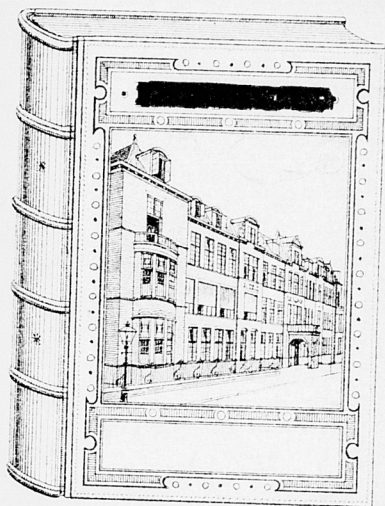
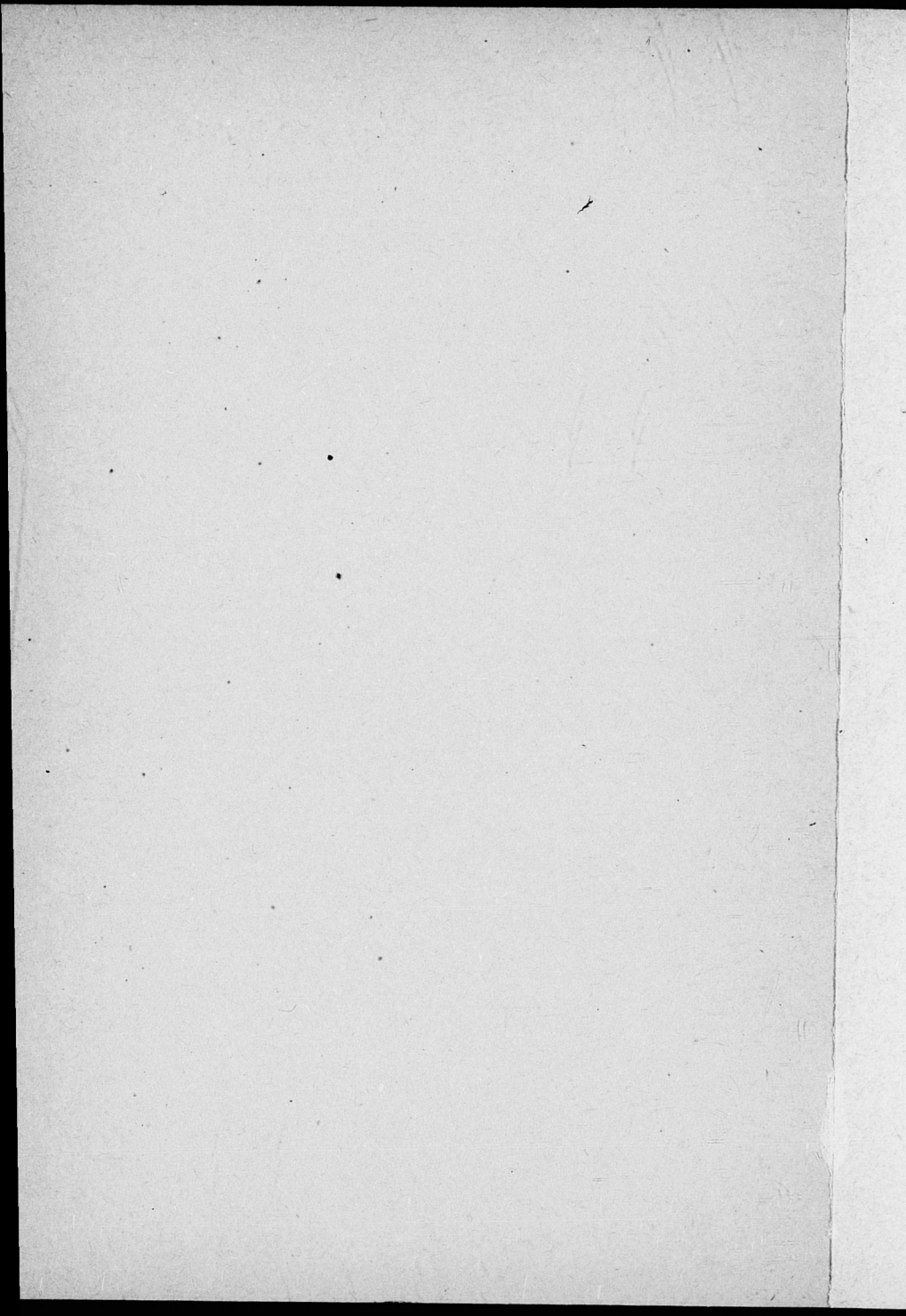




Bible PNR Uth
06060

Bibliothek der
Psychiatrisch-Neurologische Klinik
Utrecht



De Verpleging van Kinderen.

I.



RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



0256 3264

ACA
3506

U.B. UTRECHT

ASA
713

DE VERPLEGING VAN KINDEREN

DOOR

DR. S. K. HULSHOFF

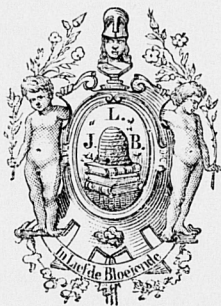
Geneesheer-Directeur van het Kinderziekenhuis te Utrecht.

verwijderd uit
institutecollectie



EERSTE DEEL

DE VERPLEGING VAN PASGEBORENEN



UTRECHT
J. L. BEIJERS
1897.

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

TYP. — P. A. GEURTS — NIJMEGEN.

VOORBERICHT.

Deze handleiding voor „de Verpleging van Kinderen”, die ik mij voorstel in drie afzonderlijke deeltjes uit te geven, zal ongeveer den inhoud weergeven van de lessen, welke ik aan de oudere leerlingen van de Utrechtsche Vereeniging „Ziekenverpleging” gaf.

Met dit eerste deeltje „de Verpleging van Pasgeborenen” in samenhang, stelt collega FRERIKS zich voor om een handleiding voor „de verpleging van Kraamvrouwen” het licht te doen zien; dit deeltje is dus in de eerste plaats bestemd voor aanstaande kraamvrouwen-verpleegsters.

Het tweede deeltje zal bevatten: „de Verpleging van (gezonde en zieke) Zuigelingen”; het derde: „de Verpleging van zieke oudere Kinderen”. De verzorging en opvoeding van gezonde oudere kinderen vallen buiten het plan van dit boekje. Vandaar dan ook dat slechts enkele wenken daaromtrent gegeven zullen worden.

De kinderverpleging vormt een groot en belangrijk deel der ziekenverpleging, in die mate zelfs dat „de Nederlandsche Bond voor Ziekenverpleging” de opleiding van

verpleegsters in een Kinderziekenhuis gelijkstelt aan die in een Algemeen hospitaal.

Ik zelf ga hierin niet zoo ver als de „Bond” en, naar ik hoop, zal de inhoud van mijn boekje aantoonen dat de verpleegster van kinderen nog over meerdere en een geheel andere kennis en ook over andere eigenschappen zal moeten kunnen beschikken dan eene „algemeene” ziekenverpleegster.

Dat zij aan beide zal moeten voldoen, ligt voor de hand. In een algemeen hospitaal werkzaam, zal zij nu en dan ook kinderen moeten verplegen en in een private verpleging bij een volwassene zal haar niet minder dikwijls om raad gevraagd worden bij de verzorging zoowel van gezonde als van zieke zuigelingen. En hoe dikwijls komt het voor dat in één huisgezin een der ouders en een of meer kinderen tegelijkertijd ziek zijn! Dan zal hare hulp zoowel bij de volwassenen als bij de kinderen noodig zijn.

Vandaar mijne overtuiging dat een ziekenverpleegster bekend moet zijn met den inhoud van een boekje als dit.

Dat het niet minder welkom moge zijn in beschaafde gezinnen met kinderen, is de wensch van

DEN SCHRIJVER.

UTRECHT, Januari 1897.

INHOUD.

	Blz.
INLEIDING	1
1. Regelmatig beloop van het eerste levenstijdperk.	
1. HET PASGEBOREN KIND	4
2. DE EERSTE ZORG VOOR PASGEBOREN KINDEREN	10
<i>Reiniging. Kleeding.</i>	„
<i>Zorg voor den navel</i>	14
<i>Het wegen</i>	16
<i>Het ter ruste leggen</i>	19
3. DE EERSTE LEVENS DAG	21
<i>De slaap.</i>	„
<i>De eerste ontlasting.</i>	24
<i>De eerste urineloozing</i>	„
<i>Het zoogen</i>	25
4. BELOOP VAN EN VERPLEGING IN DE VERDERE EERSTE LEVENS DAGEN. 26	
<i>Het lichaamsgewicht.</i>	„
<i>De slaap.</i>	28
<i>De voeding.</i>	„
De moedermelk	31
Minnen	33
De gemengde voeding.	34
Koemelk	35
Ander voedsel	40

	Blz.
<i>Het schreien</i>	41
<i>De verzorging van den navel</i>	43
<i>Het dragen</i>	45
<i>Buitenlucht</i>	”

II. Ziekelijke afwijkingen bij pasgeborenen.

1. AFWIJKINGEN, VÓÓR DE GEBORTE ONTSTAAN	47
2. AFWIJKINGEN, BIJ DE GEBORTE ONTSTAAN	49
a. Die welke onmiddellijk blijken	”
<i>Verschillende afwijkingen ten gevolge van een moeilijke ge-</i>	
<i>boorte</i>	”
<i>Onvoldoende ontwikkeling</i>	50
<i>Schijndood</i>	53
b. Die welke niet onmiddellijk blijken	64
<i>Het hoofd-bloedgezwel</i>	”
<i>Het bloedgezwel aan den hals</i>	65
<i>Oogontsteking</i>	”
3. AFWIJKINGEN, NA DE GEBORTE ONTSTAAN	66
<i>Geelzucht</i>	67
<i>Huidlijden</i>	68
<i>Spruw</i>	69
<i>Neus-verkoudheid</i>	71
<i>Ontsteking der borstklieren</i>	72
<i>Bloedingen van de digestie-organen</i>	73
<i>Digestie-stoornissen</i>	”
<i>Navelziekten</i>	75
<i>Bloeding uit de navelstreng</i>	”
<i>Navelbreuken</i>	76
<i>Besmettelijke navelziekten</i>	”
a. <i>Plaatselijke</i>	77
b. <i>Algemeene</i>	”
<i>Mondklem, tetanus</i>	78
<i>Stuipen</i>	79
Alphabetisch register	81

INLEIDING.

Pasgeboren noemt men een kind van het oogenblik af, waarop de volkomen scheiding tusschen moeder en kind plaats heeft; — of liever: waarop het kind in staat is om zelfstandig te leven, onafhankelijk van den bloedsomloop in de nageboorte (*placenta*) en navelstreng. Want het zelfstandig leven van den pasgeborene is niet volstrekt afhankelijk van die scheiding (ten gevolge van de afbinding van de navelstreng).

De duur van dit tijdperk is niet nauwkeurig begrensd. Het einde er van zou men kunnen stellen op het tijdstip van het afvallen van de navelstreng; doch doelmatig is dit niet: vooreerst omdat deze gebeurtenis niet aan een bepaalden dag gebonden is; verder omdat de eigenaardige verschijnselen, die men in dit tijdperk waarneemt, ook later nog worden aangetroffen; en eindelijk omdat de zorg van de (kraamvrouw-)verpleegster ten behoeve van het zoo kort te voren geboren kind ook verder wordt geëischt.

Vandaar is het doelmatiger om in deze eerste afdeeling te spreken over alwat in de paar eerste levens-

weken plaats vindt en de zorg van de verpleegster vereischt.

Een pasgeborene heeft niet minder dan een kraamvrouw de goede zorgen van een verpleegster noodig. In vele gevallen zal zij, de verpleegster, er veel toe kunnen bijdragen dat een gezond geboren kind gezond blijft en zich tot een krachtigen zuigeling ontwikkelt, waardoor de eerste kiem gelegd wordt dat het kind opgroeie tot een lichamelijk flink mensch; en niet minder dat achterlijke en ziekelijke pasgeborenen in het leven blijven, gezond en krachtig worden.

Het is dus niet genoeg om te weten waarop men te letten heeft en wat men zal moeten doen en nalaten, maar noodig is het ook om te weten hoe en waarom men zal moeten handelen.

Juist daardoor zal de kraamvrouw-verpleegster zich gunstig moeten onderscheiden van de „baker”.

Deze vrouwen, zelfs de goede en geschikte, beschikken slechts over een opleiding, *door zich zelve* verkregen; zij leerden *door eigen ondervinding* handelen en blijven in den regel handelen uitsluitend op grond van deze, zonder verdere kennis van zaken. Daardoor vervallen zij noodzakelijk in een betreurenswaardige sleur, -routine.

Terwijl haar de gronden onbekend bleven waarop haar eigen handelingen berusten en terwijl zij de beweegredenen van de door anderen aanbevolen maatregelen niet leerden kennen en waardeeren, zijn zij ongeneigd om af te wijken van wat haar eigen (toch betrekkelijk geringe) ondervinding haar schijnt geleerd te hebben. Het koesteren van vooroordeelen tegen al wat onbekend en nieuw is, is dan ook voor bakkers spreekwoordelijk geworden.

De „bakkers” zullen allengs plaats moeten maken voor beschaafde „verpleegsters van kraamvrouwen en pasgeborenen”. Slechts diegenen, die de noodige kennis bezitten omtrent den Bouw en de Verrichtingen van het menschelijk lichaam, de Hygiëne, de Asepsis en Antisepsis en de Ziekenverpleging, kunnen daartoe opgeleid worden.

I.

Regelmatig beloop van het eerste levenstijdperk.

1. HET PASGEBOREN KIND.

Allereerst willen we spreken over normale, d. i. vol-dragen, welgevormde en gezonde kinderen, en daarbij de eerste vraag, die zich voordoet, beantwoorden: Wat merkt men aan het kind dadelijk na zijn geboorte op?

Vóór zijn geboorte haalt het kind, zooals u bekend is, (althans onder gewone omstandigheden) niet adem. De wisseling tusschen zuurstof en koolzuur, die later door middel van de ademhaling plaats heeft, geschiedt vóór de geboorte, doordien de bloedsomloop van den foetus (het ongeboren kind) met dien van de placenta en de navelstreng in verband staat. Door deze beide ontvangt het kind de noodige bestanddeelen uit het bloed van de moeder en geeft de gebruikte langs den-zelfden weg terug.

Dadelijk na de geboorte grijpt een hoogst belangrijke gebeurtenis plaats, een gebeurtenis even plotseling als

verblijdend voor de ouders: de *eerste schreeuw*, d. i. de eerste ademhaling, wordt waargenomen.

De vraag: hoe en waardoor komt die eerste schreeuw tot stand? zal zeker uwe belangstelling wekken. En 't is ook noodig dat de verpleegster deze vraag zal kunnen beantwoorden, omdat zij bij het wegblijven van den eersten schreeuw (waarover later bij „*schijndood*”) dikwijls handelend zal moeten optreden om een jong leven te redden.

Ik zal daarom trachten om u de oorzaken en gevolgen van den eersten schreeuw duidelijk te maken.

Ge kent het woord „reflex”, n.l. de wijze waarop ten gevolge van een gevoelsindruk een beweging tot stand komt. Een aan den omtrek van het lichaam waargenomen gevoelsindruk wordt naar het middelpunt, het centrum (hersenen en ruggemerg), voortgeleid en geeft hier aanleiding tot prikkeling van andere gedeelten van dit centrum. Van hier uit (dus in omgekeerde richting als bij den gevoelsindruk) wordt deze prikkel naar den omtrek overgebracht en roept een beweging te voorschijn.

Als één der oorzaken nu, en wellicht als de belangrijkste, voor den eersten schreeuw kan beschouwd worden de invloed van de nieuwe, koelere omgeving, waarin het kind gebracht is; als gevoelsindruk wordt deze door middel van de centraal-organen in een beweging (ademhaling) omgezet.

In de tweede plaats kan bij zeer snel beloopende baringen in aanmerking komen, dat in de laatste oogenblikken vóór de geboorte de borstkas van het kind door de vagina van de moeder sterk samengedrukt werd; zoodra deze drukking ophoudt, zet de borstkas zich eenigszins uit; het middelrif daalt en ook in de longen

zal onder deze omstandigheden een weinig lucht kunnen dringen.

In de derde plaats eindelijk kan van eenigen invloed zijn dat de bloedsomloop in de navelvaten zwakker wordt en eindelijk ophoudt. Toch is deze laatste verandering voor den *eersten* schreeuw van een ondergeschikte beteekenis, daar zij niet plotseling plaats grijpt. Dat het ophouden van dien bloedsomloop nochtans van het hoogste belang is met het oog op de eerste verichtingen van het pasgeboren kind, zal u straks blijken.

Het is waarschijnlijk aan de gezamenlijke werking van deze verschillende oorzaken te danken dat de borstkas zich uitzet. Daar de longen moeten volgen, worden de longblaasjes ontplooid en gevuld *met lucht* — en de in hunne dunne wanden verloopende haarvaten *met meer bloed* dan deze te voren bevatten.

Alzoo komt bij den eersten schreeuw niet alleen de ademhaling tot stand, maar ook de bloedsomloop ondergaat zeer belangrijke veranderingen.

Noodig is het om ook deze veranderingen eenigszins nauwkeurig na te gaan.

Het zal u bekend zijn dat vóór de geboorte uit de navelvaten veel bloed wordt aangevoerd naar het rechter hart; aldaar is de drukking veel hooger dan in de linker harts helft. Uit den rechter boezem stroomde door het „ovale venster” direct bloed naar den linker boezem en door een verbindingskanaal tusschen de long-slagader en de hoofdslagader (aorta), n.l. den ductus Botalli, eveneens direct, bloed uit het rechter hart naar de groote lichaams-slagaderen. Verreweg het meeste bloed vloeyde alzoo uit het rechter hart naar links en de kleine, saamgevallen longen ontvingen zeer weinig bloed, hetgeen ze trouwens,

daar ze geen functie hadden te verrichten, ook niet behoeften.

Maar de eerste schreeuw brengt hierin groote veranderingen. Wij zagen dat daarbij behalve de longblaasjes ook de long-haarvaten zich verwijden. Uit de rechter kamer vloeit alzoo veel bloed naar de longen, waardoor minder bloed overblijft om, langs het ovale venster en den ductus Botalli, het linker hart en de hoofd-slagader te kunnen verzorgen. Het gevolg daarvan is dat weldra beide kanalen nauwer en na eenige dagen geheel gesloten worden.

Een verder gevolg is, dat er spoedig evenwicht komt tusschen rechts en links, d. i. dat het verschil in drukking ophoudt. Doordien veel bloed wordt afgevoerd naar de longen, wordt de drukking in het rechter hart lager. Links wordt deze hooger door den grooteren weerstand dien de bloedstroom op zijn nieuwen, veel langeren weg (den grooten bloedsomloop) door het geheele lichaam ondervindt. Ook de sluiting van den u bij name bekenden ductus Arantii draagt er toe bij om den foetalen bloedsomloop te veranderen in den blijvenden.

De volledige scheiding tusschen den grooten en kleinen bloedsomloop heeft alzoo plaats gehad.

Thans wil ik u enkele verdere zaken vermelden, waaraan men een normaal, d. i. gezond en voldragen pasgeboren kind herkennen kan. Hoewel een verpleegster zelden in de gelegenheid zal zijn om al deze verschijnselen nauwkeurig na te gaan, zal het haar toch belang inboezemen om te weten op grond waarvan men afwijkingen bij een pasgeborene kan uitsluiten.

De lengte van het lichaam bedraagt 45—58 cM., gemiddeld 50 cM.

De grootste omvang van den schedel (om voor- en achterhoofd gemeten) is 34—35 cM.

De omvang van de borstkas (horizontaal over de tepels) is 32—33 cM. groot.

De omvang van den schedel is alzoo ongeveer 2 cM. grooter dan die van de borstkas. In het algemeen geldt de regel dat dit verschil kleiner is naar mate van de ontwikkeling van het kind; een te groot verschil duidt dus meestal op een onvoldoende ontwikkeling van het kind.

Het geheele lichaam is gewoonlijk bedekt met een witte, kleverige stof, het z. g. *huidsmeer*. Na verwijdering daarvan vertoont de huid een roze-roode kleur. Dunne, z. g. wolhaartjes treft men uitsluitend aan in den omtrek van de schouders.

De nagels zijn uitgegroeid tot aan de toppen van de vingers en teenen.

Teekenen van overvulling met bloed ten gevolge van den gestoorden afvoer, 't sterkst natuurlijk na langdurige baringen, vindt men in de eerste plaats aan het deel dat voorlag, meestal alzoo aan het hoofd. Het allereerst te voorschijn gekomen gedeelte daarvan, meestal dus een deel van een der wandbeenderen en van het achterhoofdsbeen, vertoont zelfs een blauwachtige zwelling, het z. g. *hoofdgezwel*; het berust op een beperkte waterzucht en een geringe verscheuring van kleine bloedvaten.

Het hoofdgezwel verdwijnt binnen enkele dagen. Hierbij hulp te willen brengen, zou de zaak slechts erger maken. Afblijven is dus hier de boodschap.

Het bindvlies van de oogleden is rood en gezwollen; niet zelden ziet men onder het bindvlies van de oogen zelve lichte bloeditstoringen als kleine sikkelvormige roode vlekken aan het wit der oogen.

Ook het slijmvlies van de mondholte is donker-rood gekleurd. Des te sterker springen daardoor aan beide zijden van het gehemelte vrij groote, veel bleekere plekken in het oog, die soms in maanden geene verandering vertoonen en dus van de overvulling met bloed onafhankelijk zijn. In de middellijn van het gehemelte vertoonen zich vrij geregeld eenige zeer kleine witte of gele korreltjes, van voren naar achteren op een rij gelegen. Het is noodig om te weten dat deze korreltjes geen afwijking beteekenen en dat zij dus geen zorg vereischen.

De schedelnaden zijn nauw. Het been van den schedel is meest hard; slechts in enkele gevallen en op beperkte plaatsen kan het week zijn.

Van de verschillende plaatsen, waar meer dan twee schedelbeenderen samenkomen, is slechts ééne, die gevormd wordt door het voorhoofdsbeen en de beide wandbeenderen, nog geheel vliezig, de z. g. groote fontanel.

De overige beenderen van het skelet zijn tamelijk buigzaam, doordien zij grootendeels nog uit kraakbeen samengesteld zijn.

In de eerste oogenblikken na de geboorte is het kind zeer onrustig; het maakt levendige bewegingen, waarbij de armpjes en beentjes meer gebogen dan gestrekt worden.

Het pasgeboren kind is lichtschuw; zijn oogen fixeeren niet; van de omgeving neemt het kind geen kennis.

Van de zintuigen is alleen het gevoel reeds dadelijk ontwikkeld, in mindere mate de smaak; allengs volgen pas de overige zintuigen.

De eerste schreeuw wordt gevolgd door onregelmatige

ademhalingen met luid geschreeuw; pas allengs komt daarin eenige regelmaat; toch blijft de ademhaling in de eerste dagen snel en oppervlakkig. Een onregelmatige ademhaling, vooral gedurende den slaap, kan dikwijls worden opgemerkt; daaraan behoeft geen beteekenis te worden gehecht.

Het type is de buik-ademing.

Ook het hart klopt bij pasgeborenen snel (130—140 maal per minuut) doch regelmatig.

De lichaamstemperatuur is ongeveer 37° C.

2. DE EERSTE ZORG VOOR PASGEBOREN KINDEREN.

Ge weet nu, wat bij een pasgeborene is op te merken. Thans komt de beantwoording van de tweede vraag aan de orde: Hoe moet het pasgeboren kind verpleegd worden?

Het komt mij doelmatig voor om de verschillende maatregelen daartoe te bespreken in de volgorde waarin ze genomen worden.

Reiniging en kleding.

In de allereerste plaats moet het kind *gereinigd* worden; hierbij worde met de grootste nauwgezetheid gewaakt tegen *kou-vatten*, d. i. tegen plotselinge afkoeling.

Menig kind is het slachtoffer geworden van de onnauwkeurigheid, slordigheid, onverschilligheid of onkunde van bakers en buurvrouwen. — Want het gevaar voor kou-vatten is bij pasgeborenen groot. Ik behoef slechts te herinneren aan den plotselingen overgang in een veel koelere omgeving bij de geboorte, een overgang zóó

sterk dat men o. a. daaraan den krachtigen reflectorischen invloed toeschrijft, die in de eerste ademhaling blijkt (zie bl. 5).

Maar ook nog om een andere reden zijn kinderen in 't algemeen meer blootgesteld aan kou-vatten, n.l. doordien de oppervlakte van hun lichaam in verhouding tot hun lichaamsgewicht grooter is dan bij volwassenen. Hoe grooter nu de aan de omgeving blootgestelde oppervlakte is, des te grooter is natuurlijk ook het gevaar voor afkoeling, warmte-verlies, kou-vatten.

De temperatuur der kraamkamer zij alzoo, indien de accoucheur zulks niet in het belang der kraamvrouw anders wenscht, niet te laag, iets hooger dan die welke voor ziekenkamers gewenscht wordt, ongeveer 16—18° C.

Geen oogenblik langer dan noodig is blijve het kind naakt. De verpleegster neme het van den accoucheur over in een verwarmden wollen doek en houde het daarin tot aan de reiniging zooveel mogelijk besloten.

Alwat de verpleegster voor het reinigen noodig zal hebben, zette zij te voren gereed.

Eerst worden de oogen met behulp van verbandwatten en zuiver water — en met volkomen reine handen — gewasschen. Dit moet zeer nauwkeurig in zijn werk gaan; alle mogelijk aanwezige onreinheden (o. a. slijm) onder de oogleden en nabij de oogen moeten worden verwijderd. Natuurlijk gebruike men voor elk oog een afzonderlijk stukje watten.

Daarna wordt de huid met vet (olie of vaseline) ingesmeerd om het soms zeer uitgebreide, taaie en sterk aanklevende huidsmeer (zie bl. 8) te verweeken.

De wassing van het kind geschiede zoo mogelijk in een bad dat *te voren* gereed gemaakt moet zijn. Een bad-thermometer ligge in het water en wijze een temp.

van 35° C. aan. Mocht het bad gedurende de eerst genomen maatregelen wat afgekoeld zijn, dan moet zooveel heet water toegevoegd worden, dat de bovengenoemde temp. bereikt, doch niet overschreden wordt.

Een lagere temp. dan 35° C. is onvoorwaardelijk af te keuren wegens de vrees voor te sterke afkoeling (zie boven); dat ook een te hooge temp. nadeelig kan zijn, zullen we later bij de bespreking van „*mondklem*” zien.

De badkuip moet hoog staan, op een tafel of een paar stoelen; daardoor is het baden voor de verpleegster gemakkelijker en de omringende lucht is minder koud dan nabij den bodem.

In het badwater worde het kind zoo ver mogelijk, d. i. tot aan den hals ingedompeld; zodoende kan het niet zoo licht kou-vatten bij de wassching, die grootendeels onder water kan plaats hebben. Dat ge hierbij uitdrukkelijk zorg draagt dat het kind geen droppel van het badwater in de oogen krijgt, is u uit het zoo even (bl. 11) gezegde duidelijk; hetzelfde geldt voor het mondje (zie bl. 14). Het kind ruste op den linker arm der verpleegster; haar rechter hand blijft zodoende vrij voor het wasschen. Men gebruikt daartoe een zachte *nieuwe* spons en een goede kinderzeep; de z.g. „overvette” zeepen van UNNA prikkelen de huid minder en zijn daarom met het oog op de teere huid van pasgeborenen sterk aan te bevelen. Vergeet vooral niet om in de schuilhoeken, de plooiën, waarin het meeste huidsmeer is opgehoopt, nauwkeurig, doch natuurlijk voorzichtig, vooral niet te hardhandig, te wasschen.

Het bad dure niet langer dan noodig is voor een nauwkeurige reiniging, d. i. 5 tot hoogstens 10 minuten.

Snel uit het bad in een warmen doek overgebracht, ¹⁾ worde het kind daarop zeer nauwkeurig en even voorzichtig met zachte warme doeken afgewreven.

Waar een badkuip niet aanwezig is, zal men zich met wasschen alleen moeten behelpen; zorg er dan vooral voor dat beurtelings verschillende plekken ontbloot worden.

Intusschen heeft de verpleegster niet verzuimd om zich te overtuigen of het navelbandje goed sluit en geen druppel bloed uit de navelstreng te voorschijn komt; verder of ernstige *misvormingen* bij het kind bestaan.

Daarna voorzie zij het kind van verwarmde *onderkleertjes*. Een flanel als eerste bedekking is aan te bevelen. Het hemdje worde, om verontreiniging te voorkomen, hoog opgeslagen. Liefst zij de spleet geheel open (als bij een jas of mantel). Ik geef er onvoorwaardelijk de voorkeur aan, dat alle kleertjes van voren worden vastgebonden; zoodoende toch wordt voorkomen dat het kind bij het aan- en uitkleeden op den buik worde gelegd, een houding die in 't algemeen is af te keuren wegens de belemmering der ademhaling; bij pasgeborenen immers heeft de ademhaling het buiktype (zie bl. 10).

(Dezelfde raad geldt ook voor oudere zuigelingen, omdat in deze houding eerder braking tot stand komt.)

De luiers, waarover een groote wollen luier het gehele onderlijf en de beentjes zullen moeten bedekken, worden of geheel los aangelegd, of wel met enkele veiligheidsspelden bevestigd; nergens mag echter eenige

¹⁾ Een vuurnand behoort, zoo eenigszins mogelijk, in een aangrenzende kamer; anders worde zij zoo spoedig mogelijk na het gebruik uit de kraamkamer verwijderd.

drukking uitgeoefend worden en het kind moet zijn beentjes krachtig kunnen blijven bewegen.

Als het kind alzoo voldoende beschut is tegen kou-vatten, zal de verpleegster nog eens op de straks beschreven wijze de oogjes moeten reinigen, en daarna den *mond* in al zijn schuilhoeken.

Dit laatste dient niet minder nauwkeurig te geschieden, maar toch met de grootste voorzichtigheid. De geringste ruwheid, waardoor het slijmvlies ook maar eenigszins beschadigd zou kunnen worden, maakt dit uiterst vatbaar voor allerlei ontstekingen, voor spruw, enz. Gewoon, zuiver water is hiertoe voldoende; prikkelende stoffen (o. a. de zoo dikwerf gebruikte brandewijn) zijn volkomen overbodig en kunnen zelfs schadelijk worden. Verder is daartoe noodig een zacht lapje, liefst een stukje verbandgaas.

Dan volgt de zorg voor den *navel*.

Nogmaals onderzoekt de verpleegster naar een geringe bloeding en overtuigt zich of bij een zachte drukking van het vrije einde van de streng geen droppeltje bloed te voorschijn komt. Een tweede (steriel) bandje, 1 à 2 cM. van het eerste verwijderd, worde dan aangelegd. Het zij niet te smal, uit vrees voor doorsnijden; het worde sterk genoeg toegeknoopt, doch vooral zonder de minste trekking aan de streng, die daarbij niet gespannen mag worden. Doelmatig is het om na den eersten knoop een strik, en niet een tweeden knoop te leggen; mocht toch later blijken dat het bandje te los aangelegd is (wat wel voorkomt bij zeer dikke strengen, die weldra wat indrogen en krimpen), dan is de knoop gemakkelijk aan te halen; een derde bandje wordt daardoor overbodig. Een eenvoudig navelverband vormt de rest. Hierbij

komt alles aan op zindelijkheid. Een verpleegster die de asepsis kent en weet toe te passen, heeft geen vrees te koesteren voor navelziekten, die zoo noodlottig kunnen worden.

Na zorgvuldige wassching, ook van hare omgeving, wordt de navelstreng losjes in een stuk droog (aseptisch) gaas gewikkeld en daarna op de huid gelegd, en wel naar links-boven, om drukking op de groote lever te voorkomen. ('t Is volkomen overbodig, ja zelfs ondoelmatig om in het gaas een gat te knippen, waardoor de streng gehaald wordt.) Een stuk verbandwatten, om een te sterke en te beperkte drukking te voorkomen, en een breede band, met eenige veiligheidsspelden om het middel van het kind bevestigd, voltooiën het navelverband.

Ook hierbij zij men op zijn hoede om een verband aan te leggen dat wel is waar niet licht verschuift, maar dat evenmin sterk mag drukken; de bloedsomloop en de (buik)ademing mogen niet belemmerd worden.

Behalve deze eenvoudige navelverbanden, die een verpleegster zich van elk stuk linnen of katoen zelve kan vervaardigen, zijn er tegenwoordig allerlei andere, soms zeer doelmatige in gebruik, waarbij bandjes de rol der spelden overnemen. De inrichting van die verbandjes is zoo eenvoudig dat een verpleegster zich gemakkelijk er van bedienen kan, al zag zij ze nooit te voren. Meest zijn ze verkleinde modellen van buikbanden, door kraamvrouwen gebruikt; vandaar dat ze u wellicht bekend zijn. Een voordeel van deze bandjes is, dat men geen spelden heeft, want hoe minder spelden (natuurlijk uitsluitend veiligheidsspelden) men gebruikt, des te beter.

Het wegen.

Waar de gelegenheid daartoe bestaat, wordt de pasgeborene meestal gewogen; voor de beoordeeling van de ontwikkeling van het kind thans en in de volgende dagen is zulks natuurlijk van groot belang. Maar dan geschiede dit ook kort na de geboorte, liefst na de reiniging en gedeeltelijke kleeding. Sommigen geven er de voorkeur aan om het kind dadelijk na het bad te wegen, en wel alleen in een warme luier gewikkeld.

Het aantal soorten van *weegschalen* voor zuigelingen is zeer groot; ik behoef ze niet alle te beschrijven en bepaal mij daarom tot de meest gebruikelijke soorten.

De eenvoudigste en tevens de nauwkeurigste zijn de gewone weegschalen, die men in de winkels, en ook de balansen, die men in de goederen-bureaux der spoorwegstations vindt, de laatste echter in verkleinde afmetingen; bij deze moet men het verkregen gewicht met 10 vermenigvuldigen. Op beide wordt het kind in een mandje gewogen.

Zeer verspreid zijn ook de weegtoestellen, waarbij een spiraal-veer wordt samengedrukt; op een schaal zijn de cijfers aangebracht, die met het gewicht overeenstemmen.

Onder deze is wel het eenvoudigste toestel dat, wat slechts een handvat, een korte, loodrechte schaal en een haak bevat, waaraan de saamgeknopen luier, waarin het kind gewikkeld is, wordt gehangen. (Deze weegtoestellen worden niet neergezet, maar in de hand gehouden.)

Hiertoe behooren ook de z. g. *Family-Scales* met een cirkelvormige wijzerplaat en een schotel, waarop het kind in een mandje gewogen wordt. Deze, die men in de meeste huishoudingen aantreft, zijn u zeker bekend.

De veer loopt ook hier in een verticalen koker; is deze laatste, zooals zoo dikwijls plaats heeft, niet wijd genoeg, dan zijn grove fouten onvermijdelijk. 't Komt er toch op aan dat het zwaartepunt van het kind juist in het midden ligt; anders wordt de veer niet in loodrechte richting gedrukt en kan zij den wand van den koker raken. De wrijving zal ten gevolge hebben dat het verkregen cijfer te laag is.

Bij deze weegschalen is het dus dubbel noodig om meermalen achtereen te wegen en bij verkregen verschillen *het hoogste cijfer* als het juiste te beschouwen.

Eindelijk noem ik nog de toestellen met loopgewicht, waarbij een vrij over een schaal loopend gewicht zoo ver wordt vooruitgeschoven dat het evenwicht bereikt is. Voor de onderdeelen van kilogrammen vindt men dikwijls een tweede schaal aangebracht.

Welke weegschaal ge ook gebruikt, bij alle is een contrôle door middel van twee of meer achtereenvolgende wegen noodig.

De grootste nauwkeurigheid bij het wegen is noodig. Vandaar ook dat het gewicht van de tevens gewogen kleertjes van het verkregene moet afgetrokken worden, — van de *gewogen of te wegen* kleeren, niet van gelijknamige, die bijna geregeld een eenigszins afwijkend gewicht hebben. De bedoeling is toch om kleine verschillen na te kunnen gaan.

Bij voldragen kinderen schommelt het gewicht tusschen 2,5 en 5 kilogrammen, het gemiddelde is 3,25 kilogr. Daarbij valt echter op te merken dat jongens meestal zwaarder zijn dan meisjes en eerstgeborenen meestal lichter dan de volgende kinderen.

Hebt ge het kind gewogen, dan kleedt ge het verder aan met de kleertjes die u daartoe aangewezen worden.

Vandaar dat ik mij van uitvoerige opmerkingen daaromtrent onthouden kan. Slechts dit weinige: de kleeren dienen tot bedekking, niet tot bevestiging; ze mogen dus nooit te vast aangetrokken worden, nooit knellen. De armpjes en beentjes moeten bewegelijk, de bloedsomloop en de ademhaling onbelemmerd blijven. Dus geen „pak”, dat vroeger bakkers zoo knap konden aanleggen dat zij het kind, aan het voeteinde vasthoudende, den vader ter kennismaking (en ter ontvangst van een fooi voor zich zelve) overreikten. Welk een medelijden wekten dergelijke „ingepakte” kinderen, die zich, zóó toegetakeld, in nog minder vrijheid mochten verheugen dan vóór hunne geboorte!

Was zulk een kleedij een misbruik van vroegeren tijd, van lateren datum dagteekent het aanleggen van een impermeable (b.v. hospitaallinnen) over de luiers heen, een maatregel die sterk moet afgekeurd worden, omdat daardoor de verdamping en de afvoer van de urine naar de oppervlakte belemmerd wordt. De huid van zoo gekleede kinderen is voortdurend vochtig en daardoor zeer sterk aan verweeking blootgesteld. De gevolgen daarvan komen later ter sprake.

Een draagkussen of draagbedje, waarop het kind met een paar breede banden bevestigd wordt, acht ik wel doelmatig; in zijn ledikantje ligt het zodoende niet lastiger, en veel gemakkelijker op den schoot der verpleegster of aan de borst der moeder.

Een mutsje is overbodig; zelfs is het beter om het hoofd bloot te laten.

De allereerste zorg is hiermee afgeloopen.

Bleek aan het kind geen in het oog springende misvorming, die aan de moeder nog onbekend gebleven

is, slaapt de moeder niet, en ten slotte: verbood de arts dit niet om andere redenen, dan geve de verpleegster haar voor een oogenblik het kind over en *legge het daarna ter ruste*.

Waarin en hoe?

In geen geval in het bed der moeder. Nooit mag de verpleegster dit toelaten, — tenzij er geen afzonderlijke plaats voor het kind beschikbaar zij, wat in de omgeving waarin kraamvrouw-verpleegsters in den regel werkzaam zijn wel als een uitzondering te beschouwen is. De rust voor moeder en kind beide wordt op deze wijze ernstig bedreigd; niet minder gevaar bestaat er voor het kind om, ten gevolge van plotselinge en onbewuste bewegingen van de moeder, uit het bed te vallen of erger nog: om te stikken. Voorbeelden daarvan zijn niet zeldzaam.

Een *wieg* heeft weinig voordeelen boven een ledikantje, omdat men het kind toch niet mag „wiegen”; maar ze is wat kleiner en het kind heeft in een wieg iets minder gevaar voor kou-vatten. Het is dus tamelijk onverschillig welke keus de ouders hieromtrent gedaan hebben, als het model maar zoodanig is dat de lucht, zoo noodig, voldoende kan toetreden.

Een licht gordijntje is toegelaten en zelfs wenschelijk; tocht en te scherp licht, 't eene even schadelijk voor een pasgeborene als het andere, kunnen daardoor vermeden worden. Overigens geldt voor de inrichting van een ledikantje of wieg hetzelfde als voor die van een ziekbed, zooals ik die vroeger beschreef ¹⁾. Voor kinderen is het in de eerste plaats wenschelijk dat het kussen met paardenhaar of varen is gevuld, waarbij de moe-

¹⁾ Ziekenverpleging. Algemeene Voorschriften, 2e Druk, bl. 46.

ders gaarne eenige welriekende stof (kruizemunt) voegen. Verder zij het kussen dun, want het hoofd van het kind mag niet hoog liggen.

Een impermeable — onder een wollen of anderen deken — kan natuurlijk niet gemist worden, evenmin één of meer kruiken. Het gevaar toch voor afkoeling, waaraan kleine kinderen zoozeer blootgesteld zijn, wordt nog verhoogd door de verdamping van de urine.

Ter beantwoording van de tweede vraag: *hoe* leggen men het kind ter ruste? diene het volgende: niet op den rug, maar beurtelings op een der zijden.

Voor krachtige pasgeborenen moge het wellicht onverschillig zijn, hoe ze te bed liggen, voor het meerendeel hunner, bepaaldelijk voor de zwakkeren, is dit niet het geval, en wel om de volgende redenen:

1°. Bijaldien de bloedsomloop niet zeer krachtig is (en dit is, zooals we later zullen zien, het geval bij kinderen die schijndood ter wereld kwamen), zinkt (zakt) het bloed, de zwaartekracht volgende, bij voorkeur naar de laagste deelen, zoodat de beneden gelegen gedeelten der longen met bloed overvuld worden en de bloedsomloop aldaar gestoord wordt.

2°. Waar, zooals in verscheidene gevallen, aan het achterhoofd weeke plaatsen van den schedel voorkomen, zou de voortdurende drukking daarop nadeel kunnen aanbrengen.

3°. De thymus-klier (zwezerik), vóór de luchtpijp gelegen, is bij pasgeborenen groot, bij sommige zelfs buitengewoon. De rugligging kan door drukking van die klier op de luchtpijp de ademhaling, zelfs tot stikkens toe, en ook de hartsbewegingen belemmeren. Een deel der zoo menigvuldige plotselinge sterfgevallen, bij de jongste zuigelingen waargenomen, waarvoor geen oorzaak ge-

vonden werd, moet met groote waarschijnlijkheid aan den zoo even genoemden invloed van deze klier toegeschreven worden.

4^o. Bij braking die, zij het dan ook in geringe mate, niet minder veelvuldig voorkomt, wordt de stof in rugligging moeielijk volkomen uit den mond verwijderd en kan bij een inademing geaspireerd, in de luchtwegen opgezogen worden. Ook daardoor kan het kind stikken of wel aan een longontsteking te gronde gaan.

Al deze door mij opgenoemde gevaren zullen u wel voldoende voorkomen om mijn raad „het kind niet op den rug te leggen” op te volgen.

Ge behoeft niet te vreezen dat het kind zelf daarna op den rug zal gaan liggen, want de ligging van een pasgeborene is niet actief, niet willekeurig; het blijft liggen zooals het is neergelegd. Daarop is slechts ééne uitzondering: de armpjes houdt de pasgeborene (en deze gewoonte blijft het kind verscheidene weken behouden) gebogen en hij richt daarbij de handjes naar zijn hals. Deze regel is zóó vast dat een afwijking daarvan tot het vermoeden moet leiden dat er iets hapert, waardoor het kind niet in staat is om die houding aan te nemen.

Dat de dekens niet te stijf moeten ingestopt worden, begrijpt ge, omdat ge weet dat de bewegingen ongestoord moeten blijven.

3. DE EERSTE LEVENSDAG.

De slaap.

Thans breekt onder gunstige omstandigheden de tijd aan waarin de verpleegster wat rust zal kunnen nemen en de kraamkamer zelfs een oogenblik zal mogen verlaten.

In den regel zult ge merken dat de pasgeborene spoedig inslaapt, althans dommelt, afgewisseld door kortere of langere oogenblikken wakens. Als het kind in zijn slaap de oogen niet geheel sluit, behoeft ge u niet ongerust te maken. Dit komt dikwijls voor en heeft geen beteekenis.

Verreweg het grootste deel van den dag (20—23 uren) brengt de pasgeborene slapend door.

Hij slape uit eigen beweging! Alle kunstmiddelen daartoe zijn èn overbodig, èn nadeelig. Laat het kind gerust liggen als het schreit, tenzij de tijd daar is om het te helpen. Het volksgeloof, dat kinderen zich een breuk kunnen schreien, mist elken grond. Een verpleegster die bekend is met de anatomie van het lieskanaal zal dan ook wel overtuigd zijn dat een kind, waarbij na 't schreien een breuk naar buiten kwam, zeer zeker binnen kort toch een breuk zou gekregen hebben.

Als de verpleegster begint om het kind te „verwennen” door het te wiegen (wat tegenwoordig wel zelden meer gebeuren zal), het uit zijn bedje te nemen, er mee door de kamer te loopen, het op haar schoot te wiegen, te schudden of te kloppen, dan is het haar schuld als het kind later lastig, onrustig, slapeloos wordt. Bij gezonde kinderen heeft zij het grootendeels in haar macht om bij haar vertrek een rustig kind achter te laten.

En nog om een andere en niet minder belangrijke reden zijn die bewegingen nadeelig; ze leiden evenals de buikligging (zie bl. 13) licht tot braking, waartoe pasgeborenen, en in 't algemeen zuigelingen, zeer geneigd zijn, o. a. omdat de vorm en de ligging van de maag niet die van volwassenen is. De kromming (doedelzak-vorm) ontbreekt en de ligging is meer loodrecht; vandaar

wellicht dat minder tegenstand geboden wordt aan het vloeibare voedsel om langs onnatuurlijken weg (door den mond) het lichaam te verlaten.

Dat de verpleegster in geen geval andere slaapmiddelen, in welken vorm ook, mag aanwenden, ligt zóó voor de hand dat ik daarbij niet behoef stil te staan.

Is en blijft het kind onrustig en kan de verpleegster daarvoor geen oorzaak vinden die zij zelve zou kunnen wegnemen (te scherp licht, te geringe toevoer van versche lucht, te vaste bedekking, knellende kleeding, ongemakkelijke houding, koude voeten, te warme kruiden, enz.), dan zal wellicht de arts bij zijn volgend bezoek raad weten.

We stellen dus dat het kind slaapt. Wellicht rijst bij u de vraag: Hoe lang mag, ja moet het kind achtereen slapen?

Het eenig antwoord daarop is: Zonder bijzondere redenen moet men het kind *laten* slapen, zoolang als het wil. De verpleegster wekke het kind slechts om twee redenen: op aanwijzing van den arts en ten behoeve der moeder, als het kind zuigen moet.

Maar bedenk hierbij dat dit wekken langzaam, zeer voorzichtig, geschiede. Bij plotseling aanvatten heeft men herhaaldelijk opgemerkt dat pasgeborene (ook oudere) kinderen, wier zenuwstelsel zoo uiterst gevoelig is, schrikken, ja zelfs stuipen krijgen.

Daar voor de moeder een vrij langdurige rust vereischt wordt, wordt het kind gewoonlijk niet binnen de eerste 12 uren aan de borst gelegd.

Is het kind dan ontwaakt of door de verpleegster gewekt, dan worde allereerst het mondje zorgvuldig

ders gaarne eenige welriekende stof (kruizemunt) voegen. Verder zij het kussen dun, want het hoofd van het kind mag niet hoog liggen.

Een impermeable — onder een wollen of anderen deken — kan natuurlijk niet gemist worden, evenmin één of meer kruiken. Het gevaar toch voor afkoeling, waaraan kleine kinderen zoozeer blootgesteld zijn, wordt nog verhoogd door de verdamping van de urine.

Ter beantwoording van de tweede vraag: *hoe* leggen men het kind ter ruste? diene het volgende: niet op den rug, maar beurtelings op een der zijden.

Voor krachtige pasgeborenen moge het wellicht onverschillig zijn, hoe ze te bed liggen, voor het meerendeel hunner, bepaaldelijk voor de zwakkeren, is dit niet het geval, en wel om de volgende redenen:

1^o. Bijaldien de bloedsomloop niet zeer krachtig is (en dit is, zooals we later zullen zien, het geval bij kinderen die schijndood ter wereld kwamen), zinkt (zakt) het bloed, de zwaartekracht volgende, bij voorkeur naar de laagste deelen, zoodat de beneden gelegen gedeelten der longen met bloed overvuld worden en de bloedsomloop aldaar gestoord wordt.

2^o. Waar, zooals in verscheidene gevallen, aan het achterhoofd weeke plaatsen van den schedel voorkomen, zou de voortdurende drukking daarop nadeel kunnen aanbrengen.

3^o. De thymus-klier (zwezerik), vóór de luchtpijp gelegen, is bij pasgeborenen groot, bij sommige zelfs buitengewoon. De rugligging kan door drukking van die klier op de luchtpijp de ademhaling, zelfs tot stikkens toe, en ook de hartsbewegingen belemmeren. Een deel der zoo menigvuldige plotselinge sterfgevallen, bij de jongste zuigelingen waargenomen, waarvoor geen oorzaak ge-

vonden werd, moet met groote waarschijnlijkheid aan den zoo even genoemden invloed van deze klier toegeschreven worden.

4^o. Bij braking die, zij het dan ook in geringe mate, niet minder veelvuldig voorkomt, wordt de stof in rugligging moeielijk volkomen uit den mond verwijderd en kan bij een inademing geaspireerd, in de luchtwegen opgezogen worden. Ook daardoor kan het kind stikken of wel aan een longontsteking te gronde gaan.

Al deze door mij opgenoemde gevaren zullen u wel voldoende voorkomen om mijn raad „het kind niet op den rug te leggen” op te volgen.

Ge behoeft niet te vreezen dat het kind zelf daarna op den rug zal gaan liggen, want de ligging van een pasgeborene is niet actief, niet willekeurig; het blijft liggen zooals het is neergelegd. Daarop is slechts ééne uitzondering: de armpjes houdt de pasgeborene (en deze gewoonte blijft het kind verscheidene weken behouden) gebogen en hij richt daarbij de handjes naar zijn hals. Deze regel is zóó vast dat een afwijking daarvan tot het vermoeden moet leiden dat er iets hapert, waardoor het kind niet in staat is om die houding aan te nemen.

Dat de dekens niet te stijf moeten ingestopt worden, begrijpt ge, omdat ge weet dat de bewegingen ongestoord moeten blijven.

3. DE EERSTE LEVENSDAG.

De slaap.

Thans breekt onder gunstige omstandigheden de tijd aan waarin de verpleegster wat rust zal kunnen nemen en de kraamkamer zelfs een oogenblik zal mogen verlaten.

In den regel zult ge merken dat de pasgeborene spoedig inslaapt, althans dommelt, afgewisseld door kortere of langere oogenblikken wakens. Als het kind in zijn slaap de oogen niet geheel sluit, behoeft ge u niet ongerust te maken. Dit komt dikwijls voor en heeft geen beteekenis.

Verreweg het grootste deel van den dag (20—23 uren) brengt de pasgeborene slapend door.

Hij slape uit eigen beweging! Alle kunstmiddelen daartoe zijn èn overbodig, èn nadeelig. Laat het kind gerust liggen als het schreit, tenzij de tijd daar is om het te helpen. Het volksgeloof, dat kinderen zich een breuk kunnen schreien, mist elken grond. Een verpleegster die bekend is met de anatomie van het lieskanaal zal dan ook wel overtuigd zijn dat een kind, waarbij na 't schreien een breuk naar buiten kwam, zeer zeker binnen kort toch een breuk zou gekregen hebben.

Als de verpleegster begint om het kind te „verwennen” door het te wiegen (wat tegenwoordig wel zelden meer gebeuren zal), het uit zijn bedje te nemen, er mee door de kamer te loopen, het op haar schoot te wiegen, te schudden of te kloppen, dan is het haar schuld als het kind later lastig, onrustig, slapeloos wordt. Bij gezonde kinderen heeft zij het grootendeels in haar macht om bij haar vertrek een rustig kind achter te laten.

En nog om een andere en niet minder belangrijke reden zijn die bewegingen nadeelig; ze leiden evenals de buikligging (zie bl. 13) licht tot braking, waartoe pasgeborenen, en in 't algemeen zuigelingen, zeer geneigd zijn, o. a. omdat de vorm en de ligging van de maag niet die van volwassenen is. De kromming (doedelzak-vorm) ontbreekt en de ligging is meer loodrecht; vandaar

wellicht dat minder tegenstand geboden wordt aan het vloeibare voedsel om langs onnatuurlijken weg (door den mond) het lichaam te verlaten.

Dat de verpleegster in geen geval andere slaapmiddelen, in welken vorm ook, mag aanwenden, ligt zóó voor de hand dat ik daarbij niet behoef stil te staan.

Is en blijft het kind onrustig en kan de verpleegster daarvoor geen oorzaak vinden die zij zelve zou kunnen wegnemen (te scherp licht, te geringe toevoer van versche lucht, te vaste bedekking, knellende kleeding, ongemakkelijke houding, koude voeten, te warme kruiden, enz.), dan zal wellicht de arts bij zijn volgend bezoek raad weten.

We stellen dus dat het kind slaapt. Wellicht rijst bij u de vraag: Hoe lang mag, ja moet het kind achtereen slapen?

Het eenig antwoord daarop is: Zonder bijzondere redenen moet men het kind *laten* slapen, zoolang als het wil. De verpleegster wekke het kind slechts om twee redenen: op aanwijzing van den arts en ten behoeve der moeder, als het kind zuigen moet.

Maar bedenk hierbij dat dit wekken langzaam, zeer voorzichtig, geschiede. Bij plotseling aanvatten heeft men herhaaldelijk opgemerkt dat pasgeborene (ook oudere) kinderen, wier zenuwstelsel zoo uiterst gevoelig is, schrikken, ja zelfs stuipen krijgen.

Daar voor de moeder een vrij langdurige rust vereischt wordt, wordt het kind gewoonlijk niet binnen de eerste 12 uren aan de borst gelegd.

Is het kind dan ontwaakt of door de verpleegster gewekt, dan worde allereerst het mondje zorgvuldig

gereinigd (zie bl. 14); daarna overtuige de verpleegster zich of ontlasting en urineloozing hebben plaats gehad.

De eerste ontlasting, het *kindspek* (meconium), is een reukeloze, donkerbruine, bijna zwarte, taaie stof; ze bestaat natuurlijk niet uit de gewone spijsrestes, maar bevat andere bestanddeelen, grootendeels vóór de geboorte ingeslikt en met gal vermengd (epitheliumcellen, huidsmeer, vruchtwater, enz.). Dit kindspek wordt gewoonlijk binnen de beide eerste dagen ontlast om daarna door de gewone alvus vervangen te worden. Het verschijnt uit zich zelf; alle kunstmiddelen daartoe, bij bakers zoo geliefd (steekpilletjes, lavementjes, purgeermiddelen, koffie, enz.) zijn streng verboden.

In de luiers vindt men de eerste dagen buitendien meest een fijn-korrelige roode stof, die met de urine wordt geloosd, het z.g. *nierzand*, uit zeer kleine, maar scherpe kristallen bestaande; vandaar dat de eerste urineloozingen dikwijls met pijn gepaard gaan.

Bleek verontreiniging plaats gehad te hebben, dan moet het kind natuurlijk gereinigd (verdroogd) worden. Dit geschiede met de grootste zorg. Liefst gebruike men hiertoe geen sponzen; ze kunnen niet voldoende gereinigd worden. Een zachte doek is doelmatiger; maar nog beter is het gebruik van vetvrije watten. Verder neme men nooit koud, maar lauw water. 't Meest komt het er op aan om de huidplooien goed te reinigen. Daarna worde de huid, vooral weder in de plooien, volkomen gedroogd. Het bestrooien met een weinig poeder (b.v. met talk), dat de laatste sporen van vocht opzuigt, is aan te bevelen; ook hierbij vergete men de plooien vooral niet.

Dan worde het kind wederom in *warne* luiers ge-

wikkeld en *aan de moederborst gelegd*, die te voren is afgewasschen.

De moeder moet daarbij blijven liggen, gewoonlijk zelfs op den rug. Deze houding stoort het zoogen niet, als de verpleegster daarbij handig behulpzaam is. Het kind ligge dwars, een weinig op de eene zijde, het hoofdje gesteund door een kussen of door den arm van de moeder (als dit is toegestaan). De verpleegster ondersteunt deze houding en maakt de ademhaling mogelijk (het neusje vrij) door met twee vingers de borst nabij den tepel een weinig terug te drukken; want de mond van het kind sluit geheel om den tepel.

De eerste maal, ja de eerste malen, is er van eigenlijk zuigen meest niet veel sprake, vooreerst wegens de geringe hoeveelheid zog, maar ook omdat het kind nog moet *leeren* te zuigen. Dikwijls toch komt het voor dat het voortdurend schreit in plaats van te zuigen of dat het aan de borst telkens inslaapt; men kan dan het kind zachtjes wekken, b.v. door het mondje wat terug te trekken of wel door een voorzichtige aanraking van het aangezicht. Met geduld komt men hierbij ver; elke volgende maal neemt men reeds eenige verbetering waar.

Als de krachten van moeder en kind het toelaten, kan men de eerste pogingen 10—15, hoogstens 20 minuten, voortzetten; vooral spreke men daarbij de moeder moed in.

Zijn de tepels te weinig ontwikkeld, dan kan men in de meeste gevallen door verschillende soorten van z. g. *tepelhoedjes* hulp bieden.

Een krachtige steun en een groote mate van geduld is voor de verpleegster onvermijdeijk om de moeder in deze, eerst zoo moeilijke, zaak bij te staan. Laat u toch niet door wat ongeduldige moeders overreden om

uwen steun haar te verleen, als zij haar voedsel aan haar kind wil onthouden. Ik zal nauwelijks behoeven te zeggen hoe verkeerd het is om nu reeds water, erger nog suikerwater, te geven. De dorst, de lust tot zuigen, vermindert daardoor. (Over dotjes en speentjes spreek ik later.)

Het zoogen is een *natuurlijke* verrichting; meer vrouwen zijn daartoe in staat dan men meent. De voornaamste reden waarom men tegenwoordig zoo weinig vrouwen aantreft die haar kinderen zelve voeden, ligt daarin dat òn zij zelve, òn de verpleegster (meest baker) en misschien ook soms de arts, de pogingen daartoe niet krachtig en langdurig genoeg voortzetten.

De volgende uitspraak van een geneesheer is zeker kenmerkend, hoewel ze zeker te algemeen en daardoor onjuist is. „Eene vrouw,” zegt hij, „die een kind kan dragen en kan baren, zal het ook kunnen voeden.”

Ook na het zoogen worden de tepel en het mondje op nieuw gewasschen.

4. BELOOP EN VERPLEGING IN DE EERSTE VERDERE LEVENSDAGEN.

Gewicht.

De eerste vraag, die zich hier voordoet, is: Groeit het kind reeds van den aanvang af?

Bij dagelijksche wegingen van een groot aantal kinderen is gebleken dat in de eerste 4 dagen geen vermeerdering, integendeel een vrij belangrijk verlies van het lichaamsgewicht plaats heeft. Daarna begint het langzaam en geregeld te stijgen, waardoor ongeveer op den 8^{sten} tot den 10^{den} dag het oorspronkelijk gewicht op nieuw bereikt is.

Dit laat zich wel verklaren; in de eerste dagen komt de voeding nog uiterst gebrekkig tot stand; daarentegen verliest het kind vrij veel gewicht door de ontlasting van het kindspek en niet minder ten gevolge van de sterke afkoeling, waaraan het na de geboorte is blootgesteld; slechts ten koste van een sterk verhoogde stofwisseling kon de normale temperatuur behouden blijven ¹⁾. Een enkele maal ook valt binnen deze periode de navelstreng af.

Het verlies bedraagt gemiddeld 130—200 gram; bij eerstgeborenen en eveneens bij kunstmatig gevoede kinderen is het grooter; dezen halen ook de schade langzamer (in ongeveer 14 dagen) in.

We hebben vroeger (bl. 17) gezien met welke voorzorgen de eerste weging moet plaats hebben. Fouten, van verschillende oorzaken afhankelijk, kunnen ook bij de volgende wegingen niet altijd voorkomen worden, b.v. die welke afhankelijk zijn van stoelgang en urine-loozing, van voorafgegaan braken, van de afgevallen navelstreng, enz.

Maar te vermijden zijn de fouten, die hun grond vinden in het wegen onder verschillende omstandigheden en met behulp van verschillende instrumenten.

Neem dus voor het wegen altijd een vast tijdstip van den dag, kies dat vóór het zuigen, bedek het kind met weinige en steeds *dezelfde* kleertjes en gebruik altijd dezelfde weegschaal. Want hoezeer men zal trachten een nauwkeurig wijzende weegschaal te nemen, absoluut zuiver is geen enkel instrument. Toch komt het er minder op aan of ge geregeld een iets te hoog of iets te laag gewicht vindt, als de fout slechts altijd in dezelfde

¹⁾ Vgl. Ziekenverpleging. Algemeene Voorschriften, 2e Druk, bl. 82 en vv.

richting is. Gebruikt ge echter afwisselend verschillende weegschalen, dan zoudt ge daardoor de fout wellicht kunnen verdubbelen; elken maatstaf ter beoordeeling mist ge hierbij.

Slaap.

Een pasgeboren kind verdeelt zijn tijd met slapen, zuigen en schreien.

Over den normalen *slaap* is aan het op bl. 22 meegedeelde wel niet veel meer toe te voegen.

Voeding.

Wat het *zuigen* betreft, hieromtrent heb ik u meer mee te deelen.

In de eerste plaats moogt ge niet toelaten dat het kind aan de borst gelegd wordt als de tijd daarvoor nog niet daar is; en dit is het geval als de maag den vorigen maaltijd nog niet verteerd en overgebracht heeft naar het darmkanaal; binnen twee uren is de maag niet leeg. Weliswaar mag en moet men zelfs meestal van dezen regel in de *allereerste* levensdagen een weinig afwijken, zoowel in het belang van de moeder wier rust door het schreeuwende kind niet te zeer gestoord mag worden, als in dat van het kind zelf dat niet dadelijk aan zulk een militaire opvoeding onderworpen behoeft te worden. Doch weldra trachte men het aan regel te gewennen. Hoe sneller men hierin slaagt, des te eerder en des te gemakkelijker wordt de pasgeborene een rustig kind.

Zoodra mogelijk gewenne men het kind om 8 of 9 maal in de 24 uren (meestal 6 of 7 maal daags en 2 maal 's nachts, nog liever alleen over dag) voedsel te nemen

en late het kind telkens 15 tot 20 minuten aan de moederborst; zwakke kinderen of die welke telkens ophouden te zuigen, mogen 10 maal in de 24 uren gedurende 30 minuten gezoogd worden.

Deze cijfers gelden natuurlijk voor gewone gevallen, waarin de arts niet het tegendeel voorschreef.

Zoodra de zogafscheiding voldoende is, geve men beurtelings de rechter en de linker borst.

Van groot belang is het als ge het kind aan regel kunt gewennen, want staat ge te menigvuldige maaltijden toe, dan

is elke dezer noodwendig korter en daardoor onvoldoende;

gewent het kind zich er aan om te zuigen eer het flink honger heeft;

went het zich evenzeer om daarmee op te houden en in te slapen eer het ruim verzadigd is;

ontwaakt het vóór zijn tijd, wederom omdat het onvoldoende verzadigd was; en

is het niettemin te slaperig om krachtig door te zuigen.

Ge bemerkt ook hier tusschen een en ander een samenhang: een ongeregeld gevoed kind heeft nooit een ferm en honger en wordt nooit voldoende verzadigd.

In den regel laten zich de gevolgen niet wachten: het kind wordt vooreerst onrustig; maar meer gevreesd nog zijn de digestie-stoornissen, aanvangende met braking, die ontstaat als nieuw voedsel gebracht wordt in de kindermaag die nog bezig is om den vorigen maaltijd te verteren.

En welke groote voordeelen staan daar tegenover, als men het kind aan regel gewent!

Een kind dat flink uitgeslapen en hongerig is, drinkt

snel en krachtig en valt daarna in een rustigen en langdurigen slaap.

De verpleegster zal het kind dus moeten laten slapen; meestal wordt het vóór of op zijn tijd wakker, zoodat er genoeg maaltijden kunnen gegeven worden. ¹⁾

Ik sprak nog niet van de groote voordeelen die zulk een regeling ook aan de moeder biedt. Hoewel dit eigenlijk buiten mijn onderwerp valt, kan ik mij toch niet weerhouden om ter loops op te merken

dat bij elke natuurlijke verrichting regelmaat wenschelijk is;

dat de moederborst bij grootere tusschenpoozen in het zoogen meer volkomen geledigd wordt;

dat de moeder grootere kans heeft om gezond te blijven (wat natuurlijk ook op de zogafscheiding terugwerkt) als haar nachtrust minder gestoord wordt; en — dit geldt vooral voor latere weken en maanden — dat de moeder tijd overhoudt om nog iets anders te doen dan haar kind te voeden en te sussen.

Alzoo in weinige woorden: *de zuigeling beschikke noch over de indeeling, noch over het volume der maaltijden.* Liever een lastige periode van korten duur (om het kind te gewennen) dan een lastig tijdperk van langen duur (wegens onrust, slapeloosheid en digestie-stoornissen).

Wat ik vroeger zeide omtrent reiniging van mond en tepel (bl. 24, 25 en 26), blijft ook van kracht voor de latere dagen; ge kunt daardoor veel ellende voorkomen, zooals wij later zullen zien. Zelfs al slaapt het kind als ge het van de moeder wegneemt, moogt ge niet ver-

¹⁾ Met dat al kunnen er natuurlijk omstandigheden plaats grijpen die den geneesheer nopen om of in 't belang der moeder, of in dat van het kind de verpleegster op te dragen om het kind te wekken en aan de borst te leggen. Vergeet dan niet wat ik vroeger (bl. 23) zeide.

zuimen om zijn mondje uit te wasschen; ge zult zien hoe spoedig het kind daaraan gewoon raakt; 't slaapt dadelijk weder in en na korten tijd wordt het daardoor niet eens wakker.

De moedermelk.

Het zal u wellicht belang inboezemen om iets te weten omtrent de eigenschappen en de samenstelling van de moedermelk.

In de eerste dagen is de kleur geel. De melk, *biest* (colostrum) geheeten, is vrij dik en bevat veel meer vet, ook meer melksuiker dan later, ze werkt daardoor min of meer laxeerend, wat een gunstigen invloed uitoefent op de verwijdering van het kindspek (bl. 24). Zoowel de biest als de latere melk is een ondoorschijnende vloeistof.

Van den 4^{den} dag na de bevalling af wordt de kleur allengs blauwachtig-wit. Dan blijft de scheikundige samenstelling tamelijk dezelfde ¹⁾. De melk bevat gemiddeld aan eiwitachtige stoffen 1,7%, vet 3,8%, melksuiker 6%, zouten 0,2% en water 88,5%. Men beweert dat dagelijks ongeveer 1¹/₄ liter melk door de zogklieren wordt afgescheiden.

De vraag of de zogafscheiding in een gegeven geval voldoende is, laat zich in de eerste 3 à 4 dagen met zekerheid niet beantwoorden; soms zelfs duurt die onzekerheid meerdere dagen.

Verschillende verschijnselen bij het kind kunnen wijzen op een onvoldoende hoeveelheid van het zog, o. a.

¹⁾ De kleinere verschillen, die in den loop van weken en maanden volgen, zijn hier niet van waarde.

onrust, slapeloosheid na het zuigen, onvoldoende urine-loozing, te geringe vermeerdering van het lichaams-gewicht. Blijken een of meer dezer verschijnselen te bestaan, dan verzuime de verpleegster niet om den geneesheer te waarschuwen, die op zijn beurt naar verdere teekenen van onvoldoende melkafscheiding bij de moeder zal onderzoeken.

In de eerste dagen, eer, zooals ik boven zeide, met zekerheid kan uitgemaakt worden of een rijkelijke zog-afscheiding tot stand zal komen, zal hij wellicht toestaan om althans den dorst van het kind te lesschen door water, suikerwater, enz. of zal hij aan zwakkere kinderen misschien ook dan reeds ander voedsel toestaan. Maar na de eerste dagen krijgt deze vraag een veel grootere beteekenis, want dan komen de voor het kind zoo hoogst belangrijke en niet te licht te achten vragen aan de orde:

Zal men nog eenige dagen een beslissing uitstellen, n.l. als de afscheiding wel is waar te gering, maar niet afwezig is? Of zal men bij de weinige moedermelk ander voedsel geven?

En in dit laatste geval en vooral daar waar het aan de moeder volkomen onmogelijk is om haar kind te zoogen: Welk voedsel moet dan in de plaats treden?

Deze vragen zijn zoo uiterst moeilijk te beantwoorden, — de gevallen, waarin een verkeerde keus gedaan werd, liggen zoo voor 't grijpen, dat ik niet mag verzuimen om aan *verpleegsters* den ernstigen raad te geven om zich in de beslissing hieromtrent niet te mengen. Laat zij zich ook hierin onderscheiden van de baker (zie bl. 2)! Zij *kan* hier geen nut, wel verderf stichten.

De moeder zal bijna zeker aan de verpleegster vragen welk voedsel zij meent te kunnen aanbevelen, of wel:

welk voedsel bij vorige verplegingen (dus wellicht onder andere omstandigheden en door een anderen arts aanbevolen) gegeven werd. Antwoord daarop niet, op geene dezer beide vragen; nogmaals: de arts is hier aan 't woord en niet de verpleegster. Te recht zou hij zich ergeren aan een verpleegster die ongevraagd zijn taak meende te moeten overnemen. Ook in uw eigen belang raad ik u dus absolute onthouding aan.

Met dat al mogen enkele wenken omtrent de meest gebruikelijke middelen ter vervanging van de moeder-melk hier niet ontbreken; de verpleegster moet deze kennen en er mee om kunnen gaan.

Minnen.

In vele gevallen, in de eerste plaats daar waar geen finantieele bezwaren daartegen bestaan, zal de geneesheer eene *min* aanraden.

Een z.g. „loopmin” zal hij wellicht toestaan als de moeder in staat is om haar kind eenige malen daags zelve te voeden of als er uitzicht bestaat dat de maatregel van korten duur zal zijn.

Komt er een „vaste min”, dan moet de verpleegster zich er van rekenschap geven dat het grootendeels van haar tact zal afhangen of de min zich in haar nieuwe omgeving en de huisgenooten (vooral de dienstboden) zich aan de tegenwoordigheid van een min zullen gewennen.

Eene min behoort onder voortdurend toezicht (hier dus van de verpleegster) te staan; zij zal niet zonder de verpleegster mogen uitgaan; wat hare bezigheden en levenswijze aangaat, de verpleegster zal deze beide, met inachtneming van het tijdstip van de bevalling der min en van hare vroegere gewoonten, moeten regelen. Door

naaisters of modistes te laten rondloopen en dienstboden of boerinnen te laten stilzitten, verkrijgt ge alleen dat haar zog vermindert, misschien ook dat de min ziek wordt of heimwee krijgt. Geeft ge een arme stumpert dadelijk krachtig voedsel, vleesch, eieren, bier, enz., dan zal zij zelve zich wellicht welbehagelijk gaan voelen, dik en vet worden, maar haar zog zal ophouden te vloeien.

Ik geloof met deze weinige woorden u een vingerwijzing gegeven te hebben hoe ge een min hebt te verzorgen, opdat het doel bereikt worde.

Gemengde voeding.

Is er slechts sprake van een z.g. „gemengde voeding”, waarbij de moeder eenige malen daags zelve haar kind zoogt, dan komt het andere voedsel (om 't even of minnemelk of iets anders gegeven wordt) in de plaats van de maaltijden die de moeder niet in staat is te geven. Men trachte deze zóó tusschen de andere in te schuiven dat de moeder zoo dikwijls mogelijk zelve haar kind voede, m. a. w. dat de tusschenpoozen tusschen de nieuwe maaltijden zoo groot mogelijk zijn. Wordt er b.v. 2 maal daags ander voedsel bijgevoegd, dan geven men dat 's ochtends en 's avonds; 3 maaltijden worden 's ochtends, 's namiddags en 's avonds gegeven; moet de verdeling tusschen beide wijzen van voeding gelijkmatig zijn, dan geven men beurtelings het eene en het andere. Zodoende behoudt de moeder voor elk door haar zelve gegeven maal de grootste hoeveelheid die beschikbaar is.

In geen geval sta men toe om na een niet voldoende maaltijd een „dessertje” van iets anders te geven; dit

is dikwijls voldoende om de spijsvertering van het kind in de war te brengen.

Maar menigmaal wordt om allerlei redenen niet tot het nemen van een min overgegaan. En dan valt, wat voor de hand ligt, meestal de keus op melk van dieren en wel in de eerste plaats op *koemelk*, die 't gemakkelijkst te verkrijgen is.

Koemelk.

Ik onthoud mij ook nu weder om over de voor- en nadeelen van koemelk als voedsel voor pasgeborenen te spreken, maar niet: om u een en ander omtrent de toediening daarvan mee te deelen. Daarbij komen dan als van zelf enkele andere zaken ter sprake, die de verpleegster kennen moet.

De koemelk biedt belangrijke verschillen aan met vrouwenmelk. Twee zaken staan daarbij op den voorgrond en wel: de uiteenlopende scheikundige samenstelling en het verschil in zuiverheid, reinheid.

De samenstelling verschilt vooral daarin dat koemelk meer eiwit en meer zouten, doch minder suiker en minder water bevat. Verdere verschillen laat ik hier onbesproken.

Daar de samenstelling van de melk van verschillende koeien en zelfs van die van dezelfde koe op verschillende dagen en uren vrij sterk afwisselt, is het in het algemeen niet aan te bevelen om *melk van ééne koe* te geven. Melk van meerdere koeien doorengemengd geeft meer kans op een vrij gelijkmatige samenstelling. Uit eigen beweging zal de verpleegster dus nooit melk van ééne koe mogen bestellen.

Zooals de melk door de koeien geleverd wordt, kan

ze om bovengenoemde redenen door het kind meest niet verdragen worden. Door verdunning zal men het watergehalte moeten vermeerderen en daardoor tevens het eiwit en de zouten verdunnen. Door toevoeging van suiker (meestal melksuiker) zal men aan den anderen kant het suikergehalte vermeerderen.

Zoo eenvoudig als deze zaak schijnt, is ze echter niet; omtrent den graad der verdunning en de hoeveelheid toe te voegen suiker (en andere stoffen) is men 't nog lang niet eens. Voor de verpleegster van pasgeborenen is het genoeg om het bovenstaande te weten; de geneesheer zal haar voor elk geval mededeelen hoe de melk moet toe bereid worden.

Het tweede bezwaar ligt in de onzuiverheid der koemelk. Bij de aankomst aan huis is ze niet meer volkomen versch; dit bemerkt ge aan de reactie, die dan meestal reeds zwak zuur is. Terwijl het door de moeder gevoede kind haar zog direct van borst tot mond krijgt, is de koemelk afkomstig van doorgaans vrij ver afweidende of op stal staande koeien aan wier uiers gewoonlijk allerlei vuil, vooral drekstoffen, kleven. Deze stoffen vallen voor een deel in de melkemma's. De emmers worden meest gewasschen met water uit een naburige sloot of uit een vuile pomp. De melkers en melkmeiden munten niet uit door reine handen. Ook het verdere gereedschap laat dikwijls veel te wenschen over. Weliswaar is het mij bekend dat door de zeef de melk van grovere onreinheden *in vasten vorm* bevrijd wordt, maar even zeker is het dat al het fijnere vuil, hetwelk de zeef doorlaat (waaronder duizenden bacteriën en schimmels), en al het opgeloste vuil in de melk blijft en op den koop toe geleverd wordt.

En dan spreek ik nog niet eens van opzettelijke

vervalschingen en verdunningen, waarbij uit beleefdheid voor de gebruikers zeker zelden het zuiverste water genomen wordt.

Een, hoezeer ook onvoldoende, wapen daartegen bezitten we in het *koken* of in het in vele opzichten ook beter en gemakkelijker *steriliseeren* der melk volgens SOXHLET, waardoor deze ongerechtigheden, deze levende kiemen, grootendeels gedood worden.

Maar ik noemde deze middelen onvoldoende en dat zal u duidelijk zijn als ge bedenkt dat deze kiemen *leefden*, d. i. een stofwisseling hadden en de door hen verbruikte stoffen *in* de melk uitscheidde. Deze opgeloste stoffen nu, naar gelang van den aard der bacteriën of schimmels meer of minder vergiftig, blijven schadelijk, om 't even of zij al of niet gekookt zijn. Ge kunt dus door koken (en steriliseeren) niets meer bereiken dan dat de melk niet verder bederft. De bij het publiek helaas zoozeer verspreide meening dat men de melk door deze handelingen zou verbeteren, berust op een groote dwaling, die reeds veel onheil gesticht heeft. Dit heeft vooral betrekking op de volgens SOXHLET gesteriliseerde melk; vele moeders beschouwen deze als een *verbeterde* editie van koemelk.

Wat volgt nu hieruit?

1°. Dat ge trachten moet om de melk zoo versch mogelijk te ontvangen en

2°. Dat ge de melk *dadelijk* daarop kookt of steriliseert.

Als de melk gewoon gekookt wordt, is het noodig dat ge ze tweemaal daags versch krijgt; na ze gekookt te hebben zet ge ze bedekt in den kelder. Gesteriliseerd wordt gewoonlijk de geheele voorraad voor 24 uren te gelijk.

Over het *steriliseeren*, een methode van het laatste tiental jaren, een enkel woord. Het doel daarvan is drieledig:

1°. door langduriger te verhitten de melk duurzamer te maken dan zulks bij gewoon koken bereikt kan worden;

2°. zorg te dragen dat de gesteriliseerde melk niet meer met de lucht in aanraking kan komen (en daardoor niet licht bederven kan) tot op het oogenblik waarop ze gebruikt wordt; en

3°. gemakzucht. Uit het volgende zal u blijken dat de methode veel minder tijd en moeite kost dan het koken op de gewone wijze.

Het eenvoudige toestel bestaat uit een blikken pan met deksel, waarin een op een olie- en aijnstel gelijkend rek met tien openingen voor een gelijk aantal zuigfleschjes geplaatst is. De fleschjes worden te voren gevuld met de verdunde of vermengde melk, zooals het kind deze per keer ontvangt. Een elastieken schijfje, door een metalen busje op zijn plaats gehouden, wordt los op de hals van elk fleschje gelegd en de pan halverwege met water gevuld. De pan met rek en fleschjes wordt op het vuur of op een gas- of petroleüm-komfoor gezet en het water aan de kook gebracht. Volgens het oorspronkelijke voorschrift van SOXHLET laat men het water daarna nog 40 minuten, volgens enkele latere aanwijzingen echter veel korter koken. De geneesheer zal u dus hieromtrent moeten inlichten.

Terwijl het water kookt, heeft het weinigje lucht binnen in de fleschjes gelegenheid om langs de randen van de los liggende schijfjes te ontsnappen doordien de verwarmde en daardoor uitgezette melk meer ruimte behoeft; maar zoodra de verhitting ophoudt en de in-

houd der fleschjes afkoelt, wordt door de achtergebleven en sterk verdunde lucht in de fleschjes en door de koeler en dichter wordende melk een luchtledige ruimte gevormd, waardoor het schijfje vast op den hals gezogen wordt en wel zóó krachtig dat het een vrij diepe deuk krijgt. Het fleschje is hermetisch gesloten, nauwkeuriger dan ge dit met een kurk zoudt kunnen gedaan krijgen.

Ge hebt dus voor een geheelen dag de maaltijden voor het kind gereed. Steriliseer echter elken dag en gebruik niet uit zuinigheid fleschjes die van den vorigen dag zijn overgebleven. Want de melk is wel z. g. gestiliseerd, d. i. ze kan betrekkelijk veel langer goed blijven dan na gewoon koken, maar absoluut steriel is ze niet. En ook om andere redenen is het gevaarlijk om oudere melk aan het kind te geven.

Ten slotte zult gij ook bij de *toediening* der koemelk zooveel mogelijk de natuurlijke voeding moeten trachten nabij te komen.

1^o. De melk moet ongeveer de lichaamstemperatuur hebben; ge verwarmt alzoo de melkflesch een korten tijd door ze in warm water te zetten; met een thermometer in de te voren flink geschudde flesch bepaalt ge de temperatuur natuurlijk het nauwkeurigst, doch bij eenige ervaring kan ook het gevoel u van dienst zijn, n.l. het gevoel van een lichaamsdeel, dat door blootstelling aan hoogere temperatuur niet reeds is afgestompt, d. i. van de gesloten oogleden. Gebruik daartoe nooit uw hand, nog minder uw mond; beide zijn te ongevoelig; daarbij weet ge dat de mondholte wemelt van, ook schadelijke, bacteriën; ge zoudt dus in één oogenblik te niet doen wat ge door stiliseren tot stand hadt gebracht.

2^o. Het kind moet de melk met zuigbewegingen tot zich nemen, wat met „speentjes” te bereiken is. Kies daarvoor alijd de korte spenen uit één stuk, de z. g. doppen, die ook van binnen (door ze om te keeren) gereinigd kunnen worden. De langere, samengesteld uit een stuk elastieken slang, een glazen buisje, een kurk en een klein speentje, verdienen strenge afkeuring: ze *kunnen* niet voldoende gereinigd worden.

Een paar kleine, ronde gaatjes in de speen maakt ge met een gloeiende stop- of breinaald. Na een deugdelijke reiniging wordt de speen in zuiver water of in een oplossing van boorzuur bewaard en dagelijks bovendien uitgekookt.

Pasgeborenen, d. i. dus kinderen in de paar eerste weken, nemen in den regel niet meer dan 40 tot 60 ccM. vloeistof per keer; 't is niet goed ze meer te geven.

Ander voedsel.

In enkele gevallen wordt nog ander voedsel gebruikt, en wel òf stoffen uit koemelk bereid (gecondenseerde melk, room, karnemelk), òf wel melk van andere dieren, voornamelijk van ezellinnen). Hoe ge deze voor het kind gereed moet maken, zal de geneesheer u zeggen. 't Zou mij te ver voeren als ik hier nog meer uitweidde over de kunstmatige voeding. Voor een kraamvrouw-verpleegster is het vorige voldoende; in het 2^e deeltje (*De verpleging van zuigelingen*) hoop ik op dit onderwerp uitvoeriger terug te komen.

Pap en kindermeel komen in de eerste weken niet in aanmerking.

Het schreien.

Een pasgeboren kind schreit om allerlei redenen. Al tijd zullen daarbij wel min of meer onaangename gewaarwordingen in het spel zijn.

Het kind zal o. a. schreien omdat het *honger* heeft. Hoe gij hier te handelen hebt, weet ge (bl. 28 en vv.).

Maar het kind kan ook *dorst* hebben. Deze beide zult ge wel niet kunnen onderscheiden, maar ge weet wel licht dat geen patiënt dorst behoeft te hebben ¹⁾; ditzelfde geldt ook (nochtans met inachtneming van het op bl. 26 aanbevolene) voor den gezonden pasgeborene. Ge kunt dus in de latere dagen, als er geen vrees meer bestaat dat de natuurlijke voeding daardoor benadeeld zal worden, beproeven om, wanneer ge vermoedt dat het kind dorst heeft, enkele lepeltjes koud water te geven. Bijna dagelijks verbaas ik mij nog over den angst, soms zelfs bij verpleegsters, om koud water aan kleine kinderen te geven.

Verder zal het kind door schreien zijn onbehagen te kennen geven over te knellende kleeding, te zware bedekking, een ongemakkelijke houding, koude voeten, enz. Een benauwde atmosfeer zal voor een pasgeborene, die zooveel frissche lucht behoeft, zeer storend zijn.

Te warme of slecht gesloten kruiken hebben (ik durf het haast niet te zeggen) menigvuldig aanleiding gegeven tot schreien, ja erger nog, tot brandwonden.

Verder schreien vele kinderen wanneer ze *verontreinigd* zijn door urine of ontlasting.

Ge zult het kind dus, als ontlasting heeft plaats gehad, dikwijls en nauwkeurig verdrogen op de wijze die we (bl. 24) bespraken. Het kind blijve, als het

¹⁾ Ziekenverpleging. Algemeene Voorschriften, 2e Druk, bl. 167.

wakker is, zoo kort mogelijk in zijn vochtige luiers liggen (zie bl. 20) en dat is bereikbaar omdat ook de urineloosting meestal bij of kort vóór het ontwaken plaats heeft. Als ge slechts geregeld zorg draagt dat het kind niet langer dan noodig is in zijn vochtige omgeving blijft liggen, zult ge van die verontreiniging nooit nadeelige gevolgen waarnemen.

Het kind worde verdroogd eer het voedsel krijgt. Al moge het een enkelen keer voorkomen dat een herhaling daarvan na het zuigen noodig is, toch blijft de genoemde regel van kracht. De voordeelen daarvan zijn groot:

1^o wordt het kind volkomen wakker, eer het aan de borst gelegd wordt; daardoor zal het krachtiger kunnen drinken;

2^o behoeft het kind na het zuigen niet bewogen te worden, waardoor de kans op braken geringer wordt (zie bl. 22);

3^o bestaat bij de omgekeerde volgorde de kans dat een half ingeslapen kind geheel wakker wordt en niet dadelijk inslaapt.

Heeft het kind stoelgang gehad, dan overtuigt ge u of deze normaal is. Normale alvus is goudgeel, reukeeloos en heeft de consistentie van zalf. De stoelgang heeft 2—4 maal daags plaats, zonder pijn en voor het gehoor onmerkbaar.

Onvoldoende en te zeldzaam verdrogen veroorzaakt natuurlijk onrust, slapeloosheid en ook huid-uitslag, waarover we later nog spreken.

Tot de reiniging behoort ook nog die van den *mond*, die we (bl. 14) reeds bespraken. Buitendien zult ge 's ochtends, en vooral 's avonds, nog eens zeer nauwkeurig den mond in al zijn schuilhoeken uitwasschen.

Het geheele lichaam, waaraan ge van den 1^{en} of 2^{en}

tot den 10^{en} of 12^{en} dag een meer of minder sterke afschilfering (vervelling) zult waarnemen, wordt dagelijks door baden of wasschingen gereinigd. Al zijn dagelijksche baden uit het oogpunt van reinheid aan te bevelen en al kunnen daardoor allerlei huid-uitslagen voorkomen worden, zoo geef ik er toch de voorkeur aan om, zoo lang de navelstreng nog niet is afgevallen, zich tot enkel wasschen te bepalen en wel ter wille van het navelverband. Moet het kind reeds in de eerste dagen gebaad worden, dan geschiede dit *met* het navelverband aan; na het bad worde het verband afgenomen, de navelstreng en hare omgeving volkomen gereinigd en gedroogd en daarna een nieuw verband aangelegd.

En eindelijk komen onder de min of meer gewone oorzaken van schreien voor: de pijn die de eerste urine-loozingen met de scherpe kristalletjes van niergruis (zie bl. 24) te voorschijn roepen.

De vele andere oorzaken van schreien behooren tot de meer of minder ziekelijke afwijkingen. De verpleegster kan hierin niet helpen; zij late dus het kind rustig in zijn bedje, waarin het zich toch nog het beste voelt en waarin het ten slotte dikwijls inslaapt.

De verzorging van den navel.

We zagen vroeger (bl. 6) dat de bloedsomloop in de vaten, die in de navelstreng verlopen, weldra ophoudt. De streng zelve verdroogt en sterft na eenige dagen af. Dit „droog versterf” trachte de verpleegster te bevorderen, want uit de chirurgische wondbehandeling weet zij dat de lagere organismen, die voor het menschelijk lichaam schadelijk zijn, vocht behoeven om te groeien en zich te vermenigvuldigen. Tracht dus de toetreding

van vocht, ook van de (immers eenigszins vochtige) lucht af te weren. 't Allerbeste zou zijn dat tot aan het afvallen van de navelstreng elke verbandwisseling achterwege kon blijven (vgl. bl. 43) en dit is dikwijls te bereiken. Heeft de urine het verband bevochtigd, dan neemt ge, zoo dikwijls als dit het geval is, de buitenste lagen van het verband, voorzoover ze bevochtigd zijn, af; de volgende lagen, die nog droog zijn, blijven on-aangeroerd. Is het geheele verband vochtig of vuil geworden, dan neemt ge het in zijn geheel af en handelt verder als na een bad (zie bl. 43). Onthoud u vooral om, hoe zacht ook, aan de navelstreng te trekken, ook al mocht ge bemerken dat ze *bijna* los ligt.

Zelden is het noodig om het verband meer dan eenmaal daags te verwisselen. Dit kan trouwens onvermijdelijk zijn, ook dan wanneer ge het verband volkomen droog acht; want in de diepte kan een weinig vocht — dan meestal etter — aanwezig zijn. In 't algemeen kan men zeggen dat hieromtrent de reuk beslist. Is een onaangename reuk, van etter afhankelijk, bemerkbaar, dan is een zeer nauwkeurige reiniging noodig, maar ook: dan is dit bijna zeker te wijten aan een niet zorgvuldige, niet aseptische verzorging van den navel door de verpleegster.

Den 4^{en} of 5^{en} dag, maar dikwijls ook veel later (zie bl. 1), valt de streng af; een klein, oppervlakkig wondje, dat meest een weinig, reukeloos vocht afscheidt, omgeven door eenigszins roode randen, blijft achter.

Gaat alles naar wensch, dan sluit zich dit wondje meest aan het einde van de tweede week, waarbij het bekende litteken, de navel, ontstaat.

Na het afvallen van de navelstreng wordt het wondje, liefst tweemaal daags, verbonden met een eenvoudige, doch volkomen zuivere zalf (vaseline, desnoods boorzalf).

Alle andere wasch- en verbandmiddelen, die noodig mochten zijn, worden niet aangewend dan op voorschrift van den geneesheer. Ge zoudt ook hier, door een niet te vergeven zelfstandig optreden, onberekenbaar nadeel kunnen aanbrengen. Dit is o. a. herhaaldelijk geschied door het gebruik van carbolzuur, een middel dat kleine kinderen, zelfs in de allergeeringste giften, niet verdragen. Doodelijke vergiftigingen bij een carbolzuur bevattend navelverband zijn herhaaldelijk voorgekomen. Wenschelijk is het om nog enkele (3 of 4) weken een droog navelverband aan te leggen; misschien kan daardoor het ontstaan van een navelbreuk voorkomen worden.

Nog enkele wenken ter verpleging van pasgeborenen tot slot.

Het dragen.

Ik zei reeds vroeger (bl. 13) dat het kind zoo weinig mogelijk gedragen mag worden. Heeft dit om de een of andere reden *een oogenblik* plaats, dan ligge het kind altijd plat op den rug (vgl. bl. 22), nooit rechtop in zittende, of liever hangende, houding; want zitten kan het kind pas veel later en het is zeer nadeelig om vóór dat tijdstip het kind een dergelijke houding te doen innemen.

Buitenlucht.

Eéne vraag dien ik nog te beantwoorden en wel deze: Mag een pasgeborene in de buitenlucht gebracht worden?

Noodig is dit niet en 't is dus wenschelijk dat niet de verpleegster, maar de geneesheer hierin beslisse. De meeste artsen achten het niet raadzaam dat kinderen in de eerste 10 levensdagen de buitenlucht genieten, en

dan is reeds bijna de grens van het tijdperk, dat we hier behandelen, bereikt. Als het uitgaan binnen dien tijd wordt toegestaan, dan is dit wel uitsluitend in het warme jaargetijde het geval. Het kindje worde dan, op een draagkussen of matrasje liggend, tegen zon en wind beschut, gedragen.

Voor dit allervroegste levenstijdperk zijn kinderwagens niet zeer doelmatig; toch geef ik toe dat de nieuwere modellen, met zware gummi-banden om de wielen, een groote aanwinst zijn.

II.

Ziekelijke afwijkingen bij pasgeborenen.

Al het vorige had betrekking op normale toestanden. Maar dikwijls ontmoet men bij pasgeborenen allerlei afwijkingen.

Een doelmatig overzicht over die afwijkingen, welke voor verpleegsters van belang zijn, verkrijgt men door ze te verdeelen naar het tijdperk waarin zij zich ontwikkelen, n.l. in afwijkingen vóór, bij en na de geboorte ontstaan.

1. AFWIJKINGEN, VÓÓR DE GEBOORTE ONTSTAAN.

(Aangeboren afwijkingen)

Deze zijn velerlei, doch gelukkig vrij zeldzaam.

Weliswaar is het niet noodig dat de verpleegster al deze afwijkingen en misvormingen, vooral wat haar ontstaan en hare beteekenis aangaat, kent, maar wel de meest in het oog vallende, opdat zij dadelijk, bij de eerste reiniging van het kind, er opmerkzaam op zij. Dit is dáárom zoo noodig, 1^o omdat enkele binnen kort of zelfs oogenblikkelijk hulp behoeven en 2^o omdat

sommige misvormingen van dien aard zijn dat de verpleegster aan den geneesheer vóór zijn vertrek zal moeten vragen of zij het kind aan de moeder mag vertoonen. De geneesheer beslisse dan en hij zal, zoo noodig, de moeder voorzichtig op het bestaan der misvorming kunnen voorbereiden (vgl. bl. 19).

Onder de *eerste groep* noem ik :

Volkomen *afwezigheid van den anus*, waarbij oogenblikkelijk chirurgische hulp vereischt wordt.

Een *te kort tongriempje*. 't Komt nog al eens voor dat dit vliesje, dat even achter en onder de punt van de tong deze met den bodem der mondholte verbindt, zóó kort is dat de bewegingen van de tong — en alzoo het zuigen — belemmerd is. Meermalen acht de geneesheer het dan noodig om dat vliesje een weinig door te knippen.

Lies- of dijbreuken, herkenbaar als weeke, vrij scherp begrensde gezwellletjes in de liesstreek, zonder verkleuring van de huid; meestal vereischen ook deze hulp, waardoor ze teruggebracht en teruggehouden worden met behulp van een verband. Het terugbrengen in de richting van het breukkanaal is u bekend uit de lessen der chirurgische verpleging; de eerste maal zal de geneesheer (wien ge de afwijking toch vertoonen zult) de breuk wel inbrengen, maar bij de dagelijksche verwisseling van het verbandje moet de verpleegster zelve zich telkens overtuigen of de breuk wellicht naar buiten gekomen is en in dat geval deze terugbrengen eer zij op nieuw het verband aanlegt.

Het doelmatigste verband in de eerste dagen is wel een gewone spica van verbandgaas met een pop (pelotte) van verbandwatten op de breukpoort.

Dikwijls blijken deze breuken pas na eenige dagen.

Tot de *tweede groep* behooren:

Afwijkingen van den schedel, een onregelmatige vorm (asymmetrie), een te groote schedel (meest bij een z.g. „waterhoofd”) en een te kleine schedel (meest bij idioten).

Een *hazenlip*, waarbij de bovenlip in tweeën of drieën is verdeeld.

Een *wolfsmond* of gespleten gehemelte.

Gebrekkige ontwikkeling van een of van beide *armen* of *beenen*.

Overtollige of een *onvoldoend aantal* van *vingers* of *teenen*.

Verlammingen van een of meer extremiteiten, *klompvoeten*, enz.

En eindelijk komt in zeldzame gevallen een toestand voor waarbij het *geslacht* van het kind moeilijk is te bepalen. Ook deze afwijking worde natuurlijk onmiddellijk aan den geneesheer ter beoordeeling getoond, omdat bij de aangifte voor den burgerlijken stand het geslacht vermeld moet worden.

Ik zou deze lijst veel langer kunnen maken, maar ik meen hiermee te kunnen en te moeten volstaan.

2. AFWIJKINGEN, BIJ DE GEBOORTE ONTSTAAN.

Hoewel de bij deze rubriek te noemen afwijkingen alle bij en door de geboorte ontstaan, kunnen ze toch niet alle dadelijk na de geboorte waargenomen worden.

a. Onder die welke onmiddellijk blijken noem ik:

Indruksels aan het hoofd door de tang.

Verlamming van een gezichtszenuw, waardoor een

belangrijke asymmetrie van het aangezicht kan ontstaan. Meest is dezelfde oorzaak (drukking door de tang) in het spel.

Een *buitengewoon groot hoofdgezwel* (zie bl. 8) na zeer langdurige baringen.

Beenbreuken (fracturen), gewoonlijk na zeer moeilijke geboorten.

Onvoldoende ontwikkeling.

Dezen toestand, waarbij de kinderen klein en nietig ter wereld komen, noem ik onder de 2^e groep omdat de gewone oorzaak daarvan gelegen is in het vroegtijdig afbreken van de zwangerschap, hoewel ik mij bewust ben dat een vroegtijdige geboorte dikwijls haar oorzaak vindt in ziekten van de vrucht vóór hare geboorte en op dezen grond ook in de 1^e groep haar plaats zou kunnen vinden. Toch komt het wellicht nog meer voor dat kinderen vroegtijdig en dus onvoldragen ter wereld komen ten gevolge van een oorzaak die niet bij het kind schuilt. Had de geboorte zich tot aan het normale einde laten wachten, dan was aan het kind de gelegenheid niet onthouden om zich verder te ontwikkelen.

Een onvoldragen kind is gemakkelijk te herkennen, als men zich het beeld van een flink ontwikkeld pasgeborene voor oogen stelt (zie bl. 7 en vv.). Reeds de algemeene indruk is dikwerf beslissend; het kind is klein, mager, nietig, de maten en het gewicht zijn onder het normale, het kind vertoont oude gelaatstrekken, de schedelnaden en fontanellen zijn wijd, de wolhaartjes vindt men veel ruimer verspreid, de nagels zijn niet genoegzaam gegroeid; de pols, de ademhaling, de stem zijn zwak, de temperatuur laag (tot 33^o à 35^o C.).

Weldra blijkt ook meest dat het kind de kracht tot zuigen mist.

De verpleging van dezen treurigen toestand moet zich voornamelijk richten op de beide laatstgenoemde verschijnselen; ze heeft ten doel om de kinderen te *verwarmen* en te *voeden*.

De lage temperatuur eischt dringend dat alles vermeden worde waardoor ook de geringste afkoeling zou kunnen ontstaan.

Het bad, als het gegeven mag worden, zij iets warmer en dure korter. Het kind worde niet op de gewone wijze aangekleed, maar in een dik pak watten gelegd. Niet één, maar verscheidene kruiken worden rondom het kind gelegd, nog beter is het om het kind te leggen in een broedstoof (couveuse), als men over zulk een toestel beschikken kan.

Couveuses vindt men tegenwoordig in verschillenden vorm, maar het doel is altijd hetzelfde: verwarming van de lucht, die het kind omringt.

Een langwerpig vierkant kastje, met een los deksel van glas, is van matras, kussens en dekens voorzien. Bij de eenvoudigste modellen wordt de lucht verwarmd door eenige, met warm water gevulde kruiken, die in een lade onder de couveuse liggen; ze moeten herhaaldelijk en op vaste tijden verwisseld worden.

Veel doelmatiger zijn die couveuses, welke (behalve aan de bovenvlakte) omgeven zijn van een zinken bak met dubbele wanden; deze bak wordt met warm water gevuld, dat door middel van enkele zeer kleine gasvlammetjes zoo noodig verder verwarmd wordt. Een eigenaardige inrichting (thermostaat) maakt het mogelijk om het water op een zeer gelijkmatige temperatuur (b.v. tusschen 34° en 37° C.) te houden. Deze toestellen

behoeven alzoo niet een voortdurend en tijdroovend toezicht van de verpleegster.

Verder bevat elke couveuse vooreerst een inrichting voor ventilatie, waarbij de verse, koele lucht van de kamer in het toestelletje verwarmd wordt en daarna ontwijke; en ten slotte een paar groote, vochtige sponzen om de lucht vochtig te houden; deze moeten nu en dan, b.v. als het kind geholpen wordt, op nieuw bevochtigd worden.

Indien 't niet hoog noodig is, neme men het kind niet uit de couveuse; is dit echter onvermijdelijk, b.v. om het kind te voeden, dan worde het toestel *langzaam* geopend om een te sterke afwisseling van de temperatuur te voorkomen. Buiten de couveuse worde het kind met buitengewone zorg tegen kou-vatten beschut. Dat de kamer sterk verwarmd moet zijn, spreekt van zelf.

De meesten dier onvoldragen kinderen missen buitendien de kracht om voedsel tot zich te nemen.

Men tracht daarin te hulp te komen door het voedsel te reiken met een lepeltje. Soms ook slikt het kind gemakkelijker als de melk in den neus, dan wanneer zij in den mond gedroppeld wordt. Ook per clysmā kan het voedsel ingebracht worden. Doch meestal slaagt men met deze hulpmiddelen niet of niet voldoende.

Verreweg het eenvoudigste en doelmatigste is om het kind kunstmatig, liever *geforceerd* te voeden, zooals men dit bij volwassenen doet, n.l. met de maag-sonde. Een buigzame (Nélaton's) katheter (ongeveer n^o 18) en een kleine, glazen trechter, *hoogstens* 100 ccM. inhoudende, te zamen door een klein, glazen buisje en een langere elastieken slang verbonden, vormen het gansche apparaat, waardoor zoowel vrouwen- als koemelk kan ingegoten worden. Een nog gemakkelijker toestelletje be-

staat er, dat de moederborst en de maagsonde direct in verbinding stelt. Het inbrengen gaat zeer eenvoudig, veel gemakkelijker dan bij volwassenen.

Ondanks alle zorgen gelukt het betrekkelijk zelden om een onvoldragen kind in het leven te houden; 't spreekt van zelf dat die kans des te grooter wordt, naarmate het tijdstip der geboorte dat van een tijdige geboorte nadert.

Schijndood.

Deze toestand eischt een meer uitvoerige bespreking, zoowel om zijn belang als omdat de hulp van de verpleegster hierbij dikwijls onmisbaar is.

De twee voornaamste oorzaken van schijndood zijn: *vroegtijdige ademhaling*, d.i. ademhaling vóór de geboorte (waarover bij de verpleging van kraamvrouwen gesproken wordt) en

vroegtijdige geboorte, die we zoo even (bl. 50 en vv.) behandelden. We zagen daar dat een onvoldragen kind onvoldoende ademt en over 't algemeen geringere levensteeken geeft dan een ontwikkeld kind. Ge kunt u dus voorstellen dat hogere graden van dien toestand allengs dien van schijndood gaan naderen. Daar echter onvoldragen kinderen buitendien allerlei andere verschijnselen vertoonen die bij het gewone beeld van „schijndood” ontbreken, zoo is het voor u doelmatiger dat ik bij het volgende hoofdzakelijk het oog houd op die gevallen waarin de schijndood gedurende en ten gevolge van een, meest langdurige en niet regelmatige, baring ontstond.

In den regel heeft dus vóór de geboorte het kind geademd, en wel doordien de bloedsomloop in de nageboorte (bl. 6) een belemmering ondervond. De wisse-

ling tusschen de zuurstof en het koolzuur in het bloed van de moeder aan den eenen en in dat van het kind aan den anderen kant is dus gedurende korteren of langeren tijd belemmerd of zelfs opgehouden, waardoor het kind langzamerhand in stikkingsgevaar gaat verkeerren. Lucht kan in de ademhalingsorganen niet opgenomen worden, maar wel slijm en ook vruchtwater en meconium (zie bl. 24), vooral als de vliezen nog niet gebroken zijn.

Bij de geboorte bemerkt men de gevolgen daarvan: de ademhaling is oppervlakkig; indien veel vocht in de luchtwegen is geraakt, is ze buitendien reutelend; niet zelden wordt men in 't geheel niets van ademhaling gewaar; van een „eersten schreeuw” (zie bl. 5) zal natuurlijk geen sprake zijn; verder onbreekt elke beweging en zijn de oogen gesloten.

Bij schijndood onderscheidt men twee vormen, of liever twee graden. Den lichtsten graad vindt men bij die kinderen wier bloedsomloop slechts kort, — den ernstigen graad daar waar deze reeds langer was belemmerd.

Bij den *lichten graad* zijn de onbewegelijke ledematen stijf, de fontanel gespannen, het aangezicht gezwollen, de huidskleur paars-blauw (cyanotisch)¹⁾, de pols langzaam (eig. zeldzaam), reflex-bewegingen (bl. 5) zijn te voorschijn te roepen. Of dit laatste het geval is, bemerkt ge o. a. door, uw vinger diep in het mondje brengende, op te merken of daardoor bewegingen te voorschijn geroepen worden.

Op dit voor het beloop van schijndood zoo belangrijk teeken kom ik straks nog terug.

Bij den *zwaren vorm* hangen integendeel de ledema-

¹⁾ Ziekenverpleging. Algemeene voorschriften, 2e Druk, bl. 116.

ten slap neer, de fontanel is ingezonken, de huid witbleek, de pols snel en klein of zeer zeldzaam en bijna afwezig, reflex-bewegingen komen niet tot stand.

Schijndood in den eersten graad herstelt — althans wanneer de zaak niet aan zich zelve wordt overgelaten — in den regel.

Schijndood in den tweeden graad is buitengewoon ernstig; de afloop is twijfelachtig en hangt in de eerste plaats af van de geboden hulp; zonder deze sterft het kind vrij zeker.

Men handele dus in elk geval van schijndood en vange daarmee aan *zoodra* het kind geboren is.

In den regel neemt de geneesheer zelf de behandeling op zich, maar hij kan bij de geboorte afwezig zijn, of wel, zijn hulp zal onvermijdelijk kunnen zijn voor de moeder. Dan moet de verpleegster in zijn plaats treden en ze moet *goed* kunnen handelen. Vandaar dat ik aan de behandeling van schijndood-geboren kinderen hier een ruime plaats geef. Dat er hier een leven te redden is, leide niet tot zenuwachtigheid!

Er bestaan verschillende behandelingsmethoden; elke dezer is voor bepaalde gevallen aangewezen. De verpleegster dient dus de voornaamste te kennen en te weten welke zij te kiezen heeft; want hierdoor vermijdt zij het rondtasten in den blinde en het voortdurende afwisselen, waartoe men bij onwetendheid moet vervallen. Zij volge een vast plan naar gelang van het door haar waargenomene.

Bij de *behandeling* van schijndood-geboren kinderen bestaan drie eischen waaraan men heeft te voldoen:

a. Verwijdering (zoo noodig) van slijm, enz. uit de luchtwegen.

b. Toevoer van versche lucht in de ademhalingsorganen.

c. Herstel van den bloedsomloop.

De beide laatste vereischen in 't algemeen dezelfde middelen.

Veelvuldig komt het voor dat de geneesheer vóór de geboorte reeds heeft vermoed dat het kind schijndood ter wereld zal komen. In die gevallen zal hij de verpleegster gewaarschuwd hebben en haar opgedragen om tijdig voor de volgende zaken zorg te dragen.

Zoo mogelijk zij er voldoende ruimte en licht. Ge zult over een tafel, over een bank of een paar stoelen moeten kunnen beschikken, waarop ge een kussen of desnoods een luier gelegd hebt; verder zorgt ge voor een ruim aantal *warme* luiers.

Dat een badkuip, met water van 35° C. gevuld, gereed moet staan, weet ge (bl. 11); een bad-thermometer *in* het water mag niet ontbreken, opdat ge u elk oogenblik zult kunnen overtuigen of het water niet is afgekoeld; verder een ketel met kokend water om, zoo dikwijls als dit noodig is, door bijvulling het badwater op de gewenschte temperatuur te brengen. Ook zij een emmer met koud water in de kamer en ten slotte een borstel. Een catheter (nº. 11 of 12) voor de luchtwegen heeft de geneesheer meest bij zich.

Aan den *eersten eisch*, vrijmaken van de luchtwegen, wordt reeds beantwoord door den eenvoudigen handgreep *die altijd elken anderen maatregel moet voorafgaan*, n.l. het brengen van uw vinger tot achter in den mond en de verwijdering van mogelijk aanwezig slijm. Dit doet ge eens of meermalen snel achtereen totdat ge in het mondje nauwelijks meer slijm ontdekt.

Een groot voordeel van dezen handgreep is verder dat door middel daarvan de graad van schijndood kan blijken (vgl. bl. 54). Volgt eene beweging, een slik-, een

hoest-, een worgbeweging of een ademhaling, dan zijn de reflex-bewegingen nog behouden en ge hebt met een der lichtere gevallen te doen. Van een ongunstige be-teekenis is het daarentegen als daarbij geen spoor van dergelijke bewegingen wordt waargenomen.

Is er veel slijm aanwezig en neemt de verwijdering daarvan op de straks genoemde wijze te veel tijd in beslag, dan kan men den van verschillende zijden en wellicht te recht gegeven raad volgen om het kind bij de beenen te grijpen en, het hoofd eenige oogenblikken naar beneden houdende, licht schuddende bewegingen te maken. Op deze wijze komen dikwijls grootere hoeveelheden slijm te voorschijn.

Een derde middel ter verwijdering van slijm uit de luchtwegen is de catheter. Deze wordt op geleide van den vinger tot aan den achterwand van de mondholte ingebracht; dan drukt de vinger de punt van het instrument een weinig naar voren, waarna de catheter in den larynx, maar niet verder dan tot aan de stemspleet, wordt geschoven. Gedurende een licht-draaiende beweging zuigt men met den mond den catheter vol, haalt hem terug, waarna hij gereinigd en op nieuw wordt ingebracht, zoo dikwijls totdat geen slijm meer voor den dag komt.

Behandeling van den eersten graad.

Bij dezen zult ge natuurlijk moeten trachten de ademhaling op te wekken door reflectorische middelen, d. i. door een gevoelsprikkel te weeg te brengen aan de peripherie (zie bl. 5). Eén der middelen hiertoe (den vinger in het mondje te brengen) hebt ge reeds toegepast; maar zelden zult ge alleen hiermee slagen.

Een werkzaam middel is verder om het kind een paar flinke klappen op zijn billen te geven; dikwijls begint het dadelijk daarop te schreeuwen.

Ge kunt het kind ook wrijven met warme luiers of borstelen. Zorg er echter voor dat ge hierbij afwisse-

lend verschillende lichaamsdeelen prikkelt, opdat de teere huid niet geschaad worde, en dat ge de borst-tepels en hunne omgeving vrijlaat om een ontsteking van de borstklieren (zie bl. 72) te voorkomen.

Eindelijk brengt ge het kind eenige seconden in een warm bad.

Al deze maatregelen moeten bij afwisseling aangewend worden, als van een hunner geen voldoende uitwerking gebleken is. Men ziet toch zoo dikwijls na de toepassing van elk hunner een geringe, doch voorbijgaande verbetering: het kind hoest een weinig, er verschijnt wat slijm in den mond (dat natuurlijk dadelijk verwijderd moet worden), maar bij verder voortzetten laat een blijvende verbetering zich wachten, die intuschen wel bij het vervangen door een der andere methoden volgt.

Is de reeks doorloopen, dan begint men weder opnieuw.

't Spreekt van zelf dat ge voornamelijk die maatregelen zult herhalen, waarvan ge eenig nut meent bespeurd te hebben en dat ge die zult nalaten welke u niet schenen te baten.

Alleen dan, wanneer ge geen enkel teeken van herleving hebt waargenomen, zult ge moeten overgaan tot een zeer werkzaam, maar ook niet onverschillig middel, n.l. de indompeling van het kind tot aan zijn hals in den emmer met koud water, waarna ge het oogenblikkelijk in een warm bad brengt. Het koude bad dure niet langer dan 1 à 2 seconden.

Aan het gevolg uwer verschillende pogingen moogt ge niet te spoedig wanhopen. Een behandeling gedurende een half uur en langer is niet zeldzaam.

Bij zulk een langdurige toepassing zal de temperatuur van de baden allens iets warmer moeten zijn dan in den

aanvang; dat een ketel met kokend water in de nabijheid moet zijn, is dus ook om deze reden onvermijdelijk.

Behandeling van den tweeden graad.

Als door den in het mondje gebrachten vinger geen reflex-bewegingen kunnen opgewekt worden, dan bestaat er groote vrees dat ook de andere huidprikkels evenmin gevolg zullen hebben. En als ge u tevens overtuigd hebt dat de overige teekenen van den ernstigen graad van schijndood aanwezig zijn, dan zult ge, vooral ook om geen tijd te verliezen, dadelijk tot andere middelen uw toevlucht moeten nemen. Ge kunt dus slechts beschikken over de beide overige middelen: toevoer van lucht en bevordering der hartswerking.

Om een gunstigen invloed op de ademhaling uit te oefenen, wordt door LABORDE aanbevolen om gedurende eenige minuten met gelijkmatige, korte tusschenpoozen, ongeveer 15 maal in de minuut, aan de tong te trekken. Opdat deze niet aan de hand ontglipe, zal het meestal noodig zijn om ze in een stukje gaas (of iets anders) te wikkelen. Deze methode, herhaaldelijk door LABORDE zelve en door anderen met uitstekend gevolg toegepast, schijnt zelfs in ernstige gevallen tot herstel te kunnen leiden, hoewel men zou vermoeden dat ze slechts daar hulp zou kunnen bieden waar nog reflex-bewegingen te voorschijn kunnen geroepen worden.

De hartswerking daarentegen zou volgens andere waarnemers bevorderd worden door kort durend, evenzeer rhythmisch, een lichte drukking met de duimen in de hartstreek uit te oefenen. Deze methode wordt ook bij dreigende verschijnselen gedurende de toediening van chloroform gevolgd; ge hebt ze daar wellicht zien aanwenden.

Toch zal men in den regel die behandelingswijze

kiezen, welke aan beide eischen voldoet, n.l. de *kunstmatige ademhaling*. Maar niet elke methode van kunstmatige ademhaling is hier doelmatig; sommige kunnen zelfs nadeelig worden. Op den voorgrond toch staat dat men moet *aanvangen met een uitademing* te voorschijn te roepen; een inademing als eerste beweging zou het tegendeel teweegbrengen van hetgeen men beoogt: ze zou het ingedrongen slijm, enz. dieper in de luchtwegen doen indringen.

Die methode, welke aan de opgenoemde voorwaarden voldoet en het meest werkzaam is, bestaat in de *slingeringen volgens SCHULTZE*, een methode, zóó doelmatig dat ze te recht verreweg het veelvuldigst wordt toegepast. Men maakt toch de luchtwegen vrij; men voert lucht in de longen en men versterkt den bloedsomloop.

Een verpleegster zal deze slingeren nauwkeurig moeten kennen, begrijpen en kunnen aanwenden. Weliswaar zal meestal de geneesheer deze taak op zich nemen, maar het op bl. 55 besprokene geldt natuurlijk ook hier. En buitendien: de behandeling is vrij vermoeiend; de verpleegster zal dus in de gelegenheid kunnen komen om den arts te vervangen of af te lossen.

De verpleegster grijpe het kind, wiens aangezicht van haar afgewend is, met beide handen onder de armpjes zóó aan dat haar wijsvinger in de okselholten, haar duimen over de schouders op de zijvlakten der borst en de overige vingers aan den rug liggen; daarbij zorge zij dat de duimen de borstkas niet drukken. Zoodoende wordt ook het hoofd, dat aan weerszijden door de handpalmen gesteund wordt, verhinderd om naar voren, naar achteren of op zij te vallen, — wat voorkomen moet worden.

Heeft de verpleegster aldus het kind voorzichtig,

doch zeker in haar handen, dan zwaait zij het krachtig omhoog, zoo hoog als haar gemakkelijk is, in elk geval tot boven haar eigen hoofd. Zij bemerkt dan dat in de laatste oogenblikken van deze beweging de wervelkolom naar voren gebogen wordt, dat het kind als 't ware wordt dubbel gevouwen.

Wat geschiedt hierbij? Tengevolge van de sterke buiging drukken de zware buikorganen en met deze het middelrif sterk op de borstholte, *een diepe uitademing* heeft plaats, waarbij in den regel een groote hoeveelheid slijm wordt ontlast, die uit den mond vloeit.

Nadat het kind een oogenblik in deze houding gelaten is, brengt men het snel en krachtig in de vorige terug, waarin het kind, evenals bij den aanvang aan de wijsvingers (in de okselholten) hangt. Hierbij nu heeft *een diepe inademing* plaats, want ten gevolge van de opgeheven drukking door het middelrif wordt de borstkas thans verwijld, de longblaasjes kunnen zich ontplooien.

Beide, zoowel de uit- als de inademing, zijn duidelijk hoorbaar.

Na verloop van eenige seconden herhaalt men deze bewegingen; 6 tot 8 van de slingeringen kunnen achtereenvolgens aangewend worden; langer dan een minuut achtereen passe men de slingeringen liefst niet toe.

Daarna brengt men het kind hoogstens een paar minuten lang in een warm bad, terwijl men het gevolg waarneemt en zoo noodig nog eenig slijm uit het mondje verwijdert. Dit bad is zeer noodzakelijk, omdat door de slingeringen een sterke en langdurige afkoeling te weeggebracht is.

Bemerkt men dat het kind niet krachtig ademt en vooral, dat het kind nog niet schreeuwt, dan herhale men zoowel de slingeringen als het bad.

Hoe lang zal men de slingeren moeten voortzetten, indien het gevolg zich laat wachten?

Minstens een uur, in vele gevallen nog langer. De duur daarvan hangt in de eerste plaats af van het succes. Dit moet *volkomen* zijn. Men stake de behandeling niet, zooals helaas zoo dikwijls gebeurt als het kind een enkele maal geschreeuwd heeft ¹⁾, maar men zette ze voort totdat het kind krachtig en langdurig schreeuwt, flink ademhaalt, krachtige bewegingen maakt, de oogen opslaat, totdat de huid rose-rood gekleurd is, m. a. w. totdat een toestand geboren is zooals we dien (zie bl. 9) leerden kennen.

Wordt de behandeling te spoedig gestaakt — trouwens ook soms als ze vrij langdurig is voortgezet —, dan keert de toestand van schijndood telkens terug en de kinderen sterven ten slotte toch.

Vandaar ook de raad om zich, minstens in de eerste 12 uren, herhaaldelijk te overtuigen omtrent den toestand van het kind; zoolang als nog, meest bij zwak hoesten, nu en dan slijm voor den dag komt, is de zaak niet te vertrouwen. In ernstige gevallen kan het noodig worden om na meerdere (5 à 6) uren de slingeren te herhalen.

Aan den anderen kant zal het duidelijk zijn dat men zich, als de ernstige graad in den lichter is overgegaan, zal kunnen bepalen tot de voor dezen graad opgegeven maatregelen.

Hoewel de methode van SCHULTZE als de meest werkzame verreweg het veelvuldigst wordt toegepast, dient ge nog enkele behandelingswijzen te kennen, die u wel-

¹⁾ Wat bij gemis van een verpleegster wel dikwijls het geval *moet* zijn, daar ook de kraamvrouw haar eischen heeft.

licht kunnen opgedragen worden. Onder deze noem ik:

Het *inblazen van lucht* van mond tot mond.

Deze methode schijnt ondoelmatig, vooreerst omdat de kans groot is dat men de lucht niet in de ademhalingsorganen, maar in den slokdarm blaast, verder omdat de ingeblazen lucht uitademings- (verbruikte, koolzuur-rijke) lucht is en eindelijk omdat men aanwezig slijm naar binnen kan blazen in plaats van het te verwijderen. Niettemin worden van deze methode gunstige gevolgen vermeld.

De *kunstmatige ademhaling* naar MARSHAL HALL, bestaande in een afwisselende buik- en zijdeligging. In de eerste heeft, door de samendrukking van de borstkas, een uitademing plaats, waarbij slijm verwijderd kan worden; in de zijligging houdt deze drukking op en kan een inademing volgen. Ze is veel minder werkzaam, maar zou, bij zeer groote vermoeidheid, de methode van SCHULTZE althans tijdelijk kunnen vervangen.

De *gewone*, u bekende, *methode* der kunstmatige ademhaling is bij schijndood-geboren kinderen minder aangewezen, omdat in de rugligging het slijm zeer moeilijk verwijderd kan worden.

Er bestaan nog meerdere behandelingswijzen van dezen zoo ernstigen en gevaarlijken toestand, maar deze zullen wel niet aan een verpleegster toevertrouwd worden. Als zij slechts de opgenoemde kent en weet toe te passen, dan acht ik dit volkomen voldoende.

Natuurlijk komen er gevallen voor, waarbij elke behandeling schipbreuk lijdt. Men vraagt zich dan af: wanneer mag de moed opgegeven worden? En het antwoord kan niet anders zijn: niet voordat de hartslag gedurende eenige minuten volkomen blijkt opgehouden te zijn en eer alle teekenen daar zijn dat het kind werkelijk dood is.

b. Afwijkingen, welke niet onmiddellijk blijken.

Onder de gedurende de geboorte ontstane afwijkingen behooren nog enkele, die we hier te bespreken hebben. In tegenstelling met de vorige *blijken* ze echter niet dadelijk na de geboorte, doch korteren of langeren tijd daarna.

Vrij zeldzaam en meest na langdurige baringen komt aan den schedel een zwelling voor, het *hoofd-bloedgezwel* genoemd. De zetel is meest dezelfde als die van het gewone hoofdgezwel (zie bl. 8). Toch kunnen beide niet verwisseld worden.

Het hoofd-bloedgezwel toch vertoont zich niet vóór den 2^{en} dag, meestal na 2 of 3 dagen; het is, evenals het hoofdgezwel, week; de huid is echter niet verkleurd; meestal is het beperkt tot over een der wandbeenderen of een deel daarvan; het overschrijdt nooit een der schedelnaden en kan dus hoogstens een der schedelbeenderen innemen, tenzij het van den aanvang af zich reeds dubbelzijdig vertoonde. Na een paar dagen ontstaat aan de grenzen van het gezwel een harde rand, die den indruk teweegbrengt van den beenigen schedel te begrenzen; m. a. w. bij betasting schijnt het dat onder het gezwel geen been aanwezig is.

Het hoofd-bloedgezwel wordt veroorzaakt door uitstorting van bloed tusschen het been en het beenvlies. Het bloed wordt binnen 4—6 weken volkomen opgeslorpt. Een ongunstige beteekenis heeft het gezwel niet. Elke behandeling is overbodig, ja schadelijk. Men vermijde slechts te sterk drukken en natuurlijk ook stooten; het is alzoo aan te bevelen om het gezwel met watten te bedekken.

Nog zeldzamer is een *bloedgezwel aan den hals*.

Dit berust op de verscheuring van enkele spiervezelen van een der groote halsspieren, ten gevolge waarvan eveneens een geringe bloeditstorting plaats heeft. Het komt altijd aan ééne zijde voor en blijkt in de eerste levensdagen als een hard, door normale huid bedekt gezwelletje, welks zetel nauwkeurig met dien van de spier overeenkomt. Na 2 à 3 weken is ook dit bloedgezwelletje verdwenen.

Ten slotte noem ik hier als voor de verpleegster van het hoogste belang de *oogontsteking* van pasgeborenen.

Ook deze ontstaat in den regel bij en door de geboorte, n.l. ten gevolge van besmetting door de moeder. 't Komt toch niet zeldzaam voor dat het door de geslachtsdeelen der moeder afgescheiden slijm besmettelijk is; deze smetstof nu is voor de oogen van het kind uiterst gevaarlijk. Vandaar dat ik u de meest nauwkeurige reiniging van de oogen aanbeval (bl. 11 en 14).

Maar hoewel, zooals ik zoo even zeide, de oorzaak zelve in de smetstof van de geslachtsdeelen der moeder gelegen is, wordt het kind volstrekt niet altijd *bij* de geboorte besmet, wellicht doordien de oogen dan gesloten zijn. Zeker is het dat in vele gevallen deze besmettelijke oogziekte voorkomen kan worden, als de verpleegster de oogen van het kind slechts nauwkeurig reinigt. Heeft dit, zooals helaas zoo dikwerf geschiedt, op een slordige wijze plaats, dan wordt de smetstof *in*, in plaats van *uit* de oogen gewreven. Vooral is dit het geval als de oogen met het badwater gewasschen worden of als er gelegenheid gegeven wordt dat het huidsmeer met de oogen in aanraking komt.

Deze ontsteking, in den aanvang uitsluitend tot het

bindvlies beperkt, ontstaat meestal tusschen den 3^{en} en 5^{en} dag en tast òf één òf beide oogen aan. Het bindvlies wordt rood en sterk gezwollen, de oogen kunnen moeilijk geopend worden. Eerst vloeit een geel, dun, waterachtig vocht af, dat na een paar dagen in etter verandert.

Indien van den aanvang af geen krachtige behandeling wordt ingesteld, gaat ook het hoornvlies en ten slotte het geheele oog in de ontsteking deelen; aan zich zelf overgelaten gaat het oog onherroepelijk verloren.

De duur is zeer verschillend, soms van verscheidene weken of maanden.

De meeste gevallen van aangeboren blindheid komen op rekening van deze oogziekte.

Met dat al kunnen bij vroegtijdige behandeling, maar vooral door de ziekte te voorkomen, de meeste oogen behouden worden. Een maatregel die in sommige landen voor vroedvrouwen zelfs verplicht gesteld is om deze besmettelijke oogziekte te voorkomen, is zeer eenvoudig; de verpleester moet dezen kennen, doch m. i. uitsluitend daar, waar hij haar door den geneesheer wordt opgedragen, uitvoeren. Na reiniging van de oogen worden deze met twee vingers geopend; met een dunne glasstaaf (ongeveer 3 m.M. in middellijn) laat men dan een zeer klein droppeltje van een 2% oplossing van salpeterzuur-zilveroxyde (nitras argenti) op het oog of liever op het onderste ooglid vallen (Methode van CRÉDÉ).

3. AFWIJKINGEN, NA DE GEBORTE ONTSTAAN.

(Verkregen afwijkingen)

Tot deze rubriek behooren al de overige ziekten, welke in het eerste levenstijdperk worden waargenomen. Slechts de meest voorkomende wil ik hier vermelden

en vooral die welker waarneming en mededeeling op den weg van de verpleegster liggen.

In de eerste plaats noem ik de *geelzucht* der pasgeborenen, een zoo veelvuldig voorkomenden toestand dat deze door sommigen beschouwd wordt als een physiologischen, normalen. Toch verlieze men niet uit het oog dat zwakkere kinderen meer aan geelzucht zijn blootgesteld dan sterkere, dat bij de eersten de geelzucht meest meer ontwikkeld is dan bij de laatsten en ten slotte dat bij geelzucht het gewicht in de eerste dagen (zie bl. 26) meer afneemt dan daar waar zij ontbreekt. Overigens is het kind doorgaans volkomen gezond.

De huidsverkleuring, die meest na den 2^{en} dag ontstaat, is zoowel in graad als in uitgebreidheid betrekkelijk gering; bijna nimmer ziet men ze over het geheele lichaam verspreid; aan het voorhoofd, om den mond en aan den romp is ze het duidelijkst. Van groote beteekenis — n.l. ter onderscheiding van andere, ernstige ziekten die met geelzucht belooopen — is dat bij de beschreven aandoening de gewone verschijnselen van galstuwung (donkere urine en licht gekleurde faecaliën) ontbreken. Zoodra ge echter deze verschijnselen wèl mocht hebben opgemerkt, geldt het met groote waarschijnlijkheid een zeer ernstigen vorm, die van verschillende algemeene ziekten afhankelijk kan zijn en zeer lang kan duren, terwijl die vorm van geelzucht, welken wij hier op het oog hebben, meest niet langer dan 8 tot 14 dagen duurt.

De oorzaak is niet volkomen bekend.

Van bijzondere verpleging is geen sprake, daar men ook buitendien zeer voorzichtig zal zijn met het oog op kou-vatten.

Verschillende *huidziekten* komen in de eerste levensdagen voor. 't Is voor de verpleegster onmogelijk, en ook onnoodig, om ze alle te kennen; haar plicht is 't echter wel om bij elk verdacht verschijnsel aan de huid den geneesheer te raadplegen.

Ik wil hier slechts op twee afwijkingen van de huid wijzen. De eerste is van weinig belang, nl. de kleine *wondjes* in het aangezicht, door krabben ontstaan. De pasgeborene kan zijn handjes nog niet besturen, krabbelt dikwijls in zijn aangezicht, zelfs in zijn oogen. Ge kunt deze wondjes grootendeels voorkomen als ge de nagels, zoo noodig, kort knipt; ik vermoed toch niet dat ook een verpleegster de vooroordeelen van bakkers en dergelijke vrouwen, die tegen het knippen der nagels op verschillende mystieke gronden zeer ernstige bezwaren hebben, zal deelen.

Van meer belang is de huid-uitslag, die tusschen de huid-plooien ontstaat en „*wondzijn*” (intertrigo) genoemd wordt. Met een enkel woord wees ik reeds op dit zoo uiterst pijnlijk en hardnekkig lijden, *dat voorkomen kan worden* (vgl. bl. 42), althans bij kinderen die overigens gezond zijn. Het komt voor op die plaatsen van de huid welke vochtig zijn of vochtig worden, vooreerst aan de geslachtsdeelen en aan den anus, verder ook wel aan den hals die door vomeeren, onder de oksels die door zweet vochtig zijn geworden en achter de oorschelpen, als de huid niet voldoende gereinigd en gedroogd werd. De uitslag breidt zich dikwijls zeer snel uit, over de beenen, over den romp, ja over 't geheele lichaam. Hij vertoont zich in den aanvang slechts als roodheid, de huid is nog droog; maar weldra bemerkt men dat een helder vocht voor den dag komt; later vormen zich blaasjes, ontvellingen, bloedende wondjes,

en zelfs met etter gevulde puistjes. Deze laatste brengen de gezondheid, ja het leven in gevaar.

Ge weet hoe ge dit lijden voorkomen kunt (zie bl. 24); dezelfde middelen dienen tot genezing, althans in de lichtere gevallen. Zelfs waar diarrhee bestaat kan de verpleegster nog veel hulp brengen; toch gelukt het haar hier niet altijd om elken uitslag te voorkomen of tot genezing te brengen.

Gebruik, als intertrigo dreigt, nooit sponsen, maar watten; in vele gevallen is het wenschelijk om de huid te bevochtigen met een zwakke boorzuur-oplossing; daarna kunt ge ze met poeder bestrooien. Dat ge daarbij de poederkwast (of wattendot) niet met de huid en daarna met de overige poeder in de doos in aanraking brengt, zult ge begrijpen. Wenschelijk, ja noodig is het dat twee vochtige vlakten (b.v. in de liesplooiën) volkomen gescheiden worden door poeder en een reep droge watten. In sommige gevallen zult ge van een eenvoudige zalf (vaseline, boor-vaseline) meer werking zien. Dit hangt van verschillende omstandigheden af, vooral van den vorm van den uitslag; waar reeds wondjes daar zijn, is zalf wenschelijk, daar poeder met de wond-afscheidingen samenbakt; waar de aandoening nog oppervlakkig is, is zalf dikwijls schadelijk, omdat ze de huid verweekt.

Aan den hals laten zich poederverbanden met watten zeer geschikt aanleggen; ook voor de oksels kan naar gelang van omstandigheden poeder of zalf met flinke stukken watten aangewend worden. Dat verder algemeene baden bevorderlijk zijn tot het herstel, ligt voor de hand.

De oorzaak van *spruw* bespraken wij reeds (bl. 14)

en alzoo tevens hoe deze ziekte, die tot de treurigste gevolgen kan leiden, voorkomen wordt. Ze heeft haar ontstaan (zelden vóór den 5^{en} of 6^{en} dag) te danken aan de ontwikkeling van een bepaalde soort van schimmelplantjes. Deze groeien bij voorkeur op een zuren bodem, vandaar in de mondholte van *pasgeborenen*, die weinig speeksel bevat. Dat onreinheid de spruw bevordert, zal u duidelijk zijn; worden n.l. niet na elk zuigen de laatste droppels melk voorzichtig weggewasschen, dan worden ze in de warme mondholte spoedig zuur, waardoor de zure reactie in den mond toeneemt (vgl. bl. 30).

Dat de afschuwelijke *dotjes* en *speentjes* zoozeer bevorderlijk zijn tot het ontstaan van spruw, behoef ik aan verpleegsters wel niet te zeggen; ik vermoed dat zij uit eigen beweging die vuile dingen zullen wegwerpen, als zij ze mochten zien. Behalve de onzindelijkheid van deze „zoethouders,” waardoor zeer schadelijke, bedorven stoffen worden binnengebracht, leiden ze buitendien tot zuigen, waarbij speeksel wordt afgescheiden. Hierdoor wordt het weinige speeksel van pasgeborenen gebruikt, *misbruikt* en het wordt ingeslikt, in de maag gebracht op een tijdstip, waarop het geen nut kan hebben en als nutteloos dus schaadt. ¹⁾

Aanvankelijk ontdekt men de spruw-schimmels als enkele witachtig gele plekjes, eenigszins verheven boven het slijmvlies, vooral aan de lippen, aan de binnervlakte van de wangen en aan het gehemelte, weldra ook aan de tong en aan den achterwand van de mondholte. In ernstige gevallen kan de woekering zich uitbreiden langs den slokdarm tot in de maag. (Ook het

¹⁾ Omdat ook deze dingen een der voornaamste oorzaken van spruw zijn, besprak ik tevens met een enkel woord de overige schadelijke gevolgen daarvan.

maagsap immers is zuur.) Het slijmvlies wordt eenigszins gevoelig en ontstoken; het zuigen, zoowel aan de borst als aan de flesch, wordt daardoor belemmerd. Drongen de schimmels tot in de maag door, dan kunnen ernstige digestie-stoornissen ontstaan.

In den aanvang laat de spruw zich nog verwijderen met een stukje vochtig gaas, maar na korten tijd hechten de schimmels zich zóó vast dat dit slechts gedeeltelijk — of wel, bij krachtige pogingen daartoe, met een geringe bloeding — plaats heeft. Dit laatste moet natuurlijk streng vermeden worden.

Dezelfde middelen die dikwijls worden aangewend ter voorkoming of tot het tegengaan van de ontwikkeling der schimmels (wasschingen van het mondje met alcalische vloeistoffen) dienen ook tot herstel.

Trouwe en herhaalde bevochtiging met een b.v. met borax bevochtigd stukje gaas is dikwijls voldoende. Zoo niet, dan heeft de geneesheer nog meerdere middelen tot zijne beschikking.

Coryza, de gewone neus-verkoudheid, kan voor pasgeborenen een hoogst gevaarlijke ziekte worden. De zwelling van het slijmvlies, dat de bij zeer jonge kinderen zoo enge neusholten bekleedt, verhoogt de kans dat die ruimten nagenoeg of geheel worden afgesloten in hooge mate. De kinderen kunnen alzoo moeilijk door hun neus ademen; voor pasgeborenen (en voor zuigelingen in het algemeen) is dit daarom van zoo groote beteekenis, omdat zij bij het zuigen, zoowel aan de borst als aan de flesch, hun mond geheel afsluiten. Bij eenigszins belangrijke zwelling van het neusslijmvlies wordt het zuigen uiterst bezwaarlijk; het kind wordt, omdat het niet ademen kan, benauwd, laat de borst of de flesch

los en heeft groote kans om den hongerdood te sterven. Ook de slaap, met open mondje, is gestoord; als het kind zijn mond een oogenblik mocht sluiten, wordt het wakker met stikkingsverschijnselen die niet zonder belang zijn; zelfs kan een zeer ernstige neusverkoudheid tot stikking leiden. Verkoudheid is op dezen leeftijd alzoo een zeer ernstige ziekte; vele pasgeborenen bezwijken daaraan.

Eer ge over geneeskundige hulp kunt beschikken, moet ge voorloopig trachten om met een lepeltje het kind eenig voedsel te geven.

De meest veelvuldige oorzaak dezer ziekte is kou-vatten (vgl. bl. 10).

Een gelukkig vrij zeldzaam voorkomende ziekte van pasgeborenen is de *ontsteking der borstklieren*. Ze is meest aan den eenen kant heviger dan aan den anderen en komt, gewoonlijk na den 3^{den} dag, bij kinderen van beide geslachten voor.

Misschien is het u reeds bekend, dat ongeveer van den 4^{den} tot den 20^{sten} dag, zoowel bij jongens als bij meisjes, door de borstklieren een kleine hoeveelheid vocht wordt afgescheiden, dat uiterlijk op zog gelijkst en ook in scheikundige samenstelling veel overeenkomst heeft met biest (bl. 31); het volk noemt dit vocht *heksenmelk*. Belemmering van den afvoer van dit vocht geeft evenals, doch in veel geringere mate dan bij zoogende vrouwen, aanleiding tot zwellings der borstklier, terwijl elke nadeelige invloed, onzindelijkheid, drukking, wrijving (vgl. hier vooral bl. 58) kan leiden tot ontsteking, die hetzelfde beloop (uitgang in absces, ettering) kan hebben als bij zoogende vrouwen. Onthoudt ge u echter van elke wrijving of drukking, dan

zult ge wel hoogst zelden een ontsteking der borstklieren onder uwe waarneming krijgen.

Bloedingen van de digestie-organen, blijkende uit bloed-braking en bloed-ontlasting, zijn gelukkig hoogst zeldzaam. Ze verschijnen eenige uren of dagen na de geboorte, meest op den 2^{den} dag. Gewoonlijk volgt binnen 12 tot 24 uren de dood. Komt het tot genezing, dan volgt deze zeer langzaam. Ontbied dus dadelijk den geneesheer, die mogelijk het kind nog kan redden. Maar — overtuig u te voren dat ge werkelijk met een bloeding van de spijsverterings-organen te doen hebt. Zeer menigvuldig toch komen z.g. *valsche* bloedingen voor. Als de moeder diepe kloven aan de tepels vertoont, zal door het zuigen zeer licht een bloeding uit deze wondjes ontstaan. Het kind zuigt alzoo melk en bloed. Indien door het gebruik van dit abnormale voedsel geen braking ontstaat, dan wordt het bloed per anum ontlast. Ge weet dat het in beide richtingen verwijderde bloed een zwarte kleur zal hebben ¹⁾.

Digestie-stoornissen van meer gewonen aard komen ook op dezen leeftijd reeds voor. Ze worden veroorzaakt door te geringe of te groote hoeveelheid of wel door schadelijk voedsel, d. i. zulk voedsel dat de pasgeborene nog niet in staat is om te verteren.

De gevolgen zijn verschillend naar gelang van de oorzaak; onrust en slapeloosheid zullen echter wel geregeld gevonden worden.

Ten gevolge van *onvoldoende voeding* vangen de kinderen allengs aan te verhongeren; ze lijden, zooals men

¹⁾ Ziekenverpleging. Algemeene Voorschriften. 2e Druk, bl. 126 en 129.

het noemt, aan inanitie; ge bemerkt dit aan het afnemend gewicht, aan de onvoldoende urineloozing en aan verschillende andere verschijnselen, die we vroeger (bl. 32) bespraken, en ten slotte aan toenemende vermagering. De daartegen te nemen maatregelen werden, tot een meer geregeld overzicht, ook daar (bl. 32 en vv.) behandeld.

Als *te veel voedsel* wordt gegeven, zijn de verschijnselen natuurlijk andere; gelukkig verdragen sommige kinderen het dat hun maag overladen wordt; ze geven, dadelijk nadat ze gezogen hebben, het overtollige terug en kunnen alzoo gezond blijven. De natuur helpt zich zelve; op hen is het oude spreekwoord: „spijers zijn diers” toepasselijk. Maar lang niet altijd, ja gewoonlijk niet, gaat de zaak zoo voorspoedig, en dit ligt voor de hand. 't Zou toch wel toevallig zijn als juist zooveel werd teruggegeven als te veel werd genomen. Licht het niet veel meer voor de hand dat meestal *meer* zal worden uitgebraakt dan het overtollige?

En welke zullen de gevolgen daarvan zijn? 1^o. Dat het kind minder voedsel behoudt dan een ander kind, dat weliswaar minder neemt, maar het voedsel dan ook niet teruggeeft, en 2^o. dat, wanneer de hoeveelheid van het genomen voedsel niet zóó groot is dat het kind het overtollige wel *moet* teruggeven, de kleine maag het voedsel wel behoudt, maar ten koste van langzaam ontstaande afwijkingen, uitzetting van de maag, gestoorde spijsvertering, enz., waarvan de treurige gevolgen zich nog lang laten waarnemen.

Strijdt het ook niet tegen de gewone regelen der oeconomie? Waartoe kan het dienen om aan de moeder haar kostbaar voedsel te onttrekken om zonder eenig nuttig, maar dikwijls met schadelijk, gevolg dadelijk,

d. i. ongebruikt, door het kind teruggegeven te worden?

Schadelijk voedsel leidt bijna altijd tot min of meer ernstige digestie-stoornissen; het wordt niet op de gewone wijze verteerd, maar veroorzaakt allerlei abnormale omzettings-producten, die tot braking, verstopping, diarrhee, buikpijn, opzetting van den buik met vorming van een groote hoeveelheid gassen, oprispingen, pijnlijke winden, enz. aanleiding geven. Een kenmerkend teeken van buikpijn vindt ge daarin dat de kinderen hun beentjes optrekken om zoodoende hun buikspieren te ontspannen en de drukking van deze op de buikorganen te verminderen.

De verpleegster zal de behandeling bij deze toestanden wel niet zelfstandig op zich nemen. Wordt u echter opgedragen om de maag uit te spoelen, dan doet ge dit zooals ge het gewoon zijt bij volwassenen, met inachtneming van hetgeen op bl. 52 gezegd is. Clysmas en irrigaties weet ge aan te wenden; vergeet vooral bij pasgeborenen niet om uitsluitend van buigzame canules gebruik te maken. Steekpilletjes worden (m. i. zeer te recht, daar zij den endeldarm sterk prikkelen) vrij zeldzaam meer gebruikt. Wordt u opgedragen om ze aan te wenden, neem dan vooral zeer zuivere, niet te scherpe zeep, liefst z.g. kinderzeep (vgl. bl. 12).

Mij rest nog een belangrijke groep van meestal uiterst ernstige ziekten te bespreken, die men kan samenvatten onder den naam:

Navelziekten.

Bloeding uit de navelstreng.

Nu en dan, o.a. bij zeer dikke, weeke strengen, of daar waar (b.v. bij schijndood) de navel wat overhaast

was afgebonden, komt het voor dat het bandje later blijkt niet voldoende af te sluiten. Ge kunt dus veel onheil voorkomen door u in de eerste 12 uren na de geboorte meermalen te overtuigen of aan het navelverband geen bloed zichtbaar is. Is dit wel het geval, dan moet het verband onmiddellijk losgemaakt worden; blijkt er dan nog eenige bloeding plaats te hebben, dan hebt ge slechts den strik (zie bl. 14) van het bandje los te maken, den knoop krachtig toe te halen en een nieuwen strik aan te leggen. Was een tweede knoop aangelegd, dan moet, op de u bekende wijze, een derde bandje om de streng gelegd worden.

Mocht ge nochtans de bloeding om de een of andere u onbekende reden niet kunnen overwinnen, verlies dan geen tijd met allerlei proefnemingen, maar laat dadelijk den geneesheer ontbieden, terwijl gij zelve de navelstreng met twee vingers krachtig blijft samendrukken. Is de streng daartoe te kort, dan blijft er niets anders over dan de streng tegen den buik van het kind te drukken.

Navelbreuken.

Deze breuken (vgl. bl. 45), waarbij, evenals bij de lies- en dijbreuken, een kleine darmlis door den niet gesloten navel buiten de buikholte treedt, komen (meest echter in een latere periode) voor. Men bemerkt ze, na het afvallen van de streng, door een grootere of kleinere uitpuiling van den navel, die door drukking met den vinger verdwijnt. Ze behoeven een meer of minder samengesteld verband, dat de geneesheer voor elk geval zal kiezen.

De op besmetting berustende navelziekten.

Boven (bl. 15) zeide ik reeds dat deze ziekten door de verpleegster voorkomen kunnen worden.

Infectie kan bij onvoldoende, niet aseptische verzorging van de navelstreng ontstaan vóór en na haar afvallen.

a. De gunstigste vorm is die, waarbij de afwijking *plaatselijk* is en plaatselijk blijft.

Elke vertraagde genezing van de navelwond wijst op infectie; elk ontstekingsverschijnsel aan den navel of zijn omgeving is van belang.

Men onderscheidt hiervan drie vormen:

De *navelzweer*, waarbij het navelwondje grooter en dieper wordt dan gewoonlijk;

De *navelzwam*, waarbij het wondje weken en maanden lang een weinig vocht blijft afscheiden, terwijl in het midden daarvan een kleiner of grooter gezwelletje, als een gesteelde wrat, zichtbaar wordt;

De *navelontsteking*, eigenlijk een ontsteking rondom den navel. Deze vertoont zich als een min of meer beperkte roodheid en hardheid aan de buikbeksleden rondom den navel en gaat meestal gepaard met koorts. Ze kan levensgevaarlijk worden, o.a. door huidversterf (gangraen), en zelfs een buikvlies-ontsteking kan van een navelontsteking het gevolg zijn.

Deze navelziekte vormt dus den overgang tot de 2e rubriek, die tot

b. *algemeene stoornissen*,
n.l. tot algemeene, tot bloed-infectie leidt. De smetstof, opgenomen langs de navelvaten en verspreid door middel van de lymfe- en bloedvaten van het lichaam, kan in verschillende inwendige organen en ook aan de oppervlakte menigvuldige septische abscessen teweegbrengen, die, onder het allerongunstigste koortstype beloopende, bijna zonder uitzondering den dood ten gevolge hebben.

Maar buitendien kan een door den navel in het lichaam

gedrongen smetstof leiden tot de zoo gevaarlijke stoornissen op zenuwgebied, onder den naam van

Mondklem (trismus) bekend.

Hoewel verschillende waargenomen gevallen met groote waarschijnlijkheid er op wijzen, dat mondklem ook zou kunnen ontstaan door te warme baden ¹⁾, zijn zeker verreweg de meeste wel te wijten aan besmetting van de navelwond.

De eerste verschijnselen neemt men meest waar tusschen den 5^{den} en 9^{den} dag. Men merkt dan allereerst op dat het kind moeielijk zuigt, doordien bij de pogingen om zijn mondje te openen de kauwspieren zich samentrekken en de mond gesloten wordt. Die samentrekking (stijfheid) komt eerst, zooals ik zeide, voor een oogenblik, uitsluitend bij pogingen tot zuigen, tot stand en is daarbij niet volkomen; *eenig* voedsel wordt nog genomen; allengs duren de samentrekkingen langer en verschijnen ook dan wanneer het kind zijn mond niet tracht te openen; ten slotte blijft de spierstijfheid voortduren en is volkomen.

Na korten tijd breidt zich de kramp ook uit tot de overige spieren, eerst van het aangezicht, dan van andere spieren van het lichaam; de ledematen worden voorbijgaande, later blijvend stijf, de nekspieren trekken zich samen, waardoor het hoofd naar achteren wordt getrokken; ten slotte ontstaat algemeene spierstijfheid (*tetanus*). De ziekte gaat met koorts gepaard.

Slechts zelden volgt herstel, in verreweg de meeste gevallen sterven de kinderen. Komt genezing tot stand, dan volgt deze uiterst langzaam.

¹⁾ Vandaar ook dat ik u op bl. 12 aanried om de temperatuur van het badwater nauwkeurig te meten.

Al deze door besmetting ontstane navelziekten eischen dringend de onmiddellijke tusschenkomt van den geneesheer. Maar de *verpleegster* bedenke dat zij het bijna zeker in haar macht heeft om ze te voorkomen.

Waar dit mogelijk is, gelde voor haar de vaste regel: eerst het kind te helpen en daarna de moeder.

Waar die regel nu en dan verlaten moet worden, ontsmette zij zich nauwkeurig eer zij tot de verzorging van het kind overga.

Ik zou hier kunnen eindigen, maar wil nog enkele woorden toevoegen over

Stuipen, een woord dat zoo bestorven ligt op de lippen van bakers, en ook van moeders, dat het mij zeker als een verzuim zou toegerekend worden, als ik ook de „stuipjes” niet besprak.

Omtrent deze kan ik u trouwens geruststellen. Ze komen op dezen leeftijd zeer zeldzaam voor (vgl. echter bl. 23). Waar zij bemerkt worden, vergezellen zij de meest ernstige ziekten, waarvan ik u eenige opnoemde, doch waarbij ik opzettelijk dit verschijnsel niet opgaf omdat dit slechts tot verwarring aanleiding zou geven.

De ware stuipen, die in zeer kort durende, hevige bewegingen, meest van het geheele lichaam of van diens rechter- of linkerzijde, bestaan en met bewuste-loosheid gepaard gaan, zijn zeker ernstige verschijnselen.

Maar wat „men” bij pasgeborenen meest stuipjes noemt, zijn niets anders dan plotselinge en ondoelmatige bewegingen (vgl. bl. 68), die volstrekt geen beteekenis hebben. Ik behoef dus niet verder daarop in te gaan.

ALPHABETISCH REGISTER.

	Bladz.		Bladz.
A demhaling	10, 11, 13, 50	Bloedbraking	73
» (Buik-)	10, 13, 15	Bloeding uit de digestie-orga-	
» (Kunstmatige).	60, 63	nen	73
» (Vroegtijdige).	53	Bloeding uit de navelstreng	13, 14, 75
Afkoeling	10, 12, 20, 27, 51	Bloedingen (Valsche).	73
Alcaliën	71	Bloedontlasting.	73
Alvus, <i>zie</i> Ontlasting		Bloedsomloop	15, 20
Anus (Afwezigheid van den).	48	» (Foetale)	4, 6, 7, 53
Armen (Gebrekkige ontwikke-		Boorvaseline, boorzalf	44, 69
ling van de).	49	Boorzuur	40, 69
Asepsis	15, 77	Borax	71
Assymmetrie van het aange-		Borstkas (Omvang van de)	8
zicht	50	Borstklieren (Ontsteking van de)	72
Assymmetrie van den schedel	49	Braking	13, 21, 22, 29, 42, 73
B acteriën	36, 37, 39	Brandewijn	14
Baden	11, 12, 13, 43, 51, 69, 78	Brandwonden	41
Badwater	12, 65	Breuken	22
Bakers.	2, 3, 26, 32, 68, 79	» (Been-)	58
Bedekking	23, 41	» (Lies- en dij-)	48
Beenbreuken	50	» (Navel-)	45, 76
Beenen (Gebrekkige ontwikke-		Breukkanaal.	22, 48
ling van de).	49	Broedstoof, <i>zie</i> Couveuse	
Bewusteloosheid	79	Buikbanden	15
Biest	31	Buikligging	13, 22
Blindheid (Aangeboren).	66	Buikpijn	75

	Bladz.		Bladz.
Buikvlies-ontsteking	77	Gecondenseerde melk, <i>zie</i> Melk	
Buitenlucht	45	Geelzucht	67
C anules	75	Geforceerde voeding, <i>zie</i> Voeding	
Carbolzuur	45	Gehemelte (Gespleten)	49
Catheter	52, 56, 57	Geslacht	49
Clysma	24, 75	Gewicht . . 17, 26, 32, 50, 67, 74	
» (Voedend)	52	Gordijntje	19
Colostrum	31	Groei	26
Coryza, <i>zie</i> Neus-verkoudheid		H artstreek (Drukking in de)	
Couveuse	51, 52	» <i>zie</i> Drukking	
<i>Crédé</i>	66	Hazenlip	49
D essertjes	34	Heksenmelk	72
Digestie-stoornissen	29, 30, 73	Honger	29, 41
Doppen	40	Hongerdoed	72
Dorst	32, 41	Hoofd (Indruksels aan het)	49
Dorjes	26, 70	Hoofd-bloedgezwel	64
Draagbedje	18	Hoofdgezwel	8, 64
Draagkussen	18, 46	» (Buitengewoon	
Dragen	45	groot)	50
Drukking in de hartstreek (bij		Houding	23, 41
schijndood)	59	Huid . . 8, 12, 54, 55, 62, 67, 68	
Ductus Arantii	7	Huidprikkel (bij schijndood)	
» Botalli	6, 7		57, 58, 59
Dijbreuken, <i>zie</i> Breuken		Huidsmeer	8, 11, 12, 65
E erste schreeuw	5, 6, 7, 54	Huiduitslag, <i>zie</i> Uitslag	
Eiwitachtige stoffen	31, 35, 36	I dioten	49
Elastieken slang, <i>zie</i> Slang		Impermeable	18, 20
Etter	44	Inanitie	74
Ezelinnemelk	40	Inblazen van lucht	63
F amily-scales	16	Indruksels aan het hoofd, <i>zie</i>	
Foetale bloedsomloop, <i>zie</i>		Hoofd	
Bloedsomloop		Infectie	77
Fontanellen	9, 50, 54, 55	Intertrigo	68, 69
Fouten bij het wegen, <i>zie</i>		Irrigaties	75
Weging		J aargetijde	46
Fracturen, <i>zie</i> Beenbreuken		K arnemelk	40
G alstuwing	67	Kiemen	37
Gangraen	77	Kindermeel	40
Geboorte (Vroegtijdige)	50, 53		

	Bladz.		Bladz.
Kinderwagens	46	Melk (Onzuiverheid der) . . .	36
Kinderzeep	75	» (Steriliseeren der) . . .	37
Kindspek	24, 27, 31, 54	» (Toediening der) . . .	39
Kleeding	10, 17, 23, 41, 51	» (Verdunning der) . . .	37
Klompvoeten	49	» (Vervalsching der) . . .	37
Kloven, <i>zie</i> Tepel		Melksuiker	31, 35, 36
Koemelk (<i>zie</i> ook Melk) . . .	35, 39	Minnen	33
Koffie	24	Misvormingen	13, 18, 47, 48
Koken der melk, <i>zie</i> Melk		Moedermelk	25, 31
Koude voeten, <i>zie</i> Voeten		Mond	12, 14
Kou-vatten 10, 11, 12, 14, 19, 52,	67, 72	» (Reinigen van den) 23, 26,	30, 31, 42
Kramp.	78	Mondholte	9
Kraamkamer (Temperatuur der) 11		Mondklem	12, 78
Kruiken	20, 23, 41, 51	Mutsjes	18
Kunstmatige ademhaling, <i>zie</i>		Nagels	8, 50
Adembaling		Navel	14, 43, 44
Kussens	19, 20	Navelbandje	13, 14, 76
Laborde	59	Navelbreuken, <i>zie</i> Breuken	
Lavementjes, <i>zie</i> Clysma		Navelontsteking	77
Ledikantje	19	Navelstreng	27, 43, 44
Lengte van het lichaam . . .	7	» (Afvalen van de)	1, 44, 77
Licht	19, 23	» (Bloeding uit de),	
Liesbreuken, <i>zie</i> Breuken		<i>zie</i> Bloeding	
Ligging	20, 21	Navelverband 14, 15, 43, 44, 45, 76	
Longontsteking	21	Navelziekten	15, 75
Loopminnen, <i>zie</i> Minnen		Navelzwam	77
Lucht (Versche)	23, 41	Navelzweer	77
Luiers	13	Neus-verkoudheid	71
Maag	22	Niergruis, nierzand	24, 43
Maagsap	71	Nitras argenti	66
Maagsonde	52, 53	Onderkleertjes	13
Maaguitspoeling	75	Onrust	22, 23, 29, 30, 32, 42
Marshal Hall	63	Ontlasting.	24, 41, 42, 73
Maten	50	Ontwikkeling (Onvoldoende) . 50	
Meconium, <i>zie</i> Kindspek		Onvoldragen kinderen. 50, 52, 53	
Melk van ééne koe	35	Oogen	8, 9, 11, 12, 14, 22, 65
» (Gecondenseerde)	40	Oogontsteking	65
» (Koken der)	37, 38		

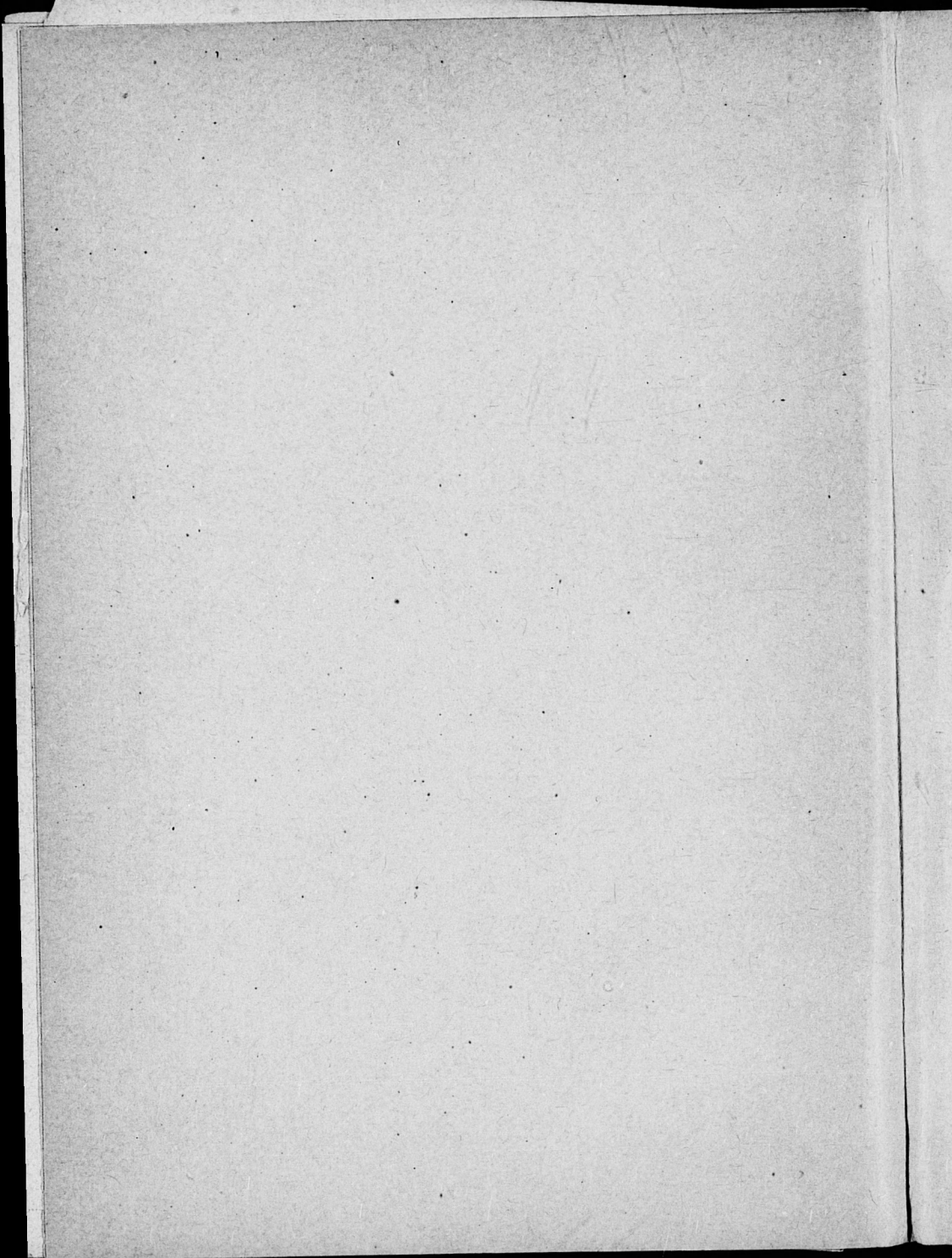
	Bladz.		Bladz.
Ovale venster	6, 7	Stem	50
Paardenhaar	19	Steriliseeren, <i>zie</i> Melk	
Pak	18	Stikkingsgevaar	19, 21, 54, 72
Pap	40	Stoelgang, <i>zie</i> Ontlasting	
Pelotte	48	Stuipen	23, 79
Poeder, poederverbanden	69	Suikerwater	26, 32
Pols	10, 50, 54, 55	Talk	24
Purgeermiddelen	24	Teenen (Onvoldoend aantal)	49
Reflex	5, 11, 54, 55, 57, 59	» (Overtollige)	49
Regel, regelmaat	28	Temperatuur der kraamkamer, <i>zie</i> Kraamkamer	
Reiniging	10	Temperatuur van het bad. 11, 12, 58 » van het lichaam 10, 51	
Room	40	Tepel (Kloven van den)	73
Rust	19, 30	» (Reiniging van den) 26, 30	
Salpeterzuur-zilveroxyde	66	Tepelhoedjes	25
Schedel	9, 20	Tetanus	78
» (Afwijkingen van den)	49	Thermometer	11, 39, 56
» (Omvang van den)	8	Thermostaat	51
Schedelnaden	9, 50, 64	Thymus, <i>zie</i> Zwezerik	
Schimmelplantjes. 36, 37, 70, 71		Tocht	19
Schreien	22, 25, 41	Tong (Trekkingen aan de), <i>zie</i> Trekkingen	
<i>Schultze</i>	60, 62, 63	Tongriempje (Te kort)	48
Schijndood. 5, 20, 53, 57, 58, 59, 60, 75		Trekkingen aan de tong (bij schijndood)	59
Sepsis	77	Trismus	78
Skelet	9	Uitslag (Huid-)	42, 43
Slaap	10, 21, 28, 72	Urine	41, 44
Slaapmiddelen	22, 23	Urineloozing	24, 27, 32, 42
Slang (Elastieken)	40	Valsehe bloedingen, <i>zie</i> Bloe- dingen	
Slapeloosheid	22, 30, 32, 42	Varen	19
Slingeringen (bij schijndood)	60	Vaseline	44, 69
Smetstof	78	Vaste minnen, <i>zie</i> Minnen	
<i>Soxhlet</i>	37, 38	Veiligheidsspelden	13, 15
Speeksel	70	Ventilatie	52
Speentjes	26, 40, 70	Verdrogen	24, 41, 42
Spica	48	Verlammingen	49
Spierstijfheid	78		
Sponsen	12, 24, 52, 69		
Spruw	14, 69		
Steekpilletjes	24, 74		

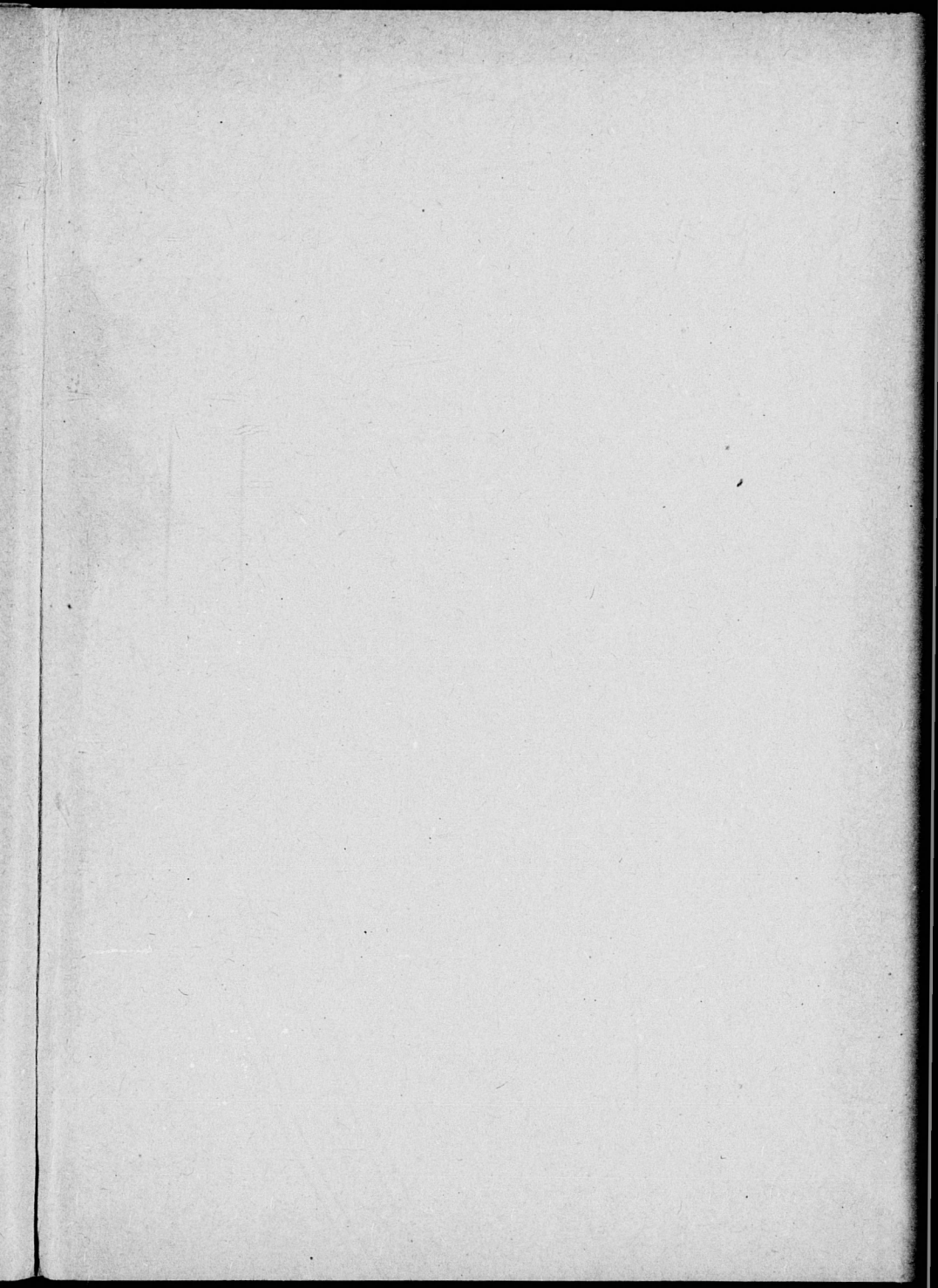
	Bladz.		Bladz.
Verlammingen van een ge-		Water	26, 31, 32, 35, 37, 41
zichtsenuw	49	Waterhoofd	49
Vervelling	43	Watten	24, 51, 69
Verwennen	22	Weegschaal	16, 27
Vet	31	Weging	16, 27
Vingers (Onvoldoend aantal) .	49	» (Fouten bij)	27
» (Overtollige)	49	Wekken	23, 30
Voeding	27, 28	Wieg	19
» (Geforceerde)	52	Wiegen	19, 22
» (Gemengde)	34	Wolfsmond	49
» (Onvoldoende)	73	Wolhaartjes	8, 50
» (per clysmā)	52	Wondjes	68
Voedsel	32	Wondzjn	68
» (Schadelijk)	75	Zeep	12, 75
» (Te veel)	74	Zindelijkheid	15
-Voeten (Koude)	23, 41	Zintuigen	9
Vroegtijdige ademhaling, zie		Zitten	45
Ademhaling		Zoethouders	70
Vroegtijdige geboorte, zie Ge-		Zoogen	25
boorte		Zouten	31, 35, 36
Vuurmand	13	Zuigen	23, 51, 70, 71, 78
Wasschen	13, 43	Zwezerik	20

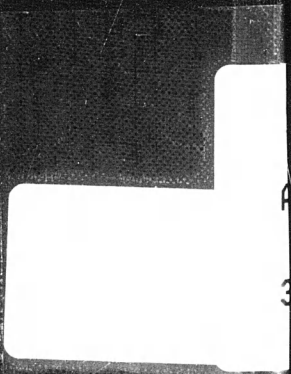
C15496

asa 913









3