIJBELS

Abstract

This article discusses how Belgian doctors dealt with religious beliefs in their medical practice in the nineteenth century, using the medical discussion of the cesarean section as a case study. In this period doctors faced a dilemma as cesareans were highly mortal for women and other alternative operations had fatal consequences for the fetus. Whereas most Catholic physicians preferred the cesarean section, liberal practitioners often saw no harm in sacrificing the unborn fetus in order to save the mother. By analyzing the arguments and codes of conduct of Belgian doctors I will show how they demarcated boundaries between religious beliefs and their medical practice.



Obstructie tijdens de bevalling stelde artsen in de negentiende eeuw voor een groot dilemma: kiest men voor het leven van de moeder of dat van het kind? Bij een keizersnede – in theorie de enige operatie die zowel moeder als kind kon redden – stierven de meeste vrouwen aan een interne bloeding of buikvliesontsteking. De enige alternatieven voor de keizersnede, met name therapeutische abortus en embryotomie, waren dan weer dodelijk voor het ongebooren kind. Bij abortus werd de zwangerschap om medische redenen onderbroken vooraleer het kind levensvatbaar werd geacht. Embryotomie was een overkoepelende term voor verminkende operaties in de baarmoederholte die het volume van de voldragen foetus op het moment van de bevalling verkleinden, om het afvloeien ervan te vergemakkelijken.

Het medisch debat over deze ingreep en alternatieve operaties biedt een eerder uitzonderlijke inkijk in de opvattingen van katholieke en liberale dokters over de relatie tussen religie en geneeskunde. Het ontbreken van een pasklare wetenschappelijke oplossing voor obstructie bij bevallingen legde de levensbeschouwelijke breuklijnen binnen het medische veld bloot. De geloofsovertuigingen en levensbeschouwelijke opvattingen van artsen beïnvloedden namelijk hun voorkeuren voor een keizersnede of een dodelijke operatie op de

¹ Mijn dank gaat uit naar Kaat Wils en Joris Vandendriessche voor hun waardevolle suggesties bij het schrijven van dit artikel.

foetus. Door het debat tussen voor- en tegenstanders van de keizersnede te analyseren, poogt dit artikel inzicht te verwerven in de speelruimte die religie kreeg binnen het medisch veld. Over de invloed van religie op de medische praktijk van dokters is tot op heden weinig geweten.² Voor België bestaan er enkele oudere studies over geneeskunde en religie waarin de nadruk ligt op de spanningen tussen dokters enerzijds en kerkelijke gezagdragers en religieuze congregaties anderzijds.³ Recente Belgische en internationale studies hebben de wisselwerking tussen het religieuze en medische veld belicht, maar de figuren van negentiende-eeuwse katholieke en liberale dokters bleven daarbij grotendeels buiten beeld.⁴

Dit artikel bestudeert hoe Belgische dokters hun persoonlijke religiositeit afbakenden van hun medische praktijken. De focus ligt op de wijze waarop zij in medische verhandelingen, wetenschappelijke vergaderingen en verloskundige handboeken hun keuze voor bepaalde verloskundige ingrepen rechtvaardigden. Aan de hand van discussies tussen katholieke en liberale dokters zal ik aantonen hoe zij ondanks fundamentele meningsverschillen tot een akkoord konden komen. In een korte inleidende schets krijgt de rol van religie in de Belgische geneeskunde wat duiding. Daarna zal ik de verantwoording van dokters voor de keizersnede, therapeutische abortus en embryotomie onderzoeken. Vervolgens zal de aandacht uitgaan naar de manier waarop artsen hun omgang met de vrouwelijke patiënt bij operaties rechtvaardigden.

RELIGIE EN LEVENSBESCHOUWELIJKE BREUKLIJNEN IN DE BELGISCHE GENEESKUNDE

In de Belgische geneeskunde was de invloed van religie groot in de negentiende eeuw. De uitzonderlijk liberale grondwet (1831) maakte het voor katholieken mogelijk om het katholicisme te verankeren in verschillende maatschappelijke domeinen zoals de gezondheidszorg door beroep te doen op de grondwettelijke vrijheden. In deze context werden veel nieuwe religieuze congregaties gesticht die zich toelegden op de ziekenverzorging van armen. Ook

² Enkele werken over katholieke geneeskunde: H. Guillemain, "Les débuts de la médecine catholique en France: la Société médicale Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien (1884-1914)", *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, nr. 26-27 (2003): 227-58; H. Guillemain, *Diriger les consciences, guérir les âmes: une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, L'espace de l'histoire (Parijs: La Découverte, 2006).

³ K. Velle, "Eglise, médecine et soins de santé au XIXe et au début du XXe siècle", in *Caritas et la FIIHW: un demi-siècle de vie hospitalière 1938-1978-1988*, red., Joke Depuydt e.a. (Namen: FIIHW, 1988), 35-58; K. Velle, "De geneeskunde en de R.K. Kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding?", *Trajecta: Tijdschrift Voor de Geschiedenis van Het Katholiek Leven in de Nederlanden* 1 (1995): 1-21.

⁴ Een voorbeeld: T. Van Osselaer, H. De Smaele, en K. Wils, red., *Sign or Symptom?: Exceptional Corporeal Phenomena in Religion and Medicine in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, KADOC Studies on Religion, Culture and Society 19 (Leuven: Leuven University Press, 2017).

in publieke hospitalen, die onder het beheer van stedelijke Commissies van Burgerlijke Godshuizen vielen, namen vrouwelijke religieuzen de verzorgende taken op zich. Zij stonden de zieken bij met pastorale zorg en hielpen de inwonende ziekenhuispastors met het toedienen van de christelijke sacramenten.⁵

In de tweede helft van de negentiende eeuw zou de dominante positie van het Belgische katholicisme tot toenemende levensbeschouwelijke spanningen tussen katholieken en liberalen leiden. Liberalen hadden al ten tijde van de Belgische onafhankelijkheid een maatschappijmodel voor ogen waarbij onafhankelijke verlichte burgers garant stonden voor de vooruitgang van de natie. In het eerste decennium na de onafhankelijkheid kwamen deze tegengestelde visies over de organisatie van de Belgische maatschappij echter nog niet tot uiting op het politieke toneel. Om de eenheid van België te consolideren werkten liberalen en katholieken ondanks levensbeschouwelijke verschillen samen. Vanaf 1840, wanneer het voortbestaan van het land verzekerd leek, kwamen de spanningen tussen beide groepen wel steeds meer op de voorgrond in de politiek en het publieke leven.⁶

In het medisch veld waren de levensbeschouwelijke breuklijnen duidelijk zichtbaar in de universitaire opleidingen tot arts. Katholieke dokters werden doorgaans aan de medische Leuvense faculteit opgeleid na de (her)oprichting van de Katholieke Universiteit van Leuven in 1834. Medische studenten met liberale overtuigingen kozen voor een opleiding aan de vrijzinnige Université Libre de Belgique die in hetzelfde jaar als reactie op de Leuvense universiteit werd opgericht. Verder waren er sinds 1817 in Luik en Gent rijksuniversiteiten waar zowel katholieke als liberale professoren werden benoemd.⁷

De vraag blijft hoe deze levensbeschouwelijke breuklijnen tot uiting kwamen in de medische praktijk. Recent onderzoek heeft onder meer aangetoond dat liberale dokters – de medische professoren van de ULB – regelmatig protest aantekenden tegen pogingen van de ziekenhuispastor om zonder voorafgaande toestemming sacramenten toe te dienen aan patiënten in de Brusselse ziekenhuizen.⁸ Over de levensbeschouwelijke spanningen tussen dokters onderling is er daarentegen nog weinig bekend. Wel lijkt het erop dat radicaal antiklerikale opvattingen weinig voorkwamen bij liberale dokters. Slechts een

⁵ L. Vermeiren en I. Hansen, "Het hospitaalwezen: ziekenzorg voor de armen", in *Er is leven voor de dood?: tweehonderd jaar gezondheidszorg in Vlaanderen*, red., J. De Maeyer e.a. (Kapellen: Pelckmans, 1998), 45-46; V. Leclercq, *Guérir, travailler, désobéir: une histoire des interactions hospitalières avant l'ère du 'patient autonome' (Bruxelles, 1870-1930)* (onuitgegeven doctoraatsverhandeling, Université Libre de Bruxelles, 2017), 135-41.

⁶ E. Witte e.a., *Nieuwe geschiedenis van België: 1830-1905* (Tielt: Lannoo, 2005), 173-93.

⁷ Over Belgische universiteitsgeschiedenis: P. Dhondt, *Un double compromis?: enjeux et débats relatifs à l'enseignement universitaire en Belgique au XIXe siècle* (Gent: Academia press, 2011).

⁸ Leclercq, *Guérir, travailler, désobéir*, 138-39.

kleine minderheid van liberale hygiënisten – experts in de publieke gezondheid –⁹ politiseerde in de context van de toenemende levensbeschouwelijke spanningen. Op het einde van de negentiende eeuw werd hun gezondheidsbeleid vaak gekenmerkt door een liberaal antiklerikaal discours.¹⁰ De levensbeschouwelijke opvattingen van hygiënisten waren echter niet noodzakelijk representatief voor de liberale stroming in het medische veld. Binnen de heterogene groep liberale dokters waren er ook artsen die gematigde visies hadden over de rol van het katholicisme in de Belgische maatschappij. Diezelfde heterogeniteit kenmerkte de groep katholieke artsen. Zoals dit artikel aantoont, waren er doctrinaire katholieke artsen die zich bij de uitoefening van hun beroep baseerden op officiële kerkelijke richtlijnen, terwijl gematigde katholieke artsen minder refereerden aan de kerkelijke doctrine.

HET MEDISCH DEBAT OVER DE KEIZERSNEDE IN BINNEN- EN BUITENLAND

De geanimeerde debatten over de keizersnede in de negentiende-eeuwse medische literatuur geven de indruk dat dokters vaak werden geconfronteerd met obstructie tijdens bevallingen. Moedersterfte werd echter vooral veroorzaakt door kraamvrouwenkoorts, zwangerschapsvergiftiging en bloedingen. De grootste problemen traden op in drukbevolkte stedelijke hospitalen waar bacteriën vrij spel hadden voordat antiseptische technieken in de jaren 1880 werden geïntroduceerd. Wel waren er verschillen in de nationale sterftecijfers. Uit het vergelijkend onderzoek van medisch historicus Irvine Loudon is gebleken dat de moedersterfte in 1875-9 in België en Parijs met jaarlijks 74 sterfgevallen per 1000 vrouwen hoger lag dan in andere Europese landen en steden. Ter vergelijking ging het in Engeland en Wales om 44 dode vrouwen en in Nederland om 41 dode vrouwen per 1000 vrouwen.¹¹

Obstructie bij geboortes was dan wel vrij uitzonderlijk, het probleem leidde in de praktijk meestal tot de dood van de vrouw. De keizersnede was omwille van de hoge moedersterfte lange tijd een gevreesde operatie. Slechte hygiënische omstandigheden en de bestaande hechtingstechnieken – de baarmoeder werd na een ingreep niet gesloten – zorgden ervoor dat het merendeel van de

⁹ Voor een omschrijving van de hygiënistische wetenschap, zie: E. S. Houwaart, *De hygiënisten: artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen: Historische uitgeverij, 1991), 21-24.

¹⁰ Over de dubbelzinnige houding van hygiënisten ten aanzien van overheidsinterventie in medische kwesties, zie: E. Peeters en K. Wils, "Ambivalences of Liberal Health Policy: Lebensreform and Self-help Medicine in Belgium, 1890-1914", in *Health and Citizenship: Political Cultures of Health in Modern Europe*, red., F. Huisman en H. Oosterhuis, Studies for the Society for the Social History of Medicine 18 (Londen: Routledge, 2015), 101-17; J. Vandendriessche, *Medical Societies and Scientific Culture in Nineteenth-century Belgium*, Social Histories of Medicine (Manchester: Manchester University Press, 2018), 168-205.

¹¹ I. Loudon, *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950* (Oxford: Clarendon, 1992), 449.

geopereerde vrouwen in stedelijke materniteiten bezweek.¹² Voor inzichten in de dagelijkse handelingen van operaties zijn Belgische medische historici vooral aangewezen op korte observaties in medische tijdschriften en verhandelingen waarin dokters hun handelingen en de reacties van patiënten toelichten. Daarnaast deelden dokters hun ervaringen in bijeenkomsten van medische genootschappen. In 1849 getuigde de hoogleraar in de geneeskunde Louis Seutin van de ULB bijvoorbeeld dat alle 14 vrouwen die hij in de Brusselse ziekenhuizen had geopereerd, waren gestorven.¹³ Enkele jaren later verklaarde de Luikse arts Jacques-Henri-Joseph Simon dat hij bij 23 uitgevoerde ingrepen in de stad Luik en de Luikse materniteit slechts 4 vrouwen had kunnen redden.¹⁴ In het buitenland leverde de keizersnede gelijkaardige resultaten op. In Engeland waren er in 1842 bijvoorbeeld 27 keizersneden bekend, waarvan slechts twee vrouwen de operatie hadden overleefd.¹⁵

De internationale medische wereld bleef in de negentiende eeuw verdeeld over de legitimiteit van de keizersnede en alternatieve dodelijke operaties op de foetus. Religie was een dominante factor die voor- en tegenstanders van elkaar onderscheidde. Voor protestantse artsen in Groot-Brittannië was de keuze voor embryotomie vrij vanzelfsprekend, omdat ze meer bekommerd waren om het leven van de moeder dan dat van het ongeboren kind.¹⁶ Op het continent en in de Verenigde Staten was embryotomie ook gebruikelijk bij complicaties, maar werd de legitimiteit ervan betwist door katholieke artsen.¹⁷ Binnen België bestond er een levendig debat tussen doctrinaire katholieke artsen die de keizersnede verkozen en liberale artsen die deze operatie ten allen tijde probeerden te vermijden.

Bij hun verantwoording van ingrepen op embryo's en foetussen wezen de meeste Belgische liberale dokters op de minderwaardigheid van de foetus ten opzichte van de vrouw. De hoogleraar in de geneeskunde Pierre Joseph Cécilien Simonart van de ULB die in 1846 als eerste Belgische arts een verhandeling wijdde aan therapeutische abortus, vergeleek de waarde van het leven van de foetus met dat van de moeder. Voor hem was het duidelijk dat het sociale

¹² Dokters die hun beroep op het Belgische platteland uitvoerden, hadden naar eigen zeggen betere ervaringen met de keizersnede. J. P. Hoebeke die in Zottegem actief was, rapporteerde in 1840 dat hij 16 keizersneden had uitgevoerd waarvan 11 vrouwen de operatie hadden overleefd: J. P. Hoebeke, *Mémoire et observations pratiques de chirurgie et d'obstétricie* (Brussel: Société encyclographique des sciences médicales, 1840), 47. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, vol. 9 (Brussel: De Mortier, 1849), 481.

¹³ *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, vol. 11 (Brussel: De Mortier, 1851), 65.

¹⁴ Loudon, *Death in Childbirth*, 135.

¹⁵ Loudon, 134-35; O. Moscucci, *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929* (Cambridge: Cambridge University Press, 1993), 141-42.

¹⁷ Over de rol van religie in dit medische debat in Europa en de Verenigde Staten, zie: J. W. Leavitt, "The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the-Century Obstetrics", *Medical Anthropology Quarterly* 1, nr. 3 (1987): 230-55; N. M. Filippini, *La naissance extraordinaire: la mère, l'enfant, le prêtre, le médecin face à l'opération césarienne: Italie, XVIIIe-XIXe siècle* (onuitgegeven doctoraatsverhandeling, EHESS, 1993), 353-485; J. G. Ryan, "The Chapel and the Operating Room: The Struggle of Roman Catholic Clergy, Physicians, and Believers with the Dilemmas of Obstetric Surgery, 1800-1900", *Bulletin of the History of Medicine* 76, nr. 3 (2002): 461-94.

belang van een “bewegingsloze parasiet” bijna onbestaande was in vergelijking met de sociale prijs die men betaalde voor de dood van een vrouw: “N’oublions pas que la vie de la mère n’est achetée qu’au prix du sacrifice d’un parasite presque inerte, insensible, déjà menacé de toutes parts et dont l’importance sociale est presque nulle, quand celle du tronc est ordinairement précieuse à tant de titres.”¹⁸ Net als zijn collega meende Jean Baptiste Van Huevel, verloskundige aan de ULB, dat het om die reden aangewezen was om te kiezen voor “het minste kwaad”, namelijk het doden van het kind en het redden van de vrouw.¹⁹

Een ander veelvoorkomend argument was gebaseerd op de idee van rechtmatige zelfverdediging. Als de foetus – een “ongerechtvaardigde agressor” – het leven van de moeder bedreigde door zich zelfstandig in de baarmoeder te ontwikkelen, had de moeder volgens liberale dokters het recht om zich te verdedigen.²⁰ Deze rechtvaardiging van therapeutische abortus en embryotomie bleef overigens niet beperkt tot het onderwijzend personeel van de vrijzinnige universiteit. Ook de Luikse hoogleraar in de geneeskunde Alphonse Isidore Joseph Didot wees bijvoorbeeld op het “relatieve” recht op leven van een ongeboren foetus. Dit recht werd volgens hem pas reëel op het moment dat het kind een onafhankelijk en gescheiden bestaan van de moeder kende.²¹

Vanuit de medische faculteit van de Katholieke Universiteit van Leuven kwam er weerwerk tegen dergelijke argumentatie. In 1851 legde de Leuvense hoogleraar Louis Hubert een verhandeling *De l’avortement médical* ter goedkeuring voor aan de leden van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde.²² Dit wetenschappelijk orgaan was opgericht om de Belgische overheid te adviseren over geneeskundige zaken en om de vooruitgang van de wetenschap te bevorderen. In de maandelijkse vergaderingen kwamen de leden – liberale en katholieke artsen die tot de medische elite van België behoorden – samen om wetenschappelijke verhandelingen en professionele kwesties te bespreken.

In de academie, waar hij zijn verhandeling verduidelijkte, veroordeelde Hubert therapeutische abortus als een preventieve behandeling om vrouwen met een smal bekken een latere keizersnede te besparen. Volgens hem moest deze medische ingreep beperkt blijven tot uitzonderlijke zwangerschapscomplicaties. Slechts bij ernstige bloedingen, stuiptrekkingen en onophoudelijk braken – als de moeder met andere woorden ten dode was opgeschreven zonder medische interventie – meende hij dat therapeutische abortus kon worden

¹⁸ P. J. Cécilien Simonart, *Dissertation sur l’avortement provoqué dans un but médical* (Brussel: s.n., 1846), 5.

¹⁹ J. B. Van Huevel, *Mémoire sur les divers moyens propres à délivrer la femme* (Brussel: Société encyclopedique des sciences médicales, 1843), 9.

²⁰ S. Tirifahy, *Dissertation sur l’avortement médical* (Brussel: Tircher, 1860), 27-30.

²¹ *Bulletin de l’Académie*, 1851, 829.

²² De verhandeling is nooit gepubliceerd.

“vergeven”, zonder dat het daarom gerechtvaardigd was. Ook kante hij zich tegen embryotomie op een voldragen kind. Beide medische ingrepen betekenden immers een directe aanslag op het leven van een onschuldig wezen, terwijl het kind de keizersnede doorgaans overleefde en diezelfde operatie de moeder volgens hem ongeveer 50% overlevingskans gaf. Daarbij baseerde hij zich op de persoonlijke statistieken van Franse, Duitse en Belgische dokters.²³ Hubert en andere leden van de academie, waaronder Jean Romuald Marinus en Nicolas-Gisbert Fossion, meenden dat de keizersnede om die reden en vanuit christelijk oogpunt de enige gerechtvaardigde operatie was.²⁴

In zijn redevoering wees Hubert de argumenten van zijn Belgische en Europese tegenstanders over het minieme belang van ongeborenen een voor een van de hand. Volgens hem was er ook geen sprake van de foetus als agressor, omdat de foetus zich op een passieve manier ontwikkelt volgens de wetten van de natuur. Het kind is noch verantwoordelijk voor de bevruchting waaruit het is ontstaan, noch voor de lichamelijke krachten die het ter wereld brengen. De moeder daarentegen speelt wel een actieve rol bij het ontstaansproces van haar vrucht. Daaruit trok Hubert de conclusie dat zij de plicht heeft om haar kind groot te brengen en zich niet ten koste van een onschuldig wezen mag verdedigen.²⁵ Hubert benadrukte met andere woorden het recht van ongeborenen kinderen op leven en de plicht van de vrouw om deze rechten te vrijwaren.

Bij zijn pleidooi baseerde Hubert zich op medische kennis over de ontwikkeling van ongeboren kinderen en – daarmee samenhangend – een vrij recente theologische theorie over het moment van bezieling. Tot in de achttiende eeuw geloofden de meeste katholieke denkers dat kinderen pas een ziel ontvingen eens ze voldoende gevormd waren. Vanaf de achttiende eeuw groeide er op basis van medische inzichten in de totstandkoming van een bevruchting echter een nieuwe theologische consensus over onmiddellijke bezieling op het moment van de samensmelting van de zaadcel en de eicel.²⁶ Vanuit deze optiek concludeerde Hubert dat een foetus beschouwd kan worden als een onafhankelijk levend wezen “au point de vue du corps ou au point de vue de l’âme”.²⁷

²³ *Bulletin de l’Académie*, 1851, 513-48; *Bulletin de l’Académie royale de médecine de Belgique*, vol. 12 (Brussel: De Mortier, 1852), 24-42.

²⁴ *Bulletin de l’Académie*, 1852, 135-40.

²⁵ *Bulletin de l’Académie*, 1851, 537-39.

²⁶ J. Connery, *Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective* (Chicago: Loyola University Press, 1977), 211; E. Betta, *Animare la vita: disciplina della nascita tra medicina e morale nell’Ottocento* (Bologna: Il mulino, 2006), 313-25.

²⁷ *Bulletin de l’Académie*, 1851, 519-20.

KATHOLIEKE VOORSTANDERS EN LIBERALE TEGENSTANDERS?

Katholieke tegenstanders van embryotomie en medische abortus refereerden regelmatig aan het katholicisme bij hun pleidooi voor de rechten van foetus-sen. Het gebod “gij zult niet doden” keerde vaak terug in de debatten. Nochtans was er op het moment dat het debat in de academie werd gevoerd, noch theologische consensus over de legitimiteit van deze operaties, noch duidelijkheid vanuit het Vaticaan. In 1869 legde een Amerikaanse priester de kwestie bijvoorbeeld voor aan de Heilige Stoel, maar kreeg een vaag en vrijblijvend advies als antwoord. De priester werd aangeraden om de erkende theologische autoriteiten te raadplegen.²⁸ Daarop ontspoon er zich een geanimeerde internationale discussie tussen theologen die dodelijke ingrepen op het kind veroordeelden en theologen die deze rechtvaardigden. In 1872 werd de eerste grondige theologische verdediging van embryotomie gepubliceerd onder de naam “Quaestio moralis de Craniotomia seu de occisione infantis in utero matris ut mater a certa morte servetur”. Het driedelige artikel was anoniem, maar wordt toegeschreven aan de Italiaanse theoloog Pietro Avanzini. In dit werk beargumenteerde hij dat er bij embryotomie geen sprake is van directe moord op een onschuldig ongeborn kind. Om deze stelling te onderbouwen werkte hij gekende argumenten uit zoals de redenering rond de foetus als agressor die door zijn bestaan niet alleen zijn eigen leven in het gedrang brengt, maar ook dat van zijn moeder.²⁹

Ook in de Belgische academie voor geneeskunde was het debat in 1851-1852 complexer dan een discussie tussen katholieke voor- en liberale tegenstanders. Bij beide groepen waren er interne meningsverschillen. De Maastrichtse katholieke arts Joseph Bosch – hij was corresponderend lid van de academie en had zich in 1845 als arts in Brussel gevestigd – toonde zich in vergelijking met Hubert pragmatischer in het debat over therapeutische abortus bij ernstige zwangerschapscomplicaties. In uitzonderlijke situaties, wanneer het leven van de moeder in gevaar was, ondervond hij geen gewetensproblemen bij het uitvoeren van therapeutische abortus.³⁰ Zoals filosoof Pierre Daled aantoonde, waren ook de meningen bij de professoren van de vrijzinnige universiteit in Brussel verdeeld. Hoewel de meeste ULB professoren, waaronder Van Huevel, Simonart en Sébastien Tirifahy, probleemloos therapeutische abortus toepasten, kantte Henri-Charles Lebeau zich tegen deze praktijk door zich te beroepen op de christelijke moraal.³¹

²⁸ Connery, *Abortion*, 226-27.

²⁹ M. Rhonheimer, *Vital Conflicts in Medical Ethics: A Virtue Approach to Craniotomy and Tubal Pregnancies* (Washington: CUA Press, 2009), 57-60.

³⁰ *Bulletin de l'Académie* 1852, 125-28.

³¹ P. Daled, “Avortement médical, liberté de conscience et éthique utilitariste à l'Université Catholique de Louvain au XIXe siècle”, *Le Figuier*, 2008, 109-10.

Religiositeit was geenszins de bepalende factor in het medische debat over de keizersnede. Geen van de fervente tegenstanders van de keizersnede gaf blijk van een afwijzende houding ten opzichte van het katholieke geloof.³² De meeste liberale artsen beschouwden zichzelf als katholiek en beleefden die religiositeit in mindere of meerdere mate in hun persoonlijk leven. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de bijdrage van de voorzitter van de academie en latere liberale volksvertegenwoordiger Jean-François Vleminckx aan het debat in de academie. In antwoord op Lebeau die meende dat de christelijke moraal artsen er moest van weerhouden moorden op foetussen te plegen, presenteerde hij zich als even christelijk als zijn tegenstanders: "(...) moi, qui me crois tout aussi chrétien que lui, je commettrai sans scrupule le foeticide chaque fois que les circonstances l'exigeront."³³

Wel was er een verschil wat betreft de speelruimte die voor- en tegenstanders van de keizersnede aan religie gaven in hun argumentatie. Gedurende de discussie in de academie bleek dat de laatste groep in het algemeen de persoonlijke religiositeit duidelijker afbakende van medische praktijken. Voor hen hoorden religieus geïnspireerde argumenten niet thuis in academische discussies over geneeskundige zaken. Voor de meeste voorstanders van de keizersnede was het dan weer evident dat religie het eindoordeel van artsen beïnvloedde. Volgens Fossion kon hij omwille van zijn geloofsovertuigingen het religieuze dogma "gij zult niet doden" niet negeren. Ook Marinus meende dat de medische kwestie niet kon worden gescheiden van het morele, omdat dokters in de praktijk altijd met die laatste kwestie werden geconfronteerd.³⁴

Toch waren er ook hier uitzonderingen. Sommige katholieke artsen verkozen een debat over praktijkervaringen boven een moreel-ethische discussie. Bosch meende dat iedere arts, ongeacht zijn geloof, bij moeilijke bevallingen dezelfde handelingen zou moeten kunnen uitvoeren. Om die reden betoogde hij dat de medische praktijk niet exclusief vanuit een katholiek standpunt moest worden benaderd: "Ce n'est donc pas du point de vue exclusif du catholicisme qu'il faut considérer la question, ni au nom des médecins catholiques qu'il faut parler."³⁵ Bosch gaf het christelijke perspectief wel bestaansrecht, maar meende dat het de kwestie vernauwde en schaadde. Volgens hem konden de leden van de academie ook zonder verwijzingen naar religie de conclusies van Hubert aanvaarden.

³² Over de religieuze opvattingen van liberale Belgische dokters, zie ook: P. Daled, *Spiritualisme et matérialisme au XIXe siècle: l'Université Libre de Bruxelles et la religion*, Spiritualités et pensées libres (Brussel: Ed. de l'Université de Bruxelles, 1998), 88-107; K. Wils, *De omweg van de wetenschap: het positivisme en de Belgische en Nederlandse intellectuele cultuur, 1845-1914* (Amsterdam: Amsterdam University Press, 2005), 114-17.

³³ *Bulletin de l'Académie*, 1851, 820.

³⁴ *Bulletin de l'Académie*, 1852, 139-40.

³⁵ *Bulletin de l'Académie*, 1852, 125-26.

HANDELEN VOLGENS HET GEWETEN

De discussie in de Belgische academie toont aan dat de Belgische dokters geen overeenstemming bereikten over de legitieme manier van handelen bij verloskundige dilemma's. Toch was dit geen probleem voor Hubert en zijn medestanders. Zij positioneerden zich op een pragmatische manier in het debat. Absolute principes waren volgens hen onnodig, omdat het handelen van de dokter werd ingegeven door zijn moreel besef. Iedere dokter kon dus volgens zijn geweten handelen. Dat bleek ook het compromis waar iedereen zich uiteindelijk in kon vinden. Net als in de Parijse academie voor geneeskunde waar een gelijkaardige discussie had gewoed in 1852,³⁶ werd therapeutische abortus dus de facto goedgekeurd. Op 24 december 1852 werd het voorstel van Jules Sauveur aangenomen door de leden: "L'académie, laissant à l'appréciation judicieuse et consciencieuse de l'accoucheur les cas où l'avortement peut être provoqué, met fin aux délibérations ouvertes sur le travail de M. le docteur Hubert, dont elle a voté l'impression."³⁷

In hun opleiding tot arts kregen medische studenten wel instructies mee die hun latere keuzes wellicht hebben beïnvloed. De meeste verloskundige handboeken raadden de keizersnede af. Belgische professoren die verbonden waren aan de universiteiten van Brussel, Luik en Gent bevalen de keizersnede enkel uitzonderlijk aan, zoals wanneer de opening van het bekken te smal werd geacht voor een succesvolle embryotomie. In een dergelijke situatie konden de resten van de foetus na verminking door embryotomie moeilijk via het geboortekanaal afvloeien, en zat er dus niets anders op dan zich tot het mes te wenden.³⁸ Toch wezen enkele professoren expliciet naar de keuzevrijheid van de dokter bij medisch-ethische kwesties zoals de keuze voor embryotomie op een levend kind. Volgens de Luikse hoogleraar Adolphe Wasseige hing de oplossing voor dergelijke morele kwesties af van de persoonlijke geloofsovertuigingen van de arts.³⁹

Enkel de medische studenten aan de Leuvense faculteit kregen nauwgezette toelichting over de moreel juiste manier van handelen. In het verloskundige handboek van Hubert en zijn zoon Eugène Hubert uit 1869 werd de keizersnede aanbevolen in de volgende gevallen: bij baarmoederbreuken, buitenbaarmoederlijke zwangerschappen, na de dood van een vrouw die tijdens de bevalling was gestorven, bij niet opereerbare tumoren en bij vrouwen die een

³⁶ J.-Y. Le Naour en C. Valenti, *Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle*, L'univers historique (Parijs: Seuil, 2003), 17-32.

³⁷ *Bulletin de l'Académie*, 1852, 223-27.

³⁸ L. J. G. Hyernaux, *Manuel pratique de l'art des accouchements: avec figures* (Brussel: Tircher, 1857), 300; C. Van Leynseele, *Résumé du cours d'accouchements donné à l'université de Gand* (Gent: Muquardt, 1866), 445; A. C. F. Wasseige, *Des opérations obstétricales: cours professé à l'université de Liège* (Parijs: Delahaye et Lecrosnier, 1881), 372.

³⁹ Wasseige, *Des opérations obstétricales*, 1881, 262.

te smal bekken hadden. In zulke gevallen was het aan de dokters om toestemming te vragen aan hun patiënten om een keizersnede uit te voeren. Bij weigering van de kant van de vrouw was er volgens de Leuvense artsen slechts één aanvaardbare manier van handelen. Dokters moesten weliswaar de beslissing van de vrouw respecteren, maar mochten vanuit hun geloofsovertuiging geen moordende operatie uitvoeren. Er zat dus niets anders op dan te wachten tot de dood van het ongeboren kind vooraleer embryotomie toe te passen: “Laisser mourrir et tuer directement sont deux choses distinctes.”⁴⁰

Belgische artsen, ongeacht hun religieuze of levensbeschouwelijke opvattingen, waren het erover eens dat het aan de vrouw en in tweede instantie aan haar echtgenoot en familie was om (mee) te beslissen of dokters een keizersnede mochten uitvoeren. Dokters mochten geen dwang uitoefenen, en ze werden geacht om hun patiënten voldoende te informeren over de risico's van een keizersnede en van verminkende operaties op de foetus. Zoals Jacqueline H. Wolf recent beargumenteerde, was deze toestemming in de negentiende eeuw essentieel voor de reputatie van artsen. Door toestemming te verkrijgen liepen ze niet het risico verantwoordelijk te worden gesteld voor de slechte uitkomst van een operatie.⁴¹ Recente studies zoals die van Wolf tonen aan dat negentiende-eeuwse chirurgen onderhandelden met patiënten over ernstige ingrepen. In tegenstelling tot de eerste studies van geïnformeerde toestemming waarin het gebrek aan inspraak van de patiënt bij de keuze voor een chirurgische behandeling werd onderstreept,⁴² wijzen hedendaagse historici erop dat ook negentiende-eeuwse dokters operaties bespraken met hun patiënten. Er werd weliswaar druk uitgeoefend op patiënten, maar dokters lieten het niet na betalende patiënten te informeren over de risico's en de verschillende mogelijkheden.⁴³

Wel was er een verschil in de manier waarop liberale en katholieke artsen toestemming bereikten. Voor katholieke artsen was het logischerwijs moeilijk om vrouwen te overhalen om een gevaarlijke keizersnede te ondergaan. Bij het verkrijgen van toestemming was het volgens Hubert dus noodzakelijk om uit alle macht aan te dringen. Zo toonde zijn ervaring aan dat argumenten over de ziel en het leven van het kind bijna altijd een gevoelige snaar bij vrouwen raakten.⁴⁴ Bovendien lijkt het erop dat artsen als Hubert en Marinus die zich beriepen op de christelijke moraal, informatie achterhielden voor de vrouw. Ener-

⁴⁰ L.J. Hubert en E. Hubert, *Cours d'accouchements professé à l'Université Catholique de Louvain* (Leuven: Peeters, 1869), 123-24.

⁴¹ J. H. Wolf, “Risk and Reputation: Obstetricians, Cesareans, and Consent”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 73, nr. 1 (2018): 10.

⁴² J. Katz, *The Silent World of Doctor and Patient* (New York: The Free Press, 1984); R.R. Faden en T. L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent* (Oxford: Oxford University Press, 1986).

⁴³ S. Wilde, “Truth, Trust, and Confidence in Surgery, 1890-1910: Patient Autonomy, Communication, and Consent”, *Bulletin of the History of Medicine* 83, nr. 2 (2009): 302-30.

⁴⁴ *Bulletin de l'Académie*, 1852, 35, 41.

zijds meenden zij dat informatie over de ernst van de mogelijke operaties de vrouw ertoe bracht om een “egoïstische” beslissing te nemen. Anderzijds betwijfelde Hubert dat inlichtingen over therapeutische abortus als reddingsmiddel aangewezen waren indien de arts in kwestie niet achter deze operatie stond.⁴⁵

Liberaal artsen deden dergelijke bewoordingen af als leugens en bedrog. Zij wezen op het belang van de waarheid over de verschillende mogelijkheden bij moeilijke bevallingen. Volgens Didot beschaamden artsen het vertrouwen van hun patiënt door een operatie aan te bevelen die in hospitalen dodelijke gevolgen had.⁴⁶ In de woorden van Tirifahy: “Le devoir de l’accoucheur est d’éclairer la femme comme la science obstétricale l’a éclairé lui-même, et ce n’est pas par le mensonge, la fraude, les réticences qu’il doit surprendre un consentement, qui doit partir de la conscience d’une femme loyalement instruite de la gravité et de la délicatesse de sa position.”⁴⁷

NAAR EEN CONSENSUS

Gedurende de negentiende eeuw bleef de legitimiteit van de keizersnede een twistpunt tussen pragmatisch ingestelde dokters en artsen die zich beriepen op de katholieke moraal. Het pleidooi van deze laatste groep voor de rechten van de foetus won op het einde van de eeuw aan kracht. Eugène Hubert gebruikte net als zijn vader argumenten om dodelijke operaties voor het kind te veroordelen, maar verhardde in zijn houding ten aanzien van vrouwen die de keizersnede weigerden.⁴⁸ Hij kon zich daarbij beroepen op nieuwe decreten van het Vaticaan in de jaren 1880 die embryotomie en therapeutische abortus veroordeelden. De theologische verdeeldheid over het verloskundig dilemma kwam daarmee tot een einde. In 1884 werd na een nieuwe vraag van de aartsbisschop van Lyon over de legitimiteit van embryotomie een eerste besluit geformuleerd. Embryotomie kon “niet zonder gevaar kon worden gedoed” in katholieke onderwijsinstellingen.⁴⁹ In 1889 volgde een tweede besluit dat het voorgaande verruimde naar gevallen van therapeutische abortus. De Heilige Stoel besliste dat het decreet van 1884 toepasbaar was op iedere chirurgische operatie die de dood van de foetus of moeder onafwendbaar maakte.⁵⁰

⁴⁵ *Bulletin de l’Académie*, 1852, 35.

⁴⁶ *Bulletin de l’Académie*, 1852, 152-53.

⁴⁷ Tirifahy, *Dissertation sur l’avortement médical*, 13.

⁴⁸ E. Hubert, *Accouchements: gynécologie et déontologie* (Lier: Van In, 1892), 158-62.

⁴⁹ Dit is een vrij letterlijke vertaling van het Latijnse besluit “tuto doceri non posse”. De vraag van de aartsbisschop van Lyon die voorafging aan het besluit, luidt als volgt: “An tuto doceri possit in scholis Catholicis licitam esse operationem chirurgicam, quam craniotomiam appellat, quando scilicet ea ommissa mater et filius perituri sint, ea e contra admissa salvanda sit mater, infante pereunte?”

⁵⁰ Connery, *Abortion*, 284-303.

Tegelijkertijd zorgden internationale medische ontwikkelingen ervoor dat het vertrouwen van dokters in het potentiële succes van de keizersnede groeide. Vooral de introductie van bacteriedodende middelen in ziekenhuizen en de verbetering van de hechtingsmethode bij keizersneden in de jaren 1870 en 1880 zorgden voor een toenemend vertrouwen van dokters in de mogelijkheden van de keizersnede. Zelfs in landen als Groot-Brittannië, waar de keizersnede doorheen de negentiende eeuw amper was uitgevoerd, gaven antiseptica en een betere hygiëne dokters hoop dat ze via de keizersnede moeder en kind konden redden.⁵¹ Dat betekende ook het begin van het einde van vermindende operaties op levende foetussen. Zo stelde de Luikse verloskundige en voormalige liberale senator Nicolas Joseph Charles in 1903 dat hij zich voortaan enkel “onder dwang” wendde tot embryotomie. Hiermee bedoelde hij vermoedelijk dat hij enkel na aandringen van de vrouw overging tot het doden van een foetus. Gezien de betere resultaten van de moderne keizersnede raadde hij medische studenten aan om vrouwen te overtuigen van een keizersnede.⁵²

Omstreeks 1900 werd het debat over de keizersnede en haar alternatieven opnieuw geopend, al bracht dat geen plotse breuk met bestaande verloskundige praktijken mee. Uit een vergaderverslag uit 1903 van de Société Scientifique de Bruxelles, een vereniging van katholieke wetenschappers die in 1875 het licht zag, blijkt dat het in katholieke middelen nog steeds moeilijk was om overeenstemming over de legitimiteit van de keizersnede te bereiken.⁵³ De keizersnede bleef namelijk ook in het begin van de twintigste eeuw een gevaarlijke operatie voor de vrouw. Bovendien bleven verouderde medische technieken zowel in België als daarbuiten doorleven. In de eerste decennia van de twintigste eeuw zochten dokters nog regelmatig hun toevlucht tot embryotomie.⁵⁴ Wel waren meer artsen zoals Charles bereid om het risico van de keizersnede te nemen waardoor zij na verloop van tijd meer operatieve expertise ontwikkelden. Zoals Sally Wilde al beargumenteerde voor chirurgische operaties omstreeks het einde van de negentiende eeuw, valt de toename van keizersneden dus wellicht eerder te verklaren door een groeiend vertrouwen van dokters en patiënten in een voorspoedige afloop, dan door indrukwekkende resultaten van uitgevoerde keizersneden.⁵⁵

⁵¹ Wilde, “Truth, Trust, and Confidence in Surgery, 1890-1910”, 324.

⁵² N. Charles, *Cours d'accouchements donnés à la Maternité de Liège* (Parijs: Baillière, 1903), 189-90.

⁵³ *Discussion sur le foeticide médical: séance du 21 avril 1903 de la 4e section* (Leuven: Secrétariat de la Société Scientifique, 1904).

⁵⁴ Ryan, “The Chapel and the Operating Room”, 492.

⁵⁵ Wilde, “Truth, Trust, and Confidence in Surgery, 1890-1910”, 303.

CONCLUSIE

De Belgische medische discussies over de keizersnede pasten binnen een breder internationaal debat dat werd bepaald door levensbeschouwelijke breuklijnen. Uit deze analyse blijkt dat voor- en tegenstanders van de keizersnede een ander gewicht gaven aan hun geloof bij verloskundige praktijken. Doctrinair katholieke voorstanders van de keizersnede verwezen naar de christelijke moraal om hun handelen te legitimeren, terwijl liberale artsen referenties aan religie schuwden. De laatste groep meende net als sommige voorstanders van de keizersnede dat religieus geïnspireerde argumenten niet thuishoorden in medisch academisch debat. Artsen moesten hun geloofsovertuigingen achterwege laten bij de uitoefening van hun beroep.

Ondanks hun pogingen om het verloskundig dilemma als een zuiver medisch probleem te benaderen, schuilde het compromis toch in de persoonlijke overtuiging van iedere arts. Negentiende-eeuwse dokters werden geacht hun geweten te laten spreken bij hun handelingen in de verloskamer. Daarbij moesten ze wel rekening houden met de wensen van de zwangere vrouw. In de praktijk was deze onderhandeling met de vrouwelijke patiënt vooral voor doctrinair katholieke artsen een moeilijke opgave. Zij hadden de netelige katholieke plicht om een bevallende vrouw uit alle macht te overtuigen van een operatie die haar waarschijnlijk het leven zou kosten. Indien zij niet toestemde, moesten dokters wachten tot de foetus in de baarmoeder was gestorven alvorens over te gaan tot een operatie bij een verzwakte of intussen bezwaken vrouw.