

Het huisbezoek omstreeks 1900

PROF. DR. A. M. LUYENDIJK-ELSHOUT*

Omstreeks het einde van de vorige eeuw maakte het huisbezoek nog het voornaamste deel uit van de praktijk van de medicus. Hoe dat huisbezoek verliep, weten we onder meer uit de contemporaine romanliteratuur – waarbij vooral het werk van Balzac, Zola, Stevenson en Shaw moet worden genoemd –, uit de memoires van verschillende artsen en uit een aantal satirische geschriften. Weliswaar laat dit materiaal een moderne wetenschappelijke vraagstelling niet toe, maar het geeft niettemin een betrouwbaar beeld van het zwoegen van de toenmalige medicus.

Voor 1870 waren nog vrijwel geen spreekkamers in gebruik; dit instituut kwam pas later tot ontwikkeling (*Artelt und Rüegg*). Wel had de arts een werk- of studeerkamer, waarin hij eenvoudige onderzoeken deed: microscopie, urineonderzoek en soms sputumonderzoek (op elastische vezels, bij verdenking op longtuberculose – *Pel*). Geavanceerde medici voerden daar zelfs experimenten uit, vooral bacteriologische; deze kwamen na het werk van Robert Koch in de tachtiger jaren in de belangstelling te staan.

De arts trok er dus op uit om zijn patiënten te bezoeken. Berichten hierover vinden we in de memoires van de Nederlandse artsen *Scheltema*, *Van der Hoeven* en *Greidanus*. Voorts kunnen we beschikken over enkele, door Arntzenius vertaalde, buitenlandse memoires, onder andere die van de Rus *Weressajew* en de Italiaan *Ughetti*. Ook vanuit de sociologische optiek is over het huisbezoek geschreven, zij het meer met het oog op de inrichting van de geneeskundige zorg. Verder zijn uit de Duitse literatuur enkele zeer romantische verslagen bekend, onder andere van *Max Nassauer*. Er is dus een overvloed aan geschriften.

Deze geschriften zijn merkwaardig gelijk van inhoud. Overal blijkt het grote verschil tussen de plattelandspraktijk en de praktijk in de stad. Alle boeken verhalen ons van hard sjouwende medici, die vooral op het platteland voor de gehele zorg van hun patiënten ver-

antwoordelijk zijn. Uit alle boeken, vooral de klaagzang van *Weressajew*, blijkt de onmacht van de arts tegenover de vigerende ziekten en de gelatenheid van de patiënt ten opzichte van zijn lot. Pas na 1900 komt er enige mondigheid van de patiënten. Deze is echter in hoofdzaak gericht op de nieuwe geneesmiddelen, die door de farmaceutische industrie worden geadverteerd. In deze studie heb ik mij grotendeels moeten bepalen tot de informatie die via memoires bewaard is gebleven. Daarnaast vormden ook satirische geschriften een belangrijke bron (*Witkowski*; *Mr. Punch*; *Rideamus*; *Le Rictus*; *Der fidele Patient*; *Zur Genesung*). Een moderne probleemstelling is met dit materiaal niet zinvol; zo zijn er uit die tijd bijvoorbeeld nauwelijks statistische gegevens, waaruit men een beeld kan krijgen van het aantal praktiserende artsen en hun standplaats. Ik zal mij daarom beperken tot het gezegde van Montaigne: Je n'enseigne pas, je raconte.

Het platteland

De medicinae doctor, die zich tussen 1880 en 1900 ten plattelande vestigde, werd aldaar geconfronteerd met het verdwijnende instituut van plattelandsheelmeesters. Dit was een overblijfsel uit het begin van de negentiende eeuw, toen de schaarste aan geneeskundige verzorging vooral buiten de steden zeer groot was. Na het in werking treden van Thorbecke's wet uit 1865 bleven nog vele vroedmees-

ters, rondreizende tandmeesters en plattelandsheelmeesters praktiseren. Van deze laatsten hadden sommigen een „open apotheek”, een winkel, waarin zij naast medicamenten ook levensmiddelen en landbouwartikelen verkochten (*Bruinsma*). De jonge dokter, die zich ten plattelande vestigde, was verplicht gehoor te geven aan de oproep van deze geneesheren, als zij een sterfgeval in hun praktijk hadden (*Scheltema*). Boerenfamilies wensten de dood van een hunner verwanten door de medicinae doctor te laten vaststellen. Bovendien waren de plattelandsheelmeesters in de uitoefening van hun praktijk door verordeningen die in 1818 waren vastgelegd, sterk beperkt.

Ondanks een grotere bevoegdheid van handelen, die ook financieel hoger werd gewaardeerd, verkeerden de jonge medici aanvankelijk in armoediger omstandigheden dan hun niet universitair opgeleide collega's. Een kale doktersjas en honger waren kenmerken van vele plattelandsartsen. Een paard kon er aan het begin van de praktijk niet af. De sobere en vaak vochtige huurkamer was tegelijk woonruimte, studeerkamer, wachtkamer en apotheek. Zo beschrijft *Greidanus* dat hij zijn praktijk in Friesland begon in een molen. Op de eerste morgen, midden in de winter, overzag hij het landschap: mist en sneeuw. Gelegenheid tot schaatsenrijden was er in overvloed; zo maakte hij op ongedwongen wijze kennis met de inwoners. Toen de dooi intrad, kwam ook zijn praktijk op gang. Baggerend door kniediepe poelen moest hij zijn zieken bereiken.

Hiermee komen we bij het eerste probleem van het huisbezoek: de communicatie. De arts ontving een verzoek om een visite meestal mondeling van de familie of bureu van de patiënt. Daartoe was zijn huis voorzien van een zeer luide bel, die de dokter ook 's nachts moest kunnen horen (*Scheltema*). Liep de praktijk eenmaal, dan luidde die bel de ganse dag, meestal van 's morgens vier uur af: de boeren wilden dat de knechten voor het melken eventuele boodschappen bij de huisarts afgaven. Doordat de familie dan meestal nog sliep, gebeurde het een enkele maal dat de berichtgever tot in de slaapkamer doordrong, maar meestal nam de arts de boodschap in ontvangst via het opengeschoven raam.

Vanaf zeven uur nam het dienstmeisje de boodschappen aan; die werden opschreven op een lei. Kwam de huisarts terug van zijn vroegste visites, dan kon

*Bijzonder hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

hij na het ontbijt weer op stap. Het dienstmeisje was vaak een dochter uit een boerenarbeidersgezin, dat werd opgeleid door de echtgenote van de arts; soms moest deze haar zelfs leren lezen en schrijven, want van de leerplichtwet kwam op het platteland niet altijd evenveel terecht. Verder werd het dienstmeisje geïnstrueerd om de boodschappen zodanig vast te leggen, dat de arts er enig houvast aan had (*Scheltema*).

De meeste boodschappen werden mondeling overgebracht, veelal vergezeld van een eigen diagnose. Sommige berichten kwamen in de vorm van een briefje. Altijd werd aangedrongen op spoed. De omschrijving van de aandoening was vaak vaag. *Scheltema* deelt mee dat de invoering van de telefoon de communicatie met de patiënten niet verbeterde, wel die met de apotheker.

Als de arts zich op pad begaf, moest hij netjes gekleed zijn; daar werd, ook bij de armste patiënten, nauwkeurig op gelet. Een duffelse jas en stevige laarzen waren onmisbare kledingsstukken. Zakhorloge en een houten stethoscoop, eventueel ook een biaurale stethoscoop en een percussiehamer vergezelden hem. Ging hij te voet, dan trachtte hij zo ver mogelijk de spoordijk te volgen. Ging hij te paard, dan kon hij door de velden gaan. Als de wegen begaanbaar waren, maakte hij gebruik van een chaise of zelfs een rijtuig.

De paarden die de jonge arts gebruikte, waren meestal niet van al te beste kwaliteit (*Greidanus*). Door de uitbreiding van de spoorwegen werden vele vervoersdiensten opgedoekt en gingen de paarden voor een zachte prijs van de hand. Een Duits collega die omstreeks 1880 praktizeerde, klaagde over zijn paard, dat hij had overgenomen van de postillon en dat met geen mogelijkheid voorbij een kroeg te krijgen was (*Nassauer*). Overigens was dat niet zo verwonderlijk, daar de arts vaak zijn paard bij een herberg of uitspanning stalde om verder te voet naar zijn patiënt te gaan. De kans bestond immers dat het paard daar niet behoorlijk zou kunnen worden verzorgd, doordat de arme boeren slechts geiten of schapen hielden en er geen stal aanwezig was.

Een andere merkwaardigheid van dokterspaarden was de rivaliteit, die er bestond tussen het paard van de medicus en dat van de pastoor. Meestal wisten de dokterspaarden heel goed de route, die hun meester langs de patiënten moest afleggen. Zij sukkelden die in een kalm tempo, dat door het paard

werd bepaald, af. Dit veranderde onmiddellijk als de sjees van de geestelijkheid er aan kwam. Dan spitsten zich de oren, trilden de neusgaten en stoven de paarden langs de wegen in een wedren wie het eerste de patiënt zou bereiken, ook al was er van gevaar voor diens leven geen sprake.

Het mag romantisch klinken, dit te paard naar zijn patiënten gaan, maar menige arts is er mee verongelukt. In Frankrijk kwam in 1893 de beroemde arts Prunières, een van de grondleggers van de paleopathologie, om toen tijdens een sneeuwstorm zijn paard kwam te vallen en de koets omsloeg (*Morel*). Arm- en beenbreuken waren het risico, dat de artsen te paard liepen, vooral tijdens nachtelijke tochten. Meestal zetten de boeren dan een lantaarn voor het raam, zodat de dokter zich op een lichtje kon oriënteren (*Greidanus*).

Was hij eenmaal bij de woning aangekomen, dan wachtten de arts nog een aantal problemen, waardoor de uitoefening van zijn geneeskunde werd bemoeilijkt. De woonomstandigheden ten plattelande waren zeer pover, men denke slechts aan de plaggenhutten in Drente. Vooral in die streken was het drinkwater een groot probleem. De rieten daken lieten geen regenwater aflopen. Dit werd opgeschept uit poelen en plassen en was verre van fris. De hygiënische toestanden waren dan ook erbarmelijk. Vaak nam de medicus zelf schone handdoeken en zeep mee. De bevolking kende nauwelijks persoonlijke hygiëne; een mens werd slechts tweemaal in zijn leven gewassen: bij zijn geboorte en na zijn dood, als hij werd afgelegd. Voeg daarbij de vele ziekten, die met koorts en diarree gepaard gaan en men kan zich van de lucht in het vertrek wel enigszins een voorstelling maken. Vooral etterende wonden waren in dit opzicht berucht en de difterie, die men vaak al buiten de woning kon ruiken (*Van der Hoeven; Greidanus*). In sommige hutten bestonden nog de toestanden die Balzac in 1833 vermeldt: mensen en vee onder één dak; meestal ging het hierbij om de koe en enige schapen.

In het westen van Nederland waren de hygiënische omstandigheden veel beter, vooral in steden en dorpjes die omringd waren door fris, stromend water. In het bijzonder wordt Edam geprezen, waar de bevolking niet alleen de huizen, maar ook het lichaam schoon hield (*Rapport*).

De zieke was meestal omringd door verwanten en buurvrouwen, die de arts van koffie voorzagen. Ook in strenge

winters waren de armelijke woningen redelijk verwarmd, de arts kon zijn jas en schoenen bij het vuur drogen.

Het onderzoek werd bemoeilijkt door de slechte verlichting. Meestal werd de patiënt uit de bedstede gehaald en op een tafel gelegd, vooral als het om een heelkundige ingreep ging. Een enkele keer moest een van de burens naar de woning van de arts worden gestuurd om medicamenten en instrumenten te halen. Dan verstreken soms uren, die de arts in afwachting van zijn benodigdheden moest doorbrengen. Waren de instrumenten eindelijk aangekomen, dan werd de ingreep op de tafel uitgevoerd, een tracheotomie, incisie van een abces, soms zelfs kleine amputaties. Het geven van chloroform of ethernarcose kon alleen in het lichte jaargetijde plaatsvinden, als er geen open vlam als lichtbron hoefde te worden benut (*Artelt*).

Bij de meer welgestelde gezinnen waagde de arts zich wel eens aan grotere ingrepen. Dan werd de operatie van tevoren met de familie en de patiënt besproken. Er werden ketels water gekookt, er werd voor schoon linnengoed en verband gezorgd. De arts leende dan instrumenten uit een naburig gasthuis. De in Leiden opgeleide medici gebruikten zelfs de carbolspray van Lister, daartoe aangezet door Van Iterson, die de antisepsis in de heelkundige kliniek al in 1875 had ingevoerd. Een dergelijke ingreep werd door *Scheltema* met een collega verricht bij een tuinman, die aan lipcarcinoom leed. *Van der Hoeven* amputeerde met de burgemeester als assistent een extremitet bij een patiënt in Leidschendam. Toch kwam het op het platteland meestal niet tot zulke ingrepen. Vooral buikaandoeningen als geperforeerde appendicitis en ileus leidden tot de dood, zonder dat er een ingreep aan te pas kwam.

De patiënten ondergingen over het algemeen de geneeskundige hulp met een gelaten gemoed. Het was meestal de familie, die de behandeling bemoeilijkte door achterdocht en bijgelovigheid. Dikwijls werd veel te laat gewaarschuwd als het om het leven van de vrouw of om dat van een van de talrijke kinderen ging. Vrouwen waren er genoeg; het verlies van een stuk vee was veel erger. Een kind verliezen betekende een mond minder, wat in armoedige omstandigheden tot verlichting leidde. „Het kerkhof te baat hebben” was een gezegde, dat in kinderrijke gezinnen

werd gebruikt als een jonggeborene die niet welkom was, overleed.

De achterdocht jegens de *medicinae doctor gold* meestal „nieuwigheden”: wantrouwen tegenover zijn kunde, tegenover voorgestelde verbeteringen op hygiënisch gebied, tegenover dieetvoorschriften. Daarnaast door-kruisten bijgeloof en kwakzalverij de medische behandeling. De stank van difterie werd nog verergerd door het zakje dode pieren, dat op de keel van het kind lag. De duivelsbanner, de betoverde karnton, de weerwolf en de heks speelden hun rol op het platteland. *Greidanus* beschrijft op kleurige wijze de „wonderdokteres”, weduwe van een boer die enige veterinaire kundigheden had bezeten. Zij verkocht dranken, die zij van wijlen haar echtgenoot voor diens veeartsenij had leren bereiden, in enigszins gewijzigde vorm aan haar klanten. Omdat ze deze dranken gratis over de toonbank van haar herberg versterkte, was zij voor de justitie ongrijpbaar. De dranken werden echter pas aan de klant overhandigd als deze een consumptie had genuttigd. Maar of dat een kop koffie of een glas jenever betrof, de prijs was dezelfde: een rijksdaalder.

Na 1900 kwam de arts vaak in conflict met de dominee, die zijn geneeskundige behandeling doorkruiste met het verstrekken van homeopatische geneesmiddelen uit de huisapotheek. Deze ontwikkeling is te danken aan Abraham Kuiper, die een groot voorstander van de homeopathie was. Hij heeft bevorderd dat dominees die op het platteland stonden, enige kennis van deze tak van de Hippocratische stam hadden, zodat de zieleherders ook enigszins het heil van het lichaam konden verzorgen (*Lindeboom*).

Het huisbezoek op het platteland was dus een zware taak voor de arts. Van geschoolde verpleging was geen sprake; wijkzusters waren er in 1900 slechts in enkele steden; in de kleine stadjes hadden zelfs de ziekenhuizen nog geen deskundige verpleging (*Scheltema*). Op het platteland had de arts hoogstens een baker aan zijn zijde. Dit betekende dat het wisselen van verbanden, het geven van injecties, clysmata, massage en Priessnitzbehandelingen allemaal door de arts moest geschieden. Zo waren de huisbezoeken op het platteland vaak van lange duur, omslachtig en uiterst vermoeiend. Daartegenover stond de hulpvaardigheid van de bevolking, de veiligheid van persoon en goed, het gezag van de arts, als de achterdocht eenmaal was overwonnen. Daardoor

zijn veel medici, ook in kleine steden, in staat geweest invloed uit te oefenen op belangrijke sociale ontwikkelingen, zoals drinkwatervoorziening, verbetering van de kwaliteit van het voedsel en een betere hygiëne. *Balzac* beschrijft in zijn *Médecin de Campagne* de arts Benassis, die zich in de omgeving van Grenoble als een stuwende kracht achter de bevolking zette, om deze financieel, economisch tot ontwikkeling te brengen. Van hem is de uitspraak: lonende arbeid is de beste medicijn.

De stad

Vestigde een jonge doctor *medicinae* zich in een stad van enige omvang, dan begon hij zijn praktijk op even bescheiden schaal als zijn collega op het platteland. Ook voor hem geen dokterswoning, maar op zijn best een etage boven een winkel. Dat had voordeel voor de winkelier: de boodschappers waren allicht bereid iets te kopen als ze de dokter kwamen waarschuwen.

Meestal begon de huisarts als armen dokter, daarna kreeg hij er een ziekenfondspraktijk bij en tenslotte ook particuliere patiënten. Om een niet al te karige boterham te hoeven eten, namen de jonge artsen er vaak een buitenpraktijk bij, die dan weer geheel het karakter van een plattelandspraktijk had.

De stadsarts begon de dag aanzienlijk later dan zijn plattelands collega, maar ook bij hem luide de bel zonder ophouden, vaak tot laat in de avond. Ook hier kwamen de boodschappen op het leitje, maar vaak werd er bij verzocht dat dokter niet met de koets zou komen, opdat de burens niet zouden bemerken dat er een zieke in huis was. De arts ging dan te voet door de stad, in een geklede jas, 's winters met pels en aanvankelijk nog met een hoge hoed. Hij was goed geschoren; knevels en baarden werden slechts door militairen en schilders gedragen. Aan twee attributen werd belang gehecht: het gouden potlood en het gouden horloge. Ook hoorde bij dit beeld een zilveren doosje met pepermuntjes voor de kinderen. Deze uiterlijkheden worden in alle memoires genoemd.

Als de praktijk goed liep, werd een rijtuig gekocht en een koetsier aangesteld. Deze verzorgde de gehuurde paarden en het tuig. Hij had vaak bijverdiensten, onder andere door het rijden van de lijkkoets bij begrafenissen. Het soort zorgen, dat de plattelandsarts met zijn paard had, vielen de stadsarts menigmaal toe met zijn koetsier, die

ongaarne een borrel weigerde en een zwak had voor dienstmeisjes. Tijdens het bezoek van de huisarts kwamen de burens inlichtingen bij de koetsier vragen, die deze gewichtig verstrekten, zij het met enige diplomatie zoals zijn status vereiste.

De fiets, die sinds 1887 als massafabricaat werd vervaardigd, kwam spoedig bij jongere artsen in gebruik. In 1896 stonden er bij de A.N.W.B. twintig geneesheren geboekt, die van een rijwiel waren voorzien. Zij namen het niet zo nauw met de dokterskleding. De oudere collega's ergerden zich aan de sportjas, de pet en de zomerse strohoed.

De stadsarts lette bij zijn bezoek nauwkeurig op de ontvangst, op de verhouding van het dienstmeisje tot de vrouw des huizes, op de ziekenkamer, op het sanitair. De aanwezigheid van een bidet werd omstreeks 1900 nog als een verderfelijke teken van aanhanging van neomalthusianisme beschouwd. Ook werd toegezien op het gebruik van geneesmiddelen; werden er flesjes weggestopt, dan duidde dit op de aanwezigheid van andere medicijnen dan de arts had voorgeschreven. Het lichamelijk onderzoek werd ook in de stad bemoeilijkt door gebrek aan persoonlijke hygiëne; niet voor niets bleef de lange houten stethoscoop lang in ere. Altijd werd de pols gevoeld en de tong geïnspecteerd. Bij verder onderzoek moest de arts echter omzichtig te werk gaan. Vooral de Haagse chic was van mening dat de arts de diagnose moest „zien”; lichamelijk onderzoek was een teken van onzekerheid (*Van der Hoeven*). Ook hier stond de homeopathie in hoog aanzien. De arts mocht de patiënt niet verlaten met een raadgeving of dieet, maar moest in ieder geval een medicijn voorschrijven. In de steden trachtten de artsen de arme patiënten op te laten nemen in een ziekenhuis, vooral als zij aan besmettelijke ziekten leden. Kleine neringdoenden vreesden de „aanplak” bij besmettelijke ziekten, waardoor hun karig inkomen zou teruglopen. Daarom was ook voor hen het ziekenhuis een uitkomst. Daartegen bestond echter vaak grote weerstand: de angst om gewassen te worden en de vrees, snoepgoed en alcohol te moeten ontberen. Fondspatiënten liet men zoveel mogelijk thuis, vanwege de uitkering en de mogelijkheid om de wijkzuster voor de verpleging in te schakelen. In 1892 pleitte *Blooker* voor de verpleging thuis, de begeleiding van de zieke door de gezinsleden tot aan de dood. *Blooker*

achte de omgeving van het ziekenhuis ongunstig voor de patiënt: moeders gingen liggen tobben over hun kinderen en de patiënten moesten de vrije omgang met vrienden en huisdieren ontberen. Vaak leerde de wijkzuster een gezinslid de eenvoudige beginselen van de verpleging. Dat was ook wel nodig, want een stad als Utrecht had in 1892 slechts twee wijkverpleegsters (*Scheltema*), wat zelfs vrij geavanceerd was!

In de praxis aurea signaleerden de meeste artsen een verschil in gedrag tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten. De zieke man werd bij het huisbezoek meestal in bed aangetroffen met opgetrokken dekens en de slaapmuts op het hoofd. Hij was bevreesd voor het opleggen van leefregels en voor de mogelijkheid van een operatie. De diagnose jicht mocht niet worden uitgesproken, men moest liever van reumatiek spreken; de eer van de jicht was duidelijk aan het tanen. De vraag, hoeveel dagen de patiënt in bed zou moeten blijven, diende de arts nimmer te beantwoorden (*Ughetti*). De dames lagen vaak in negligé op een chaise longue, de arts moest aandachtig luisteren en langdurig de pols voelen. Gekleurd ondergoed werd door dames niet fatsoenlijk geacht, als zij zich voor een arts moesten ontkleden. Het begrip lymfatisch gestel moest vermeden worden; men deed er beter aan van nerveus gestel te spreken. Dat was tevens een compliment: in 1890 lag in het woord nerveus ook geestigheid en levendigheid besloten.

Huisbezoeken in de stad duurden niet lang. Het aantal varieerde van twintig tot vijftig per dag, volgens de wat vage opgave van de memoireschrijvers.

Veranderingen

De belangrijkste veranderingen waarover de memoireschrijvers berichten, zijn een gevolg van de opkomst van de specialismen. De patiënten konden nu rechtstreeks een specialist consulteren, hetgeen de artsen de klacht ontlokte dat ze niet op de hoogte waren van hetgeen er met hun patiënten gebeurde en dat de vertrouwensrelatie werd geschaad. Anderzijds begeleidden veel artsen hun patiënten naar het ziekenhuis en assisteerden zij bij operaties of gaven ze narcose.

Ook het huisbezoek veranderde: zowel in de stad als op het platteland verscheen de auto, goedkoper dan het rijtuig en aanvankelijk zelfs in gebruik als lichtbron bij heelkundige ingrepen op

het platteland, als er alleen een open vlam als verlichting aanwezig was (*Van der Hoeven*).

Pas na 1900 kwam de koortsthermometer in de huisartspraktijk aan de orde en werden de artsen achtervolgd met „koortsbulletins” door hun patiënten. Dit was vijftig jaar na Wunderlichs invoering van de thermometer in de kliniek. Men moet daarbij bedenken dat de artsen in het begin zelf thermometers aan de patiënten gaven om het verloop van de temperatuur te meten maar dat deze die thermometers meestal kwijtraakten. Pas toen de Kruisverenigingen sanitaire apparatuur, waaronder ook thermometers, aan de patiënten gingen verstrekken, werd het koorts opnemen van enig nut voor de arts.

Tussen 1880 en 1920 werd het huisbezoek teruggebracht van de belangrijkste vorm van gezondheidszorg tot slechts een onderdeel van de praktijk van de huisarts, een onderdeel, dat overigens nog steeds hoog door de patiënt werd gewaardeerd. De taak van de huisarts moest wel veranderen, gezien de maatschappelijke ontwikkelingen en de progressie van de geneeskunde in die tijd. De huisartsen hebben echter steeds gepleit voor het handhaven van de band tussen huisarts en gezin. Kennisname van werk- en woonomstandigheden, de gezinsopbouw en relaties van hun patiënten achtten alle memoireschrijvers van groot belang. Ook in de moderne gezondheidszorg zal de huisarts, hoezeer zijn positie ook gewijzigd mag zijn, met deze omstandigheden van zijn patiënten geconfronteerd worden.

Artelt, W. Cito-tuto-iucunde? Arts, rijwiel en auto omstreeks 1900. (1957) Ciba Symposium V-1, 5-17.

Artelt, W. und W. Rüegg. Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Vorträge eines Symposiums.

Balzac, H. de. Le médecin de campagne. Larousse, Paris, 1834.

Blooker, C. F. J. Verpleging van zieken in eigen woning. Rede, uitgesproken op de samenkomst van belangstellenden in ziekenverpleging in Nederland, gehouden in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam in oktober 1892.

Bruinsma, G. W. De geneeskundigen in Nederland en hun praktijk een halve eeuw geleden. (1907) Ned. T. Geneesk. 50, 59-73.

Fidele, Der, Patient und sein Doktor. Braun und Schneider, München z.j.*

Greidanus, S. De dagen van olim. Herinneringen van een geneesheer. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1908.*

Hoeven, L. van der. Uit de praktijk van een medicus. Mouton & Co, Den Haag, 1929.*

Lindeboom, G. A. Kuyper en de homeopathie. (1961) Geloof en Wetenschap 59, 103-106.

Morel, Ch. Paléopathologie, observations nouvelles provenant de la Lozère et de l'Aveyron. Thèse Montpellier, 1951.

Mr. Punch among the doctors. Methuen & Co, London, 1933.*

Nassauer, M. Doktorsfahrten, ärztliches und menschliches. Stuttgart, 1902.*

Pel, P. K. De klinische diagnostiek voor vijftig jaar en thans. (1907) Ned. T. Geneesk. 50, 19-28.

Rapport over de „ziekenverpleging” ten plattelande. Afkomstig van de rubrieken Zieken en Wijkverpleging van de Nationale Tentoonstelling van Vrouwenarbeid, circa 1900.

Rictus, Le. Journal humoristique mensuel ad usum Medicorum. 1909-1910.*

Rideamus. Een nieuw prentenboek voor medici en patiënten ... verzameld door B. I. Stourie. Binger, Amsterdam, 1912.*

Scheltema, B. E. Herinneringen van een geneesheer. Thieme en Cie, Zutphen, 1917.*

Ughetti, G. B. Artsen en patiënten. Herinneringen van een geneesheer. Vertaald uit het Duits door A. K. W. Arntzenius. Den Haag, 1900.*

Weressajew, W. De biecht van een practiserend geneesheer. Naar de Deutsche vertaling van C. von Gutschow bewerkt door A. K. W. Arntzenius. Cohen en Zn., Amsterdam, 1902.*

Witkowski, G. J. Anecdotes médicales, bon mots. Pensées et maximes. Chansons, épigrammes, etc. Marpon et Flammarion, Paris, 1882.*

Zur Genesung. Braun und Schneider, München, z.j.*

* Deze werken zijn afkomstig uit de voormalige collectie van het Instituut voor Geschiedenis der Geneeskunde, bijeengebracht door J. G. de Lint. Zij bevinden zich thans in het Rijksmuseum voor de Geschiedenis der Natuurwetenschappen (Museum Boerhaave) te Leiden.