

Praeguse aja vaated rinnalaste toitmise ja surevuse pääle.

Dotsent **Dr. A. Lüüs**, Ülikooli Lastekliiniku juhataja.

(A. Lüüs: Les vues contemporaines sur l'alimentation et sur la mortalité des enfants à la mamelle.)

Lastehaiguste teadus on üks noorematest oksadest arsti-teaduse tüve küljes. Kuna teised tema harud, nagu kirurgia, sünnitusabi ja sise-meditiin juba aastasadasid iseseisvalt käsitamist leidnud, siis on pediaatria selleks alles mineva aastasaja teisel poolel saanud.

Mineva aastasaja algul, ja nimelt 1802. a., asutati Pariisi esimene lastehaigemaja. Selle eeskuju järele hakkasid teised suurriikide päälinnad, olgugi õige aegapidi, sammuma. Teine lastehaigemaja asutati 1834. a. Peeterburi, kolmas 1837. a. Wiini ja neljas 1839. a. Budapesti.

Lastehaiguste õpetoolide asutamisele ülikoolide juurde asuti veel palju hiljem. Nii tekkis Venemaal, Peeterburi Sõjaväe-Arsti-teaduse Akadeemia juures esimene lastehaiguste õpetool 1876. a., Moskva ülikooli juures 1884. a., kuid seegi mitte iseseisvalt, vaid naistehaiguste ja sünnitusabi õpetooliga ühendatult.

Isegi Saksamaal ei olnud 1911. a. 20 ülikooli hulgast kolmel veel mitte ei lastehaiguste õpetooli ega ka õpetajat olemas. Nii-sama ei olnud sel ajal lastehaigused Saksamaal veel mitte sunduslik eksamiaine; nad said selleks alles 1. okt. 1918. a.

Lastehaigemajade asutamisega sai ka sügavam ja sihikindlam lastehaiguste uurimine võimalikuks.

Imelikul viisil olid esimesed lastehaigemajad ja kliinikud ainult suurematele lastele määratud, kuna rinnalapsed, kes võib olla neid kõige rohkem tarvitavad, nendes mitte vastuvõtmist ei leidnud. Alles viimastel aastakümnetel hakati ka rinnalaste jaoks lastehaigemajades ja kliinikutes erijaoskondi sisse seadma.

Rinnalapse kohta valitses kaua aega ekslik arvamine, mida ka kahjuks praegu veel mõnikord kuulda võib ja nimelt, et temale kõige paremaks arstiks ema ehk mõni vananaene võib olla, kes mitu last üles on kasvatanud, mõtet, mida 1877. a. üks Inglise arst avaldas ja mida häämeelega edasi kanti.

Õige vaade rinnalapse ja ta toitmise kohta pääsis alles hilisemal ajal, nii ütelda meie silmade all, võidule. Selleks pöördajaks võime 1892. a. lugeda, millal Pariisi sünnitusabi arst Budin oma kliiniku juurde „nõuandekoha emadele“ avas ja põhimõtte üles seadis, et rinnalaps tuleb rinnaga toita. Kõik teised toitmise viisid on kunstlikud hädaabinõud, seega mitte soovitatavad ja tihti kahjulikud.

2
Terve lastekliiniku

See Budini hüüe leidis igalpool suurt vastukõla. Rinnalaps sai tähelpanu keskkohaks pediaatrite juures ja teda hakati igakülgsest uurima.

Kõige esiti võeti rinnalapse toitmisviisid uurimise alla, nii emarind, kui ka kunstlik toitmine. Tuli kindlaks teha, kui palju tarvitab rinnalaps oma kasvamiseks toitu. Selleks võeti kaalud tarvitusele, mille tähtsust iseäranis Ahlfeld rõhutas. Nende varal tehti kindlaks, kuipalju toitu rinnalaps iga päev tarvitab.

Selgus, et lapse keharaskus ja toidutarvidus teatavas vahekorras üksteisega seisavad ja mida noorem laps, seda suurem ta toidutarvidus. Üleüldiselt tarvitab laps rinnaga toitmise juures esimestel kuudel pääle sündimist piima vastavalt $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ oma keharaskusest, kuna pärastpoole see arv järkjärgult väheneb ja aasta lõpu poole umbes $\frac{1}{8}$ keharaskusest on. Kaalub laps näituseks 5000 gr. ($12\frac{1}{2}$ naela), siis tarvitab ta umbes 500 gr. ($\frac{3}{4}$ toopi) emapiima päevas. See on rinnaga toitmise juures nõnda, kuna kunstlikult toites asjaolud palju keerulisemad ja raskemad otsustada on. Sagedasti kobame kunstliku toitmise juures nagu pimedast pääst ümber ja siin maksab veel praegu Budini sõna, et meie ei tunne praegu ühtegi toitu, ei tea ühtki toitmise viisi, mille abil niisama hästi ja kindlasti võiksime rinnalast esimesest päevast pääle üles kasvatada, nagu meie seda emarina juures näeme ja arst, kes niisuguse toitmiseviisi üles leiaks, oleks üks suurematest inimesesoo häätelijatest.

Kuna meil kaalumiste abil teada on, kuipalju laps 24 tunni jooksul toitu tarvitab, siis tekkis peagi küsimus, kui suur on selle toidu energia väärtus, kuipalju soojuse üksusi ta eneses sisaldab. Sellega sündis kalooriate õpetus rinnalaste toitmises, mille algatajateks Berliini professorid Rubner ja Heubner olid. Heubneri järele tarvitab rinnaga toidetud laps 3 nädalast kuni 6 kuuni iga kilogrammi keharaskuse kohta päevas 100 kalooriat toitu. Aasta lõpu poole langeb see arv alla saja.

Ühel ajal kalooriate õpetusega edustasid Camerer ja Czerny ainete vahetuse uurimisi laste juures esimesel eluaastal. Sellega tehti kindlaks, kuipalju tarvitab laps oma kasvamiseks üksikuid toiduaineid, nagu munavalget, rasva, suhkruid ja soolasisid ja missuguses vahekorras need üksteisega on.

Kolmas tähtis edusamm rinnalaste toitmise uurimises on tähelpanek, et ühekülgne toit pikapääle lapse keha pääle halvasti mõjub, tema edenemist takistab ja teda haigeks teeb. Toidame näit. lapsi esimesel eluaastal liig kaua ainuüksi lehmapiiimaga, siis näeme, et lapsed kahvatuks muutuvad, nende lihased jäävad pehmeks ja lõdvaks, nende elavus, naermine kaob. Kui toidus muudatusi ette ei võeta, võib seisukord veel pahemaks minna.

Võtame näituse, kus lapsed ainult jahutoitu pikemat aega saavad. Esiotsa näevad lapsed veel päris prisked välja, kuid

mõne aja järele muutub asi täiesti. Laste lihaksed tunduvad pinguli, nad on kergesti äritatavad ja lapsed võivad ka kram-pidesse langeda. Pärast läheb kõht lahti ja laps hakkab kõhnaks jääma. Seda seisukorda nimetatakse atroofiaks ja ta on väga kardetav. Ainult õige ettevaatliku ja hää ravitsemise korral ema-piimaga võib veel mõnikord pääsemist loota.

Veel pahemad on tagajärjed kui lapsi konservide, prepareeritud jahude ehk steriliseeritud piimaga kauemat aega toidetakse. Siin tulevad nähtavale tundemärgid, mis suurte inimeste skorbuuti meelde tuletavad ja ka laste skorbuutiks ehk Barlovi haiguseks kutsutakse, nagu verejooksud sääreluude kesta alla, lihaketesse ja igemetesse ehk veel mõned teised sellesarnased nähtused.

Czerny ja Keller, kes ühekülgsel toidu halba mõju laste juures esimestena kirjeldasid, olid tol korral, see on aasta 15 eest, arvamisel, et ainuüksi piimaga toitmise juures vist rasv see ollus on, mis pikapäale lapse organismi pääle kahjulikult mõjub. Nimelt pidada rasvahapete neutraliseerimiseks kõik keha lehelised nõred äratarvitatud saama, kuna happeid siiski veel üle jääb ja organism nende ülirohkuse — acidoosise — all kannatab. Jahu-toidu halba mõju seletasid nad sellega, et keha mitte küllalt ei saa munavalge, rasva ja soola ollusi, mis ju kasvavale organis-mile tingimata tarvilikud on.

Laste skorbuutihagust seletatakse niisama nagu suurtegi juures loomuliku, värske ja muutmata toidu puudusega. Missu-gused ollused siin puuduvad ehk missugused muudatused toidus seda tõbe välja kutsuvad, ei ole tänapäevani veel mitte kindlaks võidud teha.

Juba ennemini, kui lastearstid ühekülgsel toidu kahju ära tundsid, oli füsioloogidel teada, et teatavate olluste puudus toidus isesuguseid haiguse tundemärke võib välja kutsuda. Nii leidis Eijkman juba 1897. a., et kanad, keda keedetud riisiga toideti, mõne kuu pärast kõik ära lõppesid. Toideti neid aga toore riisiga, siis elasid nad väga hästi. Täheandan siin vahele, et mul Eesti-maal mõis teada on, kus 1918. a. kanapoege kohupiima ja keede-tud kartulitega toideti ja nad mõne aja pärast kõik ära surid. Maades, kus rahvas ennast pääasjalikult riisiga elatab, tuleb ise-sugune närvihaigus, beriberi, ette. Riis puhastatakse sõkeldest ja süüakse muidugi keedetult. Aga just riisi sõkeldest peitub tähtis ollus, mille puudumine haigust välja kutsub. Casimir Funk'il läks korda riisi sõkeldest seda ollust kätte saada ja temaga katseid teha, mis korda läksid. Funk nimetas seda ainet vitamiiniks, sellega üteldes, et ta elule tähtis aine on. Pärast hakati kõiki neid haigusi, mis ühekülgsel toidu tagajärel nähta-vale tulevad, avitaminoosideks hüüdma, sellega tähendades, et nendes midagi elule tähtsat ainet puudub. Niisuguste haiguste hulka kuuluvad beriberi laste- ja suurte inimeste skorbuut, jahu-toidu haigus ja võib olla ka mõned teised, mille kohta veel vara-jane on otsust teha.

Kõik need uuema aja edusammud laste toitmisel viisid tundmisele ja teadmisele, kuidas rinnalast toita, et ta paremini kasvaks ja edeneks, niisama andsid nad ka juhtnööre, kuidas lapse rikutud tervist parandada.

Vaatame nüüd, missuguseid tagajärgi siin üks kui teine toitmisviis annab. Selles mõttes jaotame lapsed kolme gruppi ja vaatame, kui suur on iga grupi surevus iseäraldi. Need grupid on:

- 1) rinnaga toidetud lapsed,
- 2) rinnaga ja pudeliga toidetud ja
- 3) ainult pudeliga (lehmapiimaga) toidetud lapsed.

Howarth korjas Saksamaal selle kohta materjali ja näitab selle põhjal, et

5278 rinnaga toidetud lastest suri . . .	368 —	6,98 %
1439 rinna ja lehmapiimaga toidetud lastest suri	142 —	9,87 %
1626 lehmapiimaga	321 —	19,75 %

Neist arvudest näeme selgesti, kui suurt mõju toitmisviis laste surevusele avaldab ja kui tähtis see on, et laps loomulikult (emariinaga) saaks toidetud. Meie näeme, et rinnaga toidetud lapsed õige tublid on haigustele vastu panema, et nende hulgast ainult 6—7% esimesel eluaastal surmale variseb. Lapsed aga, keda mitte üksinda rinnaga ei toideta, vaid kellele vara ka lehmapiima hakatakse andma, on juba halvemas seisukorras.

Kõige õnnetumad on aga need lapsed, keda sündimisest saadik lehmapiimaga toidetakse. Nende surevus on 13 protsendi võrra suurem kui rinnaga toidetud laste surevus.

Need arvud räägivad matemaatilise selgusega emarinna kasuks. Sellest tõsiasiast tuleb laste toitmise juures kõvasti kinni pidada.

Vaatame nüüd ka, missugustesse haigustesse rinnalapsed surevad ja missugused nendest pääosa mängivad. Ülevaatlikkuse pärast on siin kõik haigused 6 gruppi kokku tõmmatud:

Need grupid on järgmised ja neisse suri:

	Tallinn 1911 a.	Riia 1911 a.	München 1906/10 a.
1. Maosoolte haigused . . .	41,6 %	37,3 %	40,1 %
2. Sündimise nõrkus . . .	—	25,6 "	24,6 "
3. Hingamise elund. haig. . .	11,1 "	14,1 "	12,0 "
4. Agedad külgeh. . . .	7,8 "	7,2 "	} 11,5 "
5. Tiisikus ja pääaju h. . .	8,7 "	6,6 "	
6. Kõik teised haigus. . .	27,8 "	9,2 "	11,8 "

Neist arvudest näeme, et meil nagu ka mujal kaugel üle kolmandiku rinnalastest maosoolte haigustesse surevad. Maosoolte haigused aga rinnalaste juures on pääasjalikult tingitud toitmisviisist, see on, kas saab laps emarinda ehk toidetakse teda lehmapiimaga. Selge on aga ka see, et emariinaga toidetud lapsed ka teistele haigustele palju kõvemad on vastu panema kui lehmapiimaga üleskasvatatud lapsed. — Edasi näeme ka, et

õige palju lapsi sündimise nõrkusesse sureb, kas kohe esimesel päeval ehk esimeste nädalate jooksul pääle sündimist. See juhib meie tähelepanu nõrga ja puuduliku emadekaitse korralduse pääle.

Nii näeme siis, et ainult rinnaga toitmine häid tagajärgi annab, kuna kõik teised toitmiskiisid temaga võistelda ei suuda.

Nüüd tekib küsimus: mispärast annab rinnaga toitmine nii häid tagajärgi?

Keemiliselt emapiima kokkuseadet analüüeerides ei saa meie tema loomapiimast üleolekut mitte näidata. Siin tuuakse bioloogilised emapiima omadused esile: rinnapiim on lapsele suguomane, kuna loomapiim suguvõõras on. — Teiseks antakse rinnapiimaga lapsele ka mitmesugused kaitseollused üle, mis teda haigustele vastupanelikumaks teevad. Et mitmesugused ollused piimaga investuimale loomakesele üle antakse, seda tõendavad muude hulgas ka Ehrlichi nõndanimetatud „Ammevahetuse katsed“. (Ehrlich immuniseeris tiineid kodujäneseid ritsiiniga. Pärast poegimist vahetas ta immuniseeritud ema pojad mitte-immuniseeritud emaga ära. Peagi selgus, et immuniseeritud ema piimaga toidetud loomakesed ka ise immuunid olid, kuna teised loomakesed, kes küll ise immuniseeritud emast sündinud, aga immuniseerimata emapiimaga toidetud, oma immuunsuse ritsiini kohta kaotanud olid.) Teame ju, et kõhusoetõbe, difteriiti ja teetanuse haiguse kaitseollused võivad emapiimaga lapsele üle antud saada. Kolmandaks ei tule seda asjaolu mitte madalalt hinnata, et rinnapiim otsekohe, ilma vahendita, nii ütelda elavana ja soojana lapse organismi pääseb.

Üldiselt ollakse arvamisel, et mida enam lapsi ühes perekonnas on, seda suurem ka nende surevus esimesel eluaastal. See väide on ainult osalt õige.

Mitmed arvustikuteadlased, nagu Gaehlert, Geissler, Koeppe, näitavad, et surevuse suurenemine lasterikkas perekonnas alles 6. ehk 7. lapsest pääle algab, sagedamini aga alles 9. ehk 10. lapsest, kuna ennemini seda mitte märgata ei ole. Võtame näituseks Koeppe arvud.

Esimesel eluaastal suri:

I. laps	— 438	lapse hulgast	60 = 13,8%
II. "	— 438	"	35 = 7,9 "
III. "	— 337	"	23 = 6,8 "
IV. "	— 215	"	22 = 10,2 "
V. "	— 143	"	10 = 7,0 "
VI. "	— 92	"	9 = 9,7 "
VII. "	— 57	"	5 = 8,7 "
VIII. "	— 43	"	4 = 9,3 "
IX. "	— 29	"	7 = 24,2 "
X. "	— 16	"	5 = 31,2 "
XI. "	— 8	"	1 = 12,5 "

Tõmbame need arvud kokku kolme gruppi, siis näeme, et V. lapsest pääle ja edasi laste surevus sugugi suurem ei ole kui esimese kahe lapse juures.

Nii suri	876	I. ja	II. lapsest	95 = 10,8 %
"	"	552	III. " IV. "	45 = 8,1 "
"	"	396	V. " X. "	41 = 10,4 "

Harilikult loetakse lasterikkaks perekonnaks niisuguseid, kus 7 ehk enam last on. Neid perekondi ja lapsi on aga nii vähe, et nad kuigi palju üldist laste surevuse protsenti ei tõsta.

Kui meie surnult sündinuid lapsi arvesse võtame, siis näeme, et nende arv esimeste sünnituste juures õige suur on, siis kordkorralt langeb, kuid V. sünnituse juures jälle selle kõrguseni jõuab, mis esimese sünnituse juures oli.

Võtame Hessen'i arvud 1907—1909 a., kus surnult sündinuid järgmiselt ette tuli:

I. sünnituste juures	3,15 %
II. "	2,24 "
III. "	2,64 "
IV. "	2,93 "
V. "	3,16 "
VI. "	3,60 "
VII. "	3,43 "
VIII. "	4,54 "
IX. "	4,95 "
X. "	4,91 "
XI. "	5,25 "
XII. "	6,44 "

Kui meie statistilisi andmeid rinnalaste surevuse kohta käsitate ja mitmete uurijate töid tähele paneme, siis julgeksime järgmist ütelda:

1. Esimene laps on mitmeti rohkem hädaohus kui järgmised lapsed. Esimesed sünnitused ikaldavad tihti, tuleb võrdlemisi palju surnult sündinuid ette. Ka pääle sündimist sureb esimestest lastest enam ära kui järgmistest.

2. Teine laps on kõige õnnelikumas seisukorras. Teise sünnituse juures tuleb vähe surnult sündinuid ette, niisama sureb neid ka kõige vähem pääle sündimist.

3. Õige hädä väljaate elu pääle on ka III. ja IV. lapsel, võrdlemisi hädä ka V. ja VI. lapsel, kuna VII. lapsest pääle nad märksa pahemaks muutuvad. Koeppe ütleb neid arvusid käsitades järgmist: „Laste surevusest nende tubliduse kohta otsust teha on ainult tingimisi võimalik. Esimestest lastest juttu tehes olgu ainult selle pääle tähendatud, et loomade kasvatajad esimesi mitte kasuloomadeks ei jäta. Darwin ei loe esimese sündimise õigust bioloogiliselt mitte kohaseks, ükskõik, kas see ainult kui komme ehk õiguslik instituut olemas on. Ka praktilise elu iga-

päevased kogemused annavad rikkalikult näitusi, et viimased lapsed lasterikastes perekondades kõige suuremad ja ilusamad on. Arvused selle kohta ei ole praegu veel mitte kahjuks võimalik tuua.

Iseäralise koha rinnalaste hulgas omandavad väljaspool abielu sündinud lapsed. Nad äratavad üldist tähelepanu oma suure surevuse tõttu. Nende surevus ei olene mitte üksinda toitmisviisist, vaid ka halbadest oludest ja ümbrusest, kus laps viib, hoolekande puudusest, üldse hoidmise ja ravitsemise korratusest. — Väljaspool abielu sünnib üldiselt 2—15% lastest; peaaegu igal maal on see arv isesugune. Soomes 6, Rootsis 11, Daanis 9, Saksamaal 8 jne. Tallinnas enne ilmasõda 5%.

Nagu tähendatud, on nende laste surevus õige suur. Nii suri Saksamaal 1906. a. abielus sündinud lastest 17,5%, väljaspool abielu sündinutest 29,4%, pea kaks korda nii palju. Mõnes kohas ja mõnel aastal on see vahe veel suurem.

Kahjuks ei ole mitte võimalik pilku heita meie kodumaa olude peäle. Meie meditsiini statistika on täiesti korraldamata. Ainult Tallinnas on sellega algust tehtud ja tema kohta lasen ma siinkohal arvudel rääkida.

Tallinna linna elanikkude seisukord linna statistikabüroo andmete põhjal.

Aastad	Abielusse astumine		Sündinud (Surnult sündinud kaasa arv)		Surnud		Sündinute ülekaal		Surnud lapsed alla 1. a. vanad.		Elusalt sündinud	Iga 100 elusalt sünd. kohta tuleb surnud lapsi alla 1. a. vanad.	Elanikkude arv
	üldiselt	Iga 1000 elaniku kohta	üldse	Iga 1000 elaniku kohta	üldse	Iga 1000 elaniku kohta	üldse	Iga 1000 elaniku kohta	üldse	Iga 100 sündinu kohta			
1913	1274	10.03	3154	24.83	2329	18.33	+ 825	+6.49	398	12.61	3058	13.01	127.174
1914	1201	9.09	3385	25.64	2527	19.14	+ 858	+6.50	535	15.8	3291	16.25	132.876
1915	1175	8.39	3408	24.34	2391	16.43	+1107	+7.90	419	12.29	3320	12.62	140.351
1916	1366	8.92	3564	23.29	2955	19.31	+ 609	+3.98	506	14.19	3468	14.59	153.301
1917	1773	11.22	2834	17.93	2175	13.76	+ 659	+4.17	321	11.32	2788	11.51	158.044
1918	1200	11.65	1846	17.92	2197	21.33	- 351	-3.40	108	5.87	1814	5.95	103.716
1919	1007	9.77	1432	13.90	1892	18.36	- 460	-4.46	159	11.10	1416	11.22	103.000

Harilikult nimetakse rinnalaste surevust suureks, kui nendest 20 ehk enam % sureb, keskmiseks, kui see arv 15 ja 20% vahel kõigub ja väikeseks, kui surevuse protsent alla 15 on.

Selle järele peame Tallinnas rinnalaste surevust väikeseks nimetama, sest ta oli viimase seitsme aasta jooksul (1913—1919. a.) alati alla 15%; ainult 1914. a. tõusis ta 16,25 peäle.

Toome siin ka mõned vanemad arvud Tallinna kohta võrdluseks.

Aastad	Surevuse % I. eluaastal
1882—84	25,1
1885—87	17,8
1892—94	17,3
1902—04	14,9
1905—07	14,0
1908—10	14,3
1913—15	14,0
1916—18	10,7

Ka neist arvudest näeme alalist rinnalaste surevuse vähenemist. Ta on viimase 36 a. jooksul 25,1 päält 10,7 pääle (= $1\frac{1}{2}$ korda) langenud. Niisugune suur surevuse vähenemine on tingitud kahest põhjusest. Esiteks sünnib meil vähe lapsi viimastel aastatel. Esimene laps on tihti ka viimane. Ja teiseks on meil rinnaga toitmine kaunis laialdane, mis ju kõige parem toitmisviis on. — Kuid siiski on ka Tallinna arvud veel küllalt suured. Skandinaavias on nad veel väiksemad, näituseks Rootsis 8,1 ja Norras koguni 6,9. Peab veel tähendama, et Tallinnas, niisama kui mujalgi Eestis, viimasel kahel aastal 1918—1919. surevuse arv sündimise arvust suurem on olnud.

Kõigest sellest võime järeldada, et rinnalaste surevuse pääle saab mõjuda, et on võimalus antud teda vähendada ja edasi veel, et on pääasjalikult kaks tegurit, millest rinnalaste suur surevus oleneb, need on: esiteks kunstlik toitmine ja teiseks hoolekande puudus. Muidugi on ju veel palju teisi põhjusi olemas, nagu halvad korterid, süvine kuumus, vanemate varanduslik seisukord, emade eest hoolitsemise puudus jne., kuid nende mõju on kaudsem kui kahe eelpool nimetatud asjaolu oma.

Nüüd võiks ehk küsida, et kas on tarvis võitlust algada rinnalaste elu eest, kas ei ole nende suur surevus looduse seadus, mille järele nõrgemaid koristatakse, sellega kõvematele enam võimalust andes edeneda?

See väide ei vasta mitte tõele.

Esiteks oleneb rinnalaste suur surevus toitmisviisist. Oleks meil võimalus kõiki lapsi teatud aeg rinnaga toita, siis oleks nende surevus õige madal, nagu seda eespool selgitasime. Nii on siis emarind see maagiline abinõu, mille varal meie lapsi surma suust võime päästa. Kui meie neid emarinalga toidame ja õieti ravitseme, siis ainult tõstame nende kehajõudu, teeme neid tugevamaks ja kõigile elu viletsustele vastupanevamateks. Teiseks ei ole need lapsed, kes esimesel aastal õige nõrgad olid, kuid elama jäid, pärastises elus mitte ikka kidurad, vaid tihtipäele prisked ja elujõulised. Kolmandaks peaks siis sääl, kus palju rinnalapsi sureb, järgmistel aastatel väike laste surevus olema, sest surid ju nõrgemad ära, kuid asi ei ole mitte

nõnda. Laste surevus ka järgnevatel aastatel on sääl niisama suur kui mujalgi. Neljandaks on suur see majanduslik kahju, mis ülemäärane laste surevus vanematele ja sellega ka seltskonnale toob, mis aga otstarbekohase hoolitsemise läbi ära oleks võinud jääda. Ja viimaks on see ju meie kohus inimesuse nimel kaitsta ja hoida jõuetuid, sest väetikesi kaitstes kaitseme ka ennast ja oma tulevikku. Nimetan siin veel, et poliitiliselt ja rahvuslikult sellel võitlusel määratu suur tähtsus on. Sest on ju vana tõde, et kes arvuliselt väike on, see teiste suuremate ja jõulisemate rahvaste mõju alla langeb, kui temale mitte veel pahemat osaks ei saa. Keegi majandusteadlane ütleb, et kui ühel suurel rahval võimalik oleks 50 aastat sündimise vähenemist tagasi hoida, siis sellel rahval esimene koht ilma rahvaste hulgas kindlustatud oleks.

Nii siis, kust seisukohast meie ka asja pääle ei vaata, ikka jõuame otsusele, et võitlust lapse elu pärast tuleb pidada ja seda kindlasti ja plaaniliselt.

Õhtu-Euroopa riigid on seda võitlust juba hääde tagajärgedega ligi 30 aastat pidanud. Nendest tuleb meil eeskuju võtta ja meie olude kohaselt asja korraldada. Tagajärgi võib sellel võitlusel ainult siis olla, kui sellest suurest tööst seltskond, omavalitsus ja riik osa võtavad, see on, kui asi rahva asjaks saab ja terve rahvas teda teadlikult toetab.

Lühidalt kokku võttes oleks võitlusabinõud järgmised (võrdle ka „Eesti Arst“ № 2, lhk. 88).

1. Meil Eestis ei olnud senini ühtegi lastehaigemaja olemas. Nad on aga lastekaitse mõttes tingimata tarvilikud. Selleks tuleksid, pääle Tartu, ka meie suuremates linnades, Tallinnas ja Narvas, lastehaigemajad ühes rinnalaste osakondadega sisse seada. Vähemates linnades tulevad laste osakonnad linna haigemajade juurde asutada.

2. Rinnalastekaitse on ka emadekaitse. Sellepärast tuleb kehvematele emadele võimalikuks teha, et neid linna sünnitus-asutustes maksuta vastu võetaks. Vähemates linnades tulevad linna haigemajade juurde sellekohased osakonnad avada.

3. Tallinnas, Tartus ja Narvas tulevad linnavalitsustel „nõuandekohad emadele“ käima panna ja selle eest hoolitseda, et lapsed hääd, laitmata piima saaksid. Vähemates linnades ja alevites selle järele, kuidas see kusagil võimalik on.

4. Vabrikute juurde, kus naised töötavad, peavad vabriku valitsused sõimed asutama ja ajakohaselt alalise arsti valve all käima panema.

5. Tuleb määrus välja anda, et keegi oma lapsele enne amme ei saa võtta, kui amme laps kuue kuuseks on saanud. Mingil tingimisel ei tohiks amme teenistus tema lapse tervise ja elu pääle kahjulikku mõju avaldada. Amme võtmine on lubatud, kui ühes temaga ka ta laps perekonda võetakse ja amm oma kui ka võõrast last ühel viisil imetada võib.

Niisama tulevad määrustena ehk seadusandlisel teel maksma panna järgmised lastekaitse nõudmised:

1) Iga laps, kes väljaspool abielu sünnib, keda väljaspoole emakodu kasvatada antakse, kes seltskonnalt, kogukonnalt ehk riigilt abi saab, langeb selle tõttu valitsusasutuste valve alla.

2) Iga lapse sündimisest on isa, kui tema selles majas elab, kus laps sündis ehk iga isik, kes emale sünnitamise juures ehk esimesel kuuel tunnil pääle sünnitamist abi andis, kohustatud linna hoolekande osakonnale teatama.

Teatama peab 36 tunni jooksul pärast lapse sündimist kas kirjalikult ehk suusõnal.

Teated sisaldagu: vanemate nime, ametit ja elukohta; kuu-päeva ja kella aega, millal laps sündis, kas poiss- ehk tütarlaps.

Tuleb tegelikult laste eest hoolekandmine ajakõrgusele tõsta ja tema alusmüürid lastekaitse seaduse väljaandmise ja maksmapanemise abil kindlustada.

Kirjandus: Hennig, C., Geschichte der Kinderkrankheiten. In Gerhardt's Handbuch. Bd. I. Tübingen 1877. — Къ исторіи русской педиатріи. Педиатрія № 1—2, 1911 г. — O. Heubner, Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters im Universitätsunterricht. In O. Heubner's Reden und Abhandlungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Leipzig 1912. — Dr. Gustav Tugendreich, Die Mutter- und Jünglingsfürsorge. Stuttgart 1910. — A. d. Czerny und A. Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Bd. I. Leipzig und Wien 1906. II. Teil. Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Leipzig und Wien 1909. — O. Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde. Bd. I. 3. Aufl. Leipzig 1911. — Wilhelm Camerer, Der Stoffwechsel des Kindes. II. Ausg. Tübingen 1896. — Stepp, Einseitige Ernährung und ihre Bedeutung für die Pathologie. Ergebnisse der inner. Med. und Kinderheilk. 15. 1917. — Burchard von Schrenck, Die Säuglingssterblichkeit in Riga in den Jahren 1881—1911. Riga 1913. — A. Lüis, Rinnalaste surevus Tallinnas. Tervis nr. 7, 1913. — Dr. Hans Koepe, Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer. Wien und Leipzig 1913. — A. Keller und Chr. S. Klumker, Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten. I. Band. Berlin 1912.