

voor Klinische Genetica (Erfelijkheidsvoorlichting). De afgelopen periode is in de verschillende centra hard gewerkt aan het tot stand komen van deze stichtingen.

De particuliere ziektekostenverzekeraars hebben in hun landelijk overleg besloten de ziekenfondsen ten aanzien van genoemde verstrekkingen te volgen. Over het algemeen eisen ook zij een machtiging vooraf waar dit ook door de ziekenfondsen gevraagd wordt.

DE METHODE VAN CRÉDÉ

G.A. de Jonge

Gonorrhoe is een geslachtsziekte veroorzaakt door gonokokken¹. Wanneer een vrouw tijdens een bevalling gonokokken bij zich heeft, wat zonder enig ziekteverschijnsel het geval kan zijn, is er een grote kans dat het kind na het breken van de vliezen of tijdens zijn passage door het baringskanaal, daarmee wordt besmet. In de regel beperkt deze infectie zich dan tot de ogen van de pasgeborene. Er treedt een ontsteking op waarvan de officiële naam luidt ophthalmia gonorrhoeica neonatorum.

Het is dit jaar precies een eeuw geleden dat Crédé ontdekte dat door het indruppelen van de ogen van pasgeborenen met een zilvernitraatoplossing deze oogziekte was te voorkómen². Dat was een geweldige ontdekking omdat in die tijd bij circa 30% van alle blinden de blindheid was veroorzaakt door ophthalmia gonorrhoeica neonatorum³. De methode van Crédé vond in ons land algemeen ingang en werd ook na de komst van werkzame antibiotica nog bij herhaling krachtig aanbevolen, o.a. in 1968 door Ten Doesschate⁴, in 1977 door Koppe⁵ en in hetzelfde jaar per circulaire door de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid⁶. Is nu in 1980 voor ons land het tijdstip gunstig om de toepassing van deze preventie-maatregel als routine achterwege te laten en uitsluitend te gaan toepassen in bijzondere gevallen?⁷ Vermoedelijk wel.

In dit artikel worden de voor- en nadelen van de methode Crédé besproken. Zeker als de toepassing *als routine* wegvalt lijkt het nuttig de uitvoering van deze profylaxe nog eens vast te leggen voor de bijzondere gevallen en stil te staan bij de diagnostische en therapeutische maatregelen die nodig zijn om het nu groeiende patiënten-aantal deskundig op te vangen.

Uitvoeringsvoorschrift

Vóór het uitvoeren van de methode van Crédé wast men zijn/haar handen met water en zeep om niet zelf de ogen van het kind te infecteren, bijvoorbeeld met stafylokokken.

Crédi gebruikte in 1881 een 2%-oplossing van zilvernitraat; de voorkeur heeft thans een 1%-oplossing

die voor het bestrijden van de gonokokken voldoende werkzaam is. Het verdient aanbeveling om uitsluitend gebruik te maken van centraal bereide flexiolen; de houdbaarheid hiervan na openen is op één maand gesteld^{8,9,10}.

Men vergewisse zich ervan dat men de goede druppels heeft: juist bij het druppelen van ogen kunnen vergissingen zeer ernstige gevolgen hebben¹¹.

Aanwezig slijm en bloed rond de ogen worden weggeveegd met een watje of een steriel gaasje bevochtigd met kraanwater¹².

Vervolgens trekt men het onderooglid omlaag en het bovenooglid omhoog. Dan worden er 1-2 druppels 1% zilvernitraatoplossing gedruppeld in het gootje tussen oogbol en onderooglid, dus niet op het hoornvlies¹¹.

Daarna worden de oogleden losgelaten. Overtollige vloeistof rond het oog wordt met een nat of droog gaasje weggeveegd.

Het heeft, anders dan lange tijd verondersteld^{6,7}, weinig zin om de ingebrachte zilvernitraat uit te wassen met een fysiologische zoutoplossing. De kans op chemische irritatie wordt er namelijk niet door verkleind^{12,13}, terwijl de werkzaamheid van de profylaxe er misschien door wordt benadeeld⁸. Volgens Yasunaga e.a.¹³ zou uitwassen met steriel water wel zinvol zijn. Voor het mogelijk maken van een goed eerste moeder-kind contact is het aan te bevelen het druppelen van de ogen uit te stellen tot één uur na de geboorte van het kind; bij langer uitstel wordt het helaas twijfelachtig of de methode van Crédé nog wel voldoende effectief is⁸.

De effectiviteit van de methode van Crédé

Dat de profylaxe niet altijd effectief is werd reeds door Crédé zelf beschreven. In zijn eerste mededeling (1881) stelde hij nog vast dat van 1874 tot mei 1880 zich 226 gevallen van ophthalmia hadden voorgedaan onder 2266 pasgeborenen, maar dat na invoering van zijn profylaxe er bij 200 zuigelingen geboren tussen juni en december 1880 geen enkel geval was gezien. In een volgende publicatie evenwel beschreef hij dat zich in hetzelfde ziekenhuis tussen 1880 en 1883 ondanks het gebruik van zilvernitraat 3 gevallen hadden voorgedaan onder 1160 pasgeborenen¹⁴. Later werden uit Londen door Mayou¹⁵ en uit Philadelphia door Lehrfeld¹⁶ vele gevallen vermeld die ondanks de profylaxe volgens Crédé waren opgetreden. Ook in ons land is beschreven dat de profylaxe volgens Crédé niet altijd afdoende is⁹. Vermoedelijk ligt de kans op mislukken ongeveer bij 5 à 10%, of anders uitgedrukt: zonder profylaxe ziet men ongeveer 15 maal zoveel gevallen van ophthalmia gonorrhoeica neonatorum als met profylaxe^{17,18,19}.

Sommige mislukkingen zijn toe te schrijven aan een onzorgvuldigheid of een fout bij de uitvoering. Het zou echter onjuist zijn om elk geval van ophthalmia gonorrhoeica bij een pasgeborene dat zich voordoet ondanks een goede toepassing van de methode van Crédé, als een misser van deze profylaxe te beschouwen. Ten eerste is vooral na wat langdurig gebroken vliezen een prenatale besmetting mogelijk. Ook een

kind per keizersnede geboren kan, langs deze weg besmet, gonorroe van het oog ontwikkelen²⁰. Ten tweede kan het kind ook postnataal worden besmet, bijvoorbeeld via de handen van een familielid of verzorger of via een handdoek e.d. Ook voorbij de pasgeborene-periode, bij oudere kinderen en bij volwassenen wordt gewoonlijk op deze wijze gonorroe van het oog veroorzaakt.

Gonorroe in Nederland

Het veelvuldig vóórkomen van gonorroe moedigt bepaald niet aan tot het loslaten van de methode van Credé. Hoewel het bijzonder moeilijk is, zoals Huisman en Verkley onderstreepten²¹, om een betrouwbare schatting te maken van het werkelijk vóórkomen van gonorroe, is het evident dat het aantal nieuwe gevallen van deze geslachtsziekte sedert 1970 ook in Nederland zeer sterk is toegenomen²²; insiders spreken van een onrustbarende groei. Het aantal gevallen dat jaarlijks als besmettelijke ziekte (groep C) wordt aangegeven (in 1979 ruim 11.000)²³ geeft hiervan geen betrouwbaar beeld. De werkelijke frequentie ligt waarschijnlijk vele malen hoger²⁴, onder meer doordat de infectie bij vrouwen dikwijls zonder ziekteverschijnselen verloopt. Voor Rotterdam werd in 1974 het aantal nieuwe infecties geschat op circa 400 per 100.000 inwoners per jaar²¹. Loendersloot e.a. meldten in 1975⁹ dat ook onder zwangeren de ziekte weer sterk in frequentie toenam, ook bij hen dikwijls met een asymptomatisch verloop.

Incidentie van ophthalmia gonorrhoea neonatorum
Hoeveel gevallen van ophthalmia gonorrhoea zouden zich jaarlijks bij pasgeborenen in Nederland voordoen indien geen profylaxe zou worden toegepast? Dit aantal is niet bekend maar een schatting ervan is wel mogelijk, mede op grond van de enquête die de afdeling Infectieziekten van Geneeskundige Hoofdinfectie in 1979 heeft gehouden onder huisartsen, verloskundigen, vrouwenartsen, kinderartsen en oogartsen, waarin gegevens werden gevraagd van pasgeborenen die in het jaar 1977 of 1978 gonorroe van het oog hadden gehad^{6,7}. Van circa driekwart van de aangeschrevenen werd antwoord ontvangen. Gezamenlijk hadden zij in deze twee jaren de diagnose met bacteriologische bevestiging gesteld bij 25 pasgeborenen. Bovendien was er bij nog 15 pasgeborenen wel een vermoeden geweest maar ontbrak de bacteriologische bevestiging.

Bij 18 van deze 25 kinderen had tevoren geen profylaxe plaatsgevonden, maar bij zeven van hen had de infectie zich voorgedaan ondanks toepassing van de methode van Credé. Indien met aanneemt dat zonder toepassing van deze methode het aantal gevallen van ophthalmia gonorrhoea 15 maal zo groot zou zijn geweest, dan zouden er 98 gevallen extra zijn geweest. In totaal zouden zich dan in ons land in twee jaar tijds 123 gevallen van ophthalmia gonorrhoea neonatorum hebben voorgedaan.

Ongewenste effecten

Het grootste bezwaar van de methode van Credé is de

gerede kans op irritatie van het bindvlies van de ogen door de 1% zilvernitraatoplossing. Een zeer nauwkeurig onderzoek hiernaar werd verricht door Nishida en Risemberg¹²; zij zagen op de leeftijd van 3 à 6 uur tekenen van irritatie bij bijna 90% van de spoedig na de geboorte met 1% zilvernitraat gedruppelde ogen, na 24 uur bij 7% en na 48 uur nog slechts sporadisch. Deze chemische conjunctivitis belemmert het zien van het kind en het ogencontact met zijn moeder en dit dus vooral in de eerste 24 à 48 uur. Voor het tot stand komen van een goede moeder-kind relatie is dit zeker een nadeel.

Chemische oogbeschadiging van veel ernstiger aard kan zich voordoen wanneer een oude ingedampde of een verkeerde oplossing wordt gebruikt; door centrale bereiding en aflevering in flexiolen is dit gevaar te ondervangen.

Opgemerkt zij dat aan andere oplossingen (bv. van penicilline²⁵) weer andere problemen zijn verbonden, zodat deze geen evidente voordelen leveren.

Onjuiste bezwaren

Als een ander bezwaar wordt aangevoerd^{6,7}, dat bij effectieve werking van de methode Credé de gonorroe van de moeder niet wordt opgemerkt. Men overweegt echter dat ook bij achterwege laten van profylaxe het geïnfecteerd-zijn van de moeder meestal niet zal blijken omdat het ook dan meestal niet tot een ooginfectie bij het kind komt. Wie gonorroe bij moeders wil opsporen zal dit moeten doen door middel van een of meer kweken van cervix- en rectum-uitstrijk²⁶. Tenslotte wordt wel gesteld dat men de profylaxe van gonorroe van het oog van de baby alleen zou mogen toepassen indien de ouders daarmee instemmen^{6,7}. Deze stelling is in zijn algemeenheid onjuist. De grond van deze profylaxe is immers dat de dokter en de ouders dikwijls niet kunnen weten of de moeder gonokokken bij zich heeft. Natuurlijk is openheid prijzenswaardig maar het lijkt op zijn minst dubieus of men de precare beslissing 'Credé, ja of nee?' aan de ouders mag of moet voorleggen.

Swaak²⁷ vermeldt dat in Noord-Brabant het indruppelen van de ogen van de pasgeborene op een enkele uitzondering na door de ouders als positief werd ervaren.

Tijdige diagnostiek van ophthalmia gonorrhoea
Ophthalmia gonorrhoea neonatorum is sedert de komst van penicilline (en vervolgens van meer antibiotica) geen gevaarlijke ziekte meer mits de behandeling tijdig en correct wordt uitgevoerd. Bij de 25 kinderen uit de enquête was dit bijklens de verstrekte inlichtingen kennelijk het geval geweest, ze waren zonder restschade genezen. Het spreekt echter allerm minst vanzelf dat diagnostiek en behandeling steeds te juister tijd zullen komen en dit nog minder wanneer bij achterwege blijven van de methode van Credé de incidentie tot een veelvoud zal toenemen. Aan een tijdige goede diagnostiek zijn de volgende eisen te stellen^{28,29}.

Bij elke fikse conjunctivitis met etterige afscheiding bij een pasgeborene moet bacteriologisch onderzoek

worden uitgevoerd. Dit houdt in het maken van een direct preparaat (uitstrijken-drogen-fixeren-kleuren met methyleenblauw of volgens Gram) en het beoordelen van dit preparaat, het inzetten van een kweek met gebruikmaking van een transportmedium en het doen verrichten van een resistentiebepaling indien er gonokokken worden gevonden. Ieder die medische zorg heeft over pasgeborenen dient over de vaardigheid en de hulpmiddelen te beschikken nodig voor het inleveren van goed diagnostisch materiaal. Gonokokken zijn kwetsbaar: ze zijn gevoelig voor uitdroging en zelfs in een transportmedium is de overlevingsduur vrij kort.

Voor een zekere diagnose van gonorroe is de beoordeling van een direct uitstrijkpreparaat alleen onvoldoende; een kweek is nodig ter controle van een negatief direct preparaat en ter bevestiging van een positief direct preparaat. Wegens de kans op penicilline-resistentie is een resistentiebepaling aangewezen.

Voor het enten van het kweekmedium of transportmedium zijn gebufferde kooltampons aan te bevelen; dit zijn geprepareerde wattenstokjes die zijn voorzien van een laagje absorberende kool. Voor transport naar het laboratorium wordt het wattenstokje in een buis met transportmedium gestoken (in de regel een verbeterde Stuart-buis). De geënte Stuartbuis dient het laboratorium binnen 6 uur te bereiken, anders lopen de kweekresultaten achteruit. Dit stelt hoge eisen aan het transport!

De Stuartbuizen dienen in het donker te worden bewaard; wanneer het bovenste derde gedeelte blauw is geworden is de buis onbruikbaar geworden.

Verdenking op ophthalmia gonorrhoeica hoort men te koesteren bij elke etterige conjunctivitis in de eerste zeven dagen na de geboorte (dus niet alleen in de eerste 2-3 dagen!), terwijl men er rekening mee moet houden dat het oog soms pas in de tweede levensweek etterige afscheiding heeft, vooral indien er antibiotische oogdruppels of oogzalf is toegepast³⁰. Men late zich niet misleiden door een eenzijdige ontsteking: ook als de etterige conjunctivitis slechts één oog betreft dient bacteriologisch onderzoek te worden verricht.

Bij het inzenden van verdacht materiaal zal men als regel de bacterioloog daarvan telefonisch op de hoogte stellen. Het bacteriologisch onderzoek op gonorroe geschiedt van rijkswege in de streeklaboratoria gratis.

Tijdige en goede behandeling

Er moet uitdrukkelijk worden gewaarschuwd tegen het gebruik van antibacteriële oogdruppels of oogzalf voordat er bacteriologisch onderzoek op gang is gebracht³⁰. In de regel wordt met lokale behandeling een gonorrhoeische oogontsteking alleen genezen indien de behandeling intensief wordt toegepast.

Anderzijds dient men te beseffen dat ophthalmia neonatorum meestal niet door gonokokken wordt veroorzaakt maar door stafylokokken, streptokokken, Haemophilus influenzae, E. Coli, Mycoplasma hominis, Tricivirus en ander microorganismen. Bij aanhoudend purulente afscheiding denke men aan een passagetoornis van de traanbuis (een- of tweezijdig). De

meeste van deze ontstekingen zijn goed te behandelen door frequent reinigen van het oog met een gaasje dat onder de kraan is bevochtigd, zonder antibacteriële middelen.

Is het directe uitstrijkpreparaat positief (Gram-negatieve diplokokken, waarvan een aantal intracellulair is gelegen) dan wordt meteen met de behandeling begonnen. Is dit preparaat niet positief maar is de conjunctivitis wel hevig dan beginne men veiligheids-halve vast met de behandeling alsof het een gonorroe-infectie was. De uitslag van de kweek laat meestal 48 uur op zich wachten.

De behandeling dient klinisch te geschieden op een geïsoleerde kamer: uitspoelen van de conjunctivazak met een fysiologische zoutoplossing en zeer vaak druppelen met penicilline-oogdruppels (10.000 à 50.000 I.E./ml); 'zeer vaak' betekent in het begin elke 5 minuten!

Indien na 12 uur geen duidelijke verbetering is opgetreden, dan wordt penicilline ook algemeen toegepast (oraal of per injectie)³¹; sommigen adviseren hiermee direct te beginnen^{8,32}. Men zij bedacht op het voorkomen van penicilline-resistente gonokokken (circa 3%).

Credé op indicatie

De voor- en nadelen afwegend is in dit voorjaar door de Geneeskundige Hoofdingspectie geadviseerd^{4,5} de methode van Credé niet meer als routine toe te passen, maar alleen als te verwachten is 'dat moeder en kind in het kraambed niet door deskundigen zullen worden gecontroleerd'. Wij menen dat deze regel scherper moet worden gesteld: met passe de methode van Credé toe wanneer men er aan twijfelt of moeder en kind in het kraambed *dagelijks* deskundig worden gecontroleerd, anders onttaardt de selectieve toepassing in een dubieuze discriminatie: 'negertjes druppelen we altijd mevrouw', 'die tatouages van uw man, ziet u'. Dat het laten varen van het oogdruppelen als routine extra oplettendheid voor de ogen vergt en dat bij verschijnselen van conjunctivitis in de eerste 5 dagen bacteriologisch onderzoek nodig is, moge uit het bovenstaande duidelijk zijn. Een goede samenwerking met een bacteriologisch laboratorium is daartoe vereist. Men hoede er zich vooral voor anti-bacteriële oogdruppels of oogzalf voor te schrijven voor een pasgeborene zonder dat van tevoren bacteriologisch onderzoek volgens de regelen der kunst is ingezet.

Literatuur

1. Haneveld, G.T.: Bij het eeuwfeest van de gonokok. Ned. T. Geneesk. 43:1875, 1979
2. Credé, K.S.F.: Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. Arch. Gynäk. 17:50, 1881
3. Bumm, E.: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 12e Aufl., Wiesbaden 1919
4. Doesschate, J. ten: De methode Credé ter voorkoming van gonorrhoeische blennorroe bij pasgeborenen. Ned. T. Geneesk. 112:1088, 1968
5. Koppe, J.G.: Profylaxe volgens Credé, nog altijd nodig? T. Kindergeneesk. 45:101, 1977
6. Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid: Methode van Credé, ja of nee? GHI-Bulletin. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Leidschendam, april 1980

7. Bijkerk, H.: Methode van Credé, ja of nee? Ned. T. Geneesk. 124:716, 1980
8. American Academy of Pediatrics: Prophylaxis and treatment of neonatal gonococcal infections. Pediatrics 65: 1047, 1980
9. Loendersloot, E.W., A.J.M. Sauter, H.F.E. Verduyn Lunel & J.G. Koppe: Ophthalmia gonorrhoea neonatorum. Ned. T. Geneesk. 119:2035, 1975
10. Loendersloot, E.W.: Ophthalmia gonorrhoea neonatorum. Ned. T. Geneesk. 120:398, 1976
11. Brenkman, B.F.: Oogdruppelen, oogzalf appliceren, oogverband aanbrengen, oogspoelen. Ned. T. Geneesk. 118: 1055, 1974
12. Nishida, H. & H.M. Risemberg: Silver nitrate ophthalmic solution and chemical conjunctivitis. Pediatrics 56:368, 1975
13. Yasunaga, S. & E.H. Kean: Effect of 3 ophthalmic solutions on chemical conjunctivitis in neonates. Am. J. Dis. Child. 131:159, 1977
14. Credé, K.S.F.: Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (dritter Artikel). Arch. Gynäk. 21:179, 1883
15. Mayou, M.S.: Observations on ophthalmia neonatorum. Brit. med. J. 2:973, 1931
16. Lehrfeld, L.: Limitations of use of silver nitrate in prevention of ophthalmia neonatorum. J. Amer. med. Ass.: 104: 1468, 1935
17. Greenberg, M. & J.E. Vandow: Ophthalmia neonatorum: evaluation of different methods of prophylaxis in New York City. Amer. J. Publ. Hlth. 51:836, 1961
18. Handsfield, H.H., W.A. Hodson & K.K. Holmes: Neonatal gonococcal infection. J. Amer. med. Ass. 225:697, 1973
19. Melling, G.W. & M.P. Kent: Ophthalmia neonatorum. Is prophylaxis necessary? Pediatrics 22:1006, 1958
20. Thompson, T.R., R.E. Swanson & P.J. Wiesner: Gonococcal ophthalmia neonatorum. J. Amer. med. Ass. 228: 186, 1974
21. Huisman, J. & H. Verkley: Het voorkomen van gonorrhoe in Rotterdam. Ned. T. Geneesk. 120:579, 1976
22. Coutinho, R.A.: De toeneming van het aantal patiënten met geslachtsziekten in Amsterdam. Ned. T. Geneesk. 124:284, 1980
23. Bijkerk, H.: Aangegeven patiënten met infectieziekten in 1979. Ned. T. Geneesk. 124:1132, 1980
24. Onrustbarende toename geslachtsziekten. Med. Contact 34:798, 1979
25. Davidson, H.H., J. Hill & J.J. Eastman: Penicillin in the prophylaxis of ophthalmia neonatorum. J. Amer. med. Ass. 145:1052, 1951
26. Barlow, D. & J. Philips: Gonorrhoea in women. Diagnostic, clinical and laboratory aspects. Lancet I:761, 1978
27. Swaak, A.J.: De toepassing van de methode van Credé, Med. Contact 34:714, 1979
28. Davies, P.A., R.J. Robinson, J.W. Scopes, J.P.M. Tizard & J.S. Wigglesworth: Medical care of newborn babies. Heinemann, London, 1972
29. Huysmans-Evers, A.G.M. & J.L. Hoogendijk: Een onderzoek naar de bruikbaarheid van het transportmedium volgens Stuart voor gonokokken. Ned. T. Geneesk. 118: 370, 1974
30. Shofield, C.B.S. & R.A. Shanks: Gonococcal ophthalmia neonatorum despite treatment with antibacterial eye-drops. Brit. med. J. I:257, 1971
31. Balen, A.Th.M. van: De behandeling van ophthalmia gonorrhoea neonatorum. Ned. T. Geneesk. 124:704, 1980
32. Willcox, R.R.: The management of sexually transmitted diseases. EURO reports and studies, WHO, Copenhagen 1979.

RELACTATIE

G.A. de Jonge

Lactatie is het geven van borstvoeding. Relactatie is het opnieuw geven van borstvoeding. Men spreekt in de regel van relactatie als er een periode van een week of langer is geweest waarin de moeder geen of slechts zeer weinig melk heeft geproduceerd. Een bijzondere vorm van relactatie is het geven van borstvoeding door pleegmoeders (meestal adoptie-moeders) die reeds lang geleden of nimmer van een kind waren bevallen; deze vorm blijft hier onbesproken.

Kathleen Auerbach en Jimmie Avery (Omaha, USA) vatten in een waardevol artikel de ervaringen samen die 366 moeders in de jaren 1970 t/m 1977 met relactatie hadden opgedaan¹. Deze ervaringen waren door hen in enquête-formulieren opgetekend en door de auteurs bewerkt. De aan het onderzoek meewerkende moeders waren ten aanzien van de achtergrond van de relactatie in drie groepen te verdelen:

- A. *Ziekenhuisopname van moeder of kind.* In 75 gevallen had een gezond kind eerst wel borstvoeding gehad maar was deze gestaakt in verband met een ziekenhuisopname van moeder of kind (of van beiden), waardoor deze 1 tot 12 weken van elkaar gescheiden waren geweest.
- B. *Borstvoeding te vroeg gestopt.* Er waren 174 moeders die er spijt van hadden dat ze te vroeg de borstvoeding hadden beëindigd. Soms kwam deze spijt door een ongunstige ervaring met kunstvoeding, soms ook misten de moeders de intimiteit van het voeden aan de borst.
- C. *Laag geboortegewicht.* Bij 117 moeders (waarvan 8 met een tweeling en 1 met een drieling) was er een periode zonder borstvoeding en zonder afkolven geweest, doordat het kind op andere wijze werd gevoed, in de regel op een afdeling voor prematuren en zieke pasgeborenen.

De reacties van het kind op het bij relactatie aanbieden van de borst bleken samen te hangen met zijn leeftijd. Naarmate de geboorte verder achter hem lag verminderde zijn zin in zuigen aan borst. Kinderen met een laag geboortegewicht waren wel jonger dan de kinderen uit de beide andere groepen maar waren gewoonlijk nog niet eerder aan de borst geweest, waaraan hun matige zuiglust aan de borst vermoedelijk moest worden toegeschreven. De zin in zuigen aan de borst nam de eerste 10 dagen van relactatie duidelijk toe (figuur 1).

Op welke wijze kan men het best de relactatie op gang brengen? Welke factoren zijn van invloed op het succes van deze pogingen? Waaruit bestaat dat succes eigenlijk? Voor het antwoord op deze vragen worden door Auerbach en Avery vele gegevens aangedragen, waarvan we de belangrijkste hier vermelden.