41STE JAARGANG 15 JULI 1937 No. 6

Tijdschrift voor Praktische Verloskunde

Zuigelingenverzorging en Praktische Hygiëne

Hoofdzakelijk ten dienste van Vroedvrouwen

VOORTZETTING VAN HET

MAANDBLAD VOOR PRAKTISCHE VERLOSKUNDE

INHOUD: *De plaats van de keizersnede in de therapie van eclampsie en placenta praevia, door Prof. W. Birkenbach uit Göttingen. — Wat ons de laatste statistische studies over moedersterfte in de stad New-York leeren, door Dr. Jozef A. Schockaert, Leuven (II, slot). — De datum der bevalling, door H. Bs. — Mededeelingen uit de praktijk: Een dood kind; De gevolgen van te weinig vruchtwater: Wat een vroedvrouw mee kan maken, door mej. E. C. J. te W. — Zuigelingenverzorging. — Allerlei. — Advertentiën.*

DE PLAATS VAN DE KEIZERSNEDE IN DE THERAPIE VAN ECLAMPSIE EN PLACENTA PRAEVIA.

I.

Aan een artikel van Prof. W. Birkenbach uit Göttingen, verschenen in het Zentr.bl. f. Gyn. 1937, nr. 14 ontleenen we het volgende:

Voor die verloskundigen, die bij eclampsie de voorkeur geven aan een zoo spoedig mogelijke en meest sparende spoedverlossing, is de keizersnede de belangrijkste en meest toegepaste wijze. Stoeckel gelukte het bij een serie van 119 gevallen op deze wijze een sterfte van slechts 8.4 pct te bereiken, een resultaat, dat daarvoor nog nooit behaald was. Dat echter het laatste woord hierover nog niet gesproken is leeren de daarna gepubliceerde resultaten. Met een gematigd actieve therapie bereikte Rissmann een sterfte van 5.2 pct en Heynemann 7.4 pct. Verreweg de beste cijfers geeft Stroganoff, die van zijn 1113 eclampsie-gevallen met een tot het uiterst afwachtende behandeling zelfs slechts 3.68 pct verloor en bij 400 eclamptica's van de jaren 1932 en 1933 geen enkele sectio toepaste.

Stroganoff's cijfers zijn verwonderlijk. Zij zijn echter niet zonder meer het bewijs van de superioriteit van de afwachtende houding. Er valt meer voor de opvatting van Heynemann te zeggen, dat de lage sterfte der laatste jaren gedeeltelijk op het feit berust, dat de zware ge-

vallen van eclampsie, dank zij de prophylactische maatregelen, afnemen, waarbij dan ook nog in aanmerking moet worden genomen, dat in Leningrad de schaarschte aan levensmiddelen vermoedelijk een zelfde rol zal spelen als in Duitschland gedurende de oorlog. Desniettegenstaande geven deze resultaten een nieuwe aansporing aan de aanhangers van een gematigd actieve therapie.

We komen nu tot de gegevens van de Göttinger kliniek. Van 1926 tot en met 1935 zag men 111 gevallen van eclampsie. De therapie was gematigd actief, al zal uit de frequentie van de sectio blijken, dat daarmee niet al te lang werd gewacht. Hij werd direct alleen toegepast bij zware gevallen, maar na het falen der afwachtende houding ook secundair bij minder zware gevallen. In het algemeen werd na een flinke aderlating van een 300—500 ccm een medicamenteuze en narcotiseerende behandeling volgens Stroganoff ingesteld, om later met een van de makkelijkere operatief verloskundige operaties vaginaal te verlossen. Op deze manier werden er van de 111 eclamptica's 9 verloren, d.i. 8.1 pct. Van de kinderen stierven er 23, maar hiervan waren er 13 bij opname reeds afgestorven of niet levensvatbaar, zoodat de gereinigde sterfte 10 bedraagt. Daar er in het geheel 116 kinderen werden geboren (5 maal tweelingen) is de sterfte 9.7 pct.

Deze uitkomsten komen bijna geheel overeen met die van Stoeckel, die bij grootere activiteit respectievelijk 8.4 pct en 9 pct bereikte.

TABEL I.

totaal aantal	eclampsie voor de geboorte van het kind					eclampsie in het nageboortetijdperk en kraambed
	35 keizersneden		45 langs den natuurlijken weg verlosten			
	direct	secundair	ballon inbrengen	direct vaginaal	na afwachten vagin. (tang, enz.)	
111	20	15	9	8	28	31
daarvan †9 = 8.1 %	†3	†3	†2	—	—	†1

Van de negen met een metreurynter behandelde vrouwen stierven er twee. De eerste overleed na een kort kraambed met hoogen koorts, temperaturen tot 41 gr, op den vijfden dag aan een longembolie. Bij de tweede traden pas nadat de metreurynter aangelegd was, 19 zware aanvallen op, waaraan de vrouw te gronde ging.

Behalve deze twee moeders verloren ook nog 4 van de 6 levensvatbare kinderen het leven bij de ballontherapie, zoodat hierdoor wel be-

vestigd wordt, dat ze minder zich eigent tot eclampsie-behandeling; ze is een voortdurende krampopwekkende prikkel, begunstigt de infectie en belemmert de vrijheid van handelen ten opzichte van de keizersnede.

Bij een verdere bestudeering van deze tabel valt het vooral op, dat bij de andere vaginale ingrepen geen moeder het slachtoffer werd, al werden ook van 35 levensvatbare kinderen 6 verloren. We moeten echter in aanmerking nemen, dat deze 36 gevallen tot de lichtere soort behoorden.

Dat men met een afwachtende therapie ook niets steeds het voor oogen gestelde doel bereikt, bewijzen de 15 secundair uitgevoerde sectio's. Hieronder volgt de geschiedenis van de drie daarbij verloren moeders. Het eerste geval komt niet op rekening van de eclampsie, de keizersnede werd gedaan na een mislukte poging tot keering en de vrouw stierf aan peritonitis.

Bij de tweede bleek het na sectie niet om een zuivere eclampsie maar om een mengvorm met uraemie te gaan op den bodem van een oudere nierontsteking. Waarschijnlijk zou een direct toepassen van de sectio het optreden van uraemie op den 10den dag niet verhinderd hebben.

Alleen de derde is direct door de eclampsie overleden. Ze kwam na 3 aanvallen in de klniek; direct werd bloed afgenomen en medicamenten gegeven maar toen er na 28 minuten weer een aanval optrad, werd er tot sectio besloten. Ook hier is niet aan te nemen, dat een direct bij opname uitgevoerde keizersnede de 11 na de operatie optredende aanvallen verhinderd zou hebben. Bij de sectie werden zeer ernstige eclamptische orgaanveranderingen gevonden.

In geen van deze drie gevallen is dus aan te toonen, dat door de afwachtende houding het bovengemelde fatale verloop ontstaan is.

Van de drie, ondanks de directe keizersnede, overleden vrouwen, stierf de eerste gedurende de operatie.

De tweede werd na drie aanvallen in volkomen bewustelooze toestand in de kliniek opgenomen. Ook zij overleed op de operatie-tafel.

De derde kreeg na de opratie een bronchopneumonie, waaraan ze den 24sten dag overleed. Bij sectie werd bovendien ook nog een interstitieele nephritis gevonden.

Een succesrijke behandeling van zware gevallen is dus niet altijd mogelijk. Alleen een regelmatige contrôle gedurende zwangerschap is in staat het aantal met een ongelukkigen afloop nog te verminderen. De waarde van een dergelijke contrôle blijkt wel voldoende daaruit, dat in Göttingen bij de talrijke intoxicaties die bij de patiënten gezien werden het slechts 13 maal in de laatste 10 jaar tot een uitbreken van krampen kwam. Ze bleken daarbij nog licht te verloopen en gering in aantal

te zijn. Van deze gevallen overleed er slechts één, n.l. de bovenbeschrevene, die na een sectio peritonitis kreeg.

Bickenbach komt dan tot de volgende slotsom.

Uit zijn eigen materiaal en de laatste publicaties blijkt het, dat het niet noodzakelijk is, dat een snelle verlossing voor alle eclampsiën gelijk geldt. De sectio, die hierdoor dikwijls noodig zou zijn, komt alleen voor de allerzwaarste gevallen in aanmerking. Bij de lichtere gevallen is de keizersnede, tengevolge van het verhoogde infectie-gevaar, een dergelijke overbelasting, dat deze zooveel mogelijk aan de vrouw bespaard moet worden. Beslissend voor de indicatiestelling van sectio is de klinische totaal-indruk en de bloedsomloop, niet het aantal aanvallen.

Een, ondanks de ernst van het ziektebeeld, lage bloedsdruk, anurie, voortdurende bewusteloosheid, verwardheid en cyanose, ook buiten de aanvallen, eischen een direct ingrijpen. De sectio is verder geïndiceerd bij het falen van de afwachtende houding, dus wanneer na een ruime aderlating, Stroganoffsche behandeling, volledige uitschakeling van uitwendige prikkels verdere aanvallen niet onderdrukt worden of het ziekte-beeld in het geheel verslechtert. Hebben echter de medicamenteuze maatregelen succes en treden geen verdere krampen op, dan mag worden afgewacht tot met behulp van de tang of manueele extractie verlost kan worden. Zoo nu en dan zal toch nog tot keizersnede besloten worden, als het baringsverloop zoo langzaam is, dat er binnen afzienbare tijd geen uitzicht is op een vaginale verlossing.

(Slot volgt.)

WAT ONS DE LAATSTE STATISTISCHE STUDIES OVER MOEDERSTERFTE IN DE STAD NEW-YORK LEEREN [1])

door

Dr. Jozef A. Schockaert (Leuven).

II (Slot).

III. Bespreking en gevolgtrekkingen.

Het meest opvallend feit bij het ontleden dezer gegevens is wel het hoog percentage (⅔) der sterfgevallen bij kraamvrouwen, die stellig hadden kunnen voorkomen worden, indien de voorlichting der vrouwen beter ware geweest en indien de hun verstrekte medische hulp doelmatiger geweest ware.

De vraag rijst nu op: kunnen wij dezelfde gevolgtrekkingen ook voor ons land aannemen?

1) Overgenomen uit „Tijdschrift voor Verpleegkunde, Vroedkunde en sociale Geneeskunde", 14 jrg., nr. 8.

Het valt niet te ontkennen dat bij deze vergelijking het eenerzijds een enkele stad, zij het ook eene wereldstad, geldt, en anderzijds een heel land; men zou echter niet mogen hoopen dat de toestand voor ons land beter is als in New-York. Overigens valt het op dat de statistische getallen voor wat bevolking, verloskundig sterftecijfer, zoowel relatief ten opzichte van de algemeene sterfte, als in absolute waarde, bijna dezelfde zijn, gelijk tabel 5, voor 't jaar 1930 samengesteld, het vertoont. Men ziet trouwens dat de toestand voor België ietwat ongunstiger is in dit opzicht als voor de stad New-York.

TABEL 5. — **Vergelijking tusschen New-York City en België.**

1930	NEW-YORK	BELGIË
Inwoners	6.930.466	8.092.004
Sterfgevallen	74.849	107.468
Percentage op 1000 inwoners	10.8	13.2
Aantal verloskundige sterfgevallen. . . .	633	796
Percentage op 10.000 inwoners	0.91	0.98
Percentage op 100 sterfgevallen	0.86	0.74
Aantal geboorten	121.976	150.271
Percentage geboorten op 1000 inwoners .	17.6	18.6
Aantal verloskundige sterfgevallen van moeders, voor 1000 geboorten	5.2	5.3

Jammer genoeg ontbreken ons nog altijd nauwkeurig ingedeelde statistische gegevens over de verschillende oorzaken van de dood door zwangerschap en baring, voor ons eigen land. Een gelijk onderzoek zou ongetwijfeld nuttig zijn, maar zeker geen gunstiger toestand openbaren!

Het aantal als verloskundig aangegeven sterfgevallen in ons land bedroeg voor de jaren 1930 tot 1934 inbegrepen, resp. 796, 738, 701, 704 en 715, dus gemiddeld 730.

Indien het percentage der te voorkomen (65.8 pct) resp. niet te voorkomen sterfgevallen (32.2 pct) hetzelfde is in ons land als in New-York City, dan moeten wij wel aannemen dat er jaarlijks in ons land nog ongeveer 408 jonge vrouwen nutteloos den dood ten offer vallen.

Voor deze toestand is natuurlijk niet enkel de individueele practicus verantwoordelijk, maar daarbij het geneesheeren korps in het geheel, de academische vorming der artsen en ook de geheele maatschappij.

* * *

Welke algemeene gevolgtrekkingen kunnen wij dienaangaande uit deze studie halen?

Eerst en vooral staat het vast dat het onderzoek tijdens de zwangerschap (praenatale zorg) onvoldoende door de vrouwen werd gezocht en niet regelmatig genoeg werd nagevolgd. Deze toestand heeft als oorzaak meer de onwetendheid en de sleur van het vrouwelijk publiek, dan wel zijn slechte wil. Dit publiek is nog niet voldoende op de hoogte van de verschillende gevaren die met zwangerschap en baring wel kunnen verbonden zijn, maar die gelukkig toch in de ⅔ der overigens ernstig verloopende gevallen zeker te voorkomen zijn, dit echter alleen dan wanneer de noodige maatregelen tijdig genomen worden. Wellicht is het aan Mauriceau toegeschrevene en klassiek geworden motto[1]) wel wat te categoriek en misschien niet physiologisch heel juist, maar indien het publiek het herhaaldelijk mocht hooren, zouden wij het leven van vele jonge moeders kunnen redden!

Anderzijds, en dit is nog treuriger, ziet men nog te veel gevallen waar de zwangere vrouw zelf alles gedaan heeft wat in haar bereik en macht was. Zij heeft vroegtijdig en herhaaldelijk een arts geraadpleegd, maar deze, gelijk het ongelukkig genoeg nog wel voorkomt, heeft de zwangere maar vluchtig en oppervlakkig onderzocht: geen algemeen onderzoek, geen nauwkeurig bekkenonderzoek; de bloedsdruk en wellicht de urine werden niet onderzocht; er werd geen objectief gegronde verloskundige prognose gesteld enz. Al te veel practici, 't zij door sleur, 't zij door onverschilligheid, soms door onwetendheid, beseffen niet voldoende welke groote sociale verantwoordelijkheid op hunne schouders rust.

Wat ook opviel in Hooker's onderzoek, is het hoog percentage van verloskundig ingrijpen bij de gevallen die later doodelijk verliepen. Bij meer dan 45 pct der sterfgevallen, abortus en ectopische zwangerschap buiten beschouwing gelaten, werd op de eene of andere manier door den practicus ingegrepen.

Dikwijls was het uitgevoerde ingrijpen niet aangewezen of was er eene betere methode aangewezen. Vaak was het gekozen oogenblik niet het gunstige. Al te dikwijls werd te lang gedraald en dit geldt in 't bijzonder voor die baringen die dan later verscheidene uren of zelfs dagen na 't breken van de vliezen toch door keizersnede moest worden beëindigd. Nog te dikwijls werd trouwens hooge, corporale keizersnede toegepast bij zulke potentiëel besmette gevallen.

Dit alles bewijst genoegzaam dat het verloskundig denken bij sommige practici nog veel te wenschen over laat, en dat deze te lichtzinnig

1) „De zwangerschap is een ziekte die negen maanden duurt!"

zelf gevallen behandelen die eigenlijk in 't voordeel van de patiënte, naar bijzonder geschoolde verloskundigen hadden moeten verwezen worden.

Deze euvel bestond reeds ten tijde van Mauriceau[1]), maar is minder en minder aanneembaar omdat de vervoermiddelen en de speciaal uitgeruste klinieken zulk een uitbreiding hebben verworven.

Uit de Hooker'sche gegevens bleek ook dat in een te groot aantal der gasthuizen en der privaat-klienieken de operatiezaal voor chirurgie — waar etterende heelkundige aandoeningen behandeld en geopereerd worden — ook voor het verloskundig werk werden benuttigd, hetgeen gemakkelijk aan nutteloos besmettingsgevaar blootstelt. Ook werd hier en daar te gemakkelijk toegelaten aan jonge niet genoegzaam getrainneerde assistenten, alleen of zonder behoorlijke controle, zware verloskundige gevallen over te nemen.

* * *

Als besluit dezer studie wensch ik even twee richtsnoeren aan te duiden die wellicht in dezen toestand verbetering kunnen brengen.

De gewenschte maatregelen betreffen zoowel het publiek als de practici. Op deze laatsten berust eene gewisse verantwoordelijkheid: zij dienen vooreerst zelf beter ingericht te zijn om dan op hun beurt het publiek beter te kunnen ten dienste staan. Dienaangaande is zonder twijfel eene sterkere sociale geestes- „einstellung" vereischt, als het tot hiertoe de nog al te vaak bij ons volk en artsenkorps bestaande liberalistisch- individuëele levensbeschouwing het opdrong.

a) Eerst voor het publiek, d.i. de zwangere vrouw, die de meest belanghebbende is in den besproken toestand, maar het tragische ervan niet voldoende beseft.

Iedere zwangere vrouw moest op de hoogte zijn dat zij bij iedere zwangerschap aan een gewis gevaar is blootgesteld. In dit opzicht is overdreven optimisme even zoo ongewenscht als overdreven pessimisme. Zij moet weten dat het aantreffen van een normale toestand bij een eerste onderzoek, geen waarborg is en dat zij daarna niets meer vreezen moet. Ook dat het normaal verloop van al hare vroegere zwangerschappen en bevallingen, hoe talrijk ook, niet bewijst dat bij een volgende zwangerschap alles ook zoo vlot moet verloopen.

Zij moest ook op de hoogte zijn van hetgeen zij verwachten mag van den arts tot wien zij zich in volle vertrouwen wendt: dat b.v. het nalaten van urine-onderzoek, bloeddrukmeten, bekkenafmetingen nemen,

1) F. Mauriceau: Tractaet van de Siektens der Swangere Vrouwen en die eerst gebaert hebben, (1683), Amsterdam, blz. 202–203.

enz. een kunstfout of ten minste eene nalatigheid is van wege den behandelenden practicus.

Ik durf hier voor te stellen dat in de trouwboekjes een praktisch advies zou worden ingelascht, waarin de noodzakelijkheid van het onderzoek tijdens de zwangerschap aan de aanstaande moeders zou worden uitgelegd. Tevens moest daar worden bijgevoegd eene korte lijst der verschillende pathologische teekens die het inroepen van verloskundige hulp noodzakelijk maken, zooals b.v. bloedverlies tijdens de zwangerschap, of wel die een grondig onderzoek doen vereischen zooals oedemen, gezichtsstoornissen, enz. Zoodanig advies zou trouwens ook eventueel in den vorm van strooibriefjes of brochures door de geestelijke overheden aan de onwetende jonggehuwden kunnen toegereikt worden.

Dat men mij niet kome opwerpen dat dit alles al te veel schrik zou inboezemen en wellicht de zwangerschap als iets gevaarlijks doen inzien. Iedereen weet toch dat een overweg over het spoor gevaarlijk kan zijn — juist indien men de seinen niet kent: dit belet toch niet dat men den overweg gebruike. Trouwens om alle overbodige schrik weg te cijferen in den echten zin van 't woord, hoef ik enkel aan te stippen dat, indien er in 1930 in België 736 vrouwen bezweken aan verwikkelingen van zwangerschap en baring, er in 't zelfde jaar een honderdtal meer, 't zij 890, bezweken aan een gewelddadigen dood door ongeluk of moord! Het is bijna even gevaarlijk in een auto te stappen als een zwangerschap „op te doen"! In België sterft er jaarlijks nog geen vrouw op 10.000 inwoners aan verwikkelingen van zwangerschap en kraambed (0.98 op op 10.000 in 1930, 0.86 op 10.000 in 1934).

b) Voor wat nu de practici aangaat, is het volgende wenschelijk. Eerst en vooral moet de practicus, gelijk de vroedvrouw, gestadig als doel voor oogen hebben eene hoogere doelmatigheid te bereiken in zijn werk.

Zij moeten de barende en de naastbestaanden doen inzien dat ieder ingrijpen dat als enkel doel heeft een weliswaar pijnlijke, maar overigens normaal verloopende baring kunstmatig te verkorten, met grootere spontane baring. Dat wel bijzonder het verloskundig niet aangewezen en nutteloos ingrijpen, met het doel in de oogen der patiënte en van hare naastbestaanden, de prestatie te verhoogen, wel eens doodelijke gevolgen kan meeslepen, en overigens met 't begrip „degelijk geneesheer" en „eerlijk man" onvereenigbaar is.

Even zoo gewichtig is echter voor de practici de geestesgeschiktheid en de noodige zedelijke vorming te bezitten om in ieder pathologisch verloskundig geval, de grenzen hunner persoonlijke bevoegdheid in te zien, en het bestaan van bijzonder geschoolde specialisten praktisch te erkennen. Hoe wenschelijk het nog zij de normale verloskundige geval-

len ten huize te behandelen, hoe dringender ook is het nu vroegtijdig geschoolde hulp in te roepen of op te zoeken in niet- normaal verloopende gevallen.

Men vergeet soms dat de toestanden heel wat veranderd zijn sinds de tijd dat ieder practicus werkelijk d o c t o r moest zijn in „geneeskunde, heel- en v e r l o s k u n d e"! Wordt het niet zachtjes aan tijd deze ouderwetsche benaming te veranderen in deze van „doctor in n o r m a l e verloskunde of eutocie" en zoodoende de grenzen van de algemeene verloskundige bevoegdheid der practici te doen inzien.

Ik wensch U heden niet langer op te houden; mijn doel was enkel U eens te meer attent te maken op de nog overdreven verkwisting aan menschelijke levens.

Moeder worden is nog te vaak een àl te duur betaalde eer — en dit nutteloos! Ieder van ons heeft zijn rol te vervullen in het neerhalen van dit onmenschelijk losgeld! Vergeten wij het niet!

DE DATUM DER BEVALLING.

Teneinde de datum eener bevalling met meer zekerheid te kunnen voorspellen, zegt Dr. M a r i e T i s s e r a n d in „Le Concours médic", moest men beter onderricht zijn over begin en duur der zwangerschap.

Wat het begin der zwangerschap betreft, hebben de inzichten van O g i n o en K n a u s[1]), die het tijdstip der bevruchting tusschen den 11en en 17en dag van den menstrueelen kringloop vastlegden, ons een ietwat beter houvast gegeven. Zekerheid bestaat er evenwel nog niet, want:

1o. De ovulatie kan op elk tijdstip van den kringloop plaats vinden, c.a. onder invloed van uitwendige oorzaken.

2o. Het uitstooten van doorzichtig slijm uit de klieren van het slijmvlies van den baarmoederhals, welk slijm het indringen der zaaddiertjes bevordert, valt niet altijd samen met het oogenblik der ovulatie.

3o. Verschijnselen van overmatige prikkelbaarheid komen niet bij alle vrouwen voor en bewijzen overigens ook niet dat op dat moment de ovulatie plaats grijpt.

De datum der ovulatie is daarom slechts in ongeveer 4/5 van alle gevallen eenigermate zeker bekend.

Wat den duur der zwangerschap aangaat, zoo verdeelt men de vrouwen in verschillende groepen. De grootste groep omvat de vrouwen die tusschen den 280en en 290en dag der zwangerschap bevallen; de groep van den 270en—280en dag volgt daarop. Daarna komt de reeks van den 290en tot den 300en dag en ten slotte de groep van den 260en—270en

1) Waarover in dit Tijdschrift door Collega C ij f e r herhaaldelijk geschreven werd.

dag. De zoogenaamde kleine teekens: het voelen der kindsbewegingen, het hooren der harttonen van de vrucht, de hoogte van de baarmoeder, enz., zijn zeer variabel en onzeker.

De oplossing van het vraagstuk is dus sinds S t ar c k, die de bevalling verwachtte op het tijdstip waarop de menstruatie voor den 10en keer terug zou komen niet veel gevorderd.

H. Bs.

MEDEDEELINGEN UIT DE PRAKTIJK. *

Een dood kind.

Mej. M. is voor de 8e keer zwanger. De vorige bevallingen zijn allen normaal verloopen en waren allen jongens. Nu hoopte ze zoo vurig op een meisje. Met de 6e maand kreeg ik een boodschap even bij haar te komen. Ze vertelde mij dat zij sedert een paar dagen geen leven meer voelde. Daar ik niets bij mij had beloofde ik den volgenden dag even terug te komen. Neen ik hoorde ook geen harttonen en zou over een week nog eens onderzoeken. Ook toen voelde zij nog geen leven en ik hoorde ook niets, dus wij vermoedden een dood kindje. Ook nam de omvang af. Een paar weken later vertoonde zich op haar schouder en arm een blauwe plek of ze zich had gestooten, maar daar kon zij zich niets van herinneren. Na verloop van een paar weken, kreeg ze ook op haar dijen blauwe plekken. De eerste verdwenen zachtjes aan. In de 8e maand urineerde ze bloed. De dokter, welke haar al eerder bezocht had, werd nu ook gewaarschuwd en schreef haar bedrust voor. Z.E. veronderstelde een bloeduitstorting in de nieren evenals die ook in de spieren plaats had gehad. Urine was eiwit vrij. Haar omvang werd steeds minder, zoodat niemand haar zwanger zou denken. Na enkele weken rust gehouden te hebben deed ze weer lichte bezigheden.

Het einde van de zwangerschap naderde, doch de baring begon maar niet. Buurvrouwen maakten haar al ongerust en raadden haar aan „eens hooger op te gaan". Maar het vrouwtje bleef kalm, voelde zich goed gezond, en vertrouwde op de dokter en de juffrouw, die wisten het ook wel.

Zoo heeft ze gewacht tot begin van de elfde zwangerschapsmaand. Toen kreeg ik in een onweersnacht een boodschap bij haar te komen omdat ze pijn kreeg. En jawel, er waren weeën gekomen en een rijksdaalder groote ontsluiting. De vorige bevallingen verliepen altijd vlug.

***) De redactie houdt zich beleefd aanbevolen voor mededeelingen uit de practijk.**

Deze ging langzaam. Eindelijk werd het kindje in hoofdligging geboren geel van kleur, het was pl.m. 30 cm lang. De pat. herstelde vrij spoedig. De borsten zijn niet opgebonden, daar is geen werking in gekomen.

I. Mej. v. R. verwachtte half Nov. haar eersteling. Geen bizonderheden in de zwangerschap. De baring begint op tijd. Ik werd 's avonds om 11 uur gehaald. Er was ruime ontsluiting, het hoofd in de wijdte. Patiënte heeft een vernauwden uitgang waar ik moeilijkheden door verwachtte want het hoofd voelde flink aan. Toen de vliezen gebroken waren en er volledige ontsluiting was, kwam het hoofd voor den uitgang. Maar niettegenstaande sterke persweeën, wilde het er niet door, zoodat ik besloot Dr. S c h. te waarschuwen. Z.E. vond het 't beste patiënte onder narcose te brengen. Ik zette haar de kap op en toen alles in gereedheid was gebracht, lag dr. de tang aan. Het verliep nog al een poosje eer het hoofd door de vernauwing heen wilde. Eindelijk lukte het en tot onze groote verwondering leefde het kind en had weinig huidprikkels noodig. Patiënte moest gehecht en maakte verder nog een moeilijk kraambed door.

De hoogste temperatuur was 37.9. Urineeren kon ze niet spontaan. Ik heb haar 6 weken lang 2 à 3 maal daags moeten catheteriseeren, tot ze op een morgen met blijdschap vertelde dat ze het nu zelf gedaan had.

Ook het loopen ging moeilijk, 3 maanden na de bevalling sleepte ze haar rechterbeen nog mee. Gelukkig is alles terecht gekomen en heeft ze nu nergens meer last van. De kleine heeft de borst gehad en is flink gegroeid.

III. Mej. d. D. is voor de 7e keer zwanger. Een ontijdige bevalling heeft ze doorgemaakt en 1 kindje is den 3den dag na de geboorte gestorven. Er leven er dus 4. Zij heeft een vernauwden ingang. De baringen verliepen allen langzaam, doch steeds zonder kunsthulp. De kinderen wogen bij de geboorte 7—8½ pond. Dus sterk was die vernauwing niet. Patiënte had een hangbuik. In de zwangerschap had ik haar een buikband aangedaan, maar daar had zij geen gemak van.

's Nachts, 12 uur, werd ik geroepen omdat de vliezen gebroken waren en zij wat pijn had. Er was volledige ontsluiting, het hoofd zeer hoog, net maar met de vingertoppen te bereiken. De rug lag links en de harttonen waren goed. Ik lag de vrouw eerst op den rug, tot het hoofd iets dieper was gekomen en toen op de linkerzij in de hoop dat ook deze keer het hoofd de vernauwing zou passeeren. De weeën waren traag, zoodat ik haar 0.5 gr pituitrine gaf. Hierop verbeterde de weeën wel een beetje. Ook was de schedel wat meer ingedaald, maar het

naderde zoo langzaam, dat ik om 7 uur 's morgens dokter V. om raad vroeg. Meer pituitrine durfde ik niet te geven met het oog op de vernauwing. De dokter oordeelde het beste haar naar het ziekenhuis te laten brengen.

Daar aangekomen is er direct sectio cesarea verricht.

Het kind leefde goed en woog 9 pond. De patiënte was er goed door gekomen, maar enkele dagen later krijgt ze longontsteking en ook later nog wondinfectie, zoodat haar verblijf in het ziekenhuis lang geduurd heeft.

Het was mij erg tegengevallen dat deze bewerking bij haar plaats moest hebben. Na thuis nog enkele weken rust gehouden te hebben is zij nu weer flink.

De gevolgen van te weinig vruchtwater.

IV. Mej. D. is aan het einde van haar 4e zwangerschap genaderd en laat mij 's middags om 4 uur roepen omdat zij pijn heeft. De weeën waren n.m. om 2 uur begonnen.

Uitwendig strakke buikwand, flink kind in schedelligging, geen harttonen te hooren. Patiënte heeft 's morgens nog goed leven gevoeld. Inwendig volkomen ontsluiting, staande vliezen, het hoofd in de lengte. Ik breek tijdens een wee de vliezen er komt een golfje groen vruchtwater te voorschijn.

Terwijl ik de kleertjes klaar leg, krijgt patiënte weer een wee en is het hoofdje zichtbaar. Met een volgende wee wordt het kind geboren, het was echter dood en ziet er wit-groen uit. Ook nu volgt geen vruchtwater. Als er met de placenta niet een beetje bloed was gekomen behoefde patiënte niet schoongelegd te worden, zoo weinig vocht was er bij deze baring. Hoewel de navelstreng niet over den rug geslagen was, is hij toch zoodanig gedrukt geworden, dat het kind tijdens de baring is gestorven. De borsten werden met brandewijn gewasschen en opgebonden. Dr. O. oordeelde het beter deze met kampherpoeder te bestrooien.

Het kraambed verliep gunstig.

V. Juffr. H. is voor de eerste keer zwanger en 5 jaar getrouwd, dus zien met blijdschap op de komst van hun eersteling.

Zij was 30 jaar. Patiënte heeft een ongestoorde zwangerschap doorgemaakt. Ik word 's nachts 12 uur geroepen. Er zijn lichte weeën. Heel den dag heeft ze eigenlijk al weeën gehad, zegt ze, maar nu worden ze erger. Uitwendig: schedelligging, de rug links, harttonen goed. Inwendig: het hoofd in de wijdte en bestaand kort schedegedeelte. Ik ga nog een poos naar bed en zal morgen vroeg terug komen of anders moeten

ze maar eerder waarschuwen. Er kan niets aan gedaan worden het moet zijn tijd hebben.

Om 7 uur word ik weer geroepen, nu is er 4 cm ontsluiting en goede weeën, welke steeds sterker worden, dus ik blijf eens afwachten. Om half negen is er nagenoeg volkomen ontsluiting. Ik breek de vliezen, waarbij een kopje vol groen vruchtwater wegloopt, toch blijven de harttonen goed. Om half 10 uur wordt het kind diep asphicties geboren. Ook hier was de kleur wit-groen. De navelstreng klopt echter nog. Nog even geduld en toen hij ophield direct met de verschillende huidprikkels begonnen, n.l. koude en warme baden, hartmassage enz. En gelukkig mocht ik het genoegen smaken het kind tot ademen (al was het dan nog ongeregeld) te krijgen. Nog even en het begint zacht te schreeuwen. Toen in de wieg met een warme kruik, want het kind was sterk afgekoeld. Tegen den avond ging ik nog even kijken hoe het kindje het maakte, want ik vond de lipjes nog wel wat blauw. Het had al goed geschreeuwd maar snikte af en toe nog.

Den volgenden dag zagen wij er niets bizonders meer aan. Het schreeuwde toen flink door en nam de borst al. Verder is het kind goed gegroeid. Patiënte kreeg een hechting en maakte een koortsvrij kraambed door.

Wat een vroedvrouw mee kan maken.

VI. Het was in het 1e jaar van mijn 30-jarig verblijf alhier dat ik op een winteravond geroepen werd bij een patiënte welke haar 5e kind verwachtte. In de bedstee lag de vrouw haar bevalling af te wachten. Ik vroeg een lampje om op de bedsteeplank te zetten, want ik stond mij zelf in het licht met het licht van de hanglamp die aan den zolder hing. Men kon met goed fatsoen recht op staan in het vertrek. Gelukkig lag het kind in schedelligging en was er volkomen ontsluiting, gebroken vliezen. Dus deze baring zou wel een vlot verloop hebben. De weeën waren ook goed. In de meeste gevallen sta ik bij zulke menschen alleen met de hulp van een onhandige man. Terwijl ik de noodige kleertjes klaar leg, slaat er op eens een vlam uit de hanglamp naar den zolder. De brander zat er n.l. los op want die was stuk. „Wat moeten wij nu toch beginnen", zegt die man. En terwijl de vrouw ligt te persen gaat de vlam al hooger. Ik krijg een gelukkigen inval om een kannetje melk, dat op het theeblad stond, boven in de vlam te ledigen, en flap de brand is ineens gebluscht. Maar wij stonden in het duister. „Ga nu gauw naar de buren en zie een lamp te krijgen", zeg ik tegen den man. Ik weer naar de bedstee en bij het schijnsel van mijn looplampje zie ik

het hoofdje al komen en toen de man terug kwam was het kind geboren en hoorde hij het schreeuwen. „Is het er nu al Juffr.!", zegt hij.

„Ja, zeg ik, moeder natuur kan haar werk ook wel in het donker doen".

Moeder en kind maakte het goed.

ZUIGELINGENVERZORGING.

De lichamelijke verzorging van het jonge kind der ongehuwde moeder in inrichtingen, toevluchten en tehuizen in Nederland [1])

door

Dr. N. Knapper Czn.

Als schrijver van „Een kwart-eeuw zuigelingenzorg", jubileumuitgave van den Nederl. Bond tot Bescherming van zuigelingen en kleuters en ter Bevordering der Praenatale zorg", dat in 1935 bij Scheltema en Holkema verscheen, werd ik allerwegen aangespoord om mijn bijzondere aandacht nu ook nog te willen schenken aan de verzorging van het jonge kind der ongehuwde moeder.

Hieraan zou nog wel het een en ander mankeeren! En ik was nu toch eenmaal op stap! Met genoegen voldeed ik aan deze vereerende opdracht en het resultaat van mijn persoonlijk onderzoek kon ik neerleggen in een uitgebreider artikel in het Tijdschrift voor Armwezen, Maatschappelijke hulp en Kinderbescherming, 3 Mei 1937. Daarna was de Redactie van dit tijdschrift zoo welwillend om mij toe te staan, om in het belang der goede zaak een verkort overzicht der hoofdzaken ook elders te publiceeren.

De verzorging uit een ethisch, sociaal, juridisch standpunt kon ik gevoegelijk overlaten aan deskundige instanties. Zoolang de Regeering niet in staat is, om ten volle aan hare toezeggingen te voldoen, blijft de landelijke Federatie (F.I.O.M.) onmisbaar. Zij blijft dan ook op haar post. Maar hoe staat het nu met de lichamelijke verzorging? Persoonlijk kon ik een 47-tal z.g. controleerbare instellingen bezoeken, waar, onder meer, jonge kinderen van ongehuwde moeders verzorgd worden. Maar de Nederl. Vereeniging van Armenzorg en Weldadigheid spoorde er in 1934 tezamen minstens een 120-tal wèl en niet officieel bekenden op! Dat zegt genoeg!

In Nederland blijft het aantal ongehuwde moeders in de laatste jaren vrijwel constant, omstreeks 3000. De groote steden trekken het meest aan. Wat betreft de lichamelijke verzorging der buitenechtelijke kinde-

1) Uitgever N.V. Samson, Alphen aan de Rijn.

ren, daarover is in latere jaren weinig gepubliceerd. Enkel de F.I.O.M. liet incidenteel in de kleinere tehuizen de hygiënische verhoudingen wel eens nagaan. Maar het bleef uitzondering. En toch, ook haar oordeel was reeds: er ontbreekt veel aan!

Zoo trok ik weer door 't geheele land, naar alle windstreken, en geef hier mijn indrukken weer.

Daar blijken 19 op christelijk protestantschen grondslag, 18 Roomsch-Katholiek en 10 neutraal te worden beheerd. Daar zijn er meerdere, die, uit een hygiënisch oogpunt, aan alle redelijke eischen voldoen. Zonder voorkeur noem ik er in mijne oorspronkelijke studie een aantal, die goed mogen genoemd worden.. Maar daarnaast zijn er tallooze, die in hunne beste bedoelingen worden weerstreefd, ten eerste door verouderde gebouwen, met hun onpractische inrichting. Hoeveel arbeidskracht, hoeveel werktijd van leidend en helpend personeel wordt hier niet verbruikt in die oude tehuizen met hun smalle, hooge trappenhuizen, tallooze grillig verspreide kamertjes en hokjes of veel te lage zalen met weinig ventilatie, onvoldoende licht en lucht, dat ten goede zou kunnen komen aan de verzorging der kinderen zelf of aan meer vakkundige ontwikkeling van het verzorgend personeel. Wat kan er terechtkomen van de vereischte zindelijkheid op die havelooze schotten en deuren, vervelooze treden, vloeren en drempels!

Ik weet voorbeelden, waar de zuigelingen stuk voor stuk naar een zonnig plekje, ver van het gesticht, moeten getransporteerd worden of op „ingepande" daktuintjes om wat lucht en zon te krijgen. Het eigenaardige voordeel. dat zulke gebouwen, juist door hun „besloten" zijn in de volkswijken, niet te veel opvallen, niet aan den weg timmeren en toch gemakkelijk bereikbaar zijn, waardoor toenadering tusschen 't „Gesticht" en het „leven" daarbuiten eerder plaats vindt, kan niet alles goedmaken!

Ten tweede is daar altijd nog het bezwaar der beperkte middelen, het steeds weer afhankelijk blijven van de inkomende giften. Soms is er zelfs geen geld om de kinderverblijven in een frisschere tint te schilderen. Elders weer kan de huishoudafdeeling niet voldoende gescheiden blijven van het overige deel van het huis. Wanneer dan ten overvloede nog katten, honden, pluimvee enz. zich ongedwongen door 't geheele gebouw bewegen, dan blijft er ook uit een hygiënisch oogpunt nog al wat te wenschen over.

Bij alles, wat ik verder op mijn onderzoekingstochten waarnam, werkelijk zeer slechte inrichtingen, althans uit een hygiënisch oogpunt beschouwd, zag ik er slechts een paar.

Overgaande tot de détails van leiding en deskundige verzorging

kwam ik tot de opsomming, dat het kleinst aantal der ongehuwden met haar kind 4, het grootste 24 is, terwijl in één der Leger des Heils tehuizen wèl 37 moeders en 36 kinderen verzorgd werden, maar niet als gepaarden. De hoofdleiding vond ik, naar mijn inzicht, te weinig in handen van gediplomeerden. Waarom en waardoor, vraag ik mij af, waren er onder al die Moeder-Oversten, Heilsleger-kapiteins, Directrices, zoo weinige, wier groote verdiensten in de praktijk van dit sociale werk, wier deskundigheid in de verzorging, gegrondvest zijn op vakkundige vooropleiding? Waarvoor bestaan dan de Scholen voor Maatschappelijk Werk, de Opleidingsscholen voor Leeraressen in Kinderverzorging en opvoeding, die jaarlijks tientallen gediplomeerd afleveren, waaronder ongetwijfeld velen, die een plaats als directrice of adjunct-directrice van een Tehuis voor ongehuwde moeders met haar kind zeer goed zouden kunnen vervullen! En daarbij o.a. ook geschikt om vakkundige leiding te geven aan de „zusters", de assistenten en andere, meestal tijdelijke, hulpkrachten. Minder dan de helft (22) bleken in het bezit te zijn van een Hollandsch verpleegstersdiploma, twee van een Duitsch, slechts één van een diploma School voor Maatschappelijk werk! En van de hulpkrachten zelf — toch in de eerste plaats aangewezen om die dikwijls jonge, onervarene, ongehuwde moedertjes voor te lichten — bleken er slechts een dertigtal in het bezit van eenig diploma. En daar waren dan nog meerdere met vrij minderwaardige of zeer beperkte bevoegheden bijgeteld!

Het overgroote deel bleek ongeschoold. Gunstige uitzonderingen o.a. in het Huis van Barmhartigheid te Rotterdam, waar door gedipl. K. & O leeraressen aan de oudere verzorgden cursus gegeven wordt in kinderverzorging, en Rustoord in Oisterwijk, waar de religieuse hulpkrachten sinds kort een stage aan de Leerschool in Heerlen moeten doormaken.

Het eenig juiste standpunt, o.a. van de F.I.O.M., dat de ongehuwde moeder de aangewezen verzorgster is en zooveel mogelijk blijven moet van haar kind, brengt onafscheidelijk als eisch mede haar meer of minder vakkundig onderricht in de verzorging, vooral in de eerste maanden.

Het Leger des Heils heeft dit reeds ingezien en organiseerde cursussen, zoowel voor de assistenten uit de Tehuizen en de kadetten van de Kweekschool te Amstelveen, als voor de moeders (Rotterdam). En tot dit laatste nam ook het toevlucht „Hulp voor Onbehuisden" te Amsterdam in den afgeloopen winter het initiatief, althans tot meer cursorische voorlichting naast die, welke zich tot nu toe enkel tot „moederavondjes", tot individueele voorlichting of tot het medegeven of

aanraden van de een of andere populaire handleiding bepaalde. Reeds eerder maakten daar de assistenten cursus in psychologie en paedagogiek door. Vreemd zag ik bij mijn onderzoek er van op, dat in geen enkele der 35 inrichtingen, waar toch toezicht door een mannelijke of vrouwelijke deskundige werd gehouden, van deze zijde cursorisch onderricht uitging.

Van het samenzijn van moeder en kind, principieel gewenscht om der wille van een blijvenden band tusschen beiden, komt helaas in de praktijk van het gestichtsleven nog weinig terecht. Nu eens schiet de ruimte te kort om iedere moeder met haar kind een eigen verblijfje te geven, dan weer is het daarbij gewenscht toezicht bij avond en nacht ontoereikend. Het is al mooi, wanneer de moeders, die den nacht te zamen op een slaapzaal doorbrengen, over dag op haar kind kunnen passen. Maar zoodra zij dan overdag haar eigen werk in of buiten de inrichting hebben, blijft er van het gewenschte samenleven practisch niets meer over. Slechts in een kleine inrichting in Rotterdam bestond de ideëele toestand en evenzoo in een ietwat grootere in Arnhem, maar daar waren de hygiënische verhoudingen weer meer of minder onvoldoende. Enkel in Leiden, in een verbouwde particuliere kliniek — het Kindertehuis met Toevlucht aan den Zoetewouder Singel — vond ik alles naar wensch voor een tiental moeders met haar kroost.

Het andere uiterste, n.l. dat de jonge moeder geheel uitgesloten was van de verzorging, zag ik ook in een inrichting, waar wegens „tijdgebrek" men niet aan de onervaren moedertjes de verzorging meende te kunnen overlaten. Een tusschenvorm: een zaaltje voor 8 moeders en daar direct aan grenzend een voor hare kleinen (Groot Kijkduin, Zandvoort) verdient zeker aanbeveling.

Nog lang niet overal is het voorschrift verplichtend gesteld — althans niet doorgevoerd of uitvoerbaar gebleken — dat moeder en kind minstens 3. als 't kan 6 maanden tezamen blijven. In inrichtingen, meer bepaald ingesteld op de opvoeding van het jonge kind alleen, werd herhaaldelijk aangetroffen opname binnen den leeftijd van 3 maanden zonder de moeder of vertrek van de moeder alléén voor dit tijdsverloop. Het behoeft lang niet altijd gemis aan het juiste inzicht te zijn, het financieele dreigt hier den doorslag te geven. Ondervangen is dit bezwaar o.a. in het Magdalena-huis te Overschie, doordat een 16-tal ongehuwde moeders en enkele zwangeren dagelijks werken in de wasscherij van het gesticht, dat ook buitenklanten heeft. Zoodoende verdienen zij den kost voor zich en het kind en kunnen drie maanden of ook wel langer blijven. In Bethlehem (Nijmegen) moeten ze in de drie maanden na het kraambed intern vakschoolonderwijs meemaken om zich voor

te bereiden op een zelfstandig bestaan. Voorzorg, in den vorm van toezicht op de ongehuwde zwangere, begint zich baan te breken. Hier en ginds door vroegtijdige opname in verloskundige afdeelingen in of naast de inrichting waar zij binnenkort zullen verblijven met haar kind. Elders althans door verwijzing naar de consultatiebureaux voor zwangeren. Formeele nazorg begint meestal door verwijzing naar vrouwelijke bestuursleden „Nazorgdames", wijkzusters e.d. en valt dan meestal samen met het toezicht op de gezinsverpleging. Er schiet echter ook op dit gebied nog al wat te kort, voor alles in organisatie. Slechts in de grootste steden en enkele andere kleinere gemeenten bestaan politieverordeningen omtrent toezicht op uitbestede kinderen. In Amsterdam bleek de samenwerking tusschen de U.V.O.M., kinderpolitie, G.G. dienst, Consultatiebureau en Burgerlijken Stand zoo goed als maar wenschelijk. De Maatschappelijk-werk zusters zijn tevreden — in 5 jaar behoefde slechts tweemaal op medisch-hygiënische gronden te worden ingegrepen. Niet meer dan 9 pct der buitenechtelijke kinderen, in Amsterdam woonachtig, blijft buiten contrôle.

Vervolgens nog een enkel woord over de ziekteverhoudingen in de bezochte inrichtingen. Het kan wel niet uitblijven, in deze toevluchten en tehuizen kunnen infectieziekten nu en dan niet uitblijven. Maar volgens het meerendeel der directies valt dit toch nog mee, wat betreft mazelen, kinkhoest, roodvonk, waterpokken. In een veertiental trof ik gelegenheid voor quarantaine aan; in een enkele inrichting was deze zelfs verplichtend voorgeschreven voor elk nieuw opgenomen kind. Elders werd een „gezondheidsverklaring" geëischt. Meestal echter was met deze voorzorg onvoldoende rekening gehouden. Nu en dan houdt men zijn hart vast indien men slechts denkt aan de mogelijkheid, dat er eens een epidemie van ernstiger aard, van diphtherie, van pokken, zou uitbreken. Evacuatie, snel en op groote schaal, ware dan uitdrukkelijk geïndiceerd! Afzonderlijke ziekenzaaltjes komen nog wel voor. Maar boxsysteem en isoleerkamertjes blijven uitzondering!

Verplichte preventieve inenting tegen pokken trof ik slechts twee keer aan, ook de preventieve injectie tegen diphtherie begint zich eerst schuchter baan te breken, Wèl begrepen, de preventieve, niet de curatieve, die vrij algemeen toegepast wordt.

Alles bekeken: op het gebied van veiligstelling tegen besmettelijke kinderziekten ontbreekt in de inrichtingen nog heel wat.

Ten slotte nog dit.

In het Maandblad van K. & O., Juni '36, beschreef Mej. G. Knottenbelt haar bezoek aan een woningcomplex in Kopenhagen, be-

stemd voor ongehuwde moeders, gescheiden vrouwen, weduwen en hare kinderen in voorbeeldige organisatie. Een novum? Ik dacht zoo. Edoch, ook in ons land bestaat iets dergelijks, zij het ook in een bescheidener vorm, maar die toch de volle aandacht verdient. In de Volkerakstraat in Amsterdam is daar, als uitvloeisel, als voortzetting van het bekende Huis Annette, door „Samenwerking" een woningcomplex ingericht om aan zekere, daarvoor geschikte, ongehuwde moeders met haar kind een eigen tehuis te verschaffen, zonder dat enkel „weldadigheid" betracht wordt. Een voorbeeld zeker ter navolging!

Mag ik tot besluit mijn wenschen ten opzichte van de lichamelijke preventie en verzorging van het buitenechtelijke kind in enkele stellingen vastleggen:

1. **Betere aanpassing van de ongehuwde moeder aan de taak van het moederschap.**
2. **Verbeterde verzorging in de tehuizen, door zooveel mogelijk aanstelling van geschoold personeel.**
3. **Krachtiger doorvoering van den eisch: voeding door de eigen moeder gedurende minstens drie maanden.**
4. **Meer algemeene invoering van georganiseerde voor- en nazorg.**
5. **Doelmatige inrichting van vele tehuizen en vernieuwing van ettelijke naar den eisch des tijds.**
6. **Uitgebreider toezicht op de verpleging der kinderen in de z.g. „ongecontroleerde" kindertehuizen en in pleeggezinnen, met een voorkeur aan de regressieve methode tegenover de preventieve.**

Op den duur zal hier een afdoende wettelijke regeling niet kunnen worden gemist.

ALLERLEI.

De onschuldig veroordeelde vroedvrouw. — Een groot deel van het publiek heeft de neiging om als er iets verkeerds gaat bij een bevalling de vroedvrouw de schuld ervan te geven. En niet alleen „the man in the street" (de groote hoop, het minder beschaafde deel der bevolking), maar zelfs een deel der „upper ten" (de 10 pct, meer beschaafden der bevolking) doet dit ook maar al te gauw, en sluit in zijn ongemotiveerd afkeurend oordeel den manlijken verloskundige, den arts, in. En dat zelfs de allerhoogst beschaafden, de geniën zelfs, hierbij niet vrijuit gaan, leert de geschiedenis betreffende de oordeelvelling van een der grootsten, over de vroedvrouw met wier hulp hij ter wereld kwam. Dit genie was niet minder dan de beroemde Johann Wolfgang von Goethe. In zijn levensbeschrijving leest men (ik vertaal het woordelijk

in het Nederlandsch): „Den 28en Augustus 1749 klokslag 12 uur kwam ik in Frankfort a/M. ter wereld ... De gunstige stand van de zon en de planeten (samengevat vertaald) mogen wel de oorzaak van mijn behoud geweest zijn, want door de onbekwaamheid der vroedvrouw kwam ik voor dood ter wereld, en slechts na héél veel moeite bracht men mij ertoe het levenslicht te aanschouwen."

Nu is er zoo juist een boek verschenen van den vrouwenarts Wilhelm Kalmorge dat handelt over 700 jaar geneeskunde in Frankfort a/M., de geboortestad van Goethe. Hieruit blijkt dat de bedoelde vroedvrouw Antonia Elisabeth von Held geb. Muller heette en in diezelfde stad in 1729 geboren werd. Zij was dus 20 jaar toen Goethe geboren werd, en een vriendin van zij moeder Bettina von Arnim, bij zijn geboorte aanwezig, deelde mede dat het kind „heelemaal zwart was en geen levensteeken gaf'. De vroedvrouw deed het toen in een vleeschkom en „terwijl zij vertwijfelde aan zijn leven bevochtigde zij de hartkuil met wijn en wreef dien.

Een Frankforter dokter van dien tijd, Johann Christian Senckenberg, schrijft over Goethe's geboorte „dat het kind zwart in 't gezicht was door vertraging van den bloedsomloop, omdat wegens den langen duur der baring geen keering had plaatsgevonden".

Maar juist in dien tijd werd veel te dikwijls deze kunstbewerking verricht, en op slechte manier en niet op het goede oogenblik en had hierdoor een groote sterfte. De verloskunde stond toen nog in haar kinderschoenen, contrôle der foetale harttonen, bescherming van het perineum waren toen onbekend, wel echter de maatregelen die thans nog genomen worden bij schijndood van het kind en die Juffr. Held—Muller ook wel genomen zal hebben, zooals blijkt uit de vermelding van de aangewende wijn, en den maagkuil en het wrijven hiervan. Er bestaat zelfs veel kans, dat Goethe juist aan die maatregelen zijner vroedvrouw het verdere roemrijke leven te danken heeft gehad. Juffr. Held-Muller kreeg later een uitgebreide en rijke praktijk. Toch heeft die kritiek van Goethe, of beter gezegd, van diens grootvader den schout Johann Wolfgang, van wien hij den naam en ook het verhaal kreeg, hoewel onjuist toch het goede gevolg gehad, dat in zijn geboortestad de eerste stadsverlosmeester werd aangesteld in 1749 en dat twee jaar later de eerste Duitsche vrouwenkliniek te Göttingen werd geopend waar voor het eerst de aanstaande vroedvrouwen en artsen onderwijs kregen in de verloskunde.

(Vrij naar een stukje van Prof. Ottow in het Zeits. d. R. f. D. Heb. van 15-1-'37.)

A. C.