

W.J.M.J. RUTTEN

**VOLKSGENEESKUNDE IN  
SOCIAAL-HISTORISCH PERSPECTIEF.  
LIMBURG IN HET LAATSTE KWART VAN DE 19E EEUW.\***

*Inleiding*

Sinds 1800 heeft de volksgeneeskunde voortdurend terrein verloren op de officiële geneeskunde. Het is echter nog onduidelijk hoe de volksgeneeskunde is verdrongen. Vragen dringen zich op als: welke groepen kwamen het eerst binnen het bereik van de medische professie? Welke waren de gebieden die het langst vasthielden aan de volksgeneeskunde? Welke factoren waren van invloed op de keuze tussen volksgeneeskunde en officiële geneeskunde? Enkele aspecten van deze vragen zal ik hier behandelen. Ik beperk mij tot Nederlands Limburg in het laatste kwart van de 19e eeuw, maar als dat zo uitkomt, zal ik een vergelijking trekken met andere gebieden in Nederland.

*Bronnen*

De volksgeneeskunde kon beschikken over een rijk arsenaal aan remedies. De bibliografie van Tielemans legt daarvan getuigenis af.<sup>1</sup> Tevens wordt echter duidelijk dat het verzamelde materiaal zelden informatie verschaft over de omvang van het gebruik van die remedies. Het is al moeilijk om een kwantitatief onderbouwd inzicht te krijgen van de officiële medische consumptie in de 19e eeuw, laat staan dat er statistieken zijn geproduceerd van het gebruik dat men in het verleden maakte van de volksgeneeskunde. Bij gebrek aan directe gegevens moeten wij ons behelpen met indirecte. Er bestaat een statistiek waaruit blijkt hoe vaak het voorkwam dat men géén gebruik maakte van een dokter, althans in de gevallen waarin de patiënt kwam te sterven. Nederland kent sinds 1865 een doodsoorzakenstatistiek en in het kader daarvan komen vanaf 1869 voor iedere Nederlandse gemeente gegevens beschikbaar omtrent het optreden van overlijdensgevallen van

\* Bewerking van een referaat gehouden op 4 oktober 1986 in het Limburgs Volkskundig Instituut te Limbricht, ter gelegenheid van een studiedag over volksgeneeskunde, georganiseerd door het Postuniversitair Centrum te Hasselt-Diepenbeek (België).

<sup>1</sup> E. Tielemans (red.), *Volksgeneeskunde in Limburg. Een bibliografie*, Limbricht 1986.

personen die geen geneeskundige behandeling hebben genoten gedurende hun laatste ziekte. Mijn werkhypothese is dat in gevallen van sterfte zonder geneeskundige behandeling men heeft getracht om in eigen beheer zijn gezondheid te herstellen met gebruikmaking van de remedies van de volksgeneeskunde.<sup>2</sup>

Het statistische materiaal vertoont echter een paar zwakke plekken.<sup>3</sup> Met name de Limburgse gegevens vertonen vanaf 1880 grote gebreken. Die van vóór 1880 zijn echter goed bruikbaar.

### *De erosie van de volksgeneeskunde*

Ogenschoonlijk was zo'n honderd jaar geleden de volksgeneeskunde in Limburg haast onbedreigd in zijn bestaan. Naar de toestand van 1878 telde Nederlands Limburg slechts 46 dokters. Daarnaast hadden nog eens 46 Belgische en Pruisische geneeskundigen officieel toestemming gekregen om in de Limburgse grensgemeenten hun medische praktijk uit te oefenen. Met deze buitenlanders meegerekend was in Limburg aan het begin van het laatste kwart van de 19e eeuw één dokter beschikbaar voor iedere 2.600 inwoners. Limburg stak daarmee ongunstig af bij het landelijk gemiddelde van één dokter per 2.000 inwoners. De volksgeneeskunde had weinig concurrentie te duchten van de medische professie, die in Limburg zwak was vertegenwoordigd.

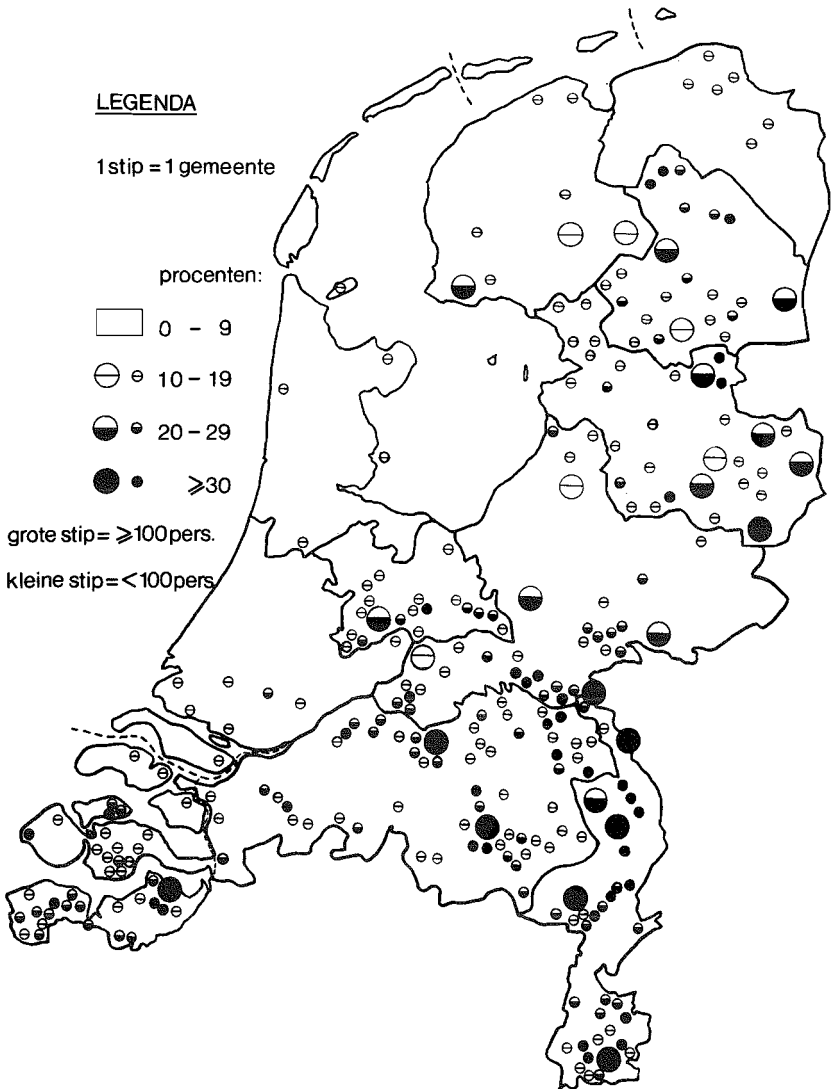
Desondanks kan men niet volhouden dat rond 1875 de volksgeneeskundige praktijken in het Limburgse overal vrij spel hadden. Het hangt er maar vanaf welk segment van de medische verzorging men in zijn onderzoek wenst te betrekken. Als wij kijken naar de medische verzorging van wat ik gemakshalve 'terminale' patiënten noem, dan blijkt dat verrassenderwijze meer dan 90% van de Limburgers die tussen 1875 en 1879 kwamen te overlijden, enige vorm van medische bijstand hadden genoten.

Slechts 8,4% van de overledenen had geen dokter aan het ziekbed gehad. Daarmee bleef Limburg iets boven het gemiddelde voor heel Nederland,

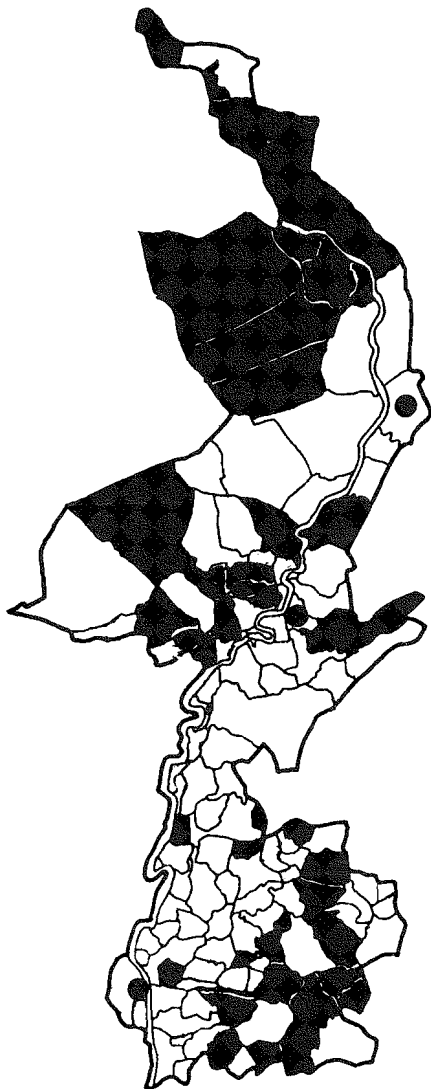
<sup>2</sup> Cf. F.B. Smith, *The people's health 1830-1910*, London 1979, pag. 418-419 en R. Lee, 'Medicalisation and mortality trends in South Germany in the early 19th century', in: A.E. Imhof (hrsg.), *Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Husum 1980, pag. 79-113, aldaar pag. 87.

<sup>3</sup> Een uitvoerige bespreking van de kwaliteit van het bronnenmateriaal, in: W.J.M.J. Rutten, 'Mortaliteit en medicalisering. Een regionaal differentiële analyse van de sterfte zonder geneeskundige behandeling in Nederland (ca. 1870-1900)', *Holland* 17, 1985, afl. 2, pag. 131-160.

Afbeelding 1. Sterfte zonder geneeskundige behandeling in elke gemeente per 100 overledenen (exclusief levenloos aangegevenen). Gemiddelde 1875/1879.



Afbeelding 2. Limburgse gemeenten met 10 of meer gevallen van sterfte zonder geneeskundige behandeling per 100 overledenen (1875/1879).



dat stond op 5,3%. Maar in vergelijking tot sommige provincies in het oosten van het land, zoals Drenthe (15,8%) en Overijssel (11,6%), was de frequentie van de sterfte zonder geneeskundige behandeling hier niet extreem groot. Uit deze gegevens leid ik af dat rond 1875 de volksgeneeskunde al een belangrijk gedeelte van zijn terrein had prijsgegeven. In de meeste Limburgse gezinnen had de dokter toen reeds zijn entree gemaakt, zeker als het ging om patiënten die in levensgevaar verkeerden.

### *Het geografische patroon*

In de randgewesten, zoals Limburg, was de ontwikkeling niet zo snel gegaan als in de kustprovincies. De regionale verschillen in het verloop van het medicaliseringsproces treden scherp naar voren als men de sterfte zonder medische behandeling op gemeentelijk niveau bestudeert. Op afbeelding 1 staan alle gemeenten ingetekend waar respectievelijk 10, 20 en meer dan 30% van de overledenen geen behandeling van een dokter had gekregen. In de kustprovincies zien wij bijna geen gemeenten die boven de grens van 10% uitkomen, maar de landgewesten zijn er mee bezaaid. Mijn interpretatie van het kaartbeeld luidt als volgt: de medicalisering begon in Holland, het kloppend hart van Nederland en de bakermat van veel vernieuwingen, verspreidde zich daar vandaan alras over de noordelijke zeegebieden en drong met een zekere vertraging door in de randgewesten in het oosten en zuiden des lands. Ik weet dat ik mij nu op glad ijs begeef, want het is moeilijk een verspreidingskaart adequaat te duiden als men slechts een onvolledige kennis heeft van de oorsprong en de richting van het veranderingsproces.<sup>4</sup> Het hangt af van het vinden van extra informatie in historische bronnen of ik mijn hypothese kan handhaven.

Kijken wij nu in het bijzonder naar onze provincie. In Limburg hadden 36 van de 125 gemeenten een sterfte zonder medische behandeling van 10% of meer. In de categorie van 10 tot 20% vielen 9 gemeenten, in die van 20 tot 30%, 12, in de groep van 30 tot 40%, 6 gemeenten en de categorie 40% en meer telde 9 gemeenten. Voor wie geïnteresseerd is in records: Meerlo spande de kroon met 56%, op de voet gevolgd door Wanssum met 52%. Het

<sup>4</sup> J.J. Voskuil, 'De beperkingen van de geografische methode', *Volkskundig Bulletin* 10, 1984, afl. 2, pag. 111-125; J.J. Voskuil, 'Volkskundliche Karten und das Rekonstruieren kultureller Prozesse; am Beispiel einer Karte des Brotkonsums in den Niederlanden um 1910', in: H.L. Cox und Günter Wiegelmann (hrsg.), *Volkskundliche Kulturraumforschung heute*, Münster 1984, (*Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland*, H. 42), pag. 113-127.

nationale record werd overigens gevestigd in Brabant. Oerle (bij Eindhoven) had 72%.

Gaan wij de spreiding na van deze 36 Limburgse gemeenten, dan ontwaren wij drie clusters (zie afbeelding 2). Het eerste omvat het uiterste noorden van de provincie (Mook en Middelaar, Gennep en Bergen) en daarbij sluit aan een groot gedeelte van de Peel (Venray, Horst, Sevenum, Broekhuizen, Meerlo en Wanssum). Een tweede cluster ligt in de wijde omtrek van Roermond, in hoofdzaak op de linker oever van de Maas (Beesel, Neer, Haelen, Horn, Baexem, Heel en Panheel, Ittervoort, Thorn, Hunsel, Nederweert, Melick en Herkenbosch). Een derde cluster ligt in het oostelijke gedeelte van Zuid-Limburg (Brunssum, Heerlen, Simpelveld, Bocholtz, Wittem, Slenaken, Mheer, Margraten, Wijlre, Klimmen). Al deze gemeenten behoorden tot het platteland. Deze uitkomst stemt overeen met berichten dat op het platteland de bevolking zeer dikwijls zijn toevlucht nam tot 'kwakzalversmiddelen'.<sup>5</sup> Om echter te voorkomen dat ik het beeld oproep van de traditionele achterlijkheid van het platteland, haast ik mij er op te wijzen dat juist ook op het platteland al rond 1875 in veel gemeenten minder dan 10% van de overledenen geen medische bijstand had gekregen. Niet alleen in de steden maar ook op grote delen van het platteland had de volksgeneeskunde een stap terug gedaan, zo luidt mijn interpretatie.

Van de andere kant moet men de zaak niet overdrijven. Ik waarschuw er voor dat de cijfers die ik zojuist heb gepresenteerd een overdreven beeld geven van de erosie van de volksgeneeskunde. Men kan moeilijk volhouden dat patiënten die komen te overlijden, representatief zijn voor de algemene patiëntenpopulatie. Het is aannemelijk dat men eerder was geneigd een dokter te hulp te roepen wanneer de patiënt in levensgevaar verkeerde dan wanneer de ziekte zich niet zo ernstig liet aanzien. Laten wij ons daarom niet blind staren op de cijfers. Het gaat niet zozeer om de absolute waarden van de cijfers, maar om de relatieve verschillen ertussen. Wat men ook niet uit het oog mag verliezen, is dat er geen waterdichte schotten bestonden tussen de officiële en de volksgeneeskunde. Zo sluit ik niet uit dat in sommige gevallen de patiënt onder behandeling stond van een geneeskundige en tegelijkertijd daarnaast gebruik maakte van volksgeneeskundige remedies. De overgang van de volksgeneeskunde naar de officiële geneeskunde was geen radicale omwenteling, maar een geleidelijk proces, waarbij de volksgeneeskunde telkens een klein stukje van zijn terrein moest prijs geven. Ik spreek daarom opzettelijk van het verdringen en niet van het verdwijnen

<sup>5</sup> *Verslagen betreffende den oeconomischen toestand der landarbeiders in Nederland*, II, Utrecht t/m Limburg, 's-Gravenhage 1908, pag. 365.

van de volksgeneeskunde. De kennis van volksgeneeskundige remedies ging niet meteen verloren, maar kreeg in de praktische zorg voor de gezondheid een andere, meer marginale functie ter ondersteuning van de officiële geneeswijzen.

Op grond van mijn gegevens trek ik nu alvast een paar conclusies:

1. De verdringing van de volksgeneeskunde en de opkomst van de officiële geneeskunde was een proces met een regionaal gedifferentieerd verloop. In dit verband is de economisch-geografische scheidslijn tussen de zee- en de landgewesten van grotere betekenis geweest dan die andere breuklijn die over Nederland loopt, namelijk de breuklijn tussen 'Rome en de Reformatie'. Op het eerste oog is men misschien geneigd te denken dat de katholieke volksdevotie een grote verdragingsfactor was in het medicaliseringsproces. De katholieke kerk immers leerde de gelovigen te vertrouwen op de beschermheiligen.<sup>6</sup> Daar komt nog bij dat op het Limburgse platteland de verpleging van zieken in handen was van rooms-katholieke zusters,<sup>7</sup> die soms door medici als hun concurrenten werden beschouwd.<sup>8</sup> Het klopt wel dat de katholieke provincies een zekere verdraging hadden opgelopen ten opzichte van de zeegewesten, maar die achterstand was zeker niet groter dan in vergelijkbare protestantse landgewesten, waar sinds de Reformatie de heiligencultus was uitgebannen. Het verdragende effect van de katholieke devotie op het medicaliseringsproces zou ik dan ook willen relativeren.

2. Mijn tweede conclusie heeft betrekking op de dynamiek van plattelandsamenlevingen in het pre-industriële tijdperk. Robert Lee heeft in 1981 de stelling geponeerd dat zolang in de rurale economie het gezinsbedrijf nog overheerste, een van bovenaf gestuurde gezondheidspolitiek gedoemd was te mislukken.<sup>9</sup> In zo'n *peasant-economy* was van oudsher de zorg voor de zieken en de ouden van dagen een sociale verplichting van het gezin, die werd gezien als een tegenprestatie voor de onbetaalde arbeid die men in het gezinsbedrijf had verricht. De medicalisering botste met het cultuurpatroon van de *peasant-economy* door de traditionele zorgfunctie van het gezin uit te

<sup>6</sup> Cfr. J.F.R. Philips, *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en acceptatie van de gezondheidsvoorzieningen 1850-1940*, Assen 1980, pag. 247; Cfr. A.E. Imhof, *Die Ermittlung regionaler Verhaltensweisen als Aufgabe der Geschichte kollektiver Mentalitäten*, in: Cox und Wiegmann (hrsg.), a.w., pag. 85-112, aldaar pag. 104.

<sup>7</sup> Verslagen der landarbeiders, t.a.p.

<sup>8</sup> J. Léonard, 'Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent en France au XIXe siècle', *Annales-E.S.C.* 32, 1977, pag. 887-907.

<sup>9</sup> R. Lee, 'Family and Modernisation: the peasant family and social change in nineteenth century Bavaria', in: R. Evans and W.R. Lee (eds.), *The German family. Essays on the social history of the family in 19th and 20th century Germany*, London 1981, pag. 84-91, 99-101, 109-110.

hollen. Om die reden, zegt Lee, hielden de boeren hardnekkig vast aan de gewoonte om de zorg voor zieke gezinsleden in eigen handen te houden en te vertrouwen op de volksgeneeskunde. Welnu, rond 1870 vertoonde het Limburgse platteland nog in sterke mate de trekken van een *peasant-economy*.<sup>10</sup> Desondanks was op het gebied van de gezondheidszorg reeds een belangrijke verandering op gang gekomen, want in de meeste gezinnen had de dokter reeds zijn intrede gedaan. Een rurale economie waarvan het gezinsbedrijf de spil was, was – denk ik – minder statisch dan historici soms beweren.

### *Leeftijdspatroon*

Tot nu toe heb ik gesproken over de regionale verschillen in het medicaliseringsproces, maar daarmee kan men niet volstaan. Immers, voor het bepalen van de functie van een cultuurelement binnen een bepaalde gemeenschap is het belangrijk te weten of het te onderzoeken element - hier de volksgeneeskunde - door de hele gemeenschap werd gedragen of door bepaalde sociale groepen, door bepaalde leeftijdsgroepen of door een bepaalde sexe.<sup>11</sup> Ik beperk mij hier in hoofdzaak tot de leeftijdsgroepen en terloops zullen ook de sociale groepen ter sprake komen.

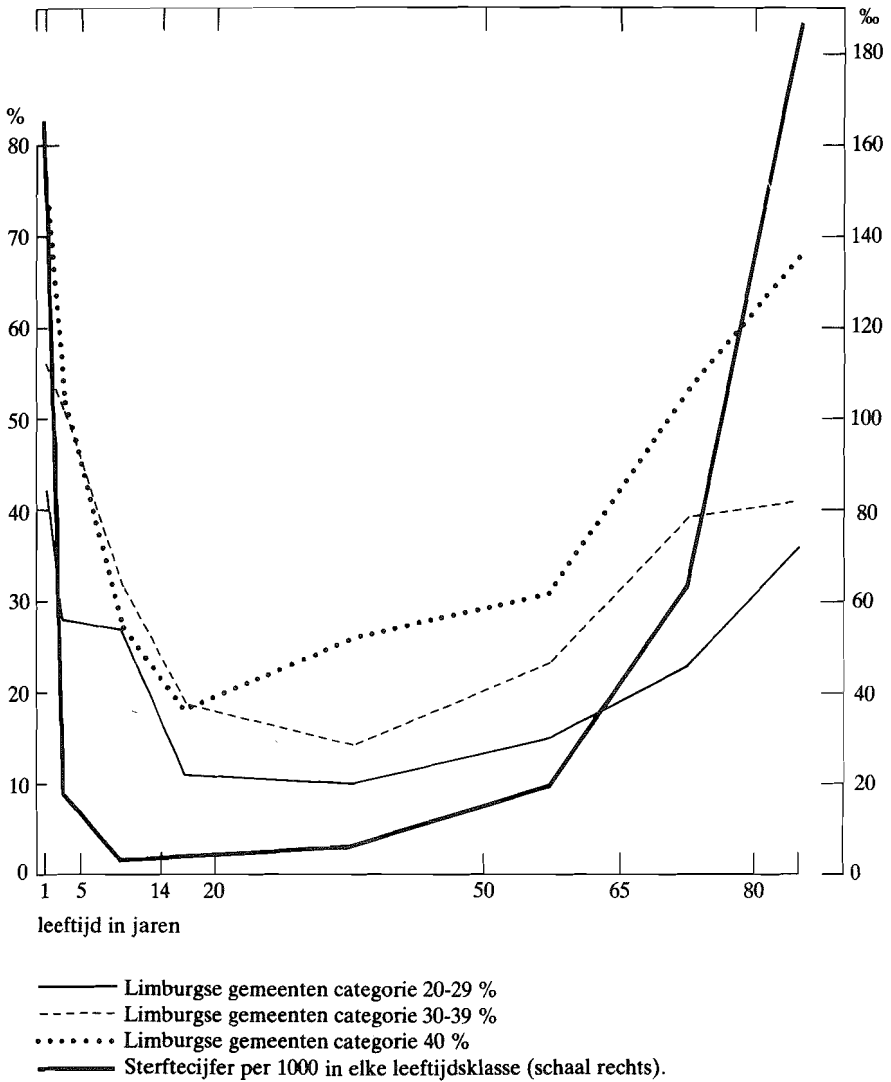
De keuze tussen officiële en volksgeneeskunde werd niet alleen bepaald door de regio waar men woonde, maar ook door de leeftijd van de patiënt. Tabel I laat zien hoe groot op elke leeftijd de kans was op geneeskundige behandeling. Volwassenen hadden meer kans op geneeskundige behandeling dan jonge kinderen en ouden van dagen. Globaal vertonen Nederland en Limburg hetzelfde patroon. Zuigelingen hebben de hoogste sterfte zonder medische behandeling. Naarmate de kinderen ouder werden, kwam het steeds minder voor dat ze medische verzorging moesten ontberen. De laagste cijfers voor Limburg vinden wij bij de jeugd van 15 tot 20 jaar, voor Nederland echter bij de volwassenen vanaf 20 jaar. Vanaf het 50e jaar beginnen de cijfers weer toe te nemen. Een secundair maximum zien wij ontstaan bij de hoogbejaarden. De ongelijkheid naar leeftijd in de sterfte zonder medische behandeling treedt nog veel geprononceerder naar voren in afbeelding 3. Daarin onderscheid ik drie categorieën gemeenten, al naar

<sup>10</sup> J.L. van Zanden, *De economische ontwikkeling van de Nederlandse landbouw in de negentiende eeuw, 1800-1914*, Wageningen 1985, pag. 238-245.

<sup>11</sup> Cf. H.L. Cox, 'Het sociologisch aspect in de thematische cartografie. Een theoretische bijdrage over de grenzen en mogelijkheden ervan in de volksgeneeskunde', *Volksgeneeskunde* 70, 1969, afl. 2, pag. 168-182, aldaar pag. 170.



Afbeelding 3. Overleden zonder geneeskundige behandeling per 100 overledenen (schaal links). Limburg 1875/1879. Sterfte per 1.000 levenden in elke leeftijdsklasse. Nederland 1895/1904 (schaal rechts, stippellijn).



gelang het niveau van de sterfte zonder medische behandeling; gemeenten van 20 tot 30%, van 30 tot 40% en 40% en meer. Het verschil tussen de leeftijdsgroepen beloopt in het meest extreme geval meer dan 50%. Het patroon dat men kan waarnemen in de leeftijds specifieke cijfers van de sterfte zonder medische behandeling interpreteer ik als de weerspiegeling van het medicaliseringsproces. Volwassenen raakten het eerst betrokken bij het medicaliseringsproces, met in hun voetspoor de oudere jeugd. De bejaarden volgden daarna, terwijl de medicalisering van kinderen beneden één jaar met de meeste vertraging werd gerealiseerd. De uiterste leeftijdsgroepen bleven dus het langst aangewezen op de volksgeneeskunde. Kennelijk was de medicalisering van de uiteinden van het menselijk leven moeilijker tot stand te brengen dan die van de tussenliggende fasen.

Hoe komt het nu dat de medische professie tot sommige leeftijdsgroepen eerder en gemakkelijker toegang kreeg dan tot andere? Het achterwege blijven van geneeskundige behandeling hield in de eerste plaats verband met sociaal-economische factoren.<sup>12</sup> De grote armoede waarin vele gezinnen verkeerden, bracht met zich mee dat men het zich niet kon permitteren een dokter te laten komen. Het blijkt echter dat sterfgevallen zonder medische behandeling niet het meest voorkwamen onder de allerarmsten. Er zijn aanwijzingen dat juist de gezinnen die net boven de armoedegrens leefden, geneeskundige verzorging moesten ontberen.<sup>13</sup> In het jaarverslag van het Geneeskundig Staatstoezicht over 1876 lezen wij bijvoorbeeld dat te Venray juist de patiënten die niet tot de eigenlijke armen behoorden, geen medicus consulteerden uit vrees voor een hoge rekening.<sup>14</sup> Zij waren aangewezen op de volksgeneeskunde. De echte paupers daarentegen konden een beroep doen op gratis geneeskundige behandeling van de armbesturen, terwijl op het platteland van Zuidoost-Limburg het ook wel voorkwam dat de boeren de kosten van geneeskundige hulp droegen voor hun landarbeiders.<sup>15</sup>

Gebrek aan financiële middelen kan echter niet verklaren waarom de gevolgen daarvan juist op kinderen en bejaarden werden afgewenteld. Het verzuim van geneeskundige verzorging van kinderen heeft destijds de medici danig beroerd. Sommigen waren er van overtuigd dat er sprake was van pure

<sup>12</sup> J.H. Starmans, *Verloskunde en kindersterfte in Limburg. Folklore, geschiedenis, heden*, Amsterdam-Maastricht 1930, pag. 148-149.

<sup>13</sup> Zie W.J.M.J. Rutten, 'Ongelijke behandeling binnen het gezin. Een onderzoek naar de leeftijdsverschillen in de kans op geneeskundige hulp in Nederland (ca. 1870-1900)', *A.A.G.-Bijdragen* 28, 1986, pag. 245-265.

<sup>14</sup> *Jaarverslag van het Geneeskundig Staatstoezicht*, 1876, pag. 335.

<sup>15</sup> Verslag der landarbeiders, t.a.p.

opzet. Ouders probeerden de dood van zieke kinderen te bespoedigen door ze geneeskundige hulp te onthouden. Immers, de ouders die lid waren van een begrafenisfonds, incasseerden een uitkering van 8 tot 10 gulden, al naar gelang de leeftijd van het kind en de klasse waarin men was verzekerd.<sup>16</sup> Moeders die geen dokter lieten komen, maar hun eigen remedies beproefden om een ziek kindje beter te maken, maakten zich verdacht. Door zulke redeneringen werd de volksgeneeskunde in de criminele sfeer getrokken. Om te begrijpen waarom de kans op geneeskundige behandeling ongelijk was verdeeld, moeten wij niet zoals sommige dokters van toen de nadruk eenzijdig leggen op het verzuim van geneeskundige hulp bij kinderen. Wij moeten het hele spectrum van alle leeftijdsgroepen in beschouwing nemen. Laten wij nog eens naar de vorige figuur kijken. De curve volgt in grote trekken de baan van de leeftijdspecifieke sterftetekansen zoals die in de 19e eeuw golden. Ik denk dat de medische professie eerder toegang kreeg tot de volwassenen doordat zij betere overlevingskansen hadden. Ik zal mij nader

Tabel I. Sterfte zonder geneeskundige behandeling naar de leeftijd in Nederland en in Luxemburg, 1875-1879.  
Aantal overledenen zonder geneeskundige behandeling per 100 overledenen (exclusief levenloos aangegeven).

leeftijd	Nederland	Limburg
0- 1	8.3	11.1
1- 4	5.4	9.0
5-14	3.5	6.9
15-19	2.3	3.4
20-49	2.0	4.1
50-64	3.1	6.4
65-79	4.7	9.4
80-	6.3	9.7

Bron: *Vijfjarig overzicht van de sterfte naar de leeftijd en de oorzaken van de dood in elke gemeente van Nederland*. Uitgegeven door het Departement van Binnenlandse Zaken, 's-Gravenhage 1882.

<sup>16</sup> 'Eerste verslag der commissie voor het onderzoek van den invloed der begrafenisfondsen op de kindersterfte in Nederland', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 16, 1880, afl. 24, pag. 357-377.

verklaren. Het probleem van de medici in de 19e eeuw was dat zij curatief tot weinig in staat waren. Het arsenaal van medische therapieën was rijk geschakeerd, maar - zo denken medisch-historici er nu over - nauwelijks effectief. Het was daarom in die tijd heel moeilijk de mensen over te halen in geval van ziekte een dokter te hulp te roepen. De ervaring leerde dat dokters weinig succes hadden. De lagere sociale klassen, vooral die op het platteland, waren niet van de overtuiging af te brengen, dat 'aan zieke oude mensen en kinderen toch niets te doen is'. Soms beproefde men zijn geluk en werd een arts te hulp geroepen. Zodra duidelijk werd dat spoedig herstel uitbleef, zag men van verdere doktershulp af. Bijzonder weinig vertrouwen had men in het vermogen van dokters om kinderen beter te maken. Het geringe vertrouwen in de kindergeneeskunde kwam mede voort uit de onbekendheid bij vele ouders met de werkwijze van een dokter. De volgende uitspraken zijn daarvan een illustratie. 'De schaapjes kunnen immers toch niet vertellen wat hun scheelt?' En heel treffend is ook: 'Zij (de kinderen) hebben geen luikje in het lijf, waar dokters achter kunnen kijken, dus die moeten er ook maar naar raden'.<sup>17</sup>

Bij personen van circa 15 tot 65 jaar lag de zaak echter iets anders. Om te beginnen waren zij de belangrijkste kostwinners. Als zij ziek werden, viel de bron van inkomsten weg. Alles werd in het werk gesteld om een spoedige genezing te bevorderen. In zijn beschrijving van het oude Kempenland rond 1930 merkt Barentsen<sup>18</sup> op dat alle zieken, van jong tot oud, konden rekenen op een liefderijke verzorging door hun huisgenoten, 'maar voor half-volwassenen en voor jonge volwassenen, wier dood een grote leemte zou achterlaten, worden de zorgen verdubbeld'. Omdat men geen middel onbeproefd wilde laten, werd ook de hulp van een dokter ingeroepen.<sup>19</sup> De behandeling van volwassenen had doorgaans meer succes, niet omdat de therapie beter was, maar doordat de volwassenen nog in de kracht van hun leven waren en over een betere weerstand beschikten. In vergelijking tot kinderen en bejaarden hadden zij een grotere kans een ziekte te overleven. De genezing kwam op het krediet van de dokter te staan, niet helemaal terecht natuurlijk, maar de omstanders legden nu eenmaal het verband tussen het herstel van de patiënt en de medische behandeling die hij had

<sup>17</sup> Idem, pag. 363.

<sup>18</sup> P.A. Barentsen, *Het oude Kempenland. Een proeve van vergelijking van organisme en samenleving*, z.p. 1935, pag. 116.

<sup>19</sup> Cfr. J.F.R. Philips, a.w., pag. 253-254.

ontvangen.<sup>20</sup> Zo is in de loop van het medicaliseringsproces in ideaal-typische zin een onderscheid ontstaan tussen twee soorten patiënten, aan de ene kant die voor de dokter, dat waren de volwassen mannen en vrouwen in de bloei van hun leven, en aan de andere kant die voor de volksgeneeskunde, namelijk jonge kinderen en bejaarden. Er zijn aanwijzingen dat sommige dokters zich bij die verdeling neerlegden. Ze vermeden de groepen met de grootste sterftetekansen. In Frankrijk konden in het begin van de 19e eeuw ouders soms eerst na lang zoeken een dokter vinden die bereid was een ziek kindje onder behandeling te nemen.<sup>21</sup> En in de Limburgse Mijnstreek toonden volgens een door de Volkenbond in 1927 gehouden enquête vele fondsartsen te weinig belangstelling voor de ziekten van zuigelingen, hetgeen één van de redenen was waarom moeders veel te lang wachtten met het inroepen van deskundige hulp wanneer hun baby's ziek werden.<sup>22</sup>

### *Conclusie*

In mijn betoog heb ik getracht duidelijk te maken dat het verdringen van de volksgeneeskunde en de opkomst van de officiële geneeskunde een proces was met een gedifferentieerd verloop. De timing van het medicaliseringsproces verschilde al naar gelang de regio, de sociale klasse en de leeftijdsgroep. In het licht van deze uitkomst zou ik de volkskundigen er op willen attenderen dat de relictten van de volksgeneeskunde door een filter zijn gegaan; een filter dat de remedies heeft doorgelaten die werden gebruikt a) op het platteland van de randgewesten, door b) de lagere sociale milieus, ter bestrijding van c) ziekten en kwalen van kinderen en ouden van dagen. Het filter heeft echter de rest van de volksgeneeskunde niet doorgelaten. Ik denk dat de remedies van het proletariaat in de steden en de remedies die betrekking hebben op de ziekten van volwassenen, althans de relictten daarvan, veel schaarser zijn vertegenwoordigd. Ik zou dan ook willen voorstellen om volksgeneeskundige remedies zoveel mogelijk door te lichten op hun sociaal-historische context.

De volksgeneeskunde van nu is dus geen weerspiegeling van de volksgeneeskunde van toen. Remedies zijn verloren gegaan doordat ze in de zeef van de medicalisering zijn achtergebleven. En dan heb ik het nog niet gehad over de remedies die in onbruik zijn geraakt doordat de ziektes waarop zij

<sup>20</sup> L. Clarkson, *Death, disease and famine in pre-industrial England*, Dublin 1975, pag. 106-107.

<sup>21</sup> J. Gélis, M. Laget et M.F. Morel, *Entrer dans la vie*, Paris 1978, pag. 191.

<sup>22</sup> J.H. Starmans, a.w., pag. 408.

van toepassing waren, hier niet meer voorkomen. Ik denk aan pest, cholera, pokken etc. Zoals de volkskundige niet kan volstaan met relictonderzoek, omdat relictten een vertekend beeld geven van de actuele volksgeneeskunde - er worden in de volksgeneeskunde immers nieuwe remedies uitgevonden - zo ook kan de historicus niet blind varen op relictonderzoek, omdat zoveel remedies in de loop der tijden zijn verdwenen of in een heel andere context zijn terecht gekomen. Een verantwoorde historische reconstructie van vroegere vormen van volksgeneeskunde dient in belangrijke mate te berusten op het onderzoek van archivalia en andere historische bronnen.