GEBOREN UIT EEN DUBBELE SEKSUELE MORAAL

Het ontstaan van de gynaecologie in de negentiende eeuw

Lidy Schoon

Wie inzicht wil krijgen in de rol die vrouwen als medica, vroedvrouw of patiënt in de geneeskunde hebben gespeeld, zoekt tevergeefs naar aanknopingspunten in het veel gebruikte overzichtswerk *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*. Dit standaardwerk van de medisch-historicus G.A. Lindeboom dat in 1961 voor het eerst en in 1993 in een bewerkte zevende druk verscheen, biedt daarvoor geen ingang. Voor beoefenaars van vrouwengeschiedenis is het bovendien zeer vervreemdend dat zo iemand als Aletta Jacobs (1854-1929), de eerste vrouwelijke student en arts in Nederland, geen deel uitmaakt van die geschiedschrijving.[1] Toetreding van vrouwen tot het artsenberoep heeft immers veel voeten in de aarde gehad en is zonder twijfel een belangrijk keerpunt in medische geschiedenis.

In medische geschiedschrijving wordt meestal geen expliciete aandacht besteed aan de rol die de sekse van arts of patiënt heeft gespeeld in de vorming van medische beroepen of in het medisch verleden.[2] Meestal blijft ook de sociaal-historische context van medische relaties tussen de seksen buiten beschouwing, waardoor het beeld ontstaat van de geneeskunde als een neutraal instituut dat geen bemoeienis heeft met sociale kwesties.

Tot voor kort werd medische geschiedenis overwegend beoefend door artsen. In deze vorm van geschiedschrijving ligt het accent op het klinisch denken en staan de grote medische ontdekkingen centraal.[3] Kenmerkend daarin zijn positivistische zinsneden als "de fysiologie bleef lang in verouderde voorstellingen gevangen" en "eerst na de nodige strijd overwon de waarheid".[4] In zijn *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* stelde Lindeboom dat vanwege het autonome karakter van de medische geschiedenis deze tak alleen in de medische faculteit bestudeerd kan worden. De laatste tien jaar wordt

---

1 G.A. Lindeboom, *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde* (Rotterdam 1995).

2 Zie de bespreking van recent medisch-historisch onderzoek door Marijke Gijswijt-Hofstra, 'Geloven in genezen. Beschouwingen over recent onderzoek', *Volkskundig Bulletin* 17 (1991) 118-134, aldaar 133.

3 Zie M.J. van Lieburg, *Medische geschiedenis als interdiscipline* (Amsterdam 1987).

4 Lindeboom, *Inleiding geschiedenis geneeskunde,* 11. Zie voor een kritiek op positivistische geschiedschrijving: Chris Lorenz, *De constructie van het verleden. Een inleiding in de theorie van de geschiedenis* (Amsterdam 1990) 57 e.v. Lindeboom (1905-1986) is representatief voor de oude garde medisch-historici. Van 1950 tot 1975 werkte hij als hoogleraar interne geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Na zijn emeritaat legde hij zich volledig toe op de geschiedbeoefening.

echter met de opkomst van een nieuwe generatie medisch-historici, bestaande uit sociale wetenschappers en historici, het medisch verleden meer historisch benaderd. Veelal gebeurt dit nieuwe medisch-historisch onderzoek aan de hand van de concepten gezondheid, ziekte en genezen.[5] Vanuit vrouwenstudies kan dit onderzoek verrijkt worden door sekse als onderzoekscategorie toe te voegen om daarmee het seksespecifieke karakter van de medische praktijk van gezondheid, ziekte en genezen te analyseren.

In dit artikel wil ik, puttend uit mijn proefschrift[6], laten zien hoe het sociaal-historische en politieke klimaat van het laatste kwart van de negentiende eeuw essentieel is geweest voor de oprichting van de Nederlandse gynaecologie. Specialisatie van medische beroepen is een typisch laat negentiende-eeuws verschijnsel dat zich op verschillende vakgebieden voltrok. Bij een specialisatie als de anesthesie lagen technieken aan de basis, terwijl de kindergeneeskunde of de geriatrie een specifieke leeftijdscategorie als uitgangspunt nam. Latere specialisaties vonden plaats op grond van organen als de maag, het hart of de longen. De gynaecologie is enig in zijn soort doordat hij zich niet alleen richt op specifieke organen als de vrouwelijke geslachtsorganen, maar ook op een seksespecifieke categorie patiënten: vrouwen. De naam van het vakgebied gynaecologie betekent letterlijk 'leer van vrouwen', waarmee gesuggereerd wordt dat niet alleen de vrouwelijke geslachtsorganen worden bestudeerd maar de gehele vrouw. Dat pas in de jaren 1980 een soortgelijke specialisatie van de ziekten van mannelijke geslachtsorganen van de grond zou komen, de andrologie, geeft aan dat het hier een bijzondere situatie betreft.

Dat de oprichting van de gynaecologie samenviel met de opkomende vrouwenbeweging vanaf 1860, is geen toevallige samenloop van omstandigheden. De dubbele seksuele moraal die zo kenmerkend was voor het sociale klimaat van destijds,[7] is richtinggevend geweest voor de vorming van de gynaecologie. De beroepspraktijk van de eerste Nederlandse vrouwelijke gynaecoloog Catharine van Tussenbroek (1852-1925) laat zien hoezeer sociale constructies van sekse invulling hebben gegeven aan het vakgebied gynaecologie, zowel wat betreft de sekse van de gynaecoloog als die van de patiënt.

---

5 Zie Gijswijt-Hofstra, 'Geloven in genezen'.

6 Zie Lidy Schoon, *De gynaecologie als belichaming van vrouwen. Verloskunde en gynaecologie 1840-1920* (Zutphen 1995).

7 Selma Sevenhuijsen omschreef de dubbele moraal als een dubbele maatstaf die maatschappelijk en politiek werd aangelegd voor de beoordeling van het seksuele gedrag van mannen en vrouwen. Selma Sevenhuijsen, *De orde van het vaderschap. Politieke debatten over ongehuwd moederschap, afstamming en het huwelijk in Nederland 1870-1900* (Amsterdam 1987) 10.

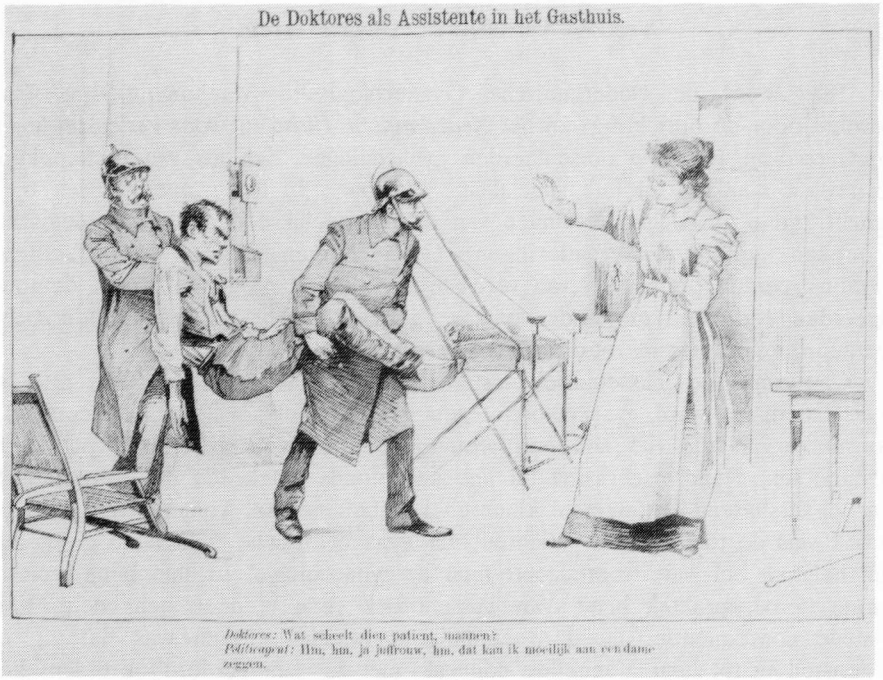
Vrouwen betreden een betwist terrein

In 1887 werd de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging opgericht, gevolgd door de oprichting van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie*. Hiermee presenteerden gynaecologen zich als wetenschappelijk forum en maakten zij hun specialisme zichtbaar. In het gynaecologisch tijdschrift zijn de verslagen te vinden van de maandelijkse in de gynaecologische klinieken gehouden vergaderingen. Gynaecologen hielden voordrachten, demonstreerden preparaten van verwijderde organen of gezwellen en demonstreerden patiënten, die onder narcose gebracht, door de leden onderzocht werden om gezamenlijk tot een diagnose te komen.

Catharine van Tussenbroek vestigde zich in 1887 als algemeen arts in Amsterdam en werd gynaecoloog tegen wil en dank. Volgens de heersende conventies uit die tijd kon een vrouwelijke arts geen mannelijke patiënten behandelen. Haar inschrijving bij het ziekenfonds betekende dus automatisch dat zij uitsluitend vrouwen en kinderen kon behandelen. Volgens Van Tussenbroek was de toeloop van patiënten met gynaecologische ziekten zo groot dat het haar als het ware 'voortsleepte naar de gynaecologie'. In haar bijna veertigjarige beroepspraktijk heeft Van Tussenbroek geen mannen behandeld. Een tweede consequentie van de toenmalige geldende normen was dat zij, in tegenstelling tot haar mannelijke collega's, niet zelf opereerde. Ook tijdens het assistentschap, dat zij gelijktijdig met haar huispraktijk volgde in een particuliere gynaecologische kliniek, bekwaamde zij zich *niet* in de buikchirurgie. Het opereren was een exclusieve mannelijke bezigheid die voor vrouwen 'onkiesch' werd geacht. Alleen bij kleinere ingrepen en bij wetenschappelijk onderzoek in het laboratorium nam Van Tussenbroek het mes ter hand.

Vrij snel na oprichting van de gynaecologische vereniging in 1887, deed Van Tussenbroek haar intrede in deze kring van gespecialiseerde artsen. Dat tweederde van de leden instemde met het lidmaatschap van Van Tussenbroek, is wel heel opmerkelijk. Zo'n acht jaar later, in 1898 bleek het niet vanzelfsprekend te zijn dat vrouwen die formeel toegang hadden tot de medicijnenstudie, zich door middel van een assistentschap ook gingen specialiseren in een bepaald vakgebied. Toen een jonge vrouwelijke arts een assistentenplaats poogde te bemachtigen in het Amsterdamse Binnengasthuis, kreeg zij te horen dat mannelijke assistenten de voorkeur genoten. Vrouwelijke assistenten zouden ongeschikt zijn om avond- en nachtdiensten te draaien omdat het niet passend werd geacht als zij daarbij in aanraking kwamen met dronkaards en met mannen met geslachtsziekten. Bovendien vergde de huisvesting van vrouwelijke assistenten, die niet in dezelfde assistentenkamer konden worden ondergebracht als hun mannelijke collega's, extra ruimte.

Dit gebeuren was aanleiding tot een debat in de Amsterdamse Gemeenteraad. Het liberale raadslid A. Voûte, die advies had gevraagd aan Catharine van Tussenbroek, las tijdens het raadsdebat haar brief voor: "Ik ben het met de Directeuren der gasthuizen niet eens, dat de vrouwelijke assistent zou moeten ontheven worden van de nachtwaak. Geen vrouw, die het ernstig neemt met



Spotprent in de *Amsterdamsche Courant* van 17 februari 1899 naar aanleiding van het debat in de Amsterdamse Gemeenteraad over de toelating van vrouwelijke assistenten in de ziekenhuizen.

haar werk, vraagt zulke consideratie of verlangt ze. Zóó te beginnen dunkt mij principieel fout. De nachtwaak is niet aangenaam; dat is zij ook niet voor den mannelijken dokter." In haar brief veegde Van Tussenbroek de vloer aan met het kiesheidsargument. In de gasthuizen en in sanatoria voor 'drankzuchtigen' werden mannelijke patiënten uitsluitend door vrouwen verzorgd: "Wie het vuile werk van zijn vak niet doen kan zonder zijne ziel te bemorsen, worde geen medicus, hij zij man of vrouw. Maar die hoort ook niet bij de verpleegsters."[8]

Het tot de verbeelding sprekende beeld van de dronkaard die door de vrouwelijke assistent behandeld zou moeten worden, werd door een tegenstander als de latere KNO-hoogleraar H. Burger (1864-1957), nog verder geëxploiteerd om de ongeschiktheid van vrouwen te benadrukken:

> Erger - met het oog op de vrouwelijke dokter, die midden in den nacht voor deze zaak door den wachtkamerbroeder uit den slaap wordt gewekt - is bijv. het geval van een half ontnuchterend jongmensch, die ontwaakt ter plaatse waar hij zich niet te slapen had moeten leggen, door pijn en angst naar het gasthuis wordt gedreven en waarbij repositie van paraphimosis [door zwelling en insnoering kan de voorhuid niet meer terug over de

8 Brief Catharine van Tussenbroek, in: Openbare vergadering op woensdag 8 februari 1899. *Gemeenteblad* tweede afdeling, Gemeenteraad Amsterdam (1899) 59-98, aldaar 67.8

eikel] noodig is. Dit voorbeeld moge volstaan, om de ongeschiktheid van jonge vrouwen voor den Wachtkamerdienst aan te tonen.[9]

In september 1900 besliste de gemeenteraad uiteindelijk positief over de toelating van vrouwelijke assistenten.

De problemen rond het aanstellen van vrouwelijke artsen als assistent in de gasthuizen laten de dubbelzinnigheid zien van de gehanteerde seksegrenzen. Vrouwelijke artsen zouden geen mannelijke patiënten kunnen helpen, hierbij moesten dronkenschap en de behandeling van paraphimosis de argumentatie leveren voor deze ongeschiktheid. In de gynaecologie konden mannelijke artsen zonder pardon ziekten aan geslachtsorganen van de andere sekse behandelen. Het kiesheidsargument gold exclusief voor vrouwelijke artsen. Diezelfde regel toegepast op vrouwelijke patiënten en verpleegsters zou mannelijke artsen teveel in hun werkkring schaden.

Eenzijdige behandeling van vrouwenlichamen

In de beginjaren van 1900 introduceerde Van Tussenbroek twee keer een onderwerp in de gynaecologische vereniging dat tot heftige discussie leidde. Waar in vergaderingen de sekse van gynaecoloog en patïent meestal onbesproken bleef, was het niet toevallig dat de discussie zich nu wel toespitste op de mate van geseksueerdheid van de gynaecologie. In het eerste debat over behandeling van onvruchtbaarheid lijkt het seksespecifieke karakter van de gynaecologie ter sprake te zijn gekomen omdat een (ongehuwde) vrouw het voortouw had genomen. In het tweede debat nam de discussie deze wending door Van Tussenbroeks stellingname dat onvruchtbaarmaking, zoals de sterilisatie toentertijd zo fraai heette, eenzijdig uitgevoerd werd op het vrouwenlichaam.

Bladerend door de notulen trof het Van Tussenbroek dat in het zestienjarig bestaan van de gynaecologische vereniging het onderwerp onvruchtbaarheid nog nooit ter sprake was geweest. Daarom hield zij in 1903 een voordracht over vrouwen met onvruchtbaarheidsproblemen die zij lichtte uit haar patiëntenbestand.[10] Daarna besprak de Utrechtse hoogleraar gynaecologie B.J. Kouwer (1861-1933) de door hem behandelde vrouwen. Terwijl de discussie rustig voortkabbelde over de oorzaken en de meest aangewezen behandeling, pleegde de Amsterdamse hoogleraar gynaecologie Hector Treub (1856-1920) een felle interventie. Hij verweet zijn collega's dat zij alléén maar vrouwen behandelden:

Ieder medicus weet, welk een bron van oneenigheid en strijd in de steriliteit van het huwelijk ligt. Ieder medicus weet, dat de oorzaak der steriliteit door het publiek nog haast altijd gezocht wordt bij de vrouw. De man, die wat op zijn kerfstok heeft, is des te

9 H. Burger, Ingezonden. 'Vrouwelijke assistenten in de gasthuizen te Amsterdam', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 35 I (1899) 338-340. Ibidem 470-471.

10 Catharine van Tussenbroek, 'Verslag vergaderingen Gynaecologische Vereeniging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 14 (1903) 183-225.

> meer geneigd zijn vrouw de schuld te geven. En zoo valt het *verwijt* van de steriliteit op de vrouw, terwijl de *oorzaak* ligt bij de man.[11]

Door enkel vrouwen te behandelen werd de man een wapen in handen gegeven dat hij maar al te graag hanteerde. Bij mannelijke collega's kon een dergelijke houding verklaard worden uit hun man-zijn, maar dat ook Van Tussenbroek zo'n medisch beleid voerde was onbegrijpelijk, aldus Treub. In de toenmalige medische theorie werd de oorzaak van onvruchtbaarheid vrijwel geheel op rekening van de man gebracht als gevolg van geslachtsziekten opgelopen bij buitenechtelijk geslachtsverkeer. Principieel verrichtte Treub dan ook altijd eerst sperma-onderzoek.

Waarom volgde Van Tussenbroek, die toch een uitgesproken feminist was, niet Treubs voorbeeld? Uit de gerezen bezwaren tegen vrouwelijke assistenten in de ziekenhuizen, was naar voren gekomen hoe ongepast het voor vrouwen was om mannelijke patiënten te behandelen. Vanuit dergelijke conventies werd Van Tussenbroek geacht mannelijke patiënten door te sturen naar een mannelijke collega. In haar verweer op Treubs aanval bracht zij deze sociale constellatie niet in herinnering. Wel vertelde zij pas tot ingrijpender behandeling van haar patiënten over te gaan nadat onderzoek van het sperma was verricht, al deed zij dit niet zelf. Dit ongelijke principe, mannen die zonder enig bezwaar vrouwelijke patiënten behandelden, bleek Van Tussenbroek geaccepteerd te hebben. Dat zij geen mannen behandelde, had zij zelfs tot principe verheven: "[...] sexueele zaken [worden] het best en het volledigst behandeld met een sexegenoot." Dat dit principe, eenmaal doorgevoerd, voor haar mannelijke collega's zou betekenen dat zij hun beroep vaarwel konden zeggen, lijkt tot geen van de aanwezigen, inclusief Van Tussenbroek, te zijn doorgedrongen. Ook in de relatie tussen mannelijke arts en vrouwelijke patiënt speelde het taboe om seksuele onderwerpen te bespreken, alleen was dat voor hen geen reden om vrouwelijke patiënten door te verwijzen naar vrouwelijke collega's. Sommigen redden zich eruit door seksueel beladen informatie te verzwijgen. Zo vertelde een gynaecoloog dat hij niet wist hoe hij zijn vrouwelijke patiënt moest vertellen dat de oorzaak van de onvruchtbaarheid bij haar man lag en dat hij daarom maar 'een leugentje om bestwil' had opgedist.

Geen lusten zonder lasten

De tegenstellingen die in dit debat enigszins onder tafel bleven, kwamen een jaar later in 1904 in alle hevigheid weer naar boven in een door Van Tussenbroek geïnitieerd debat over de operatieve sterilisatie. In het artikel 'Moeten wij de "Sterilisatie van de zieke vrouw ter voorkoming van abortus provocatus" als

11 Ibidem, 307-321.

een ethisch gerechtvaardigde operatie erkennen en aanvaarden?' laakte zij kwalijke ontwikkelingen in de gynaecologie.[12]

Volgens haar was de laatste tien jaar de operatieve sterilisatie ingeburgerd geraakt als een preventieve operatie bij vrouwen voor wie een zwangerschap levensgevaarlijk zou zijn. Naar haar idee was dit een verkapte vorm van zwangerschapsvoorkoming, terwijl het gepresenteerd werd als vorm van behandeling om het verrichten van een abortus te voorkomen. Dat voor de operatieve methode gekozen werd, in plaats van voor de simpele maar doeltreffende methode van seksuele onthouding, kwam voort uit de gedachte dat "de gehuwde man tegenover de zieke vrouw zijn recht op geslachtsgemeenschap behoudt, al zou dat recht ook met haar leven worden betaald." Een betere benaming voor de operatie zou volgens haar zijn "Sterilisatie van de gehuwde vrouw tot behoud van het ongestoorde geslachtsgenot van de gehuwde man". Na deze inleidende woorden ging zij terug in de geschiedenis om aan te tonen dat operatieve bewerkingen aan de geslachtsorganen bijna zo oud zijn als de mensheid zelf. Uitvoerig beschreef zij ingrepen bij vrouwen als de *clitoridectomie* (het verwijderen van de clitoris) en de *infibulatie* (het geheel of gedeeltelijk wegsnijden van de clitoris, van de grote en kleine venuslippen en van het binnenste gedeelte van de vagina). Zij gaf een uitgebreide beschrijving van de infibulatie bij een negenjarig meisje uit Sudan. De infibulatie die ten doel had om de kuisheid van het meisje te beveiligen en de man te verzekeren van de huwelijkstrouw van zijn echtgenote, noemde Van Tussenbroek barbaars. Niet het operatief ingrijpen als zodanig, maar de indicatie: "Het feit dat die operaties niet verricht werden in het belang van de persoon die er door werd gekweld." Na een bespreking van zes pagina's trok zij de lijn door naar de gynaecologie en verwierp op dezelfde gronden de operatieve sterilisatie van de vrouw.

Deze 'alarmkreet' en 'kranige daad', zoals de Utrechtse hoogleraar gynaecologie Kouwer de publikatie typeerde, vormde aanleiding tot een uitgebreide discussie in de gynaecologische vereniging waarbij Van Tussenbroek het zwaar te verduren kreeg.[13] Kouwer stelde dat de geslachtsgemeenschap in het huwelijk een voorwaarde is voor het geluk van het gehele gezin. In situaties waarin een zwangerschap levensgevaarlijk zou zijn voor een vrouw, was de "onvruchtbaarmaking van het huwelijk een daad die het levensgeluk bevorderde van alle gezinsleden en daarom een zedelijke daad". Een huwelijk zonder geslachtsgemeenschap noemde hij een 'abnormiteit'. Beide echtgenoten ervaarden het ontbreken van geslachtsgemeenschap als een gemis en dat alleen de man eronder zou lijden zoals Van Tussenbroek beweerde, bestreed hij ten zeerste, maar voor een vrouwelijke collega was zo'n opvatting verklaarbaar. Immers een patiënte zou alleen haar hart uitstorten bij iemand bij wie zij kon rekenen 'op

---

12 Catharine van Tussenbroek, 'Moeten wij de "Sterilisatie van de zieke vrouw ter voorkoming van abortus provocatus" als een ethisch gerechtvaardigde operatie erkennen en aanvaarden?', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 40 II (1904) 23-33.

13 Catharine van Tussenbroek, 'Verslag vergaderingen Gynaecologische Vereeniging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie* 15 (1904) 315-332.

begrijpen door eigen ervaring', dus bij een gehuwde gynaecoloog. Van tussenbroek als ongehuwde vrouw zou wat dat betreft niet in vertrouwen worden genomen.

Uitgedaagd door Kouwer gaf Van Tussenbroek haar visie op het 'geslachtsgevoel' van vrouwen. Pas de laatste jaren had zij haar afkeer overwonnen om patiënten die er niet spontaan mee kwamen, vertrouwelijkheden te ontlokken en sindsdien had zij ontdekt dat de opvatting dat het merendeel der gehuwde Nederlandse vrouwen 'geslachtelijk koud' is, onjuist was. Het vergde jaren van ervaring, zo zei zij, eer een gynaecoloog dat in de gaten had, dat had niet zozeer met zijn of haar sekse, als wel met de geslotenheid van vrouwen te maken. Die geslotenheid zag Van Tussenbroek als een essentiële karaktertrek van de 'vrouwelijke sexueele psyche'. Vanuit haar feministisch inzicht in de werking van sekse, voegde Van Tussenbroek hieraan toe dat de oorzaak van de zogeheten frigiditeit van vrouwen gezocht moest worden in lichamelijke en psychische overbelasting en in emotionele verschillen met hun echtgenoot. In haar 18-jarige praktijk had zij de ervaring opgedaan dat er veel mannen zijn die niet in de gaten hadden wat er in hun vrouw omging. De 'huwelijksplicht' was voor vrouwen zo'n vanzelfsprekendheid dat zelfs pijn bij de geslachtsgemeenschap nog geen reden vormde om zich daaraan te onttrekken. Uit zulke huwelijksverhoudingen kwam volgens haar de operatie voort:

> Zelfs de grofst georganiseerde man zal uit zichzelf niet op de gedachte komen, dat hij zijn zieke vrouw mag laten opereren, terwille van zijn geslachtelijken lust. Zelfs de meest slaafsche vrouw zal zonder suggestie niet meenen, dat haar huwelijksplicht naar de operatietafel voert.[14]

Waar in het onvruchtbaarheidsdebat een jaar eerder alleen Treub ongemeen heftig naar Van Tussenbroek was uitgevallen, speelden nu meerdere deelnemers niet op de bal maar op de persoon. Gynaecologen als Kouwer die vaak vanuit dezelfde morele principes op één lijn zaten met Van Tussenbroek, distantieerden zich nu nadrukkelijk. Kouwer voerde het ongetrouwd-zijn van Van Tussenbroek aan waardoor zij geen vertrouwensrelatie met een patiënt zou kunnen opbouwen en vandaaruit ondeskundig zou zijn in deze kwestie. Treub op zijn beurt zinspeelde op diezelfde seksuele onervarenheid van Van Tussenbroek op grond waarvan hij haar zelfs het recht ontzegde om de operatieve sterilisatie in verband te brengen met het huwelijksrecht van mannen. Deze onjuiste voorstelling zou een vrouw tot martelares maken van de mannelijke geslachtsdrift.[15] De Groningse hoogleraar gynaecologie G.C. Nijhoff (1857-1932) sloot zich hierbij aan en voegde eraan toe dat een vrouw uit eigen beweging een gynaecoloog bezocht. Hiermee ging hij voorbij aan de macht der gewoonte om problemen met (on)vruchtbaarheid die eveneens het mannenlichaam betreffen, via het vrouwenlichaam op te lossen.

---

14 Van Tussenbroek, 'Sterilisatie zieke vrouw', 32.

15 Van Tussenbroek, 'Verslag vergaderingen Gynaecologische Vereeniging', 326.

Is het toevallig dat Treub juist in dit debat Van Tussenbroek consequent als Mejuffrouw aansprak waarmee hij haar burgerlijke staat als ongehuwde benadrukte? Had de felheid van dit debat te maken met het feit dat Van Tussenbroek het mechanisme aan de orde stelde dat de toepassing van sterilisatie eenzijdig op het vrouwenlichaam was gericht? Of kwam het doordat Van Tussenbroek de sociale verhouding tussen de seksen inbracht als een kwestie waar het voor gynaecologen ethisch onverantwoord was om zich met het scalpel in te mengen? Slechts op één punt kreeg Van Tussenbroek bijval: "Wat bezielt toch ons, mannen, om maar altijd van de vrouwelijke sterilisatie te spreken en het woord 'mannelijke sterilisatie' niet eens te noemen? Is de vrouw een zoo minderwaardig schepsel, dat het van zelf spreekt, dat men de man niet aangrijpt, zoolang de vrouw nog kan worden ontvrouwd?" Aldus Kouwer die hier niet erg overtuigend een voorstel aan koppelde om de sterilisatie die bij mannen minder ingrijpend is, over te brengen op het mannenlichaam. Maar niemand behalve Van Tussenbroek voelde hiervoor. En wat haar betreft zou een vrouw slechts bij uitzondering gesteriliseerd mogen worden. De keuze wie van de echtgenoten de sterilisatie zou ondergaan, moest niet aan hen overgelaten worden omdat dat in de praktijk toch zou betekenen dat vrouwen onder het mes gingen.

Misschien was de felheid van het debat ook een uitlaatklep voor de emoties die vrijkwamen bij de uitgebreide beschrijving die Van Tussenbroek van de infibulatie en de clitoridectomie gaf, waar niemand op in was gegaan. Toch moet het voor hen, nog afgezien van de shockerende feiten, op z'n zachtst gezegd onaangenaam zijn geweest dat een vrouwelijke collega deze ingrepen op één lijn stelde met een gynaecologische operatie.

In Van Tussenbroeks onverzettelijke opstelling is het principe 'geen lusten zonder lasten' te herkennen, waar veel feministen zich achter schaarden. Gebruik van voorbehoedmiddelen zou het mannelijke egoïsme, dat bevrediging van eigen geslachtsdrift op de eerste plaats stelde, aanwakkeren. Omdat zij vanuit feministische principes geen onderscheid wenste te maken tussen voorbehoedmiddelen en sterilisatie keerde het gynaecologisch forum zich tegen haar. Vanuit een aan die van Van Tussenbroek volstrekt tegengestelde visie konden voorbehoedmiddelen in de ogen van de hoogleraar Kouwer geen genade vinden en noemde hij de operatieve sterilisatie van een zieke vrouw een zedelijke daad. Huwelijksgeluk was in zijn visie gebaseerd op de 'natuurlijke geslachtelijke gemeenschap'. Deze opvatting van 'natuur' was in de retoriek van anticonceptiebestrijders eveneens troef om medici het recht te ontzeggen om 'in den gang der natuur in te grijpen'. Uit het gynaecologisch debat over sterilisatie kan afgeleid worden dat medisch ingrijpen niet tegen diezelfde gang der 'natuur' was als daarmee belemmeringen voor de geslachtsgemeenschap uit de weg konden worden geruimd. Analoog aan de legitimering van de prostitutie vanuit de dubbele moraal, was ook hier de mannelijke geslachtsdrift het uitgangspunt.

Ondanks protesten van collega's was Van Tussenbroek niet tot een compromis bereid. Keerzijde van de grote zegeningen van de moderne chirurgie was

het aantal onnodige operaties. Dat maakte het vak gynaecologie tot een gevaarlijk vak. Want medici die wilden opereren, vonden altijd wel gewillige patiënten. Daarom moest een halt toegeroepen worden aan zulke operaties als de operatieve sterilisatie, aldus Van Tussenbroek.

De dubbele moraal van de gynaecologie

In de (on)vruchtbaarheidsdebatten legde Van Tussenbroek de vinger op de zere plek. Impliciet stelde zij de twee basisprincipes van de gynaecologie ter discussie: de sekse van gynaecoloog en patiënt, en tevens de chirurgische basis van de gynaecologie.

Haar standpunt dat 'ieder zijn geneeskundige hulp zoekt bij een sexegenoot', herhaalde zij nog eens in 1913. Hoewel zij hiermee benadrukte dat vrouwelijke artsen beter geen mannelijke patiënten konden behandelen, geeft het toch het spanningsveld aan van de seksespecifiteit van de gynaecologie. Dit was eveneens op te maken uit Treubs verwachting dat Van Tussenbroek vanwege haar vrouw-zijn een grotere solidariteit ten opzichte van vrouwelijke patiënten had. Deze veronderstelling impliceert dat mannelijke gynaecologen zich in mindere mate met vrouwelijke patiënten identificeerden.

In dit verband dringt zich de vraag op of Van Tussenbroek zich ook zo tegen chirurgisch ingrijpen zou hebben gekeerd als het sociaal aanvaardbaar was geweest voor een vrouw om zich chirurgisch te specialiseren. Tekenend voor de marges waarbinnen vrouwelijke gynaecologen zich konden bewegen, was de opmerking die de gynaecologe Frieda van Hasselt (1891-1979) in 1925 bij aankomst op de operatiekamer te horen kreeg: 'een vrouw met een mes in de hand is onesthetisch'.[16] In die zin was het mes een instrument dat in handen van vrouwen niet paste maar juist aan de gynaecologie een mannelijk karakter gaf. De tweede generatie vrouwelijke gynaecologen, geboren rond 1890 en in opleiding rond 1915, volgde wel een chirurgische opleiding. Op dat moment was zowel de operatieve gynaecologie meer ingeburgerd als het fenomeen vrouwelijke arts minder controversieel. Hiervan was geen sprake in de periode dat Van Tussenbroek zich specialiseerde.

De scheidslijnen tussen, wat later de eerste en tweede lijnsgezondheidszorg genoemd zou worden, de huisarts en de specialist, lagen rond de eeuwwisseling nog niet zo vast. Gynaecologen hadden een huispraktijk en deden thuisbevallingen tot ver in de jaren vijftig. Pas in 1932, met de instelling van de Specialisten Registratie Commissie, kreeg het begrip specialist meer handen en voeten. Toch bestond er een onderscheid tussen gynaecologen die aan ziekenhuizen verbonden waren en zich toelegden op de 'grote' gynaecologie, en hun collega's in de particuliere praktijk die zich beperkten tot de 'kleine' gynaecologie. Vanaf 1916

16 Aangehaald door E.J. Schaepman-van Geuns, 'De vrouwelijke gynaecologen', in: F.J.J. van Assen e.a. eds., *Een eeuw vrouwenarts* (Amsterdam 1987) 127-141, aldaar 136.

konden vrouwelijke assistenten door hun opleiding in de operatieve gynaecologie toetreden tot de groep van ziekenhuisspecialisten. Catharine van Tussenbroek sprak in 1913 haar verbazing erover uit dat er onder de vijftien vrouwelijke specialisten slechts vier gynaecoloog waren. Zij weet dit aan de chirurgische richting die de gynaecologie steeds meer insloeg, waarvoor beheersing van de buikchirurgie onmisbaar was, en aan het feit dat de chirurgische opleiding tot voor kort gesloten was voor vrouwen.[17]

Gedurende de eerste vijftig bestaansjaren van de gynaecologie gold een arbeidsdeling naar sekse tussen de 'kleine' gynaecologie en de 'grote' gynaecologie. Het verschil lag in de mogelijkheid om de buikholte chirurgisch te openen, dat bepaalde de grens tussen 'kleine' en 'grote' gynaecologie. De toepassing van de buikchirurgie betekende voor vrouwelijke patiënten dat hun klachten vooral chirurgisch behandeld werden. Overigens was de chirurgische sterilisatie nog betrekkelijk onschuldig vergeleken met latere gangbare ingrepen als het verwijderen van geslachtsorganen als de baarmoeder en eierstokken, ingrepen die op het mannenlichaam ondenkbaar waren.

De sterilisatie was niet de enige operatie waaraan Van Tussenbroek paal en perk wilde stellen. Vanaf het begin van haar medische loopbaan keerde zij zich tegen overmatig chirurgisch ingrijpen in de gynaecologie. De ontwikkeling van de operatieve gynaecologie vond Van Tussenbroek in tegenspraak met de gebrekkige, zich nauwelijks ontwikkelende kennis van de vrouwelijke geslachtsorganen. Men wist meer van het functioneren van organen die zich niet leenden voor grote operaties, zoals het hart, dan van de baarmoeder die 'men telkens levend onder het ontleedmes' kreeg.

De sekseverhoudingen van destijds en het denken vanuit een dubbele seksuele moraal zijn essentieel geweest voor de grondslagen van de gynaecologie. Met de kritiek die Van Tussenbroek bij meerdere gelegenheden uitte, liep zij vooruit op de ideeën die zich later ontwikkelden in de vrouwengezondheidszorg anno 1980. Wat dat betreft was zij een vrouwenhulpverleenster *avant la lettre*. Pas de laatste tien jaar is het niet meer vanzelfsprekend dat de gynaecoloog een man is en zijn patiënt een vrouw. Steeds meer vrouwen worden gynaecoloog en ook mannen worden behandeld in verband met onvruchtbaarheid, seksuologische problemen of geslachtsziekten.

---

17 Catharine van Tussenbroek, 'De beroepsvooruitzichten van de vrouwelijke arts', *Maandblad voor Vrouwenstudie* 1 (1913) 93-103.

Sequah, alias Davenport, de Engelse wrijfkoning. Uit: *Het Leven*, 15 februari 1916, 3.