PROF. A. LÜÜS

LASTEHAIGUSED

I OSA

RK „TEADUSLIK KIRJANDUS“, TARTU 1941

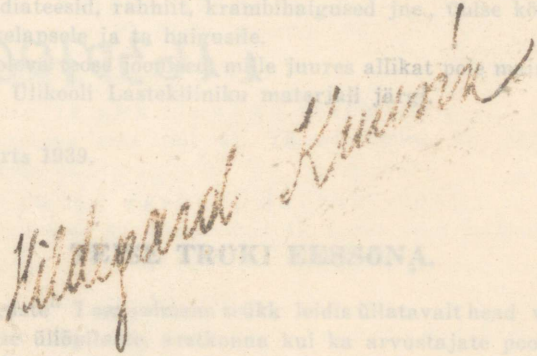
A. LÜÜS

PROF. DR. MED., TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI LASTEKLIINIKU JUHATAJA

LASTEHAIGUSED

I osa

TEINE, PARANDATUD TRÜKK





RK „TEADUSLIK KIRJANDUS“
TARTU 1941

2

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

85425

i 16307069

Peatoimetaja H. Kruus. Vastutav toimetaja A. Laasi. Tehniline toimetaja E. Kollom. Korrektor A. Tigane. Ladumisele antud 20. I 1941. MB 1260. Trükkimisele antud 26. II 1941. Laotihedus trpg. 37 931. Trükipoognaid 14. Autoripoognaid 12,8. Paberi formaat 67 × 95.1/16. Trükiarv 1550. Trükitud nats. K. Mattieseni trükikojas 1941. Tartu, Vallikraavi 4. Tellim. nr. 61. Hind 8 rbl.

А. Люс: „Детские болезни“ I. На эстонском языке. Эгосиздат „Научная Литература“, Тарту.

ESIMESE TRÜKI EESSÕNA.

Käesolev teos on mõeldud eeskätt arstiteaduse üliõpilasile ja praktiseerivaile arstidele. Esimestele peab ta andma enam-vähem täieliku ülevaate kõigest sellest, mis lastehaiguste alal praegusel ajal tähtsamat ja enam kindlakskujunenut olemas on ja mida arstiteaduse üliõpilasilt igal pool nõutakse. Teistele annab ta samuti lühikese ülevaate tänapäeva pediaatria seisukorrast. See ülevaade tohiks neile kasulik olla ka nende igapäevases töös laste ravimise alal.

Olen arvamisel, et see teos ka mittearstidele, lastevanemaile ja kasvatajaile kasulik võib olla, rikastades nende arusaamist ja teadmisi nii haigest kui ka tervest lapsest. Ma palun aga, et nad selle raamatu järgi ei hakkaks ise lapsi ravima, vaid alati arsti nõu küsiksid. Siin on ju ainult ravimise üldjooned toodud, mis on täiesti arusaadavad arstidele, kuna aga praksises alati teatavat haiget last tuleb ravida, kus haige individuaalsed omadused, ta vanus, organismi vastupanuvõime, haiguse iseloom jne. kaalumisele peavad tulema.

Ma olen püüdnud täielikumalt käsitella imiku toitmist ja toitmisrikkeid, sest olen arvamisel, et need küsimused on tähtsaimad kogu lastehaiguste teaduses. Edasi olen enam rõhku pannud väikelapse haigustele, nagu vastsündinute haigused, diateesid, rahhiit, krambihaigused jne., üldse kõigele, mis on iseloomulik väikelapsele ja ta haigusile.

Kõik käesoleva teose joonised, mille juures allikat pole mainitud, on valmistatud Tartu Ülikooli Lastekliiniku materjali järgi.

Tartu, märts 1939.

TEISE TRÜKI EESSÕNA.

„Lastehaiguste" I osa esimene trükk leidis üllatavalt head vastuvõttu nii meie arstiteaduse üliõpilaste, arstkonna kui ka arvustajate poolt.

Teises trükis on sisuliselt ainult väiksemaid parandusi ja muudatusi tehtud; oskussõnu on revideeritud ja täpsustatud. Ka on teosesse paigutatud mõned uued pildid.

Et Nõukogude Liidus erilist rõhku pannakse lastekaitsele, lastehaiguste teaduslikule uurimisele ja selle rahvale kättesaadavaks tegemisele, siis loodan, et uus trükk niisama lahket vastuvõttu leiab kui esimene trükk.

Tartu, jaan. 1941.

Autor.

SISUKORD.

Lk.

Esimese trüki eessõna 5

Teise trüki eessõna 5

Sissejuhatus 11

I. **Laste organismi anatoomilisi ja füsioloogilisi iseärasusi** 14

Üldanatoomia ja -füsioloogia 14
Vastsündinu 14. Imik 14. Ennekooli-iga 15. Kooliiga 15.

Erianatoomia ja -füsioloogia 17
Organismi veetarvitus 17. Luustik 18. Veri 19. Temperatuur 20. Kasvamine 20. Seedimiselundid 22. Hingamiselundid 25. Süda 26. Neerud 26. Suguelundid 27. Kesknärvikava 28. Meeled 28. Vaimne arenemine 29. Uni 30.

Lapse läbivaatamine 31
Anamnees 32. *Status praesens* 32.

Lapse haigusloo kava 37
Anamnees 37. *Status praesens* 37.

II. **Laste toitmine ja toidud** 39

Loomulik ehk rinnaga toitmine 39
Imetava ema toit 41. Täiendtoitmine 41. Äravõõrutamine 42.

Imetamise raskusi ja takistusi 43
Haigused 43. Rinnanibud 44. Lapse vead ja haigused 46.

Amm 46

Kunstlik toitmine 48

Terve ja korralikult toidetud imik 51

Imiku toidud 52
Ternespiim 53. Naisepiim 54. Lehmapiim 54. Lastepiim 55. Piima lahjendamine 56. Kuivikud 56. Vitamiinid 56.

Mõned imikutoidu valmistamise viisid . . 57

Laste toitmine teisel ja kolmandal eluaastal 60
Lapse valgu, rasva, süsivesikute ja kalorite tarvidus 61. Lapse toit 2. eluaastal 62. Lapse toit 3. eluaastal 62.

Lk.

III. **Toitmisrikked** 63

Rinnaga toidetud imiku toitmisrikked . . 63
Alatoitlus 63. Ületoitlus 64. Kõhukinnisus 65. Kõhulahtisus 66.

Kunstlikult toidetud imiku ägedad toitmisrikked 66
Ägedate toitmisrikete põhjused 68. Ägedate toitmisrikete tõrje 69. Üldised põhimõtted ägedate toitmisrikete ravimisel 69. Kergemad ägedaloomulised toitmisrikked 70. Raskemad ägedaloomulised toitmisrikked 72.

Toiteline mürgistus ehk lastekoolera . . . 75

Kunstlikult toidetud imiku pikaldased toitmisrikked 79
Piimatoitekahju 80. Jahutoitekahju 82.

Ägedad toitmisrikked vanematel lastel . . 84

Õunravi 87

Pikaldased toitmisrikked vanematel lastel 87
Herteri tõbi ehk intestinaalne infantilism 90. Ühekülgne toit ja kõhukinnisus 91. Ületoitmine 92. Isutus 93. Oksendamine 95. Perioodiline oksendamine 96.

IV. **Enneaegsed ja alakaalulised lapsed** 98

Mitmikud 103

V. **Vastsündinute haigused** 105

Sünnituskahjustused 105
Asphyxia 105. *Cephalhaematoma* 106. *Caput succedaneum* 106. *Haematoma m. sternocleidomastoidei* 106. Näohalvatus 107. Käehalvatused 107. Luumurrud 107.

Defektid 107
Jänesemokk 107. Hundikurk 108. Atreesiad 108. Epispaadia, hüpospaadia, krüptorhism 109. *Encephalocele sincipitalis et occipitalis* 110. *Spina bifida* 110. *Naevi* 110. Amnioni vigastused 111.

Nabahaigustumised 111
Nahknaba 111. Amnion-naba 111. *Ductus omphalo-mesentericus* 111. *Urachus*'e uuris 111. *Sphacelus* 111. *Granuloma umbilici* 112. *Ulcus umbilici* 112. *Omphalitis* 113. *Gangraena umbilici* 113. *Arteriitis umbilicalis* 113.

Infektsioonid 114
Tetanus neonatorum ehk vastsündinute kangestuskramptõbi 114. *Erysipelas* ehk roos 114. Sepsis ehk veremürgistus 115. *Conjunctivitis gonorrhoica* ehk silmalaugude tripper 116.

Lk.
Mitmesugused haigustumised 117
Rasedusereaktsioonid 117. Transitoorne ehk mööduv palavik 118. *Icterus* ehk kollatõbi 118. *Icterus neonatorum gravis* 119. *Hydrops congenitus universalis* 119. *Anaemia neonatorum* 119. *Melaena neonatorum* ehk vastsündinute veriokse 120. *Erythema toxicum* ehk mürgine punetis 122. *Sclerema oedematosum* 122. *Sclerema* 122. *Pemphigus neonatorum* ehk vastsündinute villtõbi 122. *Dermatitis exfoliativa* ehk lehestuv nahapõletik 123.

VI. Seedeelundite haigused 124

Suuõõne haigused 124
Suunurgad 124. Keel 124. Aftid 125. Soor 125. *Stomatitis catarrhalis* ehk *simplex* 125. *Stomatitis herpetica* 125. *Stomatitis aphthosa* 125. *Stomatitis ulcerosa* 126. *Stomatitis gangraenosa* ehk *noma* 126. Hambad ja hammaste tulek 127. Süljenäärmehaigused 128. Söögitoruhaigused 128.

Mao- ja sooltehaigused 130
Motiliteedi- ja sekretsioonirikked 130. *Ulcus ventriculi* ja *duodeni* 130. *Pylorospasmus* 131. Oksendamine imikueas 134. Hirschsprungi tõbi ehk *megacolon congenitum* 135. Invaginatsioon ehk sissetuppumine 137. *Prolapsus ani et recti* 138. Soolekasvajad 138. Hemorroidid 139. *Fissura ani* ehk pärakulõhe 139. *Proctitis* ja *periproctitis* 139. Ägedad düsenteeriataolised sooltehaigused (*colitis infectiosa seu enteritis follicularis*) 140. Soolte tuberkuloos 142. *Colitis ulcerosa* ja *colica mucosa* 143. *Appendicitis* ehk ussjätkepõletik 144. Kõhuvalud 146.

Ussid 147
Oxyuris vermicularis ehk naaskelsaba 147. *Ascaris lumbricoides* 148. *Dibothriocephalus latus* 149.

Maksahaigused 151
Icterus catarrhalis 151. *Icterus infectiosus* ehk nakkav kollatõbi 152. *Cirrhosis hepatis* 152. Sekundaarsed ja muud maksahaigused 152.

Kõhukelme haigustumised 153
Peritonitis purulenta 153. *Peritonitis pneumococcica* 154. *Peritonitis gonorrhoica* 155. *Peritonitis tuberculosa* 156. *Abscessus subphrenicus* 157.

Songad 157
Hernia umbilicalis ehk nabasong 157. *Hernia epigastrica* ehk *supraumbilicalis* 159. *Hernia inguinalis* ehk kubemesong 159. *Hernia diaphragmatica* ehk vahelihasesong 159. *Relaxatio diaphragmatica* 160.

Lk.

VII. Avitaminoosid 161

Rahhiit ehk inglise tõbi 162
Rachitis tarda 168. *Spasmus nutans et rotatorius* 172.

Krambihaigused 172
Chvosteki fatsiaalisefenomen 173. Trousseau fenomen 174. Erbi fenomen 174. Krambid ehk eklampsia 175. Kõrikramp ehk larüngospasm 175. Tetaania 176.

Laste skorbuut ehk Barlow' tõbi 178

Kseroftalmia ja keratomalaatsia 179

VIII. Diateesid 181

Diathesis exsudativa 181
Gneis 182. Piimaraig 182. Haudumised 182. *Strophulus, lichen urticatus* ehk sõlmlööve 182. *Prurigo* 183. Lümfaatiline diatees ehk lümfatism 184. Allergiline diatees 185. Neuropaatiline diatees 185.

Artritism 189

IX. Sisesekretsiooninäärmete haigused 190

Kilpnäärme haigused 190
Struuma 190. *Morbus Basedowi* 191. Müksödeem ehk müksidiootia 192. Kretinism 194. Türeoidiit ehk kilpnäärmepõletik 194.

Hüpofüüsihaigused 195
Dystrophia adiposogenitalis 196. *Diabetes insipidus* 196.

Neerupealiste haigused 197

Epifüüsihaigused 198

Lisakilpnäärmete haigused 198

Suhkurtõbi 198

X. Kasvamise ja võrsumise patoloogiast 204
Kasvamisvalud 204. Mongolism ehk mongoloidne idiootia 204. *Chondrodystrophia* 206. *Osteogenesis imperfecta* 206. *Osteopsathyrosis idiopathica* 207. *Lipodystrophia progressiva* 207. *Habitus asthenicus* 207.

Kirjandus 209

Tähestikuline sisuregister 215

Sissejuhatus.

Üldkultuuri ja arstiteaduse arenemisega hakati ka lapsi ja nende haigusi rohkem tähele panema. Üksikud suured vanaaja loodusteadlased ja arstid, kellede kohta andmed meie ajani on ulatunud, on ka laste hädasid kirjeldanud ja nende avitamiseks head nõu andnud.

Juba arstiteaduse isa Hippokrates (460—377 e. Kr.) on oma töödes lapsi ja nende haigusi kirjeldanud.

Esimeseks ja ainukeseks tööks lastehaiguste alal e. m. a. loetakse Apomea Demetriuse tööd „De morbis puerorum" (u. a. 260 e. m. a.).

Meie ajaarvamise alguses on kreeka, rooma ja araabia arstid oma töödes tihti lastehaigusi käsitelnud ja mitmed nende tähelepanekuist väärivad veel tänapäeval meie imetlust ja lugupidamist.

Nii oli juba S o r a n o s Efesosest (II sajandil m. a. j.) tähele pannud, et rinnaga toidetud lapsed on palju tugevamad haigustele vastu panema kui kunstlikult toidetud.

Uue aja koidikul hakkasid ilmuma mõned suuremad teosed lastehaiguste kohta. Padovas ilmus 1472. a. Paulus Bagellardi teos „Libellus de aegritudinibus infantium ac remediis". Ka mujal Lääne-Euroopas ilmus mõni teos lastehaiguste alalt. Kaks inglise arsti, Franciscus Glissonius ja Thomas Sydenham, äratavad XVII s. keskpaiku tähelepanu. Esimene kirjeldas 1650. a. põhjalikult rahhiiti oma teoses: „De rachitide sive morbo puerili qui vulgo the rickets dicitur tractatus". Teine, Sydenham (1624—1689), Londoni arst, töötas nakkushaiguste alal, kirjeldas neid üksikasjaliselt oma kogemuste põhjal ja õpetas sarlakite, rõugete, leetrite jne. vahel vahet tegema. Teda loetakse praktilise meditsiini reformaatoriks. Juba ta eluajal ilmusid ta „opera omnia".

Rootsi õpetlane ja lastearst Nils Rosén von Rosenstein ilmutas 1764. a. 650-leheküljelise teose lastehaiguste kohta. See teos äratas

suurt tähelepanu ja tõlgiti paljudesse Euroopa keeltesse. Tema saksakeelne 6. trükk ilmus Göttingenis 1798. a. pealkirjaga: „Anweisung zur Kenntniss und Kur der Kinderkrankheiten".

Milaanos asutati 787. a. esimene kasvatusmaja mahajäetud vaeslastele. Tehti ka korraldus, et neid lapsi ammede rinnal toidetaks, et neid 8. eluaastani kasvatataks ja et nad pärisorjusest vabastataks.

Milaano kasvatusmaja sai eeskujuks paljudele säärastele asutistele, mida pealinnades ja suuremais keskusis hakati asutama. Tähtsamaks nendest kujunes Pariisis 1636. a. asutatud kasvatusmaja, praeguse nimega Hospice des enfants assistés, kus palju teaduslikku tööd on tehtud ja sellega lastehaiguste tundmaõppimist edendatud.

Venemaal asutas Katariina II Moskvas 1763. ja Peterburis 1770. a. suured kasvatusmajad (à 1000 lapsele), milledel on laste hooldamise mõttes suur osa etendada olnud.

Esimene lastehaigla, Hôpital des enfants malades, asutati Pariisis 1802. a. 300 voodiga. Asutamise motiiviks oli „faire des hommes utiles à la patrie". See haigla töötab ka praegu. Osa temast on Pariisi ülikooli lastehaiguste kliinikuks. Siin on palju väärtuslikku teaduslikku tööd tehtud ja ta ise sai eeskujuks ning äratajaks teiste lastehaiglate asutamisel.

Teine lastehaigla asutati Peterburis 1834. a. 60 voodiga, nn. Nikolai lastehospidal.

Kolmas lastehaigla, Püha Anna lastehospidal, asutati Viinis 1837. a. 12 voodiga ja neljas Budapestis 1839. a., samuti 12 voodiga, nimega Pesti väikelaste hospidal.

Haiglate asutamine alles andis võimaluse lapsi ja nende haigusi põhjalikult tundma õppida, kogutud teadmisi kirja panna ja nõnda neid kogemusi kõigile arstidele kättesaadavaks teha. Sellega õieti algas teaduslik lastehaiguste uurimine.

Esimene suurem ja põhjalikum teos lastehaiguste kohta, mis põhines isiklikel uurimisil, ilmus prantsuse teadlastelt, kes töötasid Pariisi lastehaiglas. Need olid E. Barthez ja F. Rilliet; nende teos: „Traité clinique et pratique des maladies des enfants", I—III, ilmus 1843.

Lastehaiguste teadus arenes XIX sajandi teisel poolel ja XX sajandi alguses suurel määral. Igal pool hakati lastehaiglaid ja lastekliinikuid asutama. Ilmusid suured ja tähtsad lastehaiguste erikuukirjad, õppe- ja käsiraamatud.

Prantsuse akušöör P. Budin asutas 1892. a. Pariisis oma sünnitusasutise juures esimese nõuandla emadele (Consultations de nourrissons), mis sai eeskujuks tuhandetele sellesarnastele teistes maades ja riikides. Viini lastearst C. Pirquet avastas 1907. a. Pirquet-reaktsiooni, mis on praegu tähtsaks diagnostiliseks abinõuks.

Moodne pediaatria sündis Prantsusmaal ja siirdus sealt Austriasse, kus ta tublisid töömehi ees leidis.

Praegu võistlevad kõik kultuurmaad sellel alal ja igaüks nendest on oma osa sellele tähtsale teadusele andnud.

Eestis on ülikool üle 300 aasta töötanud. Tartu rootsi ülikoolis oli arstiteaduse õpetamine väga nõrk ja pediaatriast ei võinud muidugi juttugi olla.

Tartu saksa ülikoolis, mis 1802. a. oma uksed avas, õpetati lastehaigusi sünnitusabi professori poolt kõrvalainena ainult mõnel semestril.

Tartu vene ülikoolis hakkas sügissemestril 1908 lastehaigusi õpetama eradotsendina V. P. Žukovski. 1911. a. II semestril tehti lastehaiguste kuulamine, 4 tundi nädalas, IV kursuse üliõpilastele sunduslikuks ja eradotsent Žukovski sai ülemääraseks erakorraliseks professoriks.

Tartu eesti ülikooli poolt avati sügisel 1920 A. Lüüsi juhatusel laste ambulants ja 1. aprillil 1922. a. lastekliinik statsionaarseile sisehaigeile 20 voodiga.

1924. a. I poolaastal lahutati nakkushaiguste õpetamine lastehaiguste õppetoolist ja ühendati bakterioloogia õppetooliga.

Tartu Riiklikus Ülikoolis kuuluvad laste nakkushaigused 1941. a. kevadsemestrist alates pediaatria kateedri õppekavasse.

Vanematest eesti arstidest on dr. Fr. Kreutzwald lastehaiguste vastu huvi tundnud. Oma „Kodutohtris", mis 1879. a. ilmus, on ta 15 lehekülge lastehaigustele pühendanud. Ka muidu on temast teada, et ta heal meelel lastehaigustega on tegelnud.

I. Laste organismi anatoomilisi ja füsioloogilisi iseärasusi.

Üldanatoomia ja -füsioloogia.

Lapseiga jagatakse harilikult kolme suurde ossa: väikelapseiga, ennekooli-iga ja kooliiga. Väikelapse-iga algab lapse sünniga ja kestab kuni ta 2½- kuni 3-aastaseks saamiseni. Selle aja jooksul nimetatakse last ka vastsündinuks, imikuks ehk rinnalapseks ja väikelapseks.

Vastsündinu. Vastsündinuks loetakse last sünnist kuni 14 päeva vanuseni. Mõned tahavad seda aega pikendada kuni esimese kuu lõpuni. Selle aja vältel kaovad nähud, mis talle omased olid emaüsas viibides, samuti nähud, mis sünnitusaktiga ühenduses seisavad.

Sündides on laps peaaegu üleni, eriti õlad, selg ja jäsemete paindekohad, kaetud valge, kleepuva ollusega, *vernix caseosa*'ga. See kaob varsti peale lapse mõnekordset pesemist.

Lapse esimeste päevade roe, mida *meconium*'iks ehk lapsepigiks nimetatakse, asendub 3.—4. päeval hariliku roojaga. Ta nabaväädi ots langeb ära 5.—8. päeval ja naba paraneb peagi; sünnikaal, mis 2.—5. päeval langeb 200—400 g võrra, jõuab oma esialgsele kõrgusele 2—3 nädala pärast, harva hiljemini.

Ligi $^2/_3$ vastsündinuist muutub esimestel päevadel peale sündi enam või vähem kollaseks — *icterus neonatorum* —, mis nähtust füsioloogiliseks tuleb pidada ja mis 7—10 päeva jooksul iseenesest kaob. Nimetada tuleb veel seda, et vastsündinute rinnanäärmed nii poeg- kui tütarlastel kergelt paisuvad ja nendest võib mõni tilk valget piimjat vedelikku, nn. nõiapiima erituda.

Imik. Imikuks, sülelapseks ehk rinnalapseks nimetatakse last esimese eluaasta lõpuni, edasi juba väikelapseks.

Et laps esimeses lapseeas on abitu, võimetu ja täiesti olenev oma ümbrusest, siis vajab ta sel ajal nii vanemate, arstide kui ka teiste poolt kõige suuremat hoolt ja tähelepanu.

Ennekooli-iga algab $2^1/_2$—3 a. vanuselt ja kestab lapse kooliminekuni, s. o. 6—8 aasta vanuseni. Kesk- ja Lääne-Euroopas hakkavad lapsed koolis käima 6 a. vanuselt, Eestis aga 7- või 8-aastaselt.

Selles eas on lapsed väga elavad, tahavad kõike teada ja tundma õppida ja et neil ettevaatus puudub, siis juhtub nendega mitmeid õnnetusi, nagu põletusi, kukkumisi, söövitavate ainetega kahjustamisi, uppumisi jne., mis tarviliku hoole juures kõik välditavad peaksid olema.

Kooliiga algab lapse kooliskäimisega ja lõpeb algkooli lõpetamisega, s. o. 14.—16. eluaastaga. Sel ajal valdab last kogu ta olemuses kool oma nõuetega ja ka koolihaigustega, milledest nakkushaigused, lühinägevus ja selgroo kõverdused on eriti tähtsad. Selle aja lõpul hakkab lapsest noor inimene kujunema. Algab p u b e r t e e d i- ehk sugulise valmimise aeg, mis kestab tüdrukutel umbes 12.—16. eluaastani ja poistel 14.—18. eluaastani.

Mida noorem laps, seda enam erineb ta suurematest lastest ja täiskasvanuist ja seda raskem on temast aru saada ja teda mõista. Seepärast ei ole õige last vaadelda kui vähendatud täiskasvanut. Lapse anatoomia ja füsioloogia, samuti ka patoloogia, käivad oma rada, mis on omane ainult lapsele teataval ajajärgul ja teatavates tingimustes. Neid mitmesuguseid lapse eluavaldusi, nii terveil kui haigeil päevil, tuleb püüda tundma õppida. Seejuures tuleb esmajoones tähelepanu pöörata lapse üldseisukorrale, s. o. kõikide elundite harmoonilisele koostööle ja alles siis võib hakata üksikute organite eluavaldusi uurima.

Kui kõik organid täielikus kokkukõlas töötavad, mida euergiaks nimetatakse, siis on laps terve ja ta elujõud hea. Kui seda kokkukõla üksikute organite ja nende funktsioonide vahel ei ole, siis kõneldakse düsergiast. Iga lastearsti suurimaks ülesandeks on euergiat jalule seada.

Terve laps on ärkvel olles rõõmus ja heas meeleolus. Ta ei tunne palju kurbust ega muret ja oleks nagu igavesele rõõmule sündinud.

Lapse heast tervisest annavad tunnistust mitmed asjaolud. Nii ütleb juba lapse väline vaatlus õige palju: ta näoilme, naha värvus, nahaalune rasvkude, musklite toonus ja turgor, luustiku seisund jne. on tervise või haiguse tunnistajaiks.

Enneaegne, vastsündinu ja osalt ka noor imik on mitmeti enam ohustatud kui teised, pisut vanemad ja rohkem arenenud lapsed. Mõned nende funktsioonidest on alles puudulikult välja arenenud või ka hoopis arenemata.

Nii ei suuda vastsündinu nakkust lokaliseerida, vaid see laieneb ja generaliseerub, sest üksikud organid ja nende süsteemid ei ole võimelised iseseisvalt reageerima ja nakkust peatama. Sellest tulebki, et neil lastel mitmed haigused üldiseks muutuvad, nagu näiteks püodermiad, nohu, enteriidid, bronhiidid jne., ja mis neile sageli saatuslikukski saavad. Tähtis ja huvitav on tõsiasi, et vastsündinu limaskestad mitmesuguseid aineid võrdlemisi kergesti läbi lasevad, eriti maosoolte traktis. Nii pääsevad sooleseinte läbi bakterid vereja lümfiringesse, mis omadust prof. Calmette kasutas vastsündinute immuniseerimiseks tuberkuloosi vastu.

Raskemate haiguste puhul muutuvad sooled ka vanemail imikuil permeaabliteks, nagu seda võib täheldada toitelise mürgistuse (*cholera infantum* ehk *intoxicatio*) korral.

Samane lugu on neerudega. Vastsündinu neerud lasevad valku läbi ja neil leidub ikka albuminuuriat. Seesama kordub ka intoksikatsiooni puhul ja mõnel muul juhul.

Imikud esimesel 3—6 kuul on nõrgad immuunolluseid tekitama. Nad on neid osalt intrauteriinselt kaasa saanud, osalt saavad neid veel emapiimaga. Sellega on seletatav, et lapsed on esimestel kuudel immuunsed mõnede nakkushaiguste, näit. leetrite vastu, mitte aga läkaköha, tuulerõugete ja düsenteeria suhtes.

Edasi väärib tähelepanu, et lapsed esimesel poolaastal kergesti ödeemidele kalduvad, eriti tursuvad üles käe- ja jalaseljad. Nii võib vastsündinuil rohke veetarvitamine turseid välja kutsuda, imikul aga ühekülgne, eriti ühekülgne süsivesikuterikas toit.

Teatavatel mõjustustel ja kordadel on neil ka veresooned permeaablid.

Väikelapse iseärasuste hulka kuulub ka kalduvus kõhulahtisusele. Paljudel imikutel on rinnaga toitmisel kõht lahtisevõitu, paljud kunstlikult toidetud lapsed kannatavad alatihti selle all ja viimaks reageerivad mitmed lapsed paljudele haigustele muude sümptoomide kõrval ka diarröaga, mis nähtu parenteraalseks kõhulahtisuseks nimetatakse. Väikelapse haiguste hulgas on kõhulahtisus üks sagedamini esinevaid tõbesid.

Kõik need noorte laste puudulikult arenenud ja arenemas olevad funktsioonid nõuavad suurt hoolt ja ettevaatust nende kasvata-

misel, eriti aga head toitmist, mis on nende ellujäämise peamiseks eelduseks. Hea toitmine ei ole midagi muud kui lapse loomulik toit — oma ema piim.

Lapse mitmesuguseile arenemisastmeile vastavad ka mitmesugused, neile arenemisperioodidele omased haigused. Nii räägitakse vastsündinute, imikute ja koolilaste haigustest. Üldse on mitmed haigused ainult lastele omased, nagu ägedad ja pikaldased seedimisrikked, rahhiit, krambid, mitmed nahahaigused, diateesid jne.

Teised haigused esinevad küll ka täiskasvanuil, kuid prevaleerivad lastel. Siia kuulub enamik meie harilikest nakkushaigusist, nagu leetrid, sarlakid, punetised, tuulerõuged, difteeria, läkaköha, laste loid halvatus (*poliomyelitis anterior acuta*) jne.

Mitmed haigused esinevad nii lastel kui ka täiskasvanuil, kuid lastel on nende kulg mitmeti teissugune, näit. tüüfused, *pneumonia crouposa*, tuberkuloos, *lues congenita* jne.

Muidugi on ka selliseid haigusi, mida lastel üldse ei esine või ainult õige harva esinevad, nagu arterioskleroos, mitmesugused hea- ja pahaloomused kasvajad jne.

Erianatoomia ja -füsioloogia.

Organismi veetarvitus. Lapse organism on väga veerikas ja seda suuremal määral, mida noorem ta on.

Nii sisaldab:

6 nädala vanune loode	97,5%	vett
4 kuu vanune loode	91,8%	„
Vastsündinu umbes	70,0%	„
Täiskasvanu	59,0%	„

Kogu lapseiga karakteriseerib suur kasvamistendents. Selleks aga tarvitab noor olend palju vett. Vastavalt sellele on ka ta toidud esimesil eluaastail õige veerikkad, alates emapiima, lehmapiima, tummide ning kõrtidega ja muutudes alles esimese eluaasta lõpul ja teise alguses pisut paksemaks ja veevaesemaks.

Kui suur on lapse veetarvitus, seda näitavad järgmised arvud:

	Vee-tarvitus g	Kaal kg	Vett g pro 1 kg
14-päevane laps . .	500	3	167
6-kuune laps	1000	7	143
Täiskasvanu	2000	61,4	32

Sellest veehulgast jääb kudedesse kasvuveeks ainult 1—4%, kuna $^2/_3$ neerude kaudu, ülejääk aga naha, kopsude ja soolte kaudu väljub.

Mittetarviliku veehulga saamine võib last mitmeti kahjustada.

Luustik. Vastsündinu ja noore imiku luud on eriti elastsed ja painduvad, mis on sellega seletatav, et nendes on palju orgaanilisi, kuid vähem anorgaanilisi aineid. Pealegi kaotab laps esimestel kuudel osa oma luude mineraalollustest, peamiselt Ca ja P näol, millist protsessi füsioloogiliseks osteoporoosiks kutsutakse. See ajutine nähtus tasandub peagi, hiljemalt aga teise poolaasta alguseks.

Lapse võrdlemisi suur pea kasvab kaunis kiiresti. Sellele järgneb rindkere, kuna jäsemed alles hiljemini suuremat kasvamistendentsi ilmutavad. Järgmised arvud näitavad pea kasvu võrreldes rinnaga:

	Pea ümbermõõt cm	Rinna ümbermõõt cm
Sündides	34,6	33,8
1. kuu lõpul	35,4	34,2
6. „ „	42,7	41,0
12. „ „	45,6	46,0
2. aasta lõpul	48,0	47,3
3. „ „	48,5	48,0
4. „ „	50,0	49,0
6. „ „	50,9	54,8
9. „ „	51,7	60,2
12. „ „	52,3	65,0

Lapse pea kuuest fontanellist ehk lõgemest on praktilise tähtsusega ainult suur ehk otsalõge. Väike ehk kuklalõge on vastsündinul küll veel tunda, kuid kasvab kokku esimestel nädalatel. Küljelõgemed, kummalgi pool kaks, on juba vastsündinul kinni kasvanud.

Suur lõge on sündides umbes kahe sõrmeotsa laiuselt ja ca 2,5 cm pikkuselt kombeldav. Rahhiidi puhul võib ta märgatavalt suureneda. Tervel lapsel väheneb suur lõge aegapidi ja kasvab kinni teise eluaasta teisel poolel.

Viimasel ajal on hakatud röntgenikiirte abil luutuumade ehk luustumispunktide arenemist jälgima. Selleks kasutatakse harilikult käerandme luukestes tuumade varju ilmumist, mis algab *os capitatum*'is 4. kuul ja lõpeb *os pisiforme*'s ca 12. eluaastal.

Erilist huvi ja tähelepanu on alati laste hammaste tulekule pühendatud. Selle süüks on mitmeid haigusi peetud ja *dentitio diffi-*

cilis oli ennemini nagu enesestmõistetav asi. See on ekslik. Hammaste tulek on loomulik füsioloogiline nähtus ega tekita mingit haigust.

Piimahambad hakkavad lapsel keskmiselt 6.—7. kuul ilmuma: esimestena ilmuvad kaks alumist keskmist lõikehammast, siis kaks ülemist keskmist lõikehammast, edasi kaks ülemist välimist lõikehammast ja selle järel kaks alumist välimist lõikehammast. Aastasel lapsel on enamasti kõik lõikehambad suus.

Piimahammaste tulek, mida on 20, lõpeb harilikult $2^1/_2$—3 aastaga. Nende tulemise järjekorda näitab järgmine skeem:

7	5	6	3	2	2	3	6	5	7
7	5	6	4	1	1	4	6	5	7

Jäävhambad hakkavad lapsel 6.—7. aastal ilmuma. Esimestena tulevad kolmandad purihambad (*molares*) nii peal kui all, siis langevad piimahambad umbes samas järjekorras, nagu nad tulid, välja ja neid asendavad jäävhambad. Puberteediaja eel ilmuvad neljandad purihambad ja viiendad alles 17.—20. aasta vahel, sagedasti ka palju hiljemini, mistõttu neid tarkushammasteks kutsutakse.

Veri. Vastsündinu ja imiku veri erineb oma koosseisu poolest lapse ja täiskasvanu omast, seetõttu esitame järgnevalt nende võrdlusandmed Opitzi järgi:

	Vastsündinu	Imik	Laps	Täiskasvanu
Hemoglobiini	100—140%	75—85%	80—90%	100%
Erütrotsüüte	5—8 milj.	ca 5 milj.	samuti	samuti
Leukotsüüte	12 000—20 000	8000—12 000	6000—10 000	6000—8000
Vereliistakuid	100 000—400 000	200 000—300 000	samuti	samuti
Neutrof. leukots.	60—70%	15—40%	alaliselt suureneb	51—67%
Lümfotsüüte	20—30%	54—75%	alaliselt väheneb	21—35%
Vere hulk	14,7%	8,4—10,9%	8,5—10,5%	ca 7,5%
Vere erikaal	1,056—1,066	1,050—1,056	1,052—1,054	1,050—1,062
Kuivollust	22,3%	18—20%	19,38%	19—21%
Seerumivalku	7,3%	ca 6%	7,5—9%	7,5—9%
Fibrinogeeni	0,08%	0,24%	samuti	samuti
Vere settimiskiirus	1—2 mm	9—12 mm	ca 4—9 mm	♂ 1—3 ♀ 4—7 mm
Vere hüübimise aeg	normaalne	samuti	samuti	$5^1/_2$ min. (Bürker)

Temperatuur. Kohe peale sündi on lapse kehatemperatuur pärasooles mõõdetult 37,7—38,2° ja langeb siis $1^1/_2$—2° allapoole, nõrkadel, alakaalulistel ja enneaegsetel isegi 5—10°. Varsti hakkab temperatuur jällegi tõusma ja jääb normaalsetel lastel juba mõne tunni vältel 36—37° vahele püsima. Sellel kõrgusel püsib temperatuur harilikult kogu imikuea kestel, näidates ühtlast joont ehk *monothermia't*, mis on seletatav lapse monotoonse eluviisiga: ühesugune toit, ühesugune soe ase ja tuba.



Joonis 1. Laps kaitseaiakeses.

Vastsündinuid ja nooremaid imikuid peab soojalt hoidma, sest nende soojuse regulatsioon ei ole veel küllaldaselt arenenud. Erilist hoolt soojuse mõttes vajavad aga enneaegsed ja ka haiged lapsed. Ka väikeste laste transportimisel peab soojuse nõudeid silmas pidama, sest see võib neile muidu saatuslikuks saada.

Kasvamine. Lapse kasvamist jälgitakse harilikult ta raskuse ja pikkuse kasvu järgi. Need mõõdud tuleb hommikul enne söötmist võtta, et nad oleksid omavahel võrreldavad, seda enam, et pikkusmõõt suurematel lastel, kes vabalt ümber jooksevad, õhtuks 1—3 cm võrra võib väiksem olla.

Laste sünnikaal ja sünnikasv (pikkus) on eri rahvastel erinev, olenedes arvatavasti nende rassist. Raskemad ja pikemad on põhjamaade rahvaste lapsed, eriti norralaste, rootslaste ja taanlaste omad. Nendega sammu peavad eestlaste lapsed.

Keskmiseks lapse sünnikaaluks loetakse 3250 g, kuid eestlaste lapsed ületavad seda 200—300 g võrra.

Peale sündi langeb lapse kaal harilikult 200—400 g, mis on umbes 5—10% ta esialgsest kaalust. Kaalu langus on seletatav lapse

vähese toidu saamisega ja rohke vedeliku äraandmisega kuse, rooja ja hingamisega.

Rinnaga toitmisel tõuseb lapse kaal ühtlaselt ja pidevalt, kunstlikul toitmisel võib aga mitmesuguseid kõikumisi esineda.

Loomulikkudes oludes muutub lapse sünnikaal 5. kuul kahekordseks ja aasta lõpuks kolmekordseks. Poeglapsed on sündides tütarlastest harilikult kuni 200 g, aasta lõpuks kuni 500 g raskemad.

Järgnev tabel annab ülevaate laste kaalust ja aastasest juurdekasvust:

Eluaasta lõpp	Poeglapsed		Tütarlapsed	
	Kaal kg	Aastane juurdekasv kg	Kaal kg	Aastane juurdekasv kg
Sünnikaal	3,4	—	3,2	—
1	10,2	6,8	9,7	6,5
2	12,7	2,5	12,2	2,5
3	14,7	2,0	14,2	2,0
4	16,5	1,8	15,7	1,5
5	18,0	1,5	17,0	1,3
6	20,5	2,5	19,0	2,0
7	23,0	2,5	21,0	2,0
8	25,0	2,0	23,0	2,0
9	27,5	2,5	25,0	2,0
10	30,0	2,5	27,0	2,0
11	32,5	2,5	29,0	2,0
12	35,0	2,5	32,0	**3,0**
13	37,5	2,5	37,0	5,0
14	41,0	**3,5**	43,0	6,0
15	45,0	4,0	48,0	5,0
16	50,0	5,0	52,0	4,0
17	56,0	6,0	—	—

Lapse pikkus kasvab üldiselt paralleelselt kaalu kasvuga. See on esimesel eluaastal võrdlemisi suur, kuid väheneb järgmistel aastatel, et puberteediajal jälle kiireneda, siis aga tüdrukutel enne ja rohkem kui poistel.

Lapsi, kes oma pikkuse kasvus ilma eriliste väliste põhjusteta teistest suuresti maha jäävad, nimetatakse *hüpoplastilisteks*. Kui nad ellu jäävad, siis on nad täiskasvanutena harilikult infantiilsed.

Kasvamises eristatakse kolme perioodi, millal kasv on eriliselt suur: 1. eluaastal, mis on järg rutulisele intrauteriinsele kasvule,

siis umbes 7. eluaasta ümber, mil nii tüdrukud kui poisid ühteviisi ja ühel ajal pikemaks sirguvad, ja 3. periood, tütarlastel algusega 12.—14. aastal, poistel 14.—16. aastal. Järgmine tabel näitab piltlikult neid kasvu vahekordi:

Eluaasta lõpp	Poisid		Tüdrukud		Eluaasta lõpp	Poisid		Tüdrukud	
	Pikkus cm	Aastane juurdekasv cm	Pikkus cm	Aastane juurdekasv cm		Pikkus cm	Aastane juurdekasv cm	Pikkus cm	Aastane juurdekasv cm
Sünd	50	—	49	—	10	130	5	128	5
1	75	25	74	25	11	135	5	133	5
2	85	10	84	10	12	140	5	139	**6**
3	93	8	92	8	13	145	5	146	7
4	99	6	98	6	14	151	**6**	153	7
5	104	5	103	5	15	157	6	158	5
6	109	5	107	4	16	164	7	160	2
7	115	**6**	113	**6**	17	168	4	161	1
8	120	5	118	5	18	170	2	—	—
9	125	5	123	5					

Laste kehapikkusele avaldab mõju ka vanemate sotsiaalne olukord. Paremates elutingimustes kasvanud isikud on ka kasvult kõrgemad, kuid tihti teistes mõõtudes nõrgemad kui raskemates oludes elavad ja rohkem füüsilist tööd tegevad inimesed.

Kolmanda kasvuperioodi ajal esineb lastel mõningaid kaebusi ja võib täheldada mõnesuguseid haiglasi nähte, nagu kahvatust, väsimust, ortootilist albuminuuriat, funktsionaalseid südamekahinaid, tilksüdant jne.

Seedimiselundid. Sülje eritumine vastsündinul peaaegu puudub, kuid mõnekordse toitmise järel muutub suu neutraalne reaktsioon hapuks ja mõnesuguste katsete varal saab tõestada, et suunõres ptüaliini leidub, mis tärklise dekstriiniks muudab.

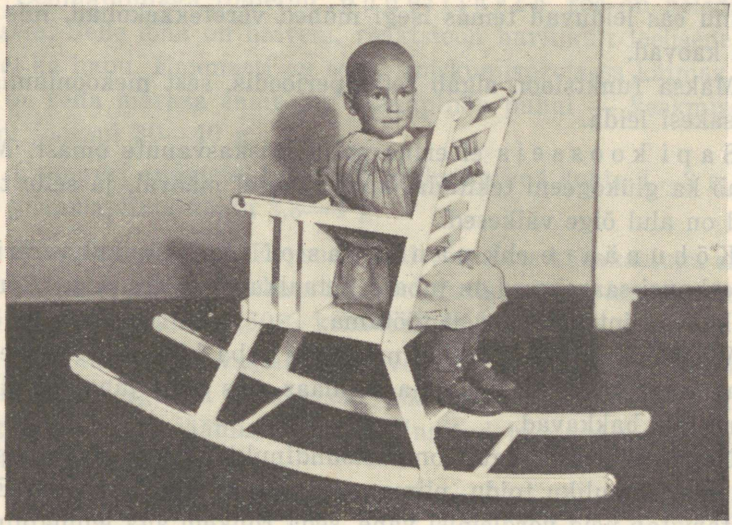
Lapse imemisakt on õige keeruline protseduur. Laps võtab rinnanibu suhu, pigistab huuled rinna ümber kõvasti kokku ja imeb. Lapse suus tekib õhutühi ruum, kuhu piim kergesti voolab. Imemisele järgneb neelamine. Huvitav on, et laps imedes vabalt hingata saab. See on seletatav lapse kõri iseärasustega.

Imiku mao asend on muutuv: tühjalt on ta enam vertikaalses asendis, täidetult rohkem horisontaalses. Mao mahutavust on raske kindlaks teha, sest juba lapse imemise ajal läheb osa toitu maost

sooltesse. Mõne uurija andmete järgi on lapse mao mahutavus: sündides 50 cm^3, 3-kuuselt 100 cm^3, 6-kuuselt 200 cm^3, 12-kuuselt 300 cm^3, 24-kuuselt 350 cm^3.

Maos on kõik seedimiseks tarvilikud fermendid olemas, nagu soolhape, pepsiin, laap ja lipaas.

Maomahla sekretsioon on mitmesugune ja oleneb toidust: rinnapiima puhul on see väiksem, kunstliku toidu korral suurem. Samuti oleneb mao seedimise kestus toidust, selle hulgast ja koostisest.



Joonis 2. Laps toolil kiikumas.

Rinnapiima söömise järel on magu 2—$2^1/_2$, lehmapiima järel 3—4 tunni pärast tühi. Erilist takistavat mõju mao motiliteedile avaldavad valgud ja rasvad.

Lapse s o o l e d on võrreldes täiskasvanu sooltega suhteliselt pikemad; nad on 6—8 korda pikemad kui laps ise, täiskasvanul aga ainult 5—$5^1/_2$ korda. Võrdlemisi pikk on ka *flexura sigmoidea*, mis on ligikaudu poole jämesoole pikkune. Toidu läbiminek sooltest kestab umbes 8—12 tundi, kuid toidust olenedes võib väga vahelduv olla.

Juba intrauteriinse lapse sooltes leidub mitmeid seedefermente ja vastsündinul on nad kõik väiksemal või suuremal määral olemas, nagu laktaas, maltaas, sahharaas (invertiin), erepsiin ja sekretiin.

Kogu seedevedeliku hulka öö-päeva kohta loetakse täiskasvanul 5—7 liitrini, rinnalapsel umbes $^1/_{10}$ ja pudelilapsel ca $^1/_3$ täiskas-

vanu osast. See näitab jällegi, kui suurt jõukulutust nõuab kunstlik toit lapse seedeorganeilt.

J ä m e s o o l ei ole õieti enam seedimisorgan. Temasse kogunevad toidujäänused ja muutuvad paksuks, sest vesi resorbeerub. Samuti erituvad siia mõned mineraalained, nagu raud, fosfor ja kaltsium.

M a k s on imikul õige suur — umbes $^1/_{20}$ kehakaalust (täiskasvanul $^1/_{40}$). Ta alumine serv on 1—2 sõrme laiuse võrra allpool roidekaart. Oma ehituselt on ta väga vere- ja soonterikas. Vastsündinu eas leiduvad temas isegi mõned veretekkekohad, mis aga peagi kaovad.

Maksa funktsioon algab fetaalperioodis, sest mekooniumis on sapiosakesi leida.

S a p i k o o s s e i s ei erine palju täiskasvanute omast. Maks suudab ka glükogeeni tekitada, kuid vähesel määral, ja selle tagavarad on alul õige väikesed.

K õ h u n ä ä r e ehk p a n k r e a s on noorel imikul vererikas. Langerhansi saarekesed on juba 4. fetaalkuust alates selgesti tunda ja hakkavad intrauteriinselt töötama.

Vastsündinul on kõhunäärme nõres juba kõik seedefermendid olemas, nagu trüpsiin, lipaas ja amülaas, mis osalt juba fetaalkuudel erituma hakkavad.

Nagu eelnevast selgub, on vastsündinul kõik fermendid olemas, mis tema loomuliku toidu, piima, seedimiseks tarvilikud on. Emapiim tarvitab neid võrdlemisi vähe, seda rohkem aga lehmapiim ja teised kunstlikud toiduained. Neile seedenõresid valmistavaile elundeile tuleb anda aega areneda ja mitte neid enneaegu ärritada ja tööle sundida.

Lapse esimeste päevade r o e, mekoonium ehk lapsepigi, on mustjaspruun või mustjasrohekas, pehme, kleepuv ja lõhnata mass. See koosneb seedetrakti sekreetidest ja allaneelatud loote- ja fetaalvedeliku osadest, milles leidub epiteelrakke, ihukarvakesi, rasvatilku, mekooniumikehakesi, s. o. sapipigmendiga läbiimbunud terakesi, bilirubiinikristalle, kolesteriini jne. Umbes 3.—4. päeval kaob see ja asemele tuleb i m i k u r o e, mis on kollane, salvisarnane, hapuka lõhna ja hapu reaktsiooniga.

Laps roojab harilikult 1—3 korda päevas ja rooja hulk kõigub õige suuris piires, 15—80 g päevas; keskmiselt on see 15—25 g.

Mõnedel rinnapiimaga toidetud lastel on roe õige vedel, segatud rohelise ja kollasega või üleni roheline, vahel esinevad selles ka

valged tükikesed ja lima. Rooja roheline värvus oleneb biliverdiinist, mis on kollase bilirubiini oksüdatsiooni produkt. See protsess võib nii sooltes kui ka väljaspool neid toimuda.

Millest see kõik oleneb, on raske öelda. Süüdistatakse lapse konstitutsiooni ja väga tundlikku närvikava, ekssudatiivset diateesi ja neuropaatiat.

Selle kõige juures on lapsed rõõmsad ja kosuvad. Kõigil säärastel juhtudel ei tule rinda mitte ära jätta, vaid julgesti edasi anda.

Lehmapiimaga toidetud p u d e l i l a s t e roe on heledam ja paksem. Selle lõhn on halvem, reaktsioon harilikult leelisene, kuid vahel ka hapu. Enamasti on selles roiskumisprotsess käimas. Massilt on seda märksa enam kui rinnapiima puhul — keskmiselt 24 tunni jooksul 30—40 g.

Camereri andmetel tuleb 100 g rinnapiima kohta 1—3 g rooja, 100 g lehmapiima kohta 3,3—4 g.

Hingamiselundid. Kopsude kaal võrreldes kehakaaluga ei erine vastsündinuil palju täiskasvanuist: vastsündinu kopsu kaal on 1,75%, täiskasvanul 1,50% kehakaalust.

Hingamine pole vastsündinul veel mitte täiesti stabiilne funktsioon, eriti nõrgul ja enneaegseil: tihti esineb tsüanoosi või koguni hingamise seismajäämist, mis on tingitud hingamistsentrumi rikkeist või arenematusest.

Lastel on ikka r u t u l i n e h i n g a m i n e ehk tahhüpnoe, mida tuleb füsioloogiliseks pidada. Vastsündinu hingab minutis keskmiselt 35—40 korda, aastane laps 25—35, kaheaastane 24, viieaastane 20, 8- kuni 10-aastane 18—20 ja täiskasvanu 16—18 korda.

Lapse hingamiskahin on nagu täiskasvanulgi vesikulaarne, kuid kõlab pisut teravamini ja kõvemini, ka ekspiirium võib pisut kuuldav olla. Seda lapse hingamiskahina iseärasust nimetatakse p u e r i i l s e k s h i n g a m i s e k s.

Lapse ülemised hingamisteed on võrdlemisi kitsad, eriti ninas (*canales choanales*), mis kergesti ummistuvad igasuguste põletikkude tagajärjel.

Rindkere on lühike ja lai ja roided moodustavad lülisambaga peaaegu täisnurga. Neil ja võib-olla ka teistel põhjustel on lapse hingamine abdominaal-diafragmaline. Alles lapse käimahakkamisega laskuvad rindkere elundid allapoole ja tooraks hakkab harilikku täiskasvanu rindkere kuju ja vormi omandama.

Sellega ühenduses hakkavad ka sugupoolte erilised hingamistüübid välja kujunema: poistel enam abdominaalne, tüdrukuil torakaalne hingamine. Avalduma hakkab see alles laste 10. eluaasta ümber.

Süda. Vastsündinu süda on hästi arenenud ja töötab stabiilselt. Mõlemad südamepooled on ühtlaselt arenenud, sest intrauteriinselt töötasid mõlemad võrdselt.

Südamekaal moodustab 0,8% vastsündinu kaalust, täiskasvanul seevastu 0,5%.

Lapse süda töötab rutuliselt: see on füsioloogiline *tachycardia*. Pulss lööb vastsündinul rahulikus olekus või magades 120—140 korda minutis, aastasel 110—120, 5- kuni 6-aastasel 100, 9- kuni 10-aastasel ca 90, 13- kuni 14-aastasel 86 ja täiskasvanuil 60—70 korda.

Vererõhk leitakse lastel õige madal olevat, mis on seletatav sellega, et soonestik on igal pool hästi arenenud ja läbimõõdult võrdlemisi lai, eriti aga kapillaarid.

Seepärast suudavad ka lapsed ja noored igasuguseid mänge ja hüppeid hõlpsamini sooritada kui täiskasvanud.

Vastsündinu vererõhk on 70—80 mm, aastasel lapsel 80—90, väikelapsel 100—110 ja täiskasvanul 120 mm Hg.

Ka vere ringvoolu kestus on märksa lühem kui täiskasvanuil seetõttu, et tee on lühem. Nii kestab ta vastsündinul 12 sekundit, 3-aastasel 15, 14-aastasel 18,6 ja täiskasvanul 22 sek.

Neerud on vastsündinul võrdlemisi suured: nende kaal on $^1/_{133}$ kehakaalust (täiskasvanul $^1/_{200}$).

Põis mahutab ca 50 cm^3. Vastsündinul tuleb esimestel päevadel vähe uriini, vastavalt vähesele toiduhulgale ja võrdlemisi suurele vedelikukaotusele kopsude ja rooja kaudu. Seepärast on vastsündinu uriin kontsentreeritud ja sisaldab palju kusihapet, millest on tingitud nõndanimetatud k u s i h a p p e i n f a r k t, s. o. kusihappe sadestumine suuremates neeru kusetorukestes, kust see ühes kusega väljub ja mähkmeisse pruunpunakaid plekke jätab.

Edasi leidub vastsündinu kuses valku, sest tal on füsioloogiline albuminuuria, harva laktosuuria: esimene näitab neerude, teine soolte läbilaskvust. Mõlematele oleme kui lapse organismi iseärasustele vastaval kohal tähelepanu juhtinud.

Peagi reguleerub imiku sissevõetud vedeliku ja uriini vahekord: $^2/_3$ vedelikust väljub neerude kaudu.

Uriin on värvuselt õige hele, peaaegu veesarnane, erikaal 1002—1004, reaktsioon hapu. Urineerimine toimub õige sageli, mõnede

arvates 25—30 korda 24 tunni jooksul. See pollakisuuria on imiku suhtes füsioloogiline, sest temal on ka polüuuria, mis tingitud vedelast toidust.

Mõnede andmete järgi eritab vastsündinu rinnatoidu puhul 1. päeval ainult 8,4 cm^3 uriini, 8. päeval juba 208 cm^3, pudelitoidu puhul vastavalt 35,8 ja 406 cm^3. Lapsel eritub keskmiselt uriini 6 kuust kuni 1 aastani 604 cm^3, 1—2 a. 759, 5—6 a. 1074, 9—10 a. 1524 ja 12—13 a. 1911 cm^3 päevas. Oma põie üle valitsema hakkab laps alles teise aasta alguses.

Suguelundid. Tütarlapse välised suguelundid on sünni ajaks veel vähe arenenud: *labia minora* ja *majora* ei kata *vulva*'t ja seetõttu on avaus väliselt nähtav. Varsti tungivad sinna väljastpoolt ümbruse bakterid.

Esimestel päevadel eritub *vulva*'st isesugust limajat vedelikku, mille hulgas ka verd võib olla. See protsess näib ühenduses olevat lapse üldise kestumisega, kuid vahest ka nende hormoonidega, mida laps vere kaudu emalt on saanud ja mida ta edasi rinnapiimaga saab. Need hormoonid panevad nii poeg- kui tütarlaste rinnanäärmed paisuma, kust siis mõni tilk piimjat vedelikku võib väljuda, mida sakslased nimetavad Hexenmilch.

Et tütarlaste suguorganitesse hõlpsasti mitmesugused bakterid ühes mustusega võivad tungida, siis on tarvis erilist hoolt ja ettevaatust nende puhastamisel.

Sisemised suguelundid on samuti veel arenemata, kuid ovaariumis olevat siiski juba Graafi folliikulid tunda. Primordiaalfolliikulite arv tõusvat 36 000-ni ja neid ei tekkivat postfetaalselt enam juurde.

Poeglaste välised suguelundid on sünniajaks võrdlemisi hästi arenenud. Peenise eesnahk on sugutipea külge kinni kleepunud ja jätab uriini jaoks ainult õige peenikese augukese vabaks, millest siiski urineerimiseks piisab. See on füsioloogiline nähtus ja kaob iseenesest varemini või hiljemini, kuid üldiselt on 10. eluaasta ümber kadunud, harva hiljemini. Selle loomuliku nähtuse kaotamiseks ei tule midagi ette võtta.

Testiikulid on vastsündinuil harilikult mõlemad juba skrootumis. Need on õige väikesed, kasvavad esimesel kümnel eluaastal õige vähe, peale seda veidi rohkem, kuid nende päris kasvamine algab sugulise küpsusega, s. o. 14.—18. eluaastal. Vastsündinu testiikul kaalub 0,2 g, aastasel 0,72, 11-aastasel 1,2, 15-aastasel 6,79 ja täiskasvanul 21 g.

Kesknärvikava. Peaaju on vastsündinul kõige suurem organ. Tema keskmine kaal on 290—415 g. Tütarlastel kaalub ta keskmiselt 20 g vähem. Tema vahekord kehakaaluga on vastsündinul 1:8, täiskasvanul 1:40.

Peaaju kaal muutub kahekordseks 8.—9. kuul ja kolmekordseks 3. eluaastal.

Vene teadlase V o l p i n i järgi kasvab lapse peaaju grammides järgmiselt:

Eluiga	Poeglapsed	Tütarlapsed
Vastsündinu	389	354,5
6 kuud	668	649
9 „	830	—
12 „	925	868
3 aastat	1170	1165
6 „	1156	1140
10 „	1362	1325,5
14 „	1450	1300
16 „	1480	1450

Anatoomide andmetel omandab peaaju oma hariliku kaalu ja täiuse alles 20. eluaasta ümber. Keskmiseks peaaju kaaluks loetakse mehel 1375, naisel 1245 g.

Peaaju mikroskoopiline ehitus näitab vastsündinul suurt arenematust, kuna seljaaju on enam arenenud.

S t a a t i l i s e d f u n k t s i o o n i d arenevad lapsel juba esimesel eluaastal. Pead hakkab ta juba teisel kuul tõstma, kuid seda kindlalt hoidma kolmandal kuul. Vabalt, tugedeta istuda suudab ta 5.—6. kuust alates ja selle aja ümber hakkab ta ennast ka püsti ajama, kuna vaba seismine 8.—9. kuul õnnestub.

Esimesi iseseisvaid samme teevad lapsed umbes aastasena ja hakkavad vabalt kõndima keskmiselt 12—18 kuu vanuselt. Prof. Marfani andmetel on kõige noorem tütarlaps 8-kuuselt ja poeglaps 9-kuuselt kõndima hakanud.

Refleksside kohta võib niipalju öelda, et kõõlusrefleksid, nagu patellaar- ja Achilleuse refleks juba vastsündinul olemas on, samuti ka kornea- ja kurgurefleks, kuna teised refleksid, eriti need, mis peaajust olenevad, alles pärastpoole välja arenevad.

Meeled. Vastsündinul on kõik meeled suuremal või väiksemal määral arenenud, kuid esimesel kolmel kuul — rumal veerand — kasutab ta neid alateadlikult.

Vastsündinu s i l m a d on alul enamasti kinni, kuid pupillid reageerivad valgusele. Ta ei oska silmadega asju fikseerida, vaid nad liiguvad korratult edasi ja tagasi. Alles peale kolmandat kuud hakkab ta neid asju vaatama, mis silmade ees seisavad, kuid varsti neid ka jälgima, pöörates pead asjade poole.

Samal ajal hakkab ta ka asju tundma, eriti ema, isa ja teiste nägusid.

M a i t s m i n e on vastsündinul kaunis hästi arenenud. Ta reageerib selgesti soolasele, mõrule ja hapule, näidates oma pahameelt ja ajades mittemeeldiva aine suust välja. Magus aine seevastu rahustab teda ja ta hakkab imemisliigutusi tegema.

P u u t u m i s t u n n e on vastsündinul omajagu arenenud, eriti suu ümbruses huultel ja nina all — nende kohtade puudutamisel reageerib laps päris tugevasti. Teistes kohtades on see võime vähem arenenud.

V a l u t u n n e on vastsündinul kaunis hästi arenenud. Ta reageerib valule kas kogu kehaga või ka selle organiga, kus valu tekib.

S o o j u s t u n n e on vastsündinul päris hästi arenenud. Soe vann on talle meeltmööda, külm seevastu äratab protesti kas nutu näol või mõnel teisel viisil.

Lapse k u u l m i n e on esimesel kolmel kuul enamiku autorite arvates õige puudulik, kuid on siiski olemas ja laps reageerib sellekohastele katsetele.

Alles peale „rumalat veerandit" hakkab ka lapse kuulmisvõime diferentseeruma. Laps hakkab mitmesugustele kõladele ja häältele isemoodi reageerima, neid kuulatama. Mõnedel lastel võidavat juba 9-kuuselt teatavat muusikaannet täheldada.

Uurijad tõendavad, et kui laps enne 8. eluaastat oma kuulmise kaotab, siis kaotavat ta ka rääkimisvõime. Edasi on huvitav see tõik, et kui laps pärast 8.—10. eluaastat enam emakeelt ei kuule, siis unustab ta selle täiesti.

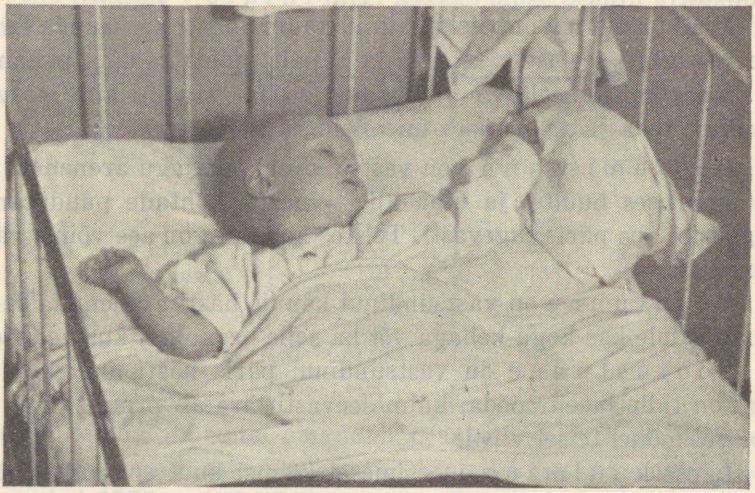
H a i s t m i s m e e l on vastsündinul olemas, kuid samuti veel kaunis nõrgalt. Ka see võime areneb alles pärastpoole välja.

Üldse võib öelda, et lapse meeled sünniajaks veel vähe arenenud on, peale maitsmismeele, mis kaunis hästi on arenenud. Kuid meelte arenemine *post partum* edeneb seda paremini ja kiiremini, mida loomulikumates oludes lapsed kasvada võivad, s. o. kas nad emarinda ja emahoolt saavad või mitte.

Vaimne arenemine. Kes palju vastsündinuid on näinud, tõen-

davad, et juba nende näoilmes võivat vaimse elu tunnuseid märgata. Kuid seda näeb ainult asjatundja.

Ema ootab lapselt esimest naeratust, mis u. 4—6 nädala pärast avaldub, kuid teadlik naermine ilmub alles 3. kuul. Samal ajal hakkab laps asju silmadega fikseerima ja neid kätega haarama, mis aga enne 4—5 kuud ei taha õnnestuda.



Joonis 3. Terve imik magades.

Kõnelemise õppimine algab juba 2.—3. kuul mitmesuguste häälte tegemisega, milledest pärastpoole häälikud, silbid ja sõnad välja kujunevad. Kuid üksikuid sõnu hakkab laps alles esimese aasta lõpul ja teise aasta alguses ütlema, kusjuures tütarlapsed poeglastest harilikult ees on.

Uni. Laps magab oma elu esimestel kuudel väga palju — peaaegu alati. Imikueas ärkab ta sööma ja uinub uuesti. Edaspidi väheneb une tarvidus mõne tunni võrra.

Kooliealiste laste unetarviduse kohta on rootsi professor Axel Key sellekohaseid uurimisi toimetanud ja ka teistelt andmeid kogunud. Nende uurimiste alusel arvab ta, et Rootsi koolilaste unetarvidus on järgmine:

7-,	8- ja	9-aastastel	11 tundi,
	10- ja	11- „	10—11 tundi,
	12- ja	13- „	10 tundi,
		14- „	9½ tundi,
	15- ja	16- „	9 tundi,
	17- ja	18- „	8½ tundi.

Edasi ütleb prof. Key nende arvude kohta: „Ma julgen arvata, et nad tegelikule tarvidusele lähedal seisavad!“

On kaht tüüpi lapsi ja täiskasvanuid: ühtedel on hea, sügav uni õhtupoolsel ööl, teistel hommikupoolsel. Samuti on kaks unesügavust: üks varsti peale uinumist, teine hommikutundidel. Viimane täiskasvanuil enamasti kaob.

Lapse läbivaatamine.

Terve kui ka haige lapse läbivaatamine on raske ülesanne, raskem, kui see esialgsel ja pealiskaudsel vaatlusel näib olevat.

Lapselt ei saa arusaadavatel põhjustel peaaegu mingeid andmeid, või olgu siis suurlapselt, lapseea lõpuaastail. Nii ollakse sunnitud leppima lapse ema, isa, vanaema või lapsehoidja seletusega, mis on tihti puudulikud, liialdatud ja ka liiga laialivalguvad. On tihti otstarbekohane neile kindlaid küsimusi esitada ja nende peale vastuseid paluda.

Palju oleneb lapse läbivaatamisel ka muidugi arsti isikust ja sellest, kui palju ta lapse ja vanemate usaldust suudab võita. Selle eelduseks on huvi ja armastus väikeste laste vastu ja püüe neid mõista. Peale mainitud omaduste on selleks tarvis veel palju kannatust, rahulikkust ja enesevalitsemist.

Tegelikus elus on parem, kui lapse haiguse kohta andmeid kogutakse ja siis nende põhjal katsutakse haiguspilti konstrueerida. Seejuures on soovitav mõnda haiguse iseloomulikku sümptoomi kätte saada ja selle najal katsuda analüüsida seda haigust, kuid ka kõiki teisi, kus sarnane sümptoom võib esineda. Kui näiteks leitakse, et lapsel on Chvostek'i sümptoom positiivne, siis tuleb küsida, kas on siin tegemist spasmofiiliaga, ja siis tuleb arutada kõik need tunnused poolt ja vastu läbi, mis selle tõvega ühenduses on.

Laps tuleb alati enne kliiniliselt, s. o. harilikkude läbikatsumise abinõudega läbi vaadata ja alles siis, kui need täielikku selgust ei anna või neid andmeid kontrollida tahetakse, tuleb laboratooriumide ja röntgenikabineti poole pöörduda, kuid mitte kunagi ümberpöördult.

Anamnestilisi andmeid on õigem emalt või lapsehoidjalt mitte lapse juuresolekul pärida, eriti suuremate laste kohta; samuti tuleb

kõik seletused anda ja korraldused teha nõnda, et lapsed seda ei kuuleks.

Anamnees algab küsimustega selle haiguse kohta, mispärast arst kutsuti. Tuleb küsida esiti lapse nime ja vanust, siis, millal ta haigustus, millised nähud või kaebused olid lapsel: palavik, peavalu, okse, kõhulahtisus, köha, nohu, krambid jne. Edasi küsitakse, milliseid haigusi laps on ennemini põdenud, nagu nakkushaigused, angiinid, kopsuhaigused, seedimisrikked jne. Selle järel tuleb siirduda lapse algpäevadele: kuidas oli sünnitus (raske, kerge, tangidega), kas hakkas laps peale sündi kohe karjuma, jne. Siis toitmine: kui kaua emarind, täiendtoitmine, kunstlik toitmine, millega ja kuidas.

Millal esimesed hambad tulid, millal laps käima ja rääkima hakkas. Kas laps oli väikesena haudunud või oli tal lööbeid kehal ja kas on tal rahhiiti või krampe olnud.

Puudulikkude ja närvihaigete laste puhul tuleb pärida ka vanemate ja vanavanemate tervise järele, eriti luuese ja vaimuhaiguste suhtes, tuberkuloosi puhul muidugi kõikide kohta, kes lapsega kokku puutusid ja selles mõttes kahtlased võisid olla.

Status praesens. Seda alustatakse lapse üldise vaatluse ehk inspektsiooniga. Juba lapse nägu ja näoilme ütleb õige palju. *Lues congenita* puhul leidub suu ümber ja näol mõnesuguseid muutusi, skrofuloosihaigeil *facies scrophulosa*, neeruhaigeil silmalaugude ja näo ödeemi, läkaköha ajal tursunud nägu, kopsuhaigeil liikuvaid ninasõõrmeid ja meningiitide puhul avaldavad lapse nägu ja silmad hirmu ja ahastust, kõnelemata vaimselt arenematute ilmetust näost.

Lapse meeleolu ja käitumine annavad palju ta mõistmiseks. Elav ja rõõmus laps ei või raskesti haige olla; halb tuju, meeleolu langus, depressioon on halva ennustajaks. Eriti tuleb sel puhul last silmas pidada ja tbc meningiidi puhkemist karta.

Nagu silmade abil võib palju täheldada, nii võib ka kõrvade abi lapse läbivaatamisel kasutada.

Iga kord lapse järelekatsumisel on tarvis kuulda ka ta häält, ta hääle kõlavust. Selle järgi otsustatakse ülemiste hingamisteede haigustumise või nende puutumatuse üle. Nina-, kurgu- ja kõrihaiguste puhul muutub ka hääl ja omab isesugust kõla. Edasi võib köha kõla järgi haiguste lokalisatsiooni ära tunda (*croup, pseudocroup, pertussis*).

Kui asutakse lapse kaetud keha vaatlemisele, siis lastagu väikelaps, eriti imik, täiesti riidest lahti võtta, et oleks ülevaade kogu ta

kehaehitusest ja toitumusest. Muidugi tuleb ta ka ruttu kinni katta, et mitte last külmetada, mis muidu etteheiteks põhjust võib anda.

Vaatlusel on kindlam mõnd haigust, nagu lööbeid akuutsete nakkushaiguste puhul ja mõningaid nahahaigusi, diagnoosida mitte kunstliku valguse, vaid päevavalguse juures.

Tuleb tähele panna, kuidas haige voodis asetseb. Liigeste asend on karakteristlik *meningitis tbc* puhul, samuti ka mõnedel rahhiitilistel lastel, kes on aeglased, loiud ja lasevad end kõigiti pöörata, ilma et eriliselt selle vastu kisa tõstaksid. Edasi on tarvis järele vaadata, kas nahk on igalt poolt puhas ja normaalne, kas ei leidu kuski kestendamist, plekikesi või sõlmekesi, vistrikke, ekseemi; eriti tuleb peopesad ja jalatallad järele vaadata, et *lues congenita*'t avastada.

Vaatlusele järgneb palpatsioon. Seda alustatakse imikul ikka peast, pannes mõlema käe sõrmed ümber pea ja katsudes parema kui ka vasema käe esimese sõrme otsaga litsuda vastu kuklaluud, eriti õmbluste ümbruses, otsides nõndaviisi pehmeid kohti (*craniotabes*). Nad on vilunul hõlpsasti leitavad ja vedrutavad sõrme all.

Edasi kombitakse näärmeid mõlemal pool kaelas, kuklas, lõua all, tarviduse korral ka kaenla all ja kubemetes.

Ühenduses komplemisega katsutagu ka lihaste toonuse ja turgori kohta selgusele jõuda, mis on teatavasti mitmete haiguste, nagu krooniliste seedimisrikete, rahhiidi jne. korral nõrgenenud. Ka nahaalune rasvkude selgub komplemisel. Seda on parem kõhu peal mõlemal pool naba sõrmede vahele võttes katsuda.

Temperatuuri mõõtmine ja kurgu vaatamine jäägu läbivaatuse lõpuks, et lapsi asjata mitte ärritada, sest suurem hulk lapsi ei salli neid võtteid.

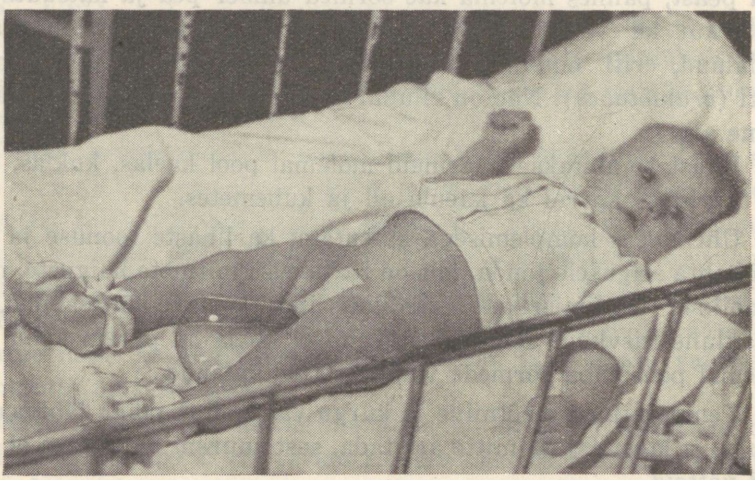
Lastel sünnist kuni kolmanda eluaastani mõõdetakse temperatuuri pärasooles, teistel kaenla all või kubemes. Rektumi temperatuur võib kuni 0,5° kõrgem olla. Üldse on lapsel kehatemperatuuri regulatsioon veel võrdlemisi labiilne ja oleneb mitmeist asjaoludest, nagu välistemperatuurist, karjumisest, elavaist liigutusist, ärritusist, krampidest jne. Võnkumised 1—1,5—2° on võimalikud, ilma et laps haige oleks.

Kopsude kuulatlemine ja koputlemine ei erine palju täiskasvanute omast, ainult vahest niipalju, et lapsel sõrmega sõrme peale koputletakse ja seda õige ettevaatlikult ja tasa tehakse, sest lapse rinnakorv on õrn ja vedrutab kergesti.

Ekssudaatide selgitamiseks ei ole tihti koputlemisest ja kuulatlemisest küllalt, vaid iga väiksemagi kahtluse puhul tuleb proovipunktsioon ette võtta.

Esimeses ja teises lapseeas ei saa lastelt röga, sest lapsed neelavad sülje ja röga alla, välja arvatud läkaköha ja bronhide laienemise juhud, kus vahel seda küllaldaselt väljub.

Sel korral võib röga saada, kui võetakse Koeberlé pintseti otsa puuvillatopp, litsutakse lapse keel spaatliga alla ja lükatakse pintsett puuvillatopiga neelu tagumise seinani, mille järel laps köhima hakkab ja röga puuvilla külge jääb. Teisel teel saab röga uurimiseks, kui hommikul tühja kõhuga lapse magu sondeeritakse. Kui tühjalt midagi välja ei tule, siis võib 50 cm^3 keedetud vett sisse anda või kallata.



Joonis 4. Kuse kogumine imikul.

Lapse südame piiride määramine ja häälte (toonide) kuulatlemine toimub samuti kui täiskasvanuil. Koputletakse tasa ja sõrmega sõrme peale.

Südame otsalöök on imikul neljandas roietevahelises ruumis, 1—2 cm väljaspool mammillaarjoont. See nihkub ikka rohkem allaja paremale poole ja jõuab 2.—3. eluaasta vältel viiendasse roietevahelisse ruumi ja võtab oma hariliku seisangu seespool mammillaarjoont juba enne puberteediaega.

Relatiivne südametumestus on imikul vasakult 1—2 cm väljaspool mammillaarjoont, paremalt poolt natuke väljaspool paremat

rinnakuserva, ülevalt kuni teise roideni ja altpoolt kuni IV roietevahelise ruumini.

Lapse süda on nooremas eas harva haige. Alles kolmandas lapseeas esineb vahel haigustumisi. Mõnesugused kahinad südame kohal esimestel eluaastatel on harilikult ikka sünnipärased. Mõningad anomaaliad löökide sageduses või rütmis ei oma suurt tähtsust ja kaovad harilikult iseenesest.

Kõhuorganite juures on vaatlusel ja komplemisel suur tähtsus, kuna koputlus vähem annab. Vaatlusel võib näha, kas kõht on suur või normi piirides, kas on songi olemas, samuti võib silmata suurt põrna, maksa, täidetud põit ja vahel ka mao ja soolte peristaltikat pülorospasmi ja Hirschsprungi tõve puhul.

Komplemise abil saab kätte valutundlikud kohad, mida kõhuvalude korral alati püütagu kindlaks teha. Silmas tuleb pidada pimesoole regiooni. Apenditsiidi kindlakstegemine on lastel eriti raske ja suure tähtsusega ülesanne, sest sellest võib lapse elu oleneda.

Mao sondeerimist tuleb lastel kaunis tihti toimetada ja see on võrdlemisi hõlpus. Seejuures peab küll alati lapse suud suuhoidjaga lahti hoidma, kaitsedes lapse hambaid ja igemeid marli mähkimisega suuhoidja ümber.

Põrna ja maksa patoloogilist suurenemist esineb harva, peamiselt küll *lues congenita* puhul.

Neerude palpeerimist tuleb lastel võrdlemisi harva toimetada, või olgu siis, et selles kohas mõni tuumor leitakse, mis neerust oma alguse on saanud.

Igal lapsel tuleb uriin ja roe läbi uurida, uriin vähemalt valgu ja suhkru, roe vähemalt ussimunade suhtes, erilistel juhtudel ja teaduslikuks otstarbeks muidugi hoopis põhjalikumalt.

Uriini saamine tekitab vahel väikeste laste puhul raskusi. Siis kleebitakse nende kuseorganite ette leukoplastiga klaaskolb ja püütakse nõndaviisi kust saada (joon. 4).

Lapsi ei tule kergel käel kateteriseerida. Kuse kinniolemist esineb lastel üliharva ja seegi annab kergesti järele, kui põie ja suguelundite peale panna sooje kompresse või teha lapsele sooja vanni, kuhu siis uriin väljub.

Tsüstoskoopiat toimetatakse ka lastel, kuid tegelikult on selle järele vähe tarvidust.

Närvihaigeid lapsi esineb kaunis tihti. Siin on tegemist hüpo-

ja hüpertooniliste seisunditega, samuti ka krambiliste ja loidude halvatustega.

Mehaanilise ärritatavuse katsumine on kerge, eriti Chvosteki fatsiaalisfenomen, mis ei peaks kunagi tegemata jääma. Ta näitab väikelapsel latentset spasmofiiliat, suurlastel neuropaatilist konstitutsiooni.

Meningiite on lastel mitmeid, sagedamad nendest *meningitis tbc* ja *meningitis cerebrospinalis epidemica*. Peatunnused on nendel kuklakangestus ja Kernig'i sümptoom, imikutel ka pingul suur lõge, mis näitab rõhke suurenemist peaajus.

Iga meningiidi ja selle kahtluse puhul tuleb lumbaalpunktsioon teha, mida on hõlpus toimetada. Väljuv vedelik — selge, hägune või mädane — on otsustava tähendusega.

Oftalmoskoopia, rinoskoopia posterior ja larüngoskoopia peavad küll laste puhul sellekohaste eriteadlaste hooleks jääma või olgu siis, kui mõni lastearst neid oskusi eriti on püüdnud omandada.

Kõrvade peegelvaatlus on kergem teostada. Lihtsamatel juhtudel võib ja saab kõrvu iga lastearst ravida.

Iga läbivaadatava lapse suu ja kurk tuleb järele vaadata. Väike- ja suurlaste puhul on see enamasti kerge, keskmistel aga raske. Öeldagu lapsele, et tahetakse ta hambaid vaadata ja neid lugeda. Seejuures vaadeldakse ka kurku, kuid kiiresti ja erilist paha tekitamata.

Spasmofiilsetel lastel peab kurgu vaatlemisega ettevaatlik olema või selle hoopis ära jätma, sest see võib krampe või larüngospasmi välja kutsuda, mis soovitav pole.

Läkaköha põdevatel lastel kutsub kurgu vaatamine köhahoo välja, mida võib kasutada diagnoosimise otstarbel.

Lapse kurku tohib sõrmega ainult siis palpeerida, kui kahtlus on tõusnud retrofarüngeaalse abstsessi suhtes.

Vere võtmine uurimisteks teeb laste puhul tihti raskusi. Ainult suurlastel võib tõmbsoontest verd kätte saada, väikestel ja keskmistel saab seda õige harva. Nendel võetakse verd sellekohase nõelaga harilikult kannast või suurest varbast, vahel ka sõrmeotsast ja *hypothenar*'ist. Mõnikord õnnestub verd saada käe- või jalaselja veenidest või ka *vena temporalis*'est.

Viimasel ajal tarvitatakse Tartu Riikliku Ülikooli Lastekliinikus vere võtmiseks v e r e k i r v e s t, mis on parem kui sellekohane nõel.

Röntgeniülesvõtted ja läbivalgustused on tarvilikud, kuid nad on ainult kliiniliste uurimiste kontrolliks või kindlustuseks.

Lapse haigusloo kava.

Anamnees.

1. Ees- ja perekonnanimi, iga: sünniaasta ja -kuupäev, elukoht.
2. Vanemad.
   Isa: iga, elukutse või amet; haigused: *tbc, lues,* alkohol, närvi- ja vaimuhaigused. Isa vanemad, vennad ja õed: järele pärida samad haigused kui isal.
   Ema: iga, elukutse või amet. Sünnitused, abordid, viimane rasedus ja lapsevoodi. Ema, ema vanemate, vendade ja õdede haigused nagu isal.
3. Mitmes laps on haige perekonnas, lapse vennad ja õed: terved, haiged, surnud, mis haigusisse.
4. Sündimine: loomulik, enneaegne, raske, tangide abil, asfüksia, lapse sünnikaal.
5. Toitmine: emarind; kui kaua ainult rind, millal täiendtoit ja missugune? Millal äravõõrutamine ja millega? Kas on lapsel esinenud krampe, oksendamist või kõhulahtisust?
6. Võrsumine. Millal hakkas laps pead tõstma, istuma, seisma, käima ja rääkima? Millal tulid esimesed hambad?
7. Korter: mitu tuba, päikese poole, rõsked, mitu inimest elab korteris?
8. Senised haigused: haudumised, lööbed (eksanteemid), rahhiit, nakkushaigused, nohu, köha, angiinid, bronhiidid, enteriidid jne.
9. Praegune haigus: millal haigustus ja kuidas: äkki, pikaldaselt; missugused tunnused tulid esiteks nähtavale ja kuidas haigus arenes?

Status praesens.

1. Keha üldseisund: kaal ja pikkus; kehaehitus: õrn, keskmine, tüse; toitumus: nõrk, keskmine, hea. Kehasoojus, pulss, hingamine.
2. Lapse olek voodis: vaba, passiivne, võib ta istuda, kõndida. Näoilme: rõõmus, tusane, apaatne. Liigutused: elavad, aeglased.
3. Nahk ja limaskestad. Nahk: kahvatu, hall, sinakas, kollakas. Lööbed: kus kohal ja missugused. Armid, ödeemid.
4. Näärmed: kaela ümber, kaenlaalused, kubemeis.
5. Lihased: hästi arenenud, keskmiselt, nõrgalt, katsudes on nad kõvad (toonus), pehmed. Rasvkude.

6. Pea: suur ja väike lõge, õmblused, *craniotabes*. Silmad, kõrvad, nina.
7. Kael: vorm; näärmed: kilpnääre (*thyreoidea*), kõrva-süljenääre (*parotis*); teised näärmed.
8. Suu: huuled, hambad, keel, kurk, kahepoolsed. Neelamine.
9. Seedeelundid. Subjektiivsed kaebused: söögiisu, pööritused, kõrvetised, okse, valud, kõhukinnisus või -lahtisus, tenesmid. Peristaltika. Kõhu vorm ja suurus. Palpatsioon: resistentsused, valud surumisel. Päraku vaatamine. Maks ja põrn: katsumine, nende piirid, kui nad on suurenenud.
10. Hingamiselundid. Subjektiivsed kaebused: valud, pisted. Rinnakorv: vorm, ümbermõõt; rahhiitilised tunnused: roosikrants, kanarind. Selgroog. Roiete alumine nurk: terav, nüri. Hingamine: vaba, sügav, pindmine. Ninasõõrmed. Auskultatsioon: hingamise kahin on vesikulaarne, bronhiaalne; raginad: missugused ja kus. Köha: kuiv, lahtine.
Perkussioon: kopsude piirid ja liikuvus. Tumestused. Röga makro- ja mikroskoopiliselt. Hääl: kõlav, selge, kare, „hääl on ära“ (*afoonia*).
11. Vereringe-elundid. Subjektiivsed kaebused: valud, südamepekslemine. Südame piirid. Toonid: puhtad, kahinad, missugused ja kus. Tipulöök. Pulss ja ta omadused.
12. Kuseelundid. Subjektiivsed kaebused: valud, sagedad urineerimised. Neerude ja põie palpeerimine: valud. Kusi: ööpäevane hulk, läbipaistvus, värvus, erikaal, reaktsioon. Keemiliselt: valk, suhkur, pigmendid jne. Mikroskoopiliselt sademes: verelibled, mikroobid, rakud, lima, soolad jne. Suguelundid.
13. Närvisüsteem ja meeled. Mõistus ja mälu. Refleksid: silma-, kurgu-, põse- (Chvostek), põlve- jne. Valutundmine. Dermografism. Meeled: kuulmine, nägemine, haistmine, maitsmine, kompimine.

Märkus I. Haigusloosse tuleb kirjutada ka kõik erilised uurimised, nagu röga, kuse, rooja ja punktaatide uurimised, röntgen ja WaR, ka Pirquet.

Märkus II. Anamnees ja *status praesens* peab olema tehtud hiljemalt kolm päeva peale haige saamist.

II. Laste toitmine ja toidud.

Loomulik ehk rinnaga toitmine.

Kas lapsele esimesel päeval peale sündi rinda anda või mitte, see oleneb ema ja lapse tervisest. Kui ema peale sünnitamist on end välja puhanud ja laps rinda otsib, siis ei ole ühtki põhjust lapsele emarinda keelata: teda tuleb 12—18 tundi peale sündi rinnale panna. Sellega hakkab emarind oma loomulikke funktsioone täitma, rinda tuleb ennemini piima ja lapse sünnikaal ei tarvitse niipalju langeda.

Esimesel päeval on emarinnas harilikult vähe piima, umbes 5—20 g, kuid juba teisel, kolmandal või neljandal päeval tuleb piim rinda ja lapse toitmine läheb oma loomulikku rada.

Lapsele tuleb juba algusest peale öö-päeva kohta viis korda rinda anda, s. o. päeval iga nelja tunni järel, kuna öösi nii ema kui ka laps puhkama peavad. Öine vaheaeg olgu kahe toidu vaheaja pikkune, 6—8 tundi. Harilikud, elus äraproovitud lapse toiduajad on kell 6 ja kell 10 hommikul, kell 2 ja kell 6 peale lõunat ja kell 10 õhtul.

Paljud lapsed harjuvad selle korraga, on rahulikud ja kosuvad hästi. Teised ei taha sellega leppida. Nendele on seda vähe ja nad tahaksid sagedamini süüa saada. Neile tuleb iga kolme tunni järel rinda anda, s. o. kuus korda 24 tunni jooksul. Lapse toitmisajad on sel puhul: kell 6 ja kell 9 hommikul, kell 12 päeval, kell 3 ja kell 6 peale lõunat ja kell 9 õhtul.

Neist toidu vaheaegadest tuleb üldiselt kinni pidada, sest see on kasulik nii emale kui ka lapsele. Lapsed harjuvad sellega ja ärkavad siis, kui nad näljased on. Ainult nõrgad ja alakaalulised lapsed magavad nii palju, et neid tuleb söögiajaks üles äratada.

Mõned lapsed ei suuda öösi olla ilma söömata 6—8 või enam tundi. Nad nutavad palju ja rikuvad kogu maja öörahu. Nendele tuleb järele anda ja öösi neid üks kord sööta.

Lapsele tuleb tavaliselt korraga ainult üht rinda anda ja teine kord teist rinda. Rind tuleb lapsel lasta hästi tühjaks imeda. Kui

laps seda ei suuda, siis tuleb emal endal rind kätega tühjaks lüpsta või selleks rinnapumpa tarvitada.

Tublid, elujõulised lapsed imevad rinna 10—15 minuti jooksul tühjaks. Teised on aeglasema toimega, neil kulub 20—30 minutit, et söönuks saada. Läbisegi kulub lapsel imemiseks 15—20 minutit. Üle 30 minuti ei tule lapsele kunagi rinda anda.

Mõlemat rinda tuleb lapsele ainult sel korral anda, kui emal võrdlemisi vähe piima on ja ühe rinna piimast ei piisa. Siis tuleb üks rind lapsel lasta täiesti tühjaks imeda ja teisest lisaks niipalju anda kui ta tahab. Järgmine kord tuleb viimane rind, mis täiesti tühjaks ei imetud, esimesena lapsele anda.

Piimahulga määrab laps ise oma isu ja organismi tarviduse järgi.

Mõned emad küsivad arstilt, kas nad võivad lapsele rinda anda, kui neil on olnud pahandusi, kui nad on ärritatud olekus või hirmul. Üldiselt pole teada, mis sel korral ema organismis toimub ja kas piimas muutusi on või mitte, kuid on soovitav emal sel puhul rahuneda ja mõned tunnid lapse toitmisega oodata. Sel ajal tuleb lapsele keedetud vett või lahja teed anda.

Paljudel emadel ilmuvad imetamise ajal uuesti kuupuhastused. Need ei takista imetamist, mis oma harilikku rada peab minema.

Kui ema imetamise aja vältel uuesti rasedaks jääb, siis muidugi tuleb last hakata rinnast võõrutama, kuid mitte päevapealt, vaid aegapidi, 2—4 nädala jooksul.

Harilikud lapsed harilikkudes oludes kasvavad ja arenevad hästi rinnapiimaga. Ja nii tuleb last toita, kuni ta kuus kuud vanaks on saanud. Siis tuleb hakata lapsele lisatoitu andma. Kui laps on üheksakuuseks saanud, siis võib teda rinnast ära võõrutada.

Mõned emad annavad veel aastasele ja ka poolteiseaastasele lapsele rinda. Seda võib teha, kuid erilist tähtsust sellel lapse suhtes enam pole.

Uuemal ajal on viisiks saanud hakata andma imikuile vitamiine. Selle all mõistetakse puuvilja-, marja- ja aedviljamahlade või nende küpse vilja andmist, nagu apelsini- ja sidrunimahla, maasikaid ja vabarnaid, kirsse, ploome, pirne ja õunu, tomatimahla, porgandeid jne. Mõned annavad neid juba õige noorele lapsele. Soovitaksin seda teha siis, kui laps on kahe- või kolmekuuseks saanud ja sellele vaatamata, kas teda rinnaga või kunstlikult toide-

takse. Esialgu tuleb muidugi vähe anda, u. 10—20 g päevas, kuid aegapidi võib annust suurendada. Enne kuut kuud tuleks anda peamiselt apelsini- ja sidrunimahla ja küpsi marju, peale poolt aastat kõiki puu- ja aedvilju, mida värskelt, keetmata süüakse.

Imetava ema toit olgu mitmekesine ja vaheldusrikas. Ta söögu ja joogu kõike seda, mida ta sõi ja jõi enne sünnitamist ja enne rasestumist. Ei ole õige ega tarvilik, kui ema ühekülgselt piima- ja jahutoite sööb, samuti ka see, kui ta liiga suurt tähtsust puu- ja aedviljale omistab. Nii üht kui teist tuleb tarvitada, samuti ka kõiksuguseid hapusid toite ja jooke, kui ta neid armastab.

Ühegi toiduaine suhtes ei ole tõestatud, et see piima kaudu last kahjustaks. Küll teatakse mõnedest ravimeist ja mürkidest, et need seda teevad, nagu broom, jood, arseenik, alkohol, elavhõbe, kiniin, nikotiin, salitsüülhape ja mõned teised.

Ühe sõnaga: imetav ema söögu kõike, mis talle maitseb, magagu ja puhaku hästi ja katsugu palju jalutada. Kui ta nende kolme põhimõtte järgi käib, siis on loota, et temast hea imetaja saab.

Täiendtoitmine. Kui mõnedel põhjustel ollakse sunnitud lapsele enne kuut kuud mingisugust teist toitu andma rinnapiimale lisaks, siis nimetatakse seda täiendtoitmiseks, sest emapiima puudujääki täiendatakse mõne teise toiduga.

Prantslased nimetavad seda toitmisviisi *allaitement mixte*, sakslased *Zwiemilchernährung*.

Neid juhtusid ei ole vähe. Sagedasti noored emad, kes esimest korda on sünnitanud, suudavad last ainult mõned nädalad või kuud toita, siis hakkab piim rinnast vähenema ja lapsed peavad emarinna juures osaliselt nälgima. Seda nähtust võib ka haiglastel ja põduratel emadel täheldada, samuti emadel, kes mitmikuid [1] peavad toitma. Sel puhul tõuseb küsimus, kas oleks võimalik emarinna piimahulka kunstlikult tõsta. Selleks on kasutatud mitmesuguseid ravimeid (Sanatogen, Lactagol, Pituitrin, Placenta sekretin etc.) või ka mehaanilisi võtteid rindade juures (massaaž, faradisatsioon). Nendel kõigil on ainult teatav hingeline mõju emale, kuid parimaks abinõuks on siiski lapse imemine oma ema rinnal.

Küll tuleb emale soovitada, et ta päevas jooks $^1/_2$—1 liiter piima, mis annaks ta organismile tarvilikku vedelikku ja toiteaineid.

---

[1] Eestis sündis näit. 1928. a. elusalt 20 064 last, neist kaksikuid 298 juhul, kolmikuid 7 juhul ehk 1,51 % ja 0,03 %, kokku 1,54 %, seega 67 sünni kohta ühed kaksikud ja 2866 sünni kohta ühed kolmikud.

Piima võib tarvitada kas rõõsana, hapuna või kefiirina ja just nii, nagu see ema maitsele sobib.

Üldiselt on sellekohased uurimised näidanud, et 90% emadest täielikult, s. o. 6—9 kuud suudavad oma lapsi imetada, kui nad seda ainult tahavad. Umbes 10%-l võib väiksemat või suuremat vähepiimasust (hüpogalaktia) täheldada. Ja leidub vaevalt $^1/_2$% emadest, kes sugugi imetada ei saa või ei suuda.

Kui lapsele enne kuut kuud peab emapiima kõrval mõnda teist toitu andma, siis on selleks harilikult lehmapiim ja just selles lahjenduses, mis vastab tema eale ja vastupanuvõimele.

Siin võib kahel viisil toimida: lastakse lapsel mõlemad rinnad hästi tühjaks imeda ja siis antakse veel lisaks kunstlikku toitu, või jälle laps saab 3—4 korda rinda ja 1—2 korda kunstlikku toitu. Kumba viisi tarvitada, oleneb sellest, kuidas emal on seda kergem läbi viia.

Äravõõrutamine. Iga tilk piima või teist toitu, mida laps ei ime rinnast, on kunstlik toitmine ja äravõõrutamise alguseks.

Paljud lapsed ei taha enam hästi rinnast imeda, kui nad on pudelist toitu saanud, eriti siis, kui rindades on vähe piima või kui emal on kõvad rinnad. Sellest ka tuleb, et paljud lapsed liiga vara rinnast võõrduvad. Teised lapsed ei hooli sellest, vaid söövad rinda ikka hea meelega. Kui nad rinnapiimaga hästi kosuvad, siis ei tule neile enne kuut kuud teist toitu anda. Alles seitsmendal kuul tuleb juurde toitma hakata.

Mitmed lastearstid ja uurijad on tähele pannud, et paljud lapsed kuue kuu ümber ja peale seda enam hästi ei kosu ega kasva ainult rinnaga toitmisel. Nad jäävad nõrgemaks, nende nahk muutub kahvatuks ja lihased lodevamaks. Arvatavasti on siin tegemist rauaolluste, vitamiinide ja võib-olla ka mõnede teiste mineraalolluste vähesuse või koguni puudumisega.

Tuleb tähele panna, et last ei tohi mitte äkki, päevapealt ära võõrutada, nagu seda mõnel pool veel tehakse, vaid aeglaselt, nädalate või isegi kuude jooksul, tavaliselt 9.—12. kuu vahel.

Samuti ei ole ratsionaalne last täiesti rinnapiimata jätta, kui ta haige on või kui suvised kuumad ajad liginemas on.

Kui peale kuut kuud lapsele lisatoitu hakatakse andma, siis peab see toit peale lehmapiima ka veel teisi aineid sisaldama, mida laps seni veel pole saanud. Selleks toiduks on harilikult piimaga keedetud mannapuder või mannasupp.

Paljud emad eelistavad lapsele anda esimese toiduna peale rinnapiima puljongit. Selle vastu ei saa midagi öelda, sest puljongiga saab laps mitmesuguseid sooli ja teisi aineid, mis temale tarvilikud on, samuti on puljongi maitse hoopis erinev, millega lapsel ka harjuda tuleb.

Ka jahukörti on selles eas lapsele hea anda, samuti kuivikupudi. Need toidud antakse lapsele harilikult lõunaks.

Kui laps on seitse kuud vana, siis tuleb veel üks rinnaandmise kord ära jätta ja selle asemel kunstlikku toitu anda.

Nüüd võib juba lapse päevast toidusedelit rikastada ja talle mitmesuguseid aed- ja puuvilju anda, nagu spinat, porgandid, lillkapsas, kartulipuder jne., ühe sõnaga, lapsele võib kõike seda anda, mida parajasti värskelt saada on.

Kõiki neid toite, mida laps ennemini ei ole saanud, tuleb temale esiotsa ettevaatlikult ja vähehaaval anda. Kui selgub, et laps neid sööb ja kannatab, siis võib neid talle muidugi rohkem anda.

9.—12. kuu jooksul asendatakse üksteise järel ka ülejäänud kolm rinnakorda lehmapiimaga. Nii saab laps esimese aasta lõpul kaks korda päevas mitmesuguseid suppe või püreesid ja kolm korda lehmapiima.

Esiotsa joob laps piima veel pudelist kumminisa kaudu, kuid umbes $1^1/_2$ aasta vanuselt hakatakse last lusikaga toitma.

Imetamise raskusi ja takistusi.

Haigused. Igal naisel, kes on lapse sünnitanud, tuleb ka piim rindadesse. Ei esine naisi, kes täiesti piimata oleksid (agalaktia). Küll aga esineb neid naisi, kel vähe piima on (hüpogalaktia) ja kes seetõttu võrdlemisi lühikest aega suudavad oma last imetada.

Imetamise aja vältel, mis tavaliselt 9 kuud kestab, võib ema kergemini või raskemini haigustuda. Paljud naised tunnevad imetamise ajal seljas valusid, külgedes pisteid või rinnus tõmbeid, mis nähud iseenesest kaovad ja mingit ravi ei vaja. Ligikaudu pooltel naistel ilmub uuesti kuupuhastus, mis on ka loomulik nähtus. Jääb aga ema uuesti rasedaks, siis tuleb muidugi hakata last aegapidi ära võõrutama.

Kui mõni ema enne sünnitamist haige on või sünnitamise ajal või peale lapse sündi haigustub, siis ei saa ega või ta muidugi oma last imetada ja laps tuleb kas amme abil või kunstliku toiduga üles

kasvatada. Eeskätt tuleb siin arvesse lapsevoodi-palavik, millesse veel praeguselgi ajal palju naisi haigustub.

Harva esineb, et mõni ema kas peale sünnitamist või imetamise ajal vaimu- või närvihaigeks jääb või temal esinevad langetõvehood. Siis tuleb muidugi eriarstil otsustada, kas ema võib oma last imetada või mitte. Sama küsimus tõuseb siis, kui ema mingi hariliku nakkushaiguse saab, nagu soetõbi, kõhutõbi (düsenteeria), sarlakid, leetrid, difteeria, roos, kopsupõletik jne. Siis on mitte üksnes ema tervis ohustatud, vaid ka lapsel, ja seepärast tuleb iga kord tõsiselt kaaluda, kas lapsele rinda anda või mitte. Raskematel juhtudel jääb muidugi rinnaandmine ära, kuna kergematel kordadel see võimalik võiks olla.

Ka südame-, neeru- ja teiste haiguste puhul tuleb iga kord eraldi otsustada, kas emal lubada oma last imetada või mitte.

Kui emal on süüfilis ja ta elujõulise lapse sünnitas, siis on otse ema kohus oma last imetada, sest lueetiline laps vajab rohkem kui keegi teine laps oma emarinda.

Ema tuberkuloos ei tarvitse iga kord imetamise takistuseks olla. Tuberkuloos avaldub nii mitmel viisil, et igal juhul eraldi tuleb otsustada, kas emal lubada last imetada või mitte. Küll aga on kopsu-, kõri- ja miliaartuberkuloos põhjuseks, et emale imetamist ära keelata.

Rinnanibud. Mõnikord võib ka rinnanibu vorm lapse imemisele raskusi või isegi takistusi tekitada. Harilik nisanibu on pikk ja ümmargune, kuid esineb ka sellest kujust kõrvalekaldumisi. Lõhkine, tüükane või lame rinnanibu (*mammilla fissa, verrucosa et plana*) raskendab küll lapsel imemist teataval viisil, kuid ei tee seda võimatuks. Seevastu on naba moodi sissetõmbunud rinnanibu (*m. invertita*) suureks takistuseks imemisel. Ainult tublid, hästi kõvasti imevad lapsed, kes ühes nisanibuga ka osa nibu ümbrusest suhu võtavad, saavad sellisest rinnast söönuks. Õnneks esineb neid juhte harva ja ka nende puhul peab järelejätmatult imetamiskatseid tegema ja nende luhtumisel piima välja lüpsma või pumbaga välja võtma.

Mõnel naisel on kõvad rinnad ja nõrk laps ei jõua kõike piima välja imeda. Laps väsib, nutab ega taha rinda võtta, mis tihti põhjuseks on, et emad rinnaandmise ära jätavad, öeldes, et laps võõrdus ära. See pole õige. Siin tuleb iga kord peale lapse imetamist rind täiesti tühjaks lüpsta ja piim lapsele pudelist anda. Mõnikord

hakkab laps kõvast rinnast paremini imema, kui rinnast enne lapse rinnalepanemist osa piima välja lüpstakse.

Paljud naised kannatavad selle all, et nende nisanibud väga hellaks ja valutundlikuks muutuvad. Harilikult on sel puhul tegemist õige väikeste, vaevalt nähtavate l õ h e k e s t e g a, mis pikuti või ringidena rinnanibu piiravad. Millest nad tekivad ja mispärast nad mõnedele suurt valu tekitavad, kuna teised neid peaaegu tähelegi ei pane, on selgusetu. On arvatud, et lapse kauane imemine ja ainult nisanibust kinnivõtmine nende lõhekeste tekkimist soodustab. Nendest lõhekestest võib isegi verd tulla, mida laps ühes piimaga sisse imeb. See ei tekita lapsele muidugi mingit kahju.

Neid lõhekesi tuleb 3—5% *arg. nitr.* lahusega peitsida või granugeen-, dermatool- või kseroformsalvi peale panna või rind soojendava kompressi all üles siduda. Haige rind tuleb ainult 2—3 korda päevas lüpstes või pumbaga piimast tühjendada selle järgi, kumb viis emale sobivam on.

Mainitud lõhekestest võib lümfiteede kaudu põletik edasi rinnakoesse kanduda, mida tihti umbes kolmandal nädalal peale sünnitamist esineb. Põletik pesitseb rinnanäärme interstitsiaalkoes (*mastitis interstitialis*). Algus on harilikult äge: kõrge palavik, külmavärinad, peavalu, okse, valutundlikkus ja nahapunetus.

Haige jäägu voodisse, kompress või jääkott asetatagu rinna peale, rind tuleb üles siduda. Mõnikord kaob paistetus, kuid tihti tekib abstsess, mida kirurgiliselt tuleb ravida. Tervet rinda tuleb lapsele muidugi edasi anda ja paranemise järel ka haiget uuesti.

Mitte nii ägeda algusega pole rinnanäärme-põletikud, mis juba esimesel või teisel nädalal peale sünnitamist esinevad. Nad on enamasti parenhümatoossed (*mastitis parenchymatosa*), s. o. põletik pesitseb rinnanäärme piimajuhades. Rinna alumine osa tundub valusana, seal on suurem või väiksem tükk (sõlm) sees. Ka palavik võib tõusta, samuti võivad esineda peavalu ja muud üldised haigustumise tunnused. Rind tuleb ikka lapsel lasta tühjaks imeda või tühjaks lüpsta, soojendav kompress peale panna ja rind üles siduda. Ema jääb muidugi voodisse.

Need vormid paranevad hästi, kui neid kohe alul ravima hakatakse.

Rahva hulgas arvatakse sageli, et piirituslahuse või mõne teise ärritava aine abil võib nisanibusid juba enne sünnitamist nii ette valmistada, et nad vastupidavad oleksid ega lõhkeks. See arva-

mus on ekslik ja selle menetlusega võib rinnanibusid tihtipeale veel õrnemaks muuta.

Küllalt on sellest, kui ema oma rinnanibusid üks kord päevas enne sünnitamist vee ja seebiga peseb. Pärast sünnitamist jätkub sellest, kui ema iga kord peale imetamist nisanibud puhta lapi ja keedetud veega hästi ära pühib, siis ära kuivatab ja puhta riidetükiga katab. Ekseemi korral on hea nisanibusid või nende ümbrust mõne nahakreemiga (koldkreem, *ungt. leniens*, granugeenpasta etc.) võida.

Lapse vead ja haigused. Mõnikord võivad imetamise raskused ja takistused ka lapsest oleneda. Lapsel võib esineda näit. jänesemokk (*labium leporinum*), mis võib ühe- või kahepoolne olla. See iseenesest ei takista imemist. On aga sellega ühenduses ka hundikurk (*palatum fissum*), siis on lapsel imemine raske, tihti võimatu ja last tuleb väljalüpstud piimaga toita.

Keele kinnisus ehk kida, samuti ka hambad, mis juba sündides suus on, ei takista imemist.

Kui laps ei taha rinda võtta, siis tuleb kõige enne lapse suud vaadata. Mõnikord leidub seal haavandeid, mis on tekkinud juba sünnitusel või pärastpoole lapse suu pühkimisel. Ka leidub vahel kõval suulael nõndanimetatud B e d n a r i a f t e, mis on tekkinud sõrmega hõõrumisest. Seepärast ei pea kunagi lapse suud pühkima, mis tervel lapsel iseenesest puhtana säilib.

Kui lapsel n i n a k i n n i on ja nina-neeluruumis põletik pesitseb, siis on lapsel raske imeda: ta laseb rinna lahti, võtab uuesti kinni ja katsub imeda. Vastava ravi järel, mis seisab õli (mandliõli, 1—5% eukalüptool) või mõne salvi (3% boorvaseliin) ninna panemises, paraneb ninaruum ja sellega on ka kõik raskused kadunud.

Enneaegsete ja vastsündinud laste toitmisega on vahel ka raskusi. Nad on kas liiga nõrgad ega suuda imeda või nad on sünnitusakti ajal kannatada saanud ja seepärast ei suuda esiotsa veel imeda. Neid tuleb ajutiselt lusika, pipeti või sondi abil toita.

Amm.

Kõik need haigused ja puudused, mis emale lapse imetamisel raskuseks või takistuseks on, on seda samuti ka ammele. Kuid ammelt nõutakse veel enam. Eriti peab ta puhas olema süüfilisest, tripperist ja tuberkuloosist, mida põhjalikult nii kliiniliselt kui ka laboratoorselt tuleb uurida. Ka muidu peab ta puhas ja terve inimene olema.

Ammeks ei sobi liiga noor ega ka vanem inimene, vaid naine paremates aastates. Hea on, kui ta juba mõnda last on imetanud ja üles kasvatanud, sest siis on tal sellekohane vilumus.

Kas ammel küllaldaselt piima jätkub, on raske ennustada. Rahuldavalt arenenud rinnad, mis tunduvad pehmetena ja soojadena, millede pinnal sinised sooned hästi silma torkavad ja millest pigistamisel piim joana väljub, lubavad oletada, et piima peaks piisama. Muidugi peavad ka nisanibud korralikult arenenud olema.

Pole tähtis, kui kaua amm oma last juba imetanud on või kui vana amme piim on. Küll aga on tähtis, et laps oleks amme lapsega ligilähedalt ühejõuline imema.

Selgusele jõuab amme piimaanni kohta, kui ta ühes lapsega mõneks päevaks kuhugi haiglasse paigutada, kus tema piimaand kindlaks tehakse.

Kindlasti tuleb ka amme laps läbi vaadata. On ta hästi arenenud ja kasvanud, siis on eeldusi selleks, et ka see laps kosub ja kasvab, keda ta nüüd imetama hakkab. Pealegi võivad amme lapse haigused aidata avastada ka amme enese haigust, eriti luese puhul.

Kui keegi on sunnitud enesele amme võtma, siis on temal kohustused ka amme ja selle lapse vastu. Ei ole lubatav, et amme laps saatuse hooleks jäetakse, ta kellegi teise isiku kätte kasvatada antakse, kelle kohta mingit kontrolli ei peeta. See on peaaegu niisama hea kui lapse pikaajalisele suremisele määramine. Ühe lapse elu päästmine ei tohi teise lapse suretamiseks kujuneda. Amme laps tuleb perekonda kaasa võtta ja teda vaheldumisi teise lapsega rinnal toita.

Muidugi ei tohi ka imetatav laps haige, eriti süüfilishaige olla, et mitte amme, ta last ja võib-olla ka ta meest infitseerida.

Ühed ja samad nõudmised kehtivad perekonna tervise kohta amme suhtes kui ka amme tervise kohta perekonna suhtes.

Amme toitmine toimub samade põhimõtete järgi nagu emagi toitmine (vt. lk. 41).

Enam kasutamist peaksid leidma ammed, kes elavad oma kodus, kuid käivad 2—3 või isegi 4 korda päevas perekonnas last imetamas, kui see ema haiguse või teistel põhjustel hädasti tarvilik on. See oleks laste tervise seisukohalt vägagi kasulik. Muidugi maksavad ka siin vastastikused tervise nõuded.

Nõukogude Liidus ja välismaal on mitmel pool naisepiima-kogumispunktid asutatud, kust tarbe korral igaüks maksu

eest naisepiima võib saada. Punktid saavad piima neilt emadelt, kelledel seda palju on ja oma lapse söötmise järel üle jääb.

Harilikult keedetakse piim ja saadetakse soovijatele kätte. See on muidugi õige kallis. Vähese nõudmise tõttu ei ole meil see viis välja kujuneda saanud.

Kunstlik toitmine.

Vahel peab last sünnist peale kunstlikult toitma hakkama. Siin jääb tarvitamiseks ainult lehmapiim, kuna kitsepiim oma anemiseerivate omaduste tõttu enne lapse kuuekuuseks saamist kõne alla ei saa tulla.

Tõuseb küsimus: kas võib anda lapsele k e e t m a t a p i i m a? Vastame kohe, et see soovitatav ei ole, sest meie piimad ei ole ega saagi olla nii puhtad, et neid julgesti võiks soovitada lapsele keetmata anda.

Piima tuleb keeta lühiajaliselt, 1—3 minutit. Sellega hävivad käärimist tekitavad, samuti ka tbc ja Bangi bakterid.

Piima steriliseerimine ja pastöriseerimine ei tule laste toidu valmistamisel kõne alla: esimene sellepärast, et ta piima loomulikke omadusi väga suuresti muudab ja sellega lapse organismi kahjustab, teine seetõttu, et seda kodustes oludes on raske teostada.

Harilikult keedetakse piim kastrulis, kallatakse sealt pudelisse ja antakse lapsele. Seejuures segatakse piima igal uuel võtmisel mitu korda päevas, mis hea pole ja piima rikkiminekut soodustab.

Seepärast tuleb soovitada piima keetmist erilises S o x h l e t'i a p a r a a d i s, mis on harilik kastrul, kus sees on traadist pudelitehoidja. Pudelid, arvult viis, täidetakse piimaga või ettekirjutatud piimalahusega, pannakse kummikork peale ja asetatakse aparaadiga pliidile.

Pärast keetmist jahutatakse pudelid ära, hoitakse jahedas kohas ja antakse lapsele igaks toiduks ise pudel, mis on puutumata ja seepärast puhas.

Esimesel päeval peale sündi tuleb samuti toimida kui rinnaga toitmisel: võtab laps 12—18 tunni järel toitu, siis ei tule temale seda keelata.

Lapsele tuleb samuti iga nelja tunni järel süüa anda ja rinnaga toitmise puhul mainitud tunniaegadest kinni pidada. Ainult mõnedel kordadel toidetakse last iga kolme tunni järel.

Piima lahjendatakse kaera-, odra- või riisitummiga ja nimelt $^1/_2$ piima, $^1/_2$ tummi ja $^1/_2$ teelusikatäit harilikku suhkrut ühe pudeli kohta. Pudel võib 100—150 g mahutada.

Esimesel päeval võtab laps õige vähe toitu, ainult mõned grammid, kuid iga päevaga tõuseb toiduhulk ja teise nädala lõpul võib see juba 80—100 g korraga olla, tugevatel lastel isegi rohkem.

Lapse kasvades tuleb ka suhkruhulka tõsta, nimelt üks teelusikatäis pudeli kohta, pärastpoole isegi üks kuhjaga teelusikatäis.

Ka lapse piimahulka tuleb aeg-ajalt tõsta. Nii võib ta 4. või 5. kuul $^2/_3$ piima ja $^1/_3$ tummi või 1—2% jahukörti saada. 6-kuusele lapsele tuleb keedetud täispiima andma hakata ja toitmine läheb nüüd samuti, nagu lapse äravõõrutamise puhul eespool kirjeldatud, ainult selle vahega, et rinnapiima asemel on siin lehmapiim.

Üldiselt võib öelda, et lapsele kunagi üle ühe liitri lehmapiima päevas ei tule anda. Kui lapse toidutarvidus juba suurem on, siis tuleb seda teiste toiduainetega täita, nagu mitmesugused jahutoidud (süsivesikud), puu- ja aedvili jne.

Terved ja hästi arenevad lapsed määravad ise oma toiduhulga: neil lastakse süüa niikaua kui nad seda heameelega teevad. Neid rohkem sööma avatella ei ole soovitav.

Lapse toidutarviduse suhtes peab kindel objektiivne mõõdupuu olema. Budin, kuulus prantsuse akušöör ja imikute nõuandlate asutaja, ütleb, et laps peab emapiima saama $^1/_6$ oma kehakaalust. Näiteks, kui laps kaalub 3600 g, siis peaks ta emapiima saama 600 g. See on nõnda lapse esimesel veerandaastal. Järgmistel veeranditel väheneb see arv järk-järgult ja on $^1/_2$-aastasel lapsel umbes $^1/_7$ kehakaalust.

Lehmapiima tarvitab laps Budini järgi $^1/_{10}$ oma kehakaalust, kusjuures tema kogu toiduhulk on $^1/_6$ kehakaalust. Nii peaks laps, kes 3600 g kaalub, saama 360 g lehmapiima, millele 240 g tummi juurde tuleb lisada, nii et toiduhulk on $^1/_6$ lapse kehakaalust.

Seda Budini formelit täiendas Müncheni lastekliiniku professor Pfaundler. Ta ütleb, et kunstlikult toidetud laps tarvitab $^1/_{10}$ oma keharaskusest lehmapiima, $^1/_{100}$ suhkrut ja seda tuleb tummiga täiendada kuni liitrini, jagada 5 pudelisse, keeta ja lasta lapsel niipalju süüa, kui palju ta heameelega võtab.

Nii Budini kui ka Pfaundleri arvud ei ole täpsed ja iga kord paikapidavad, kuid üldiseks orienteerumiseks on nad siiski vägagi tarvilikud.

Teine arvestamine toimub kalorite alusel. Ka siin võetakse kehakaal aluseks ja arvutatakse kalorid välja 1 kg keharaskuse kohta 24 tunni jooksul. Seejuures peab teadma, et mida noorem laps, seda suurem on ta kalorite tarvidus. Nii on see noorel imikul läbisegi 100—130, 1/2-aastasel lapsel 90, 1-aastasel 80—90 ja täiskasvanul 30—45.

Tegelikus elus ei eksita palju, kui imikute kalorite hulk arvatakse 100-le ja meeles peetakse, et noorem imik võib rohkem, vanem vähem tarvitada.

Kokkuvõttes oleks lapse toitmisplaan järgmine.

Rinnaga toitmine.

1. päeval: mõned korrad rinnale panna ja anda keedetud vett või lahja teed.
2. päevast 6. kuu lõpuni: 3—4 tunni järel emarind, 3. kuust peale lisaks ka mahlu.
7. kuul: 4 korda emarinda, 1 kord mannaputru, puljongit mannaga või jahukörti, sellele lisaks puu- ja aedvilja.
8. kuul: 1 kord manna- või riisiputru või puljongit, 1 kord kuivikuvõi saiapudi, kolm korda rinda, lisaks puu- ja aedvilja.
9.—12. kuuni: nagu 8. kuul, kuid aegapidi ära võõrutada ja emarinna asemel anda lehmapiima.

Kunstlik toitmine.

1. päeval: katsuda anda mõned korrad ja mõned grammid 1/2 piima, 1/2 tummi (2%) + natuke suhkrut. Vahel anda keedetud vett või lahja teed niipalju kui laps võtab.
2.—30. päeval: 5 korda 1/2 piima, 1/2 tummi (2%) + 5% suhkrut.
2.—3. kuuni: 5 „ 1/2 „ 1/2 „ (3%) + 5% „
3.—4. kuuni: 5 „ 1/2 „ 1/2 „ (4%) + 5% „ + mahlu
4.—5. kuuni: 5 „ 1/2 „ 1/2 „ (5%) + 5% „ + „
5.—6. kuuni: 5 „ 2/3 „ 1/3 „ (5%) + 5% „ + „
6.—7. kuuni: 5 „ 2/3 „ 1/3 „ (5%) + 5% „ + „
7.—8. kuuni: 4 korda täispiim, 1 kord puljong mannaga või mannapuder või kört, lisaks puu- ja aedvilja.
8.—9. kuuni: 3 korda täispiim, 2 korda puljong mannaga, riisi- või mannapuder, kört, puu- ja aedvili.

9.—12. kuuni: 3 korda täispiim, 2 korda: puljong, manna- või riisisupp, kört, spinat, kartulipuder, porgandi- või kaalikapüree jne., lisaks puu- ja aedvilja.

Terve ja korralikult toidetud imik.

Üldiselt suudetakse imikuid siis enam või vähem mõista, kui neid palju on nähtud — nii emarinnal kui ka kunstlikult toidetuid, nii terveil kui ka haigeil päevil. Ja seda kindlamini võib nende tervise seisukorra üle otsustada, mida pikemat aega on võidud neid jälgida, nende toitmist ja kasvatamist juhtida.

Üheks paremaks lapse tervise tunnuseks on sügav ja rahulik uni. Kuni kolme kuu vanuseni magab laps peaaegu alati: ta uinub peale imemist kohe magama, magab 3—4 tundi, sööb siis või vahetatakse ta mähkmeid ja ta magab jälle edasi. Isegi harilik rääkimine ja töökõmin ei ärata teda. Mida vanemaks ta saab, seda rohkem on ta ärkvel. Kuid 1. a. lõpul magab ta siiski veel öö-päeva kohta 14—16 tundi. Terve laps on ärgates alati heas meeleolus.

Lapsed, kes vähe magavad, tihti ärkavad, kellel on lühike ja rahutu uni, on halvasti toidetud, närvilised või muidu haiged.

Terve ja korralikult toidetud laps on rõõmus ja heas meeleolus. Ta vahel otse rõkkab naerda. Ta on elav, liigutab alatasa käsi ja jalgu, vahel ka kogu keha, mis liigutused on talle tarviduseks.

Vastandeiks neile elavaile ja rõõmsaile lastele on massiliselt kasvatatavad lapsed: nad on norus, aeglased, kartlikud, pisut nukra ilmega, vaimselt ja kehaliselt teistest endavanuseist arenemises veidi maha jäänud. Sellist seisukorda laste üldises olekus nimetatakse h o s p i d a l i s m i k s, mida praegusel ajal harva, kuid siiski siin-seal imikutekodudes võib kohata.

Terve lapse nahk on puhas. See on hea toitmise tunnuseks. Lapsel ei ole haudumisi (*intertrigo*) ega teisi nahalööbeid, olgugi et puhtus iga kord mitte kõige eeskujulikum ei ole.

Korralikult toidetud imikul on reite sisepoolsel küljel 2—3 ristivolti, mida ainult esimesel eluaastal täheldatakse. Põduratel ja halvasti toidetud lastel neid volte ei ole või need on vähe märgatavad.

Hästi toidetud lapse naha värvus on elavroosa, kuna kõrvalehed on punakalt läbipaistvad. Nõrgalt toidetud ja haiglase lapse naha värvus on kahvatu, hall või isegi sinakas. Limanahad — huuled, suu ja kurk — on tervel lapsel kahvatult punakad, mitte helepunased,

TRU Raamatukogu

nagu arvata võiks. Imiku kõht ei tohi suur olla ja lapse pikali olles rinnakorvist mitte palju kõrgemale tõusta.

Kõhu nahaalune rasvakiht peab hästi arenenud ja volti võttes 2—3 cm paks olema. Niisama peavad lihased nii kõhul, reitel kui ka mujal hästi arenenud olema ja sõrmede vahele võttes kõvad tunduma. Niisugusel korral öeldakse, et lapse muskleis on hea toonus ja turgor, mis mõlemad on korraliku toitmise ja hea tervise tunnusteks. Toonus oleneb keskergukavast, turgor vere- ja lümfivoolust kudedes. Rahvas nimetab selliseid lapsi „kõva lihaga" lasteks.

Tervel ja korralikult toidetud lapsel on ka luukond normaalselt arenenud. Neil ei leia kunagi rahhiidi ehk inglise tõve tunnuseid ei peas ega ka mujal. Samuti kasvavad pealuude õmblused ja lõgemed (*fonticuli*) teatavaks ajaks kinni, s. o. suur lõge u. 1—$1^1/_2$ a. vahel. Hästi toidetud lastel tulevad ka hambad loomulikult ja ilma ühegi hädata: ema leiab neid alles siis, kui nad juba lapsel suus on. Keskmiselt ilmuvad esimesed hambad 6. või 7. kuul.

Tervel ja hästi toidetud lapsel käivad staatilised funktsioonid, s. o. pea tõstmine, istuma, seisma ja käima hakkamine käsikäes kehalise olukorraga. Ka vaimne arenemine peab sammu kehalise võrsumisega.

Imiku toidud.

Imiku otstarbekohasest toitmisest oleneb tihti ta elu. Toit on imikule mitte üksnes elamiseks ja kasvamiseks, vaid õige toit hoiab teda ka haiguste eest ehk, teiste sõnadega, annab talle teatava immuunsuse. Niisuguseks toiduks on imikule emarind.

Emapiim on imiku loomulik ja loodusest määratud toit. Vahenditult imeb laps seda emarinnast ja piim on soe, värske ning puhas.

Emapiim on lapsele suguomane ja sellepärast on kõik ta osad lapsele hästi seeditavad, eriti valkained, milledest suurelt osalt moodustub lapse organism.

Emapiimas on mitmeid kaitseolluseid, mis piimaga lähevad lapse organismi ja teevad teda mitmetele haigustele vastupanelikuks ehk immuunseks.

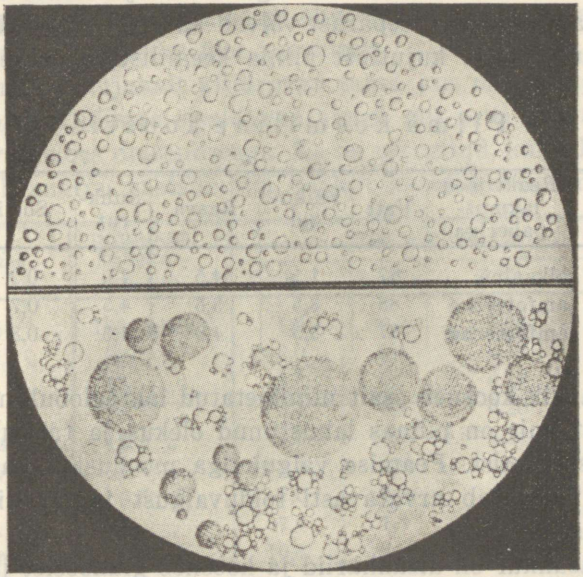
Emarinnal imedes töötavad lapsel lõualuud, suulihased, kurk ja neel, mis hästi mõjub lapse seedeelunditele, neid tegevusele virgutades ja seedenõret välja kutsudes. Pealegi arenevad need organid sel loomulikul toitmisviisil paremini; imedes laps väsib ja magab ka paremini.

Ema intiimne tegelemine lapsega, isa ja suuremate laste alaline

huvi väikese vastu kindlustab temale normaalse ja korrapärase vaimse arenemise.

Emarinnaga toidetud lapsed on samavanustest pudelilastest kehalises ja vaimses arengus kuusid, kui mitte aastaid ees. Paljud haigused ja haiglased nähud, mis kunstlikult toidetud lapsi alaliselt häirivad, jäävad tundmatuiks emarinnaga toidetud lastele.

Ternespiim. Esimene piim, mida laps oma ema rinnast saab, on ternespiim (*kolostrum*). See on kollakas, pisut kleepuv vedelik. Sel-



Joonis 5. Ülal harilik naisepiim, all ternespiim.
Prof. Bessau järgi.

les on kolostrumikehakesed, suured leukotsüüdid, mis enestesse rasvaosakesi võtavad ja neid organismi tagasi viivad. Seepärast on piimas alati kolostrumikehakesi, kui ta rinnast kaduma hakkab. Ternespiim läheb keetmisel kokku, sest temas on palju lahustuvaid valkusid, nagu globuliini ja albumiini, mis juba 72° C t°-l koaguleeruvad.

Selles piimas on rohkem valkusid, rasva ja mineraalolluseid kui harilikus naisepiimas, kuid vähem suhkrut. Sel piimal on ka kerge laksatiivne toime. Oma rohke kalorite arvu poolest, mis 1. päeval ca 1500 on ja 5. päevaks 700-le langeb, on ta esimese toiduna väga väärtuslik, sest selle vähesega, mis laps esimestel päevadel

võtab, saab ta rohkesti toiteaineid. Juba 3. või 4. päeval omandab piim oma hariliku välimuse, kuid mikroskoopiliselt võib piimas veel mitu päeva hiljem kolostrumikehakesi konstateerida (joon. 5).

Naisepiim on valge, kergelt sinakas vedelik. Mikroskoopiliselt koosneb ta peenikestest rasvakuulikestest, mis on enam-vähem ühesuurused. Bakterioloogiliselt on ta täiesti puhas, välja arvatud esimesed tilgad, kuhu nisanibu piima väljatoovatest käikudest mõned üksikud bakterid võivad sattuda.

Piima keemiline koostis on väga kõikuv ja oleneb õige mitmesugustest asjaoludest. Seepärast võivad ka järgnevas tabelis toodud arvud ainult üldist kujutlust piima keemilisest koosseisust anda.

Piima keemiline koostis.

	Reaktsioon lakmus-paberiga	Vett	Valku-sid	Rasva	Suhk-rut	Sooli	Kaloreid 1 liitris
Naisepiim	alkaalne	87	1,5	4,5	7,0	0,2	700
Lehmapiim	amfoteerne	88	3,5	3,5	4,5	0,7	650
Kitsepiim	amfoteerne	87	3,5	4,0	4,5	0,8	800

Piimavalk koosneb osalt niinimetatud laktoglobuliinist ja laktalbumiinist, mis on piimas lahustunud olekus ja tuletuvad verest, s. o. vereseerumist. Peamise valguhulga moodustab kaseiin, mida organism valmistab arvatavasti toiduvalgust ja tarvilikest mineraalolluseist.

Piimasuhkur on disahhariid ja koosneb glükoosist ja galaktoosist. Ta tekib ainult piimanäärmeis ja teda ei esine looduses kuski mujal kui piimas.

Naisepiima rasva ja lehmapiima rasva vahel ei ole suuri vahesid. Tähtis on see, et piimas, mida laps rinnast imemise alguses saab, vähe rasva on, kuna rasvahulk alaliselt tõuseb ja imemise lõpul 5—10% võib moodustada.

Peale keemiliselt analüüsitavate ainete sisaldavad piimad veel ka mitmesuguseid vitamiine, fermente, ensüüme ja teisi bioloogiliselt tähtsaid, kuid raskesti konstateeritavaid aineid.

Lehmapiim on samuti kui rinnapiimgi valge, kergelt sinakas vedelik. Mikroskoopiliselt koosneb ta suurematest ja väiksematest rasvakuulikestest, mis kergesti pinnale tõusevad ja kokku kleepuvad, mida pealt koorena ära võetakse. Ta reaktsioon on amfoteerne ja kalorite arv liitris pisut väiksem kui rinnapiimas, u. 650—680.

Lehmapiimas on enam kaseiini ja ta koaguleerub, maonõrega kokku puutudes, suuremates ja kõvemates tükikestes kui naisepiima kaseiin. Sellest järeldati vanemal ajal, et lehmapiima kaseiin olevat lapsele raskesti seeditav aine. Mitmesuguseid mineraalaineid on loomapiimades palju rohkem kui naisepiimas.

Üldiselt on loomapiimad rikkamad valk- ja mineraalainetest kui naisepiim: esimesed on suguomased kiiresti võrsuvale loomale, viimane—aeglaselt kasvavale lapsele. Peavahe inimese- ja loomapiima vahel on selles, et loodusest on nad määratud kahele, oma kasvu ja arenemise poolest täiesti isemoodi elusolendile, keda ei saa ühtviisi või teineteisega vahetades üles kasvatada.

Seda näitab kujukalt alljärgnev tabel, kus on esitatud mitmesuguste loomade piimas sisalduvad ained, mis eriti kasvamist soodustavad, võrreldes naisepiimaga. Ka on märgitud, kui pika aja vältel kellegi loomatõu vastsündinu kaalult kahekordseks muutub.

Species	Sünnikaal kahekordistub	100 g piimas on			
		Valku	Tuhka	CaO	P_2O_5
Inimene . .	180. päeval	1,6	0,2	0,03	0,05
Hobune . .	60. „	2,0	0,4	0,12	0,13
Veis . . .	47. „	3,5	0,7	0,16	0,20
Kits . . .	22. „	3,7	0,8	0,20	0,28
Lammas . .	15. „	4,9	0,8	0,25	0,29
Siga . . .	14. „	5,2	0,8	0,25	0,31
Kass . . .	9.5. „	7,0	1,0	—	—
Koer . . .	9. „	7,4	1,3	0,45	0,51
Kodujänes .	6. „	10,4	2,5	0,89	1,00

Lastepiim on puhas ja värske lehmapiim. Laudad peavad suured, puhtad ja õhurikkad olema, lehmad alalise loomaarstliku kontrolli all seisma. Kogu personaal peab puhas ja vastavalt ettevalmistatud olema, samuti kõik nõud puhtad, keedetud või steriliseeritud. Piim peab kohe peale lüpsmist jahutatama, pudelitesse kallatama ja samal päeval tarvitajaile kätte saadetama. Nii inimesed kui loomad peavad täiesti terved olema, eriti tbc-st, tüüfusest ja Bangi tõvest.

Sellele vaatamata ei ole siiski võimalik steriilset piima saada: siit ja sealt pääsevad piimasse mitmesugused bakterid, harilikult küll saprofüüdid, kuid sageli ka patogeensed, ja sigivad piimas kiiresti — seda enam, mida kõrgem on väline temperatuur. Seepärast ei tohi imikule kunagi keetmata piima anda, olgugi et seejuures piima koostis pisut muutub, mis ei ole aga väga oluline.

Piima lahjendamine. Et varemini taheti lehmapiima naisepiima sarnaseks teha, siis tarvitati piima lahjendamiseks vett, millele lisandati piimasuhkrut, mitmesuguseid toidusuhkruid ja vahel ka rõõska koort. Nüüd on sellest loobutud ja piima lahjendatakse kohe algusest peale mitmesuguste tummidega, nagu kaera-, odratangu- või riisitummiga. Neid valmistatakse harilikult 2—5% sisaldusega. Kaeratummi ei tule siis anda, kui lapsel on kalduvus kõhulahtisusele. Riisitummi asemel võib ka 3—5% riisikörti tarvitada.

Tummidele lisandatakse 5—10% suhkrut. Tervetele lastele ja harilikkudes oludes tarvitatakse harilikku suhkrut. Haigetele lastele, eriti aga seederikkehaigeile, on parem viinamarjasuhkrut anda, sest viimane resorbeerub kergesti juba peensooltes.

Piimasuhkrut ei tarvitata enam peaaegu kuski, sest sellel on kerge laksatiivne toime ja see on ka vähe magus. Samuti on kõrvale jäämas ka igasugused „toidusuhkrud".

Kuivikud on nisupüülist küpsetatud, krõbedaks ja pruuniks kuivatatud väikesed saiakesed. Neid hakkab laps pooleaastasena saama. Neid võib lapsele anda piimas pehmeks leotatult ja peeneks surutult pudina või ka peeneks jahvatatult ja piimas kergesti keedetult supina või pudruna. Samal viisil hakkab laps mannasuppi ja jahukörti saama, samuti puljongit mannaga.

Nendele söökidele järgnevad mitmel viisil valmistatud toidud aedviljast: spinat, kartul, porgandid, kaalikad, lillkapsas jne.

Vitamiinid. Õige tähtsaiks toiteaineiks tuleb ka vitamiine lugeda. Mõned neist lahustuvad vees, teised rasvades. Mitmetel nendest on keemiline struktuur selgitatud, teistel on see siiski veel tundmatu.

Neile kõigile on iseloomustav see asjaolu, et nad väga väikestes osades võimelised on igaüks omal viisil organismi ainetevahetusele mõju avaldama. Nende puudumine toidus kutsub välja erilisi haigusi, mida avitaminoosideks kutsutakse. Õnneks toimub see protsess võrdlemisi pikkamisi. Selles mõttes on näiteks valgu, suhkru, soolade või vee puudumine organismile palju kardetavam, sest siis on elu võrdlemisi ruttu ohustatud.

Vees lahustuvaist vitamiinest on tähtsamad:

Vitamiin B_1 ehk antiberibeeri vitamiin. Seda leidub paljudes toiduainetes. Ainult väga ühekülgne toitmine, nagu näiteks riisiga, millelt kestad on kõrvaldatud, kutsub haiguse välja, mida beribeeriks kutsutakse ja mida Hiinas ja Jaapanis esineb. Vitamiin B_2 on

organismi kasvamiseks ja arenemiseks tarvilik, kuid teda on toiduaineis, eriti ka piimas, niipalju, et haigust ei saa tekkida.

Vitamiin C ehk antiskorbuutiline vitamiin on väga labiilne, kannatab vähe keetmist, konservimist ja kuivust. Tema keemilise struktuuri selgitas ungari teadusmees Szent Georgyi, kes samuti ka ta sünteetilise valmistamise viisi leiutas. See on orgaaniline hape, askorbiinhape, keemilise valemiga $C_6H_8O_6$. Seda esineb palju sidruneis, apelsinides, mustis sõstrais, maasikais, vaarikais ja tomateis, väiksemal määral teistes puu- ja aedviljades.

Naisepiimas on seda 3—4 korda rohkem kui lehmapiimas. Pikemaajaline C-vitamiini puudumine toidus tekitab skorbuudi.

Rasvades lahustuvaist vitamiinest on tähtsamad järgmised:

Vitamiin A ehk antikeratomalaatsiline vitamiin. Seda vitamiini on paljudes rasvades leitud, näit. kalarasvas, piimarasvas, munakollases jne. Selle vitamiini puudumine, sagedasti ühenduses jahutoitekahjuga, kutsub esile keratomalaatsia, s. o. silma sarvnaha (*cornea*) pehmumise ja sellega ühes muidugi ka silma hukkumise.

Vitamiin D ehk antirahhiitiline vitamiin tekib, kui ergosteriini kiiritada ultravioletsete kiirtega. Teda esineb looduses palju kalamaksaõlis, väiksemal määral munarebus, natuke ka piimarasvas, heeringais, räimedes ja sardiinides.

Vitamiin E on veel vähe tuntud. Ta on suguelundite tegevuse korrastaja. Tema toimest lapseeas ei ole veel midagi teada. Teda leitakse peamiselt nisuidudes.

Kui last kunstlikult peab toitma, siis on alati põhjendatud kartus, et ta ehk vähe vitamiine saab, eriti C-vitamiini ja talvisel ajal ka D-vitamiini. Seepärast on hea neid lapse toidule juurde lisada kas ravimiga või värskete toiduainetega, mis neid sisaldavad. Muidugi ei tohi ka siin liialdada, vaid tuleb mõõtu pidada, sest ületoitmine vitamiinidega kutsub esile hüpervitaminoosi, mis kahjulik on.

Mõned imikutoidu valmistamise viisid.

Lehmapiima tuleb imikule alati lühiajaliselt (1—3 min.) keedetult anda. Piim keedetakse kastrulis ära, kallatakse pudeleisse ja lisatakse niipalju tummi või kõrti juurde, kui palju seda ette on kirjutatud, samuti ka suhkrut. Keetmiseks võib muidugi ka Soxhleti aparaati kasutada, mis aga kallim on. Pudeleid piimaga

võib ka harilikus kastrulis riidega ümbermässitult keeta. Peale keetmist tuleb pudelid hästi ära jahutada, jahedas kohas (keldris, jääkapis, kraani all, allikavees, kaevus jne.) hoida ja lapse toiduks iga kord üks pudel võtta.

Enne lapsele andmist tuleb pudelit soojendada, piim käeseljal või ka teelusikaga järele katsuda, kas ta paras soe on, siis kumminisa pudeli otsa panna ja lapsele anda.

Pudel ja nisa tuleb kohe peale lapse toitmist ära pesta või kui selleks mahti ei leidu, siis pudel veega täita ja kumminisa vette panna. Pudelid peavad alati läikivalt puhtad olema. Et seda saavutada, peab nende pesemisel harja, haavleid või liiva, soodat jne. tarvitama. Samuti tuleb kumminisa väljast- ja seestpoolt alati puhtaks pesta ja vahel ka läbi keeta.

Laste piimapudeliteks võib igasuguseid pudeleid kasutada, mis kergesti pestavad on. Parem on tarvitada grammide jaotusega varustatud pudeleid.

Kaeratumm. Võetakse kaks supilusikatäit (ca 30 g) kaeratangu, pestakse kuuma veega puhtaks, pannakse siis $^1/_2$ liitri veega tulele ja lastakse umbes $^3/_4$ tundi kergel tulel keeda, lisandatakse natuke soola (maitse järgi), lastakse läbi peene sõela ja tumm on valmis.

Kui kaeratangude asemel kaerahelbeid võetakse, siis tuleb neid ainult supilusikatäis võtta (ca 10 g), $^1/_2$ liitri veega 30 min. keeta, soola juurde lisada, läbi sõela lasta ja tumm on valmis.

Odratangutumm tuleb samuti valmistada kui kaeratangutumm, ainult keeta tuleb palju kauemini, ca 2—3 tundi.

Kaerajahukört on mõnel pool armastatud lastetoit. Selleks võetakse 10—20 g kaerajahu ja segatakse hästi läbi 250 g vees, et tükikesi ei jääks. Teine 250 g vett aetakse keema, pannakse natuke soola juurde ja segatakse esimesega, keetes neid koos umbes 5—10 min. Selle järel tuleb kört läbi sõela lasta ja toit on valmis. Muidugi võib ka piima juurde lisada või koguni osaliselt piimaga keeta.

Riisikört. 30—50 g riisijahu segatakse hästi läbi 300 g veega, siis 700 g vett keema ajada, sinna sisse kallata esimene osa (300 g), hästi vispliga segada, 3 min. keeda lasta, läbi sõela ajada ja kört on valmis.

Kui ette kirjutatud, siis tuleb sellele kördile suhkrut juurde lisada.

Puljong ehk rammuleem. Ca 400 g lahja looma-, vasika- või linnuliha lõigatakse tükkideks, pannakse 1 liitri veega tulele, lisa-

takse soola ja supijuuri (porgand, sibul, petersell, seller jne.) juurde, aetakse aeglaselt keema ja lastakse vähemalt 2 tundi tasasel tulel keeda; lastakse siis läbi sõela, võetakse rasv pealt ära ja puljong ongi valmis.

Tarbe korral võib seda puljongit keedetud veega lahjendada.

Puljong mannaga saadakse, kui ca 250 g puljongi hulka lisatakse supilusikatäis (ca 20 g) mannat ja seda 20—30 minutit alaliselt segades keedetakse. Kokkukeenud puljongit tuleb keedetud veega kuni esialgse hulgani täiendada.

Puljong aedviljast. Võetakse üks petersellijuur, üks porgand, üks suur kartul ja natuke lillkapsast, pestakse puhtaks ja lõigatakse väikesteks tükkideks. Selle järel võetakse üks sibul, lõigutakse peeneks ja ühes 15—30 g võiga aetakse väiksemas kastrulis kergel tulel pruuniks. See kõik kallatakse kastrulisse, kus on 2 liitrit vett, ja lisatakse natuke soola juurde. Kõike tuleb koos umbes üks tund keeta. Siis lastakse läbi sõela ja puljong on valmis. See on muidugi aluseks, kuhu võib mannat, riisi või muud sisse keeta ja siis lapsele anda.

Mainitud aedviljade asemel võib muidugi igasuguseid teisi võtta, samuti ka mitmel muul viisil kombineerida.

Mannapuder. Üks kuhjaga supilusikatäis mannat (20 g) pannakse 150 g veega (või piimaga) pliidile ja aetakse aegapidi kuumaks, kuni manna paisub, siis lisatakse 100 g sooja piima, 10 g suhkrut ja natuke soola juurde. Kõike koos tuleb alaliselt segades umbes 10 min. keeta.

Kuivikupuder. Võetakse kuivikujahu või hõõrutakse kuivikud peeneks. 20 g kuivikujahu, 100 g vett, 100 g piima ja 10 g suhkrut segatakse kokku, pannakse tulele, aetakse keema, lastakse 5 min. keeda ja puder on valmis.

Kuivikupudi. Võetakse mõned kuivikud, kallatakse niipalju kuuma piima peale, kui palju lapsele tahetakse anda (150—200 g), hõõrutakse lusikaga katki, lisatakse üks teelusikatäis (10—15 g) suhkrut hulka ja pudi on valmis. Kuuma piima asemel võib ka kuuma vett võtta.

Tarbe korral võib kuivikuid ka pudru, kördi ja tummi hulka segada.

Spinat. 200 g spinatit pestakse külmas vees puhtaks, pannakse 500 g veega pliidile, lisatakse veidi soola juurde ja keedetakse 10 min. Kui spinat pehme on, siis võetakse välja ja lõigutakse hästi

peeneks või aetakse läbi masina, kuna spinati keeduvesi edasi pliidile pannakse ja kaunis kokku keedetakse. Siis pannakse uuesti spinat sisse, lisatakse natuke võid, jahu ja suhkrut hulka, lastakse veel natuke keeda ja spinat on valmis.

Porgandid. 200 g porgandeid pestakse külmas vees hästi puhtaks, kaabitakse üle, lõigutakse tükkideks, pannakse 250 g keevasse vette, lisatakse natuke soola hulka ja lastakse ligi tund aega tasaselt keeda. Siis võetakse porgandid välja ja aetakse läbi peene sõela, kuna keeduvesi edasi pliidile pannakse ja kaunis kokku keedetakse. Sellesse pannakse uuesti porgandimass sisse, lisatakse natuke võid ja suhkrut juurde ja püree on valmis.

Kartulipuder. Kartulid kooritakse ja keedetakse kerges soolavees pehmeks. Siis kallatakse vesi pealt ära ja lastakse kartuleid natuke tasase tule peal aurata, tambitakse peeneks, lisatakse natuke keedetud kuuma piima ja võid hulka ja klopitakse, kuni puder kergeks läheb.

Laste toitmine teisel ja kolmandal eluaastal.

Teisel eluaastal on laps veel väike ja saamatu. Tema toitmist tuleb reguleerida ja valvata. Ta saab 4—5 korda päevas süüa. Tema söögisedelil on veel kaunis palju piima: $^1/_2$—$^2/_3$ liitrit päevas, siia hulka arvatud ka piim, mis läheb lapse suppide ja putrude valmistamiseks.

Lapse toit peab nüüd palju mitmekesisem olema kui esimesel eluaastal, millal laps ennast kas täielikult või peamiselt piimast toitis. Nüüd lisanduvad piimale jahutoidud, puu- ja aedvili, liha ja munad ning magustoidud.

Peatoiduks olgu lõunaeine, selle järel hommiku- ja õhtueine, kuna lõuna- ja õhtuoode ainult väikeseks vahepalaks on. Teine neist võib ka ära jääda.

Tuleb silmas pidada, et laps ei saaks ühekülgset valgurikast toitu, nagu seda on piima-, liha- ja munatoidud, või jällegi liiga süsivesikuterikkaid sööke, nagu jahutoidud, kohv suhkruga, küpsised, kartulid jne.

Nende mõlemate paras kombinatsioon ühes puu- ja aedviljaga oleks õige ja vastuvõetav laste toit.

Joogiks olgu lastele alati ja igal pool ainult puhas, värske vesi. Piim ei ole kunagi ja mitte kellelegi joogiks, vaid ainult söögiks.

Samuti ei tule lastele mitte iialgi alkoholi anda, ei viina, veini

ega ka õlle näol. Lastele ei ole sünnis ka oakohvi anda, vaid ainult viljakohvi. Edasi ei sobi lastele ka mitte pipar, sinep ja teised vürtsid.

Lahja teed võivad lapsed saada kas puhtalt või piimaga segatult.

Selles eas on mõistlik lastele mitte palju vedelikku õhtul enne magamaminekut anda, et neile kergendada puhtuse hoidmist.

Üldiselt peab püüdma last nõnda toita, et ta rõõmus oleks, kosuks ja kasvaks. Igasugune alatoitmine või poolnäljutamine, samuti ka ületoitmine või poolnuumamine tuleb hukka mõista.

Toidu hulga määrab laps ise enesele kindlaks ja temal lastakse süüa niipalju kui ta hea meelega, sundimata võtab. Toit on talle vajalik kulutatud jõu ja äratarvitatud kehasubstantsi tagasisaamiseks, soojuse tekitamiseks ja kasvamiseks.

Umbes 4. eluaastast alates ei tarvita laps enam erilisi toite. Ta võib täiskasvanutega ühes lauas ja ühiseid toite süüa, olgu siis, et temale mõnes asjas abiks ollakse, sest mõned lapsed on söögi juures natuke saamatud.

Lapse piima hulk ei tarvitse nüüd enam kui $^1/_4$ liitrit päeva kohta olla, sest oma valgutarvidust rahuldab ta liha, juustu, kala ja munadega.

Lapse valgu, rasva, süsivesikute ja kalorite tarvidus (Siegerti järgi).

Kehakaal kg	Valk g	Pro kg g	Rasv g	Pro kg g	Süsivesikud g	Pro kg g	Kalorid	Pro kg
8,5	24,1	2,8	40	4,8	58	6,9	712	84
10	23,5	2,35	35	3,5	105	10,5	852	85
12	24,3	2,0	33	3,2	113	9,4	920	77
14	27,6	2,0	37	2,6	144	10,2	1038	74
16	29,4	1,8	31	1,9	184	11,5	1150	72
18	34,1	1,9	34	1,9	216	12,0	1340	74
20	34,7	1,7	33	1,65	227	11,3	1380	69
22	37,0	1,7	37	1,7	238	10,8	1470	67
24	37,0	1,5	38	1,6	248	10,3	1525	63
26	38,2	1,5	39	1,5	254	9,8	1560	60
28	39,7	1,4	40	1,4	260	9,3	1600	57
30	40,9	1,35	41	1,4	270	9,0	1660	55
35	43,5	1,2	44,5	1,3	280	7,9	1740	49
40	46,2	1,15	46,5	1,2	300	7,5	1860	46
45	49,4	1,1	49	1,1	315	7,0	1950	43

Lapse toit 2. eluaastal.

1) Hommikueine: 150—200 g piima, kõrti (putru) või viljakohvi piimaga. Kuivikuid või saia, peale võid, marmelaadi või keediseid, ka natuke leiba.
2) Lõunaoode: 150 g piima, viljakohvi piimaga, kakaod või marjamahlu, veega lahjendatult, kuivik või sai ja keek. Puu- ja aedvilja, õunu, pirne, ploome, marju, tomateid, porgandeid, apelsine, banaane jne. (kõik toorelt).
3) Lõuna: mitmesugused supid, pudrud, puljong, kartulipuder, lahja läbiaetud või õige peeneks lõigatud liha (10—20 g), kompott, kissellid, magustoidud.
4) Õhtuoode: nagu lõunaoode.
5) Õhtueine: 200 g manna-, riisi- või jahuputru, makarone või nuudleid, kartuliputru, suitsukala, nisuleiba (20 g), pehmelt keedetud muna (2—3 korda nädalas).

Lapse toit 3. eluaastal.

1) Hommikueine: 150—200 g piima, kõrti (putru), viljakohvi piimaga või kakaod. Nisuleiba, rukkileiba või, keediste või meega.
2) Lõunaoode: 150 g piima, viljakohvi piimaga, kakaod või marjamahlu (veega lahjendatult), siia juurde kuivikuid, saia või keeki, ka nisu- või rukkileiba võiga. Puu- ja aedvilja (toorelt).
3) Lõuna: supid, pudrud, puljong, kartulipuder, praetud liha peeneks lõigatult (20—30 g), või, magustoit. Nisu- või rukkileib. Mitmeti valmistatud aedviljad.
4) Õhtuoode: nagu lõunaoode.
5) Õhtueine: riisi-, makaroni- või nuudlivorm, piimaga pudrud, kartulipuder, suitsukala, juustu, suitsuvorsti või sinki, kohupiima, pehmelt keedetud muna (2—3 korda nädalas), nisu- või rukkileiba võiga.

III. Toitmisrikked.

Rinnaga toidetud imiku toitmisrikked.

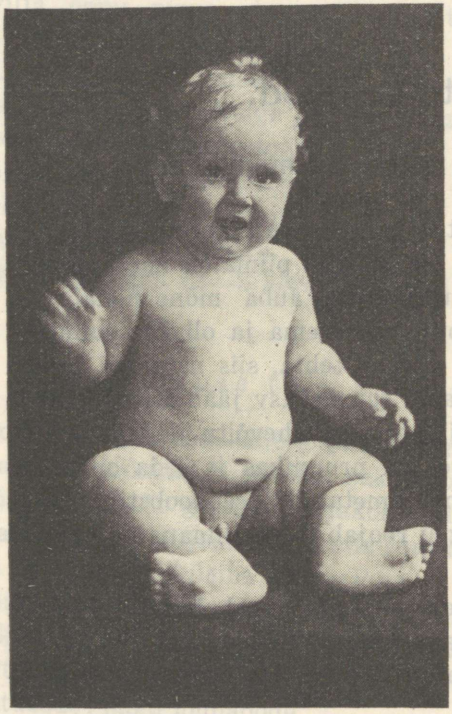
Alatoitlus. Mitmetel noortel, alles esimest korda sünnitanud emadel ja mõnikord ka teistel ei ole niipalju piima, et nad oma last suudaksid rinnaga kuni kuus kuud toita. Juba mõne nädala või kuu järel hakkab mõnel emal piim vähenema ja ollakse sunnitud lapsele täiendtoitu andma. Kui seda ei tehta, siis nälgivad lapsed oma ema rinna juures. Nende kaalu juurdekasv jääb seisma, kõhuseinad tõmbuvad sissepoole, uriini eritub vähevõitu ja laps roojab mitme päeva järel, kusjuures roe on pruunikas ja seda on kogusummas vähe. Lapsel on nõndanimetatud pseudoobstipatsioon. Harva juhtub, et nälgiv laps sageli roojab ja roe limane on, samuti seda, et nälgiv laps oksendab.

Kõige selle juures on lapsed võrdlemisi rahulikud: nad on uimased, imevad aeglaselt ja kaua rinnal. Nende nahk ja lihased tunduvad närbunutena; nad kalduvad haudumistele ja furunkuloosile.

Alatoitlust on kõige parem kindlaks teha last enne ja pärast toitmist kõigi riietega kaaludes. See näitab, kui palju laps korraga rinnast piima saab. Kui kõik söögikorrad kokku arvata, siis saab lapse päevase piimahulga. Harilikult on see palju vähem sellest, mida lapse organismi raskus nõuab.

Edasi tuleb proovida, kas emal peale lapse toitmist on veel rinnas piima. Kui rinnas enam sugugi piima ei ole või seda õige vähe on, siis on arvatavasti tegemist vähepiimasusega (hüpogalaktia). Säärasel puhul tuleb hakata lapsele andma 1—2 korda päevas ta vanusele vastavat täiendtoitu. Teisteks toitudeks 3—4 korda päevas jääb muidugi rinnapiim edasi. Niiviisi võib last kahe piimaga kuude kaupa toita, täiendades rinnapiima puudujääki lehmapiimaga.

Kui aga emarinnas peale lapse toitmist on veel küllaldaselt piima, siis on kõvade rindadega tegemist. Sel puhul ei tule lapsele täiendtoitu anda. Laps tuleb iga 3—4 tunni järel rinnale panna, tal 15—20 minutit imeda lasta, peale imemist rind kas käega või pumbaga tühjendada ja see piim lapsele lusikaga anda.



Joonis 6. Paks, ületoidetud laps, 10 k. vana.

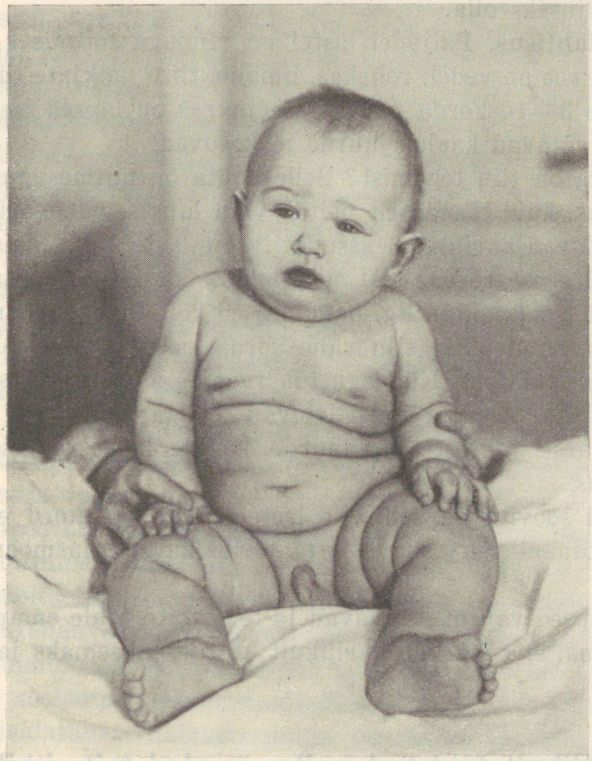
Nõnda toimides kosub laps umbes 7—14 päeva järel rahuldavalt, muutub tugevamaks ja suudab nüüd juba ise oma ema kõva rinda tühjaks imeda.

Ületoitlus. Mõned emad ei pea lapse toitmisel ühestki kellaajast kinni, vaid imetavad last iga kord, kui ta häält teeb või karjuma hakkab. Lapsed muutuvad lihavaks, nende põsed, kael, kõhurasvkord ja reielihased äratavad tähelepanu oma paksuse ja loidusega. Nad on silmanähtavalt ületoidetud ehk nuumatud (joon. 6 ja 7). Teised lapsed jälle ei kannata niisugust ületoitmist kaua välja: nad muutuvad rahutuks, ei maga hästi, ärkavad lühikeste vaheaegade järel. Nende kaal jääb seisma või hakkab koguni langema, kõht ajab üles ja tundub ning kuuldub gaaside minekut. Viimaks kaasuvad kõige sellega veel kõhulahtisus ja okse. Mõned nendest lastest karjuvad igal roojamisel valjusti ja tõmbavad alumised jäsemed vastu kõhtu. Sageli alles nende viimaste tunnuste ilmumisel viiakse laps arsti juurde.

Ravi algab sellega, et lapsele 8—12 tundi vett lastakse anda, siis iga 4 tunni järel, s. o. 5 korda päevas, rinda lastakse anda. Sellest harilikult jätkub. On aga emal siiski liiga palju piima, siis tuleks temale soovitada mõnda kehalist tööd teha, veel mõnda teist last 1—2 korda päevas imetada või lapsele rinna asemel 1—2 korda päe-

vas kunstlikku toitu anda (spinatit, õunapüreed, pärastpoole mannat, puljongit jne.).

Kõhukinnisus. Mõned lapsed kosuvad ja kasvavad rinnapiimaga hästi, kuid roojavad ainult üle päeva või koguni kahe või kolme päeva järel. Siin tarvitatakse rinnapiim lapse organismi poolt hästi ära ja sel korral muidugi ei ole mingit ravi vaja.



Joonis 7. Väga ületoidetud ja konstitutsionaalselt paks laps, 8 kuud vana, kaalub 10 100 g.

Harva esinevat, et laps küll hästi kasvab, kuid ta roe on kõva, tükiline, helekollakas. Lapsel on roojamisega raskusi: ta punnib ja mõnikord võib isegi *anus*'e limanahas rebendeid esineda, mis valu teevad. Sel puhul tuleb lapse seedetoimingut reguleerida. Selleks tuleks lapsele päevas 1—2—3 teelusikatäit linnaseekstrakti anda, mis harilikult kõhu pehmemaks teeb. Võib ju ka vahel mõne teelusikatäie *ol. ricini* sisse anda.

Klistiirid, mida harilikult tarvitatakse, on vähem soovitavad. Tihti nad ei mõju, nendega harjuvad lapsed ja mõistmatul käsitsemisel võivad nad isegi valu tekitada. Klistiiri tegemiseks tarvitatagu kummiotsaga ballooni ja õli või glütseriini (kuni üks supilusikatäis korraga). *Anus*'e rebendid paranevad toidu reguleerimisel isegi. Tarbe korral võib vaseliini või boorsalvi pärakusse panna. Iialgi ei tohi lapse kõhukinnisus rinna ärajätmise või amme vahetamise põhjuseks olla.

Kõhulahtisus. Paljudel lastel on rinnaga toitmisel kõht kergesti lahti: roe on vedel, rohekas, limane, tihti valkjate tükikestega, laps roojab 3—10 korda päevas. Seejuures on lapsed ise rõõmsad, rahulikud, võtavad kaalus juurde ja kosuvad.

Millega on siin tegemist? Selle kohta on mitmesuguseid arvamusi olemas, kuid tõenäoselt peitub viga lapses, mitte toidus. Need lapsed kuuluvad harilikult ekssudatiivsete laste hulka, mis on konstitutsionaalne iseärasus, sest neil leidub ka muid ekssudatiivseid nähte, nagu gneis, piimraig, haudumised või *strophulus* jne.

Raviga suudetakse siin vähe korda saata ja tõepoolest ei ole seda eriliselt tarviski. Küll aga tuleb emale asjaolu ära seletada ja teda rahustada. Arukad emad lepivad sellega, närvilised aga jooksevad ühe arsti juurest teise juurde, kandes lapse roojaseid mähkmeid kaasas.

Mõned soovitavad selliseile lastele anda iga kord enne sööki natuke larosaani või plasmooni (1 teelusikatäis plasmooni + 4 tl. tummi).

Kui lapsed vanemaks saavad ja teisi toite peale emapiima hakkavad saama, siis muutub harilikult ka roe paksemaks ja kollakaspruuniks.

Kunstlikult toidetud imiku ägedad toitmisrikked.

Imikuea ägedad toitmisrikked tekivad üldiselt infektsioonide kaudu (*ex infectione*), olgu need infektsioonid siis kas endogeensed või eksogeensed.

Tervel imikul on harilikes oludes magu ja peensooled bakterivabad. Üksikud toiduainetega juhtumisi makku sattunud bakterid hävivad mao soolhappes, samuti peensooltes, kui nad üldse sinna jõuavad. Peensooltel on suur jõud bakterite hävitamiseks nii oma mahlade kui ka nende nõrede toimel, mis temasse maksast ja pankreasest valguvad. Seepärast võib harva duodeenumis mõnd ohutut

enterokokki kohata, jejuunumis mõnda *Bacterium lactis aerogenes*'t ja iileumis üksikuid *coli* liike. Üldiselt aga on peensooled siiski bakteritevabad.

Sellel tõsiasjal on suur tähtsus, sest peensooltes toimub mitmesuguste fermentide abil seedimisprotsess, kus igasugused seeditavad toiteained tarvilikkudeks algosadeks lagunevad ja selle järel vere ja mahla kaudu kõigile organismirakkudele kättesaadavaks tehakse.

Jämesool harilikult kubiseb bakteritest, mis toituvad neist toidujätteist, mis jämesoole fekaalmassidesse on jäänud. Uurimiste abil on kindlaks tehtud, et rinnapiimaga toitmisel jämesooles peamiselt *Bacillus bifidus* ja enterokokid elutsevad.

Kunstlikult toidetud lastel leitakse jämesooles peamiselt *Bacterium coli* ja *Bacterium lactis aerogenes* vorme.

Harilikes oludes on bakteritel oma ülesanne täita. Süsivesikud hakkavad bakterite abil käärima, kusjuures tekivad rasvahapped (piima-, äädika-, või- jne.), mis ergutavad soolte liikumist ja niiviisi aitavad kaasa soolte tühjenemisele.

Valkained alluvad jämesooles roiskumisprotsessile, mis ka bakterite abil toimub. Roiskumisprotsess on leelisese reaktsiooniga, käärimine hapu reaktsiooniga. Need on teatavas mõttes teineteisele vastukäivad protsessid ja seederikete ravi korral kasutatakse mõnikord seda vastuolu.

Rasvained etendavad jämesooles arvatavasti kahepoolset osa: esineb ületoitmine valkudega, siis nad aitavad kõhukinnisust suurendada seebitaolise rooja tekitamisega, leiab aga aset käärimine, siis nad suurendavad seda rasvahapete juurdetekitamisega.

Nagu ülaltoodust selgub, oleneb lapse äge kõhulahtisus sellest, missuguses sooleosas ebanormaalsed käärimisprotsessid tekivad. Allpool-kirjeldatavate haiguste puhul peitub see protsess kas kogu peensoole ulatuses või piirdub mõne tema üksiku osaga. Edasi oleneb haiguse iseloom, tema raskus või kergus, sellest, kas toimub käärimine peamiselt sooltes leiduvas toiduainete massis ja kui suurel määral on soolekoed sellest haaratud. On soolekoed ainult kergesti puudutatud, hüperemiseerunud ja tursunud, siis on kergema katarraalse põletikuga tegemist (*dyspepsia* I). Kui sooleseinad näitavad peale mainitu veel infiltratsiooni, supuratsiooni või koguni haavastumist, siis on juba raskemate ja raskete juhtudega tegemist (*dyspepsia* II ja III).

Kust ja kuidas bakterid peensoolde pääsevad, on küsimus, millele alati kerge ei ole vastata, eriti just ka mittespetsiifiliste hai-

guste puhul. On olemas ainult kaks võimalust: bakterid tungivad toiduainetega või mõnel teisel viisil suu kaudu seedeorganitesse või nad rändavad jämesoolest üles peensoolde.

Ägedate toitmisrikete põhjused. Mõnedel juhtudel ei saa kuidagi selgeks teha, mispärast laps haigustus, kuid paljudel kordadel näib asi selge olevat. Üldiselt tulevad haigustumise põhjustena küsimusse järgmised asjaolud.

Ületoitlus. Kui imik tihti ja suurel hulgal toitu saab, siis ei saa ta magu kunagi tühi olla ja vaba soolhape, mis ainult tühja makku eritub, ei saa oma desinfitseerivat toimet avaldada. Samuti ei saa siis ka peensooled kunagi päris tühjad olla, sest maost valgub alatasa hüümust sooltesse, mis on seal bakteritele heaks söötmeks.

Iga sobimatu toit võib ägedat toitmisriket välja kutsuda, eriti liiga süsivesikute rikkad toidud, mis käärima hakkavad. Harvemini ja väiksemal määral juhtub seda liiga valgurikaste söökidega. Kõige sagedamini aga juhtub seda siis, kui laps saab toitu, mis ei ole täiesti värske, vaid kus mõned käärimisprotsessid on juba alanud, nagu näiteks suvel kuumal ajal piim, jahutoidud jne.

Suvine kuumus. Suvel kuumal ajal esineb tihti laste ägedaid mao- ja sooltehaigusi. Arvatavasti nõrgestab suur kuumus lapse organismi vastupanuvõimet, teeb teda hellaks ning õrnaks ja vähendab ka ta söögiisu.

Imik peab kõik sööma, mida temale pakutakse, sest ta ei saa ju ise oma toitu valida. Toitu aga pakutakse temale sageli ülearu ja ülikülluses. Mis ime siis, kui ta sellele ühel päeval okse ja kõhulahtisusega vastab.

Muud haigused. Kui imikud haigustuvad leetreisse, kopsupõletikku, grippi või mõnda teise haigusse, siis läheb mitmel nendest ka kõht lahti. See on nõndanimetatud parenteraalne kõhulahtisus.

Lapse mina. Palju tähendab ka lapse omapära, ta vastupanuvõime, ta kehaline ja vaimne mina.

Mõned lapsed on liiga tundlikud. Iga pisike eksimus, iga kerge ületoitlus, millele harilik laps veel sugugi ei reageeri, kutsub neil juba diarröa esile.

Sellesse gruppi tuleb arvata ka kõik need lapsed, kes juba varemini on kõhulahtisuse all kannatanud, eriti suvisel ajal. Iga toitmisrike teeb neid ülitundlikuks kunstlikkude toitude suhtes ja vastuvõtlikuks uutele nakkustele. Sellest johtubki suur suvine haigustumine ja suremus nende laste ridades.

Mitte parem ei ole lugu enneaegsete lastega, siis nendega, kes küll õigeaegselt on sündinud, kuid keda juba algusest peale toidetakse kunstlikult, samuti alla kolme kuu vanuste nõrkade ja põdurate lastega. Kõik nad on liiga õrnad ja tundlikud igasugustele vääratustele toitlustamise alal.

Ägedate toitmisrikete tõrje. Kui laste ägedate toitmisrikete profülaksisest räägitakse, siis tuleb seda teada ja silmas pidada, et nendesse haigustuvad ja surevad peaaegu ainult kunstlikult toidetud lapsed ja nendest ka esmajoones need, kes juba varemini toitmisrikete all olid kannatanud. Sellest siis õpetus: tuleb püüda, et iga last vähemalt 3—6 kuud oma ema rinnaga toidetaks.

Selleks on tarvis, et iga arst, eriti muidugi akušöör ja lastearst, püüaks igale emale selgeks teha, et ta püha kohus on oma last imetada ja et ta laps seejuures kõige paremini kasvab ja kosub ja ka suurel määral igasuguste haiguste vastu immuunne on. Samuti peavad seda ämmaemandad tegema, kes ju emadega ja nende lastega alaliselt kokku puutuvad. Nad peavad kindlasti ja järelejätmatult emale selgeks tegema, et see üldse teisiti olla ei saa.

Eestis on üle 30 nõuandekoha emadele. Nad peavad emadele koolideks olema ja neid õpetama, kuidas last toita ja hoida, et ta kosuks, kasvaks ja areneks. Eriti lasteasutistes tegelevaile õdedele langeb siin suur ja üllas ülesanne, mille kohusetruust täitmisest palju oleneb.

Tähtis on ka see, et need lapsed, kes segatoitu saavad või keda kunstlikult toidetakse, head, värsket piima saaksid. Selles suunas on meil veel võrdlemisi vähe tehtud.

Edasi ei saa nimetamata jätta seda, et paljud emad suvel kuumal ajal ei saa ja mõned ka ei oska piima jahedana hoida, et see ei rikneks. Seda võimalust tuleks neile muretseda ja neid ka selles õpetada. Kuid selle küsimuse juures seisavad meil ületamatud raskused ees ja viivad meid meie rahva tihti veel viletsate korterite juurde.

Üldised põhimõtted ägedate toitmisrikete ravimisel. Kui on tegemist mõne ägeda toitmisrikke vormiga, mis ikka käärimise tagajärjel tekib ja sooltes peitub, siis on esimeseks ülesandeks seda *materia peccans*'it kõrvaldada. Selleks on mitmesuguseid viise.

Sel puhul ei anta lapsele 24 tunni vältel toitu, vaid ainult keedetud vett või lahja teed. Ei ole tähtis, missugune tee on, kas kummeli-, pärnaõie-, hiina või mõni teine tee. Ta peab ainult lahja olema. Suhkrut ei tohi tarvitada, sest see võib käärimist tekitada, küll aga võib teed sahhariiniga magustada, mis on kahjutu.

Vee andmisel on oma mõte ja tähtsus. See on nõndanimetatud vesidieet. Vesi hoiab lapse organismi liigse kuivamise eest ega lase kehakaalul liiga rüttu langeda, mis oksendamise ja kõhulahtisuse puhul tihti esineb. Samuti lahjendab ta kehas olevaid ja oletatavaid mürke ja suurendab diureesi, mis omakorda organismi jääkollustest puhastab.

Vee või tee andmist tuleb lapsele niikaua jätkata, kuni tuleb teeroe, s. t. roojast on fekaalsed massid kadunud: tuleb ainult natuke lima ja rohekat vedelikku. Ka selle järel tuleb lapsele veel vahete-vahel teed või vett edasi anda, kuni ta haigus kestab.

Mõnikord ei ole tarvis last niikaua toiduta pidada, eriti siis, kui ta juba varemini on nälginud või poolnälginud. Siis jätkub juba 12 tunnist või veelgi lühemast ajast. Ainult raskete intoksikatsioonide (*dyspepsia* III) puhul võib ja tuleb last mõnikord kauem kui 24 tundi söögita hoida.

Kergematel juhtudel aitab vahel sellest, kui suhkur, mis kergesti käärib, lapse toidust hoopis ära jäetakse ja temale niisugust toitu antakse, mis vähem käärib või sugugi ei kääri, s. o. valgurikast toitu, mis sel korral kontrasttoiduks on.

Kauemaks ajaks ei tohi last ilma süsivesikuteta jätta, sest see on temale väga kahjulik, kuid päevaks või paariks võib seda alati teha. Selle järel tuleb lapsele juba tingimata mõnd süsivesikut anda kas tummi, kördi või viinamarjasuhkru näol.

On ükspuha, millist tummi anda, kas kaera-, odra- või riisitummi.

Iga arst võib kergemaid kõhulahtisuse haigusi ravida, kuid kui tema esimene katse harilikkude abinõudega ei õnnestu, siis on parem laps kuhugi haiglasse saata. Samuti kuuluvad haiglasse kõik intoksikatsioonijuhud ja lapsed alla kolme kuud, sest elu on näidanud, et nende ravi suuri kogemusi, suurt ettevaatust ja erilisi vahendeid nõuab.

Kergemad ägedaloomulised toitmisrikked. Nende algus võib aeglane, kuid ka äge olla. Aeglase algusega juhte esineb harilikult rohkem.

Lapsed muutuvad kärsituks, nende uni on lühike ja rahutu. Nad nutavad palju. Ilmuvad kerged, seletamatud temperatuurid, mis tavaliselt üle 38° ei tõuse.

Roojamine muutub sagedamaks (3—5 korda ja enam päevas). Peagi võtab roojamine diarröalise ilme (10 ja enam korda päevas). Esiotsa on roe veel kaunis harilik, kuid muutub järk-järgult vesise-

maks ja omandab rohelise värvuse. Sagedasti võib roojas valkjaid tükikesi esineda, mis on seebitaolised ühendid rasvast ja mineraalollustest. Lapse kehakaalu juurdekasv jääb seisma ja kaal hakkab pärastpoole langema. Langus on mitmesugune, vastavalt haiguse ägedusele. Mõned lapsed oksendavad. Muidugi kaob ka lapse söögiisu. Ta keel jääb kuivaks ja kattub valge korraga. Suu limanahk muutub punaseks, millega vahel kaasub soor. Nahajume muutub hallkahvatuks, kubemete ja päraku ümbrus punaseks, haudunuks. Kuse hulk langeb. Vahel võib seal valku leida, suhkrut aga ainult õige rasketel juhtudel.

Diagnoosimisel tuleb selgitada, kas on tegemist puhtalimentaarse juhuga või tulevad küsimusse ka mõned teised haigused.

Kui on tegemist puhttoitelise rikkega, siis palavik ei tõuse harilikult kuigi kõrgele ja peale vesidieeti langeb normile. On aga tegemist parenteraalse juhuga, mis võib tingitud olla gripist, *otitis media*'st, nasofarüngiidist, püeliidist või mõnest teisest nakkusest, siis püsib temperatuur kõrgel ega lange niipea.

Kui oksendamine ei taha lakata, siis tuleb mõelda invaginatsioonile, songale ja meningiidile. Viimase puhul võib ka kõhulahtisus esineda.

Ravi algab sellega, et keelatakse igasugune toiduandmine lapsele ära. Selle asemel antakse talle 24 tunni jooksul ainult keedetud vett või lahja teed. Selle aja vältel lapse seedeorganid puhkavad ja rahunevad. Halvad, käärivad massid on väljunud. Laps ise muutub ka rahulikumaks ja hakkab jälle isu tundma.

2. päeval 5 × riisi- või mõnda teist tummi + 3% uvikumi.
3. päeval 5 × tummi + $^1/_3$ piima + 3% uvikumi.
4. päeval samuti.
5. päeval 2 × $^1/_2$ piima $^1/_2$ tummi + 3 × $^1/_3$ piima $^2/_3$ tummi + 5% uvikumi.
6. päeval 3 × $^1/_2$ piima $^1/_2$ tummi + 2 × $^1/_3$ piima $^2/_3$ tummi + 5% uvikumi.
7. päeval 5 × $^1/_2$ piima $^1/_2$ tummi + 5% uvikumi.

Seda skeemi võib arst muidugi oma heaksarvamise järgi teataval määral muuta. Ta võib piima kas enam või vähem juurde lisada, samuti ka lapsele veel kuivikuid või biskviite anda. Mõni lisab piimtummile juurde natuke plasmooni või larosaani (1 noaotsatäis igale toidule), mis on apteekidest saadavad valgupreparaadid.

Mõned lapsed on rahutud, ei maga hästi. Neile võib sooje kompresse kõhu peale panna ja õhtuti sooje vanne (35° C) teha, kestusega 10—20 minutit.

Kõik ravimid, mis kõhtu lahtistavad või kinnistavad, on ülearused, sest need haigused on puhtalimentaarsel alusel tekkinud ja on ka dieetilisel alusel hästi ravitavad.

Raskemad ägedaloomulised toitmisrikked. Siiakuuluvaid haigeid võib kahte suurde gruppi jagada: lapsed, kes vähem kui kolm kuud vanad on ja kes vähem kui 3000 g kaaluvad. Oma nooruse ja võrdlemisi vähese kaalu tõttu on nende vastupanuvõime nõrk ja sellepärast haigusest ülesaamine tihti raskendatud või küsitav.

Teise gruppi arvatakse kõik need haiged lapsed, kes enne praegust haigust juba on mõnesuguste teiste haigustega nõrgestatud, näiteks lapsed, kes juba üks või mitu korda kõhulahtisuse all on kannatanud, siis niisugused, kes tihti oksendavad, põdurad on ja kelle õed-vennad surnud on, kes krooniliste toitmisrikete või mõnede infektide tõttu hoopis vähese immuunsusega on, ja viimaks need, kes küll esimest korda on haigustunud, kuid kelle ravi ei õnnestunud ja kes seetõttu halba seisukorda on sattunud.

Nende laste arstimine on väga keeruline ja nõuab suurt vilumust ja ettevaatust.

Haiguse tunnused ei tarvitse kuigi rasked olla, kuid lapse organism on nõrk, ei suuda tõvele küllaldaselt vastu panna, haigus venib pikale, laps nõrgeneb veel enam ja suigub viimaks surmale.

Just nende haigete puhul on alaliste haiguse halvenemistega tegemist. Nende kehakaal ei tõuse kunagi sirgjooneliselt, on rahutu, võngub ja teeb suuri langusi, mis isegi arsti võib mõnikord närveerida. Samuti segavad ravi mitmed kõrvalised infektid, nagu gripp, otiit, furunkuloos jne. Mõned nendest lastest ei paranegi täielikult, nende haigus muutub subkrooniliseks või krooniliseks. Selle tagajärjel nad jäävad kiduraks, nende toitumus on väga nõrk, hüpotroofiline, viimaks atroofiline ja sellega tuleb lõpp.

Mitmed surevad haiguse kestel teistesse, juhuslikult juurdetulnud haigustesse. Kuid muidugi on ka tervistujaid, eriti nende hulgas, kelledele oli võimalik osaltki rinnapiima anda. Seepärast tuleks kõiki neid lapsi r i n n a p i i m a g a r a v i d a, mis kõige kindlamini lapse paranemisele viib ja ka kõige enam tema vastupanuvõimet suurendab.

Ravi võiks järgmise kava järgi toimuda:

1. päev: Tee + sahhariin.
2. päev: 5 × riisikörti (5%) + 3% uvikumi.
3. päev: 5 × 20 g rinnapiima + riisikört + 5% uvikumi.
4. päev: 5 × 40 g „ + „ + 5% „
5. päev: 5 × 60 g „ + „ + 5% „
6. päev: 5 × 80 g „ + „ + 5% „
7. päev: 5 × 100 g „ + „ + 5% „
8. päev: 5 × rinnapiima.

Kui lapse toitumus väga nõrk on või kui teda eelmistel päevadel juba on näljutatud, siis ei tule temal mitte 24 tundi nälgida lasta, vaid piisab 12 tunnist.

Mõnel juhul ei tule sugugi nälgida lasta, vaid lapsele tuleb kohe riisikörti + uvikumi anda. Edasi tuleb juba toimida ülalesitatud skeemi järgi. Sagedasti juhtub, et lapse roe ei taha paremaks muutuda, samuti ei hakka kehakaal soovitaval määral tõusma. See aga ei tähenda midagi ja rinnapiima andmist tuleb jätkata.

On arusaadav, et kehakaal ei saa ruttu tõusta, sest laps oli palju oma raskusest kaotanud, mille tagasisaamiseks aega kulub.

Et rinnapiimas võrdlemisi vähe valkaineid on, siis on mõnikord sobiv lapsele enne iga toitu anda üks noaotsatäis plasmooni või larosaani veega või tummiga segatult.

Mõned soovitavad anda lapsele rinnapiima asemel 1—2 korda võipiimasuppi, mis lapse kosumisele ja kaalu juurdevõtule päris hästi mõjub. Kui rinnapiima saadaval ei ole, siis on võipiim kõige parem toit. Seda võib ka nõrkadele alakaalulistele lastele anda. Võipiimaks ehk petipiimaks nimetatakse piima, mis peale koore võiks tegemist järele jääb. Ta ei tohi väga hapu olla (happesus: 25 cm^3 peab 4,3 cm^3 $\frac{n}{2}$NaOH neutraliseerima, indikaator fenoolftaleiin). Ka peab koor väga puhas olema ja võitegemine puhtalt toimuma. Harilikult tarvitatakse võipiimasuppi, mida saadakse sel viisil, et lastakse võipiimal 10 min. jooksul kergel tulel kuumaks minna, piima selle juures alaliselt segades ja temale ühe liitri kohta 15—20 g riisi- või nisujahu ja 30—50—70 g suhkrut juurde lisades. Lõpuks lastakse segu veel kolm korda üles keeda. Siin tuleb täpselt samal viisil toimida, nagu rinnapiimaga ravi puhul, ainult et rinnapiima asemel tuleb võipiim või võipiimasupp võtta.

Võipiimasupi hulka tuleb tõsta seni, kuni laps hakkab kaalus juurde võtma. See toimub igal lapsel isemoodi. Mõnede kehakaal tõuseb juba siis, kui pool toitu on võipiimasupp ja pool riisikört.

Roe on võipiimasupi puhul poolpehme ja rohekas. Laps roojab

3—4 korda päevas, mõni ka sagedamini. Kui laps muidu kosub ja ta üldine seisukord paraneb, siis ei tule roojale suurt tähelepanu osutada.

Kuid ka võipiimal on omad varjuküljed. Temas on väga vähe rasvaineid, samuti ka vitamiine. Seepärast ei taha lapsed võipiimaga pikapeale enam hästi kosuda. Ühekülgse süsivesikuterikka toidu tõttu võivad lapsed küllalt paksud olla, kuid vee arvel, mis kergesti kaduma võib minna. Sestõttu tuleb 3—4 nädala pärast laste toitu muuta, hakates 2—3 toidule vähehaaval piima või ka ainult võid (1—2%) juurde lisama.

Mõned tarvitavad ägedate toitmisrikete raviks ka v a l k p i i m a. See võeti tarvitusele professor Finkelsteini ja Meyeri poolt 1905. a.

Seda valmistatakse järgmiselt: 1 liitrile piimale lisatakse 2—3 g *calcium lacticum*'i juurde ja lastakse kergel tulel pisut kuumaks minna. Piim läheb kokku. Piim asetatakse marlist kotti ja lastakse vadak (piimaleem) välja nõrguda. Kokkuläinud piim aetakse $^1/_2$ liitri puhta, külma veega mitu korda läbi peenikese sõela ja lisatakse juurde $^1/_2$ liitrit võipiima. See ongi valkpiim, mille 1 liitris on 1 liitri piima valkained, kuid ainult $^1/_2$ liitri piimasuhkur.

Oma iseloomult on valkpiim kontrastaine käärimistele ja seepärast just kõhulahtisuste puhul tarvitatav. Teda ei või anda lastele alla 2—3 kuud ja nendele, kelle kaal on alla 3000 g.

Ravi algab nii, nagu üldiselt rinnapiimaga ja võipiimaga ravi korral, ainult et temaga veel ettevaatlikum peab olema.

1. päev: tee + sahhariin.
2. päev: 5 × riisikört (5%) + 3% uvikumi.
3. päev: 5 × 10 g valkpiima + riisikört + 5% uvikumi.
4. päev: 5 × 20 g „ + „ + 5% „
5. päev: 5 × 30 g „ + „ + 5% „

Nii läheb päev-päevalt edasi, kuni valkpiima hulk riisikördiga pooleks on. Siis tuleb ka valkpiimale 5% uvikumi juurde lisama hakata ja laps aegapidi täiesti valkpiimale üle viia. Siis võib suhkrut kuni 8% tõsta. Valkpiimaga üksinda võidakse last 4—6 nädalat toita. Selle järel tuleb laps normaalsele, tema vanusele vastavale toidule üle viia. Seda võib kaunis järsku teha.

Roe on valkpiima puhul enamasti kõvavõitu, valkjas, roiskumislõhnaga. Mõnikord on roe ka vedelavõitu ja sage. Sellest ei tule palju hoolida, kui aga lapse tervis muidu korras on.

Valkpiim on kaunis kallis. Mõned lapsed ei taha seda ka üldse võtta, kuna teised selle suust välja ajavad või sülgavad.

Tegeleval arstil sageli ei ole võimalik mitte ühtegi neist meetodeist kasutada. Tal on ainult harilik lehmapiim ja mõni tumm kasutada. Ka hariliku piima ja tummidega on võimalik mõnda neist lastest päästa, kuid see on siiski õige küsitav ja paljude raskustega ühendatud.

Esiteks ei tohi neile lastele mitte enne lehmapiima anda, kuni palavik pole langenud, ja isegi siis ei ole veel kindel, kui kaua laps lehmapiima kannatab, sest harilikult on säärased lapsed lehmapiima vastu liiga tundlikud.

Kogemused on näidanud, et on parem anda neile lastele ravi alguses riisikörti (5%) + 3% uvikumi. Sel teel õnnestub mõnda neist lastest parandada.

Professor B i r k, kellel sel alal suur vilumus on, soovitab järgmise kava järgi käia:

1. päev: tee + sahhariin.
2. päev: riisikört (5%) + 3% uvikumi.
3. päev: riisikört + 5% uvikumi.
4. päev: 20 g piima + riisikört + 5% uvikumi.
5. päev: 40 g piima + riisikört + 5% uvikumi.
6. päev: $^1/_3$ piima + $^2/_3$ riisikörti + 5% uvikumi.
7. päev: samuti.
8. päev: ½ piima + ½ riisikörti + 5% uvikumi.

Edasi võib uvikumi 6—8% tõsta.

Kui ravi õnnestub, siis muutub lapse üldine seisukord paremaks, roe jääb harvemaks, muutub paksemaks ja võib pärastpoole isegi seebitaoliseks muutuda. Sel korral tuleb suhkru hulka suurendada või igale toidule umbes $^1/_2$—1 teelusikatäis linnaseekstrakti juurde lisada.

Kui aga ravi ei õnnestu, mis sellest selgub, et lapse kehakaal jälle langema hakkab, palavik tõuseb ja roe halvemaks muutub, siis on kõige otstarbekohasem last mõnda haiglasse saata, kus võib-olla mõne teise viisiga suudetakse veel midagi ära teha.

Toiteline mürgistus ehk lastekoolera.

Seda haigust on mitme nime all kirjeldatud. Esimesena kirjeldas teda ameerika arst Parrish 1826. a. *cholera infantum*'i nime all, mis nime tänini prantsuse kirjanduses tarvitatakse. Saksa autorid nimetavad teda alimentaarseks intoksikatsiooniks. Mõned vene teadlased nimetavad teda *dyspepsia* III ehk ka *dyspepsia toxica*.

Haigus esineb harilikult suvel kuumal ajal, kuid võib ka muul ajal tekkida. See tabab kunstlikult toidetud lapsi, kuid võib ka neid tabada, kes vähe rinnapiima saavad.

Haigus algab kas aeglaselt või äkki. Lapsel on kerge kõhulahtisus, kuid mõne päeva jooksul halveneb see ja võtab ilmsesti mürgistuse iseloomu.

Alul on kõige silmatorkavamaiks tunnuseiks k õ h u l a h t i s u s j a o k s e. Roe on sage ja tuleb suure rõhu all; selles on fekaalseid masse, kuid peagi muutub see vedelaks, limaseks, rohekaks ja on ilma ühegi massita. Mõnedel lastel esineb meteorism, teistel jälle on kõht sisse tõmbunud, nii et isegi sooled läbi kõhuseina hästi tunda on.

Okse on alul tihti äge, kuid lakkab peagi. Mõnedel juhtudel okset ei esinegi. Harva esineb roojalist okset. Palavik on harilikult kõrge, 39—40° ja isegi rohkem, kuid nõrkadel, alatoitumusega lastel võib see võrdlemisi madal olla ja isegi puududa. Temperatuur kõigub, langeb ja tõuseb, on rahutu.

Lapse vaimne ilme, ta meeled ja teadvus on raskesti häiritud. Ta näoilme on rahutu, hirmunud, teinekord jälle rahulik ja tuim. Pilk on kaugele suunatud, ei peatu kuski. Käte ja jalgade liigutused on aeglased, iseäralised. Käsi võtab mõnikord isesuguse hoiaku, mida vehklejaseisanguks nimetatakse. Laps viibib enamasti uimases olekus, millest ta vahel heleda karjatusega ärkab, kuid peagi tagasi soopor-olekusse langeb. Viimaks muutub selline olek koomaks, millest laps enam ei ärkagi. Lõpp esineb sageli krampidega.

Süda töötab alul hästi, pulss on kiire, kuid varsti annab nõrkus end tunda: pulss on veel vaevalt tuntav, toonid tumedad, pärastpoole on kuulda ainult üht tooni.

Lapse käed, jalad ja nina tunduvad külmadena, nahk on hall, sinakaskollase jumega. Nahk on väga kuiv, teda võib voltidesse võtta, mis ruttu tagasi ei lähe. Üksikutel lastel muutub nahk mõnedel kohtadel, eriti säärtel ja tuharatel, kõvaks, kuivatatud naha taoliseks, sklereemiks. Sklereem võib edasi levida. Suur lõge on sissepoole tõmbunud, samuti on silmad mõnel lapsel sügavale silmaaukudesse vajunud. Refleksid on nõrgenenud või hoopis kadunud.

Uriini hulk väheneb alatasa. See võib isegi anuuriani minna. Kuses leidub valku, silindreid ja tihti ka suhkrut ja just niisugust suhkrut, mida laps toiduga saab.

Veri on paksenenud. Temas on kaugelt üle normi hemoglobiini, erütrotsüüte ja leukotsüüte.

Lapse kaal langeb mõnikord rapiidselt: 500—1000 ja enam grammi mõne vähese päeva jooksul.

Kõigi nende tunnustega kaasub viimaks veel s u u r h i n g a m i n e, s. o. laps lõõtsutab nagu äraväsinud jahiloom. Kõiki neid raskeid sümptoome võib kokku võtta kolme sõnaga: t o k s i k o o s, e k s s i k o o s, a t s i d o o s.

Kõhulahtisusega kaasunud üldtunnused, nagu palavik, teadvuse tumenemine, südame- ja neerudetegevuse rikked jne. näitavad, et on tegemist raske mürgistusega.

Soolte limanahad on niivõrra rikutud, arvatavasti mitmesuguste rasvahapete ja bakterite toksiinide läbi, et nad nii suhkrut kui ka valkaineid mittetäielikult ümbertöötatult läbi lasevad. Suhkur ilmub uriinis ilma et ta erilist kahju tekitaks, kuid valkained on palaviku ja teiste mürgistuse tunnuste tekitajad.

Alul on palavik puhtalimentaarne, mis ka sellest selgub, et kui toit lapsele 24 tunniks ära jätta, siis ka palavik kaob. Haiguse lõpupoolel seda enam ei juhtu. Siis on arvatavasti ka bakterid juba jõudnud vereringesse tungida ja nõnda mürgistavad nad kogu lapse organismi. Võimalik on ka, et mürgistuse ja veekaotuse tagajärjel soojuse reguleerimise keskkoht rikutud on ja oma ülesannet ei suuda küllaldaselt täita.

Ekssikoos on muidugi tingitud suurest veekaotusest kõhulahtisuse, okse ja hingamise kaudu.

Atsidoosi tähtsaimaks tunnuseks on suur hingamine, nagu see ka *coma diabeticum*'i puhul ilmneb. Kogu organism on hapetega üle ujutatud, sest käärimiste tagajärjel tekib neid palju, mida organism vaevalt suudab taluda.

Patoloogiline anatoomia näitab üllatavalt vähe: mao ja soolte limanahad on tursunud, hüpereemilised, sooltes kohati epiteelrakud degenereerunud või ära langenud. Maksas esineb rakkude rasvdegeneratsioon.

Diagnoosimine ei tohiks raske olla. Võiks ehk mõelda *meningitis tbc*'le, kuid selle puhul ei esine kunagi nii ägedat kõhulahtisust ega nii raskeid üldisi mürgistuse tunnuseid. Pealegi on seal suur lõge harilikult pingul, siin sisse langenud.

Prognoos on halb ja oleneb sellest, millises seisukorras laps ravimisele tuuakse ja kas ta on enne juba mõned seederikked läbi teinud. Eriti halb on prognoos siis, kui ei õnnestu lapse kehakaalu langemist peatada ja kus oksendamine ei taha lakata. Suremus on 50% ja enam.

Ravi algab sellega, et toit lapsele jäetakse hoopis ära, eriti aga valkained igasugusel kujul, sest neid süüdistatakse palaviku tekitamises. See peab niikaua kestma, kuni palavik püsib, s. o. 24 ja mõnikord ka veel enam tunde. Kogu see aeg tuleb lapsele sahhariiniga magustatud teed anda.

Kui selle järel palavik on langenud, siis tuleb haigust nii ravida, nagu raskemaid ägedaid toitmisrikkeid, kuid veel ettevaatlikumalt ja aeglasemalt.

Peale teepäevi antakse lapsele 5% riisikörti + 3% uvikumi, edasi lisatakse kördile 5% uvikumi juurde. Kui kõik hästi läheb, siis hakatakse nendele toitudele juurde lisama iga päev ja igale toidule 20 g vadakut. Kui laps ka seda mõni päev hästi välja kannatab, siis alles hakatakse rinnapiima andma igale toidule 10 g, järgmisel päeval 15 g, siis 20 g jne., kuni niikaugele jõutakse, et laps rinnapiima täielikult välja kannatab.

Kui ei ole rinnapiima saadaval, siis peab ettevaatlikult kas või-, valk- või lehmapiimaga õnne katsuma, mis siiski õige riskantne on.

Üksikuid sümptoome tuleb selle haiguse juures teravalt tähele panna ja tarbe korral ravida.

Kui okse ei taha lakata või on koguni roojane, siis tuleb mõned korrad magu leige veega puhtaks loputada, mis vahel head mõju avaldab.

Kui sool ei taha pidada ja alaliselt vedelikku välja ajab, mis ärritusele ja elavale jämesoole peristaltikale osutab, siis tuleb sooja kummeliteega sügavat klistiiri teha, kuni puhas vesi tagasi tuleb. See rahustab soolt ja annab ka lapsele rahu ja und. Sellega viiakse lapse organismi palju vett, mis ekssikatsiooni osaltki ära hoiab. Samal otstarbel tuleb kogu aeg lapsele palju vett juua anda. Vedelikku peaks haige laps niisama palju saama kui temavanune terve laps seda saab. See on tihtipeale raske ülesanne, sest laps ei taha vett juua või oksendab selle jälle välja. Siis tuleks Ringeri lahust süstida kas nahaalusi või koguni veenisisesi. Veel paremaks loetakse 5% uvikumi süstimist pooleks Ringeri lahusega.

Viimastel aastatel on hakatud neile raskelt haigeile lastele veretransfusiooni tegema (*sinus sagittalis*), u. 60—80—100 cm^3 korraga, s. o. ca 15 cm^3 verd pro kehakaalu kilo. Sellega saab laps vedelikku, suguomast valku, sooli, vereliblesid ja mitmesuguseid kaitseolluseid, mis temale kõik väga kasulikud on.

Kui veretransfusiooni ei saa teha, siis täidab selle aset 20—30% uvikumilahus + 5 ühikut insuliini, mida tuleb süstida veeni

30—40 cm^3. See peab südamelihaseid jõutama ja vett organismis säilitama.

Mõned välismaa autorid soovitavad lastele süstida intramuskulaarselt inimvereseerumit, iga päev ca 5 cm^3. Sellega saab laps toiteaineid ja kaitseolluseid, mis eriti hästi pidavat mõjuma siis, kui paranemine mõnede kõrvaliste infektide puhul venib. Muidugi võib ka tsitraatverd süstida.

Kaalu langemist hoiab teataval määral ära insuliini süstimine 2—3 korda päevas à 5 ühikut $^1/_2$ tundi enne süsivesikuterikast toitu. Insuliin hoiab organismis vett kinni ja tõstvat ka söögiisu.

Mõnel lapsel hakkavad ka silmad kuivaks jääma, *cornea* hakkab tuhmuma ja haavanduma. Siin tuleb laugude vahele valget vaseliini panna ja alaliselt boorhappe kompresse silmadele asetada. Tarbe korral tarvitatagu ka atropiini.

Südametegevuse nõrkemise puhul soovitatakse sooje vanne (35—38° C) külmade uhtmistega. Tugevamini mõjuvad selles mõttes sinepipakkimised (3—4 peotäit sinepijahu 1 liitri kuuma vee kohta), milledesse laps kuni 20 min. võib jääda, millele järgneb soe vann, kus sinep ära uhetakse ja mille järel laps linadesse mässituna magama pannakse.

Südametegevust reguleerib päris hästi cardiazol, mida antakse vaheldumisi coramin'iga; nende annused on kahe tunni järel 2—5 tilka.

Kunstlikult toidetud imiku pikaldased toitmisrikked.

Allpool-kirjeldatavad kroonilised toitmisrikked tekivad siis, kui lapse toit ei ole otstarbekohaselt koostatud: temas on mõnda ainet liiga palju, teist jälle liiga vähe või toidus puuduvad mõned ained hoopiski, näiteks vitamiinid. Selle tagajärjel tekivad toitmisrikked, mille asukohaks ei ole mitte niipalju seedeorganid, kui just kogu organism. See avaldub esiotsa lapse mitteküllaldases kosumises ja ta kehakaalu seismajäämises või isegi languses ja ka ta immuunsuse languses nakkustele. Sellist seisukorda nimetatakse *düstroofiaks*.

Kui lapse toitmist ümber ei korraldata, vaid haigusel edasi lastakse areneda, siis jääb laps veel kõhnemaks ja nõrgemaks, mis seisundit *hüpotroofiaks* nimetatakse. Sellele järgneb *atroofia* ehk *dekompositsioon* ja peaaegu alati ka surm.

Siia gruppi kuuluvad haigused on: piimatoitekahju, jahutoite-

kahju ja Barlow' tõbi ehk lasteskorbuut. Praegusel ajal esineb neid haigusi puhtal kujul harva, kuid kergemal ja varjatud kujul võib neid siiski sageli kohata.

Kirjeldame neid haigusi ja nende ravi puhtal, väljaarenenud kujul, et oleks nendest selge kujutlus ja siis ka arusaamine mittetüüpilistest vormidest. Need kõik on toitmisrikked *ex alimentatione*.

Piimatoitekahju. Mõned lapsed jäävad põduraks ja nõrgaks, kui neid pikemat aega ainult ja rohke lehmapiimaga toidetakse. Selles on süüdi muidugi ühekülgne toit, kuid ka lapse kalduvus sellele ühekülgsele toidule.

Mitmed lapsed armastavad piima süüa ja juua ja neile ei keelata seda, sest lapsed ei võta meelsasti teisi toite. Nii saavad nad tihti päevas 1—2 liitrit piima, mõnikord isegi veel rohkem.

Selle ühekülgse toidu tagajärjel lapse vaimne ja kehaline seisukord muutub: laps jääb rahutuks, viriseb palju, ei maga hästi. Ta uni on lühike ja rahutu. Ta meeleolu on tusane, ta ei naera palju; ka väheneb ta agiilsus. Laps muutub üldiselt kahvatuks, ta muskulatuur pehmeks ja loiuks, turgor ja toonus kaovad. Lapse kehakaal hakkab kõikuma: ta võtab vähe või mitte sugugi juurde. Pärastpoole ta kehakaal langeb alatasa.

Nende tunnustega kaasub kõhukinnisus. Laps roojab harva, harilikult 2—3 päeva järel. Roojamine on vaevaline, laps punnib ja ähib. Roe on kuiv, kõva, hall või valkjas, suuremates või väiksemates tükkides. Roe määrib mähkmeid vähe või mitte sugugi. Rooja reaktsioon on leelisene, lõhn meenutab roiskumist. Lapse kõht paisub mõnikord suureks. Tundub meteorismi.

Säärane roe on sellele haigusele tüüpiline ja nimetatakse seebitaoliseks, sest siin ühinevad rasvahapped mineraalainetega, eriti kaltsiumi ning magneesiumiga ja tekitavad sellist rooja. Selle põhjuseks on peamiselt süsivesikute vähesus toidus, mis ei võimalda küllaldast käärimist jämesooles.

Uriin on kibeda ammoniaagilõhnaga.

Lapse organism muutub alkalivaeseks, sest ka soolte kaudu väljub palju alkaleid. Alkalid aga aitavad kehas vett kinni pidada, nagu seda teevad ka süsivesikud. Antud korral on neid mõlemaid kasinalt. Lapse immuunsus langeb. Ta muutub hellaks ja õige vastuvõtlikuks mitmeile haigusile, eriti nakkusile, nagu furunkulid, püodermia, otiit, bronhiit, bronhopneumoonia jne.

Kui toitu ei muudeta, siis jääb laps aegapidi ikka kõhnemaks ja jõuetumaks: viimati on temast järel ainult luud ja nahk — sei-

sund, mida nimetatakse atroofiaks (joon. 8). Laps ei suuda enam isegi karjuda: ta ainult piiksub natuke.

Seisukorrale teeb harilikult lõpu kas gripp, bronhopneumoonia või mõni teine nakkus.

Ravi oleneb sellest, kui vana laps on ja millises seisukorras ta arsti juurde tuuakse. On laps näiteks ainult 3—4 kuud vana või veelgi noorem ja näitab juba selgesti piimatoitekahju tunnuseid, siis on otstarbekohane hakata teda osaliselt rinnapiimaga toitma, kuna lehmapiima seevõrra tuleb ära jätta. Tihti mõjub see üksinda juba hästi. Ei taha ka selle järel seisukord veel paraneda, siis tuleks lehmapiim hoopis ära jätta ja selle asemel mõned korrad võipiima (1—2% jahu + 5—8% suhkrut) anda. Rinna- ja võipiimaga kombineeritud toitmine avaldab sageli päris head toimet lapse paranemisele.

Kui on tegemist vanema imikuga ja peab ainult kunstliku toitmisega läbi saama, siis tuleb kõigepealt lehmapiima hulka vähendada kas piima lahjendades või söögikordi vähendades. Piima lahjendamiseks tuleb tummi või 1—2% körti tarvitada. Kergematel juhtudel aitab juba seegi: roe muutub pehmemaks ja omandab loomuliku kollakaspruuni värvuse.

Sagedasti viib sihile linnaseekstraktisupi andmine säärastele lastele. Viimane valmistatakse järgmiselt: 50 g head, peenikest nisupüüli segatakse $^1/_3$ liitri külma piimaga, klopitakse hästi läbi ja aetakse läbi sõela, et ei jääks tükikesi. Teises nõus on $^2/_3$ liitrit leiget vett, millele lisandatakse 100 g linnaseekstrakti. Mõlemad segud ühendatakse, keedetakse väikesel tulel üles ja toit on valmis. Et selle toidu reaktsioon ei oleks liiga hapu, siis võib linnaseekstraktisupile 10-protsendilist *kalium carbonicum*'i lahust selle neutraliseerumiseni juurde lisada. Lapse vanuse ja haiguse kohaselt võib ja tuleb seda suppi mitmeti muuta, suurendades või vähendades nii jahu, piima kui ka ekstrakti hulka.

Seda suppi võib lastele toiduks anda 5—6 nädalat. Selle puhul roojab laps 1—3 korda päevas, roe on pudrutaoliselt pehme, pruunikas ja hapuka lõhnaga.

Mõnikord avaldab päris head toimet juba see, kui lapse harilikule piimasupile linnaseekstrakti juurde lisatakse umbes üks teelusikatäis portsjoni kohta.

Väga rasketel juhtudel, kus laps juba atroofilises seisundis viibib, aitab vahel veel rinnapiim kombineeritult võipiimaga. Annused

võivad väikesed olla (u. 10—15 g korraga), kuid sagedad, 8—10 korda päevas. Vaheaegadel antagu vett ja tummi.

Terveks võib last alles siis pidada, kui ta endavanuste laste harilikku toitu välja kannatab ja seejuures hästi kosub ja kasvab.

Jahutoitekahju. Lapse toiduks on esimesel poolaastal emapiim, häda korral lehmapiim. Kui lapsele juba esimesel poolaastal hakatakse palju jahutoite andma, siis pikapeale laps haigustub. Ja mida noorem on laps, seda kahjulikumalt ja varemini mõjub temasse ühekülgne jahutoit. Üldiselt võib igasugune jahutoit teatava aja järel haigust tekitada, olgu see söök siis lastejahudest või mõnest muust jahust valmistatud. Niisugust ühekülgse jahutoidu järel tekkinud toitmisriket nimetatakse jahutoitekahjuks.

Esialgu kosub ja kasvab laps päris hästi jahutoidul või peamiselt jahutoidul. Ta on hea välimusega, heas meeleolus ja ta liigutused on elavad. Kuid peagi hakkab lapse juures mõnd iseärasust täheldama: mõned nendest muutuvad pisut rigiidseks ehk kangeks. Nende lihaste toonus on kõrgenenud, hüpertooniline. Teised lapsed muutuvad paksemaks, nad on nagu kergesti paistetanud, eriti tundub seda nende käe- ja jalaselgadel, mis on tursunud, kuid väiksemal määral ka kogu kehal. Nahk on kahvatu, mõnelt kohalt paks ja nagu infiltreerunud. Niisuguseid lapsi nimetatakse pastoosseiks.

Laps roojab harilikult 1—3 korda päevas, roe on pruun, puderjas, homogeenne, hapuka lõhna ja reaktsiooniga. Mõnikord ja mõnedel lastel võib isegi kõhulahtisuse tunnuseid esineda — laps roojab 6—10 korda päevas, roe on tükiline, vedel, kollakasroheline, vahutav. Käärimine sooltes toimub suhkuraineid lõhkuvate bakterite abil, peamiselt *Bacillus butyricus*'e poolt, mille tagajärjel tekivad orgaanilised või-, piima-, sipelga-, äädik- ja teised happed, samuti gaasid vesinik ja süsihappegaas.

Mikroskoopiliselt leidub roojas tärkliseterakesi, palju mitmesuguseid baktereid, eriti ka *Bacterium coli* grupist. Kui haigus niikaugele on arenenud, siis muutub lapse üldine seisund: ta meeleolu on halb, näoilme tõsine, liigutused rahutud, kuid jõuetud. Ta isu on halb ja ta sülje ja pisarate eritumine on vähenenud, kehakaal kõigub, seisab või hakkab langema. Pastoossetel lastel langeb kehakaal vahel väga kiiresti.

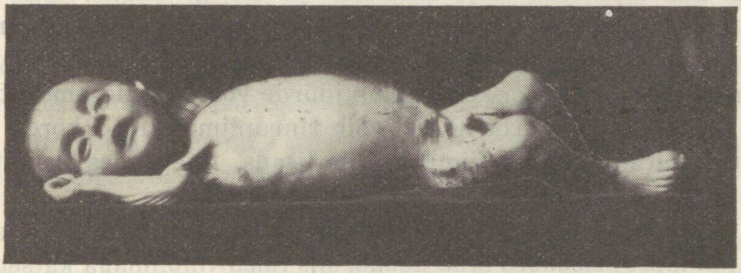
Lapse vastupanu haigustele langeb järjest. Põhihaigusega kaasuvad harilikud nakkused, nagu furunkuloos, püodermia, nasofarün-

giit, otiit, bronhiit, bronhopneumoonia, isegi ka neeruvaagnate põletik.

Eriline näht selle haiguse juures on harva esinev komplikatsioon — kseroftalmia ja keratomalaatsia. Pisarvedelikku eritub vähe, silmalaud jäävad kuivaks, silma sarvnahk, *cornea*, tuhmub, muutub pehmeks, ultsereerub ja perforeerub, mille tagajärjeks on silmanägemise kadu.

Harilikus elus ja rahu ajal esineb seda nähtu vaevalt. 1914.—1918. a. maailmasõja lõpul on aga seda Austrias ja Saksamaal küllalt nähtud.

Nagu piimatoitekahju puhul, nii ka siin laps jääb kord-korralt kõhnemaks ja nagu sulab kokku — esineb atroofia (joon. 8). Diagnoos põhineb anamneesil, lapse ja ta rooja vaatlusel ja teistel nähtudel.



Joonis 8. Atroofia ja furunkuloos.

Haiguse tekkimine oleneb mitmeist asjaoludest. Last toideti peamiselt jahutoitudega. Jahudes on vähe valkaineid ja needki ei ole täisväärtuslikud, nagu seda on loomariigi valgud. Samuti on jahudes vähe rasvaineid ja mineraalsooli. Ja viimaks puuduvad jahudes vitamiinid. On arusaadav, et noor kasvav organism peab sellise toidu puhul haigustuma. Ilma küllaldase valkude ja mineraalsoolade hulgata ei saa ükski organism kasvada. Enam-vähem niisama tarvilikud on ka kõik teised ülalmainitud ained.

Jahutoitekahju nimetatakse ka avitaminoosiks, s. o. haiguseks, mis tekib vitamiinide puudumisel toiduaineis.

Siin on arvatavasti tegemist kolme vitamiini puudumisega. Need on A-, B- ja C-vitamiin. A-vitamiini puudusest tulenevad halb kasvamine ja kseroftalmia nähud, B-vitamiini puudumisest hüpertoonia, anoreksia ja teised närvikavaga ühenduses olevad nähud, kuna C-vitamiin on antiskorbuutiline.

Skorbuudi sümptoome ei tule küll selle haiguse puhul otseselt nähtavale, kuid varjatud kujul on nad siiski olemas.

Ravi nõuab suurt ettevaatust. Kui on tegemist kerge juhuga ja laps väga noor ei ole, siis võib lapsele ta senist toitu edasi lasta anda, kuid lisatakse igale söögile 10—20 g piima juurde ja nii suurendatakse piimahulka iga päev, kuni laps saab $^1/_3$ piima ja $^2/_3$ jahutoite. Kui laps seda hästi välja kannatab, siis tuleb mõneks ajaks selle juurde jääda, kuid lapsele ka vähehaaval aed- ja puuvilja andma hakata, suurendades nende hulka aegapidi. Ka tuleks A-vitamiini anda kas kalamaksaõli või puhta A-vitamiini näol (Vogan). Kui laps on alla kolme kuu vana või kui haigus on liiga kaugele arenenud, siis on kõige paremaks ravimiks r i n n a p i i m. Ka siin tuleb lisada igale jahutoidule 5—10 g rinnapiima juurde, suurendades seda hulka iga päev või üle päeva iga toidukorra kohta 5—10 g võrra. Kui laps seda välja kannatab ja vähegi kosub, siis võib selle juurde jääda ja rinnapiima hulka suurendada selle määrani, mis vastab lapse vanusele. On sage nähtus, et lapsed rinnapiima saamisel ruttu ei hakka kehakaalus juurde võtma, kuid ometi tuleb selle juurde jääda. Tarbe korral võib rinnapiimale 1—2 korda päevas jahutoitu või lehmapiima juurde lisada, täiendades ja mitmekesistades sellega lapse toite.

Ei ole rinnapiima niipalju olemas või ei saa teda niikaua kasutada kui lapse seisukord seda nõuab, siis tuleb võipiimaga katsetada, lisandades seda samuti jahutoidule 5—10 g iga kord ja suurendades seda hulka iga päev samavõrra. Kui mõne päeva järel selgub, et laps seda välja kannatab, siis võib täielikult võipiimasupile (2% jahu + 5% suhkrut) üle minna, tehes seda muidugi aegapidi ja ettevaatlikult. Ka siin tuleb lapsele hakata vähehaaval aed- ja puuvilja andma, samuti ka vitamiine.

Jahutoitekahju ravimisel tarvitatakse ka valkpiima, lisades seda samal viisil nagu piimagi jahutoidule juurde ja suurendades selle hulka järk-järgult. Sellel pole aga mingit paremust, võrreldes eespool-toodud viisidega.

Ägedad toitmisrikked vanematel lastel.

Paljud lapsed näivad ka veel teisel eluaastal imikuna: nad on väikesed, kõhetud, põdurad, eriti need, kes esimesel eluaastal rahhiiti põdesid, keda kunstlikult toideti või kes toitmisrikete all kannatasid. Nad haigustuvad ka 2. ja 3. eluaastal veel õige tihti mitmesugustesse toitmisriketesse. Muidugi juhtub seda ka päris tervete

lastega. Kuid mida vanemaks lapsed saavad, seda vähem esineb neil sääraseid haigustumisi.

Põhjused, mispärast suuremad lapsed kõhurikkeid saavad, on kaunis ühtlased. Esiteks tuleb siin nimetada mao ja soolte ülekoormust mõnesuguste toiduainetega, näit. mitmesuguste maiustistega pühade ajal, külaskäikudel, lastepidudel jne. Lapsed söövad suure isuga ja palju kompvekke, šokolaadi, kooke, joovad kakaod või šokolaadi rohke koorega jne. Sama lugu kordub lastega suvel ja sügisel. Siis söövad nad palju marju, õunu, ploome, eriti ka poolküpselt. Vähem juhtub seda aedviljaga, kuid paljud lapsed armastavad siiski ohtrasti herneid või ube süüa, mis samuti mõjuvad. Vähem esineb juhte, kus laps riknenud toiduaineid on söönud, näit. riknenud kala, liha või vorsti ja selle tagajärjel äkitselt on haigustunud.

Edasi võib siinkohal ka veel neid juhte nimetada, kus lapsed mao ja soolte rikete all kannatavad, mis on teiste haiguste kaasnähtusteks. Need on parenteraalsed juhud kopsupõletiku, leetrite, gripi jne. korral ja paranevad ühes peahaigusega.

Sümptoomid on neil kordadel alati enam-vähem ühesugused: okse üks kord või ka mitu korda järjestikku, kõhulahtisus, kus esiotsa haisevaid masse, pärastpoole aga veel ainult vedelat lima väljub. Temperatuur on 37—38,5°. Laps tunneb end halvasti, kaebab vahel peavalu, vahel kõhuvalu üle. Kergematel juhtudel on asi sellega lõppenud ja laps tunneb juba teisel päeval end paremini ja kipub voodist välja.

Raskematel juhtudel ei möödu oksendamine ega ka kõhulahtisus nii ruttu, eriti õrnadel, tundlikkudel lastel. Mainitud tunnustega seltsivad veel suur joogijanu, rahutus, halb uni, isegi valud alalisel roojamisel (tenesmid).

Nõnda võib haigus mõnda päeva kesta, kuid paraneb siiski vastava raviga võrdlemisi hästi.

Mõnel juhul, eriti toorevõitu puu- või aedvilja söömise korral, võib haigus õige raske ja kardetava kuju omandada. Ülaltoodud tunnustega seltsivad kõrge palavik (40° ja enam), teadvuse kaotus ja krambid, mis toonilis-kloonilist iseloomu kannavad ega erine epileptilistest krampidest. Pulss võib kiire olla, kuid esineb ka aeglast pulssi. Hingamine on enamasti rutuline ja sügav, tuletades meelde lõõtsutamist, mis nii sage on *cholera infantum*'i puhul. Väljahingatud õhus tundub atsetoonilõhna, samuti on ka uriinis

atsetooni leida. Sellist rasket seisukorda nimetatakse *coma dyspepticum*'iks.

See kõik näitab, et on tegemist raske ainetevahetuse rikkega, isesuguse intoksikatsiooniga, mis osalt mao ja soolte traktis, osalt organismi teistes kudedes toimub.

Ka see raske seisukord möödub harilikult kaunis ruttu, umbes 24 tunni jooksul, kestes harva 2—3 päeva. Tervis tuleb unega: laps uinub rahulikult, magab sügavalt ja ärkab teisel päeval rõõmsana.

Kõik need toitmisrikete vormid ei kesta kaua: harilikult 2—3 päeva, rasketel juhtudel 7—10 päeva. Nende prognoos on harilikult hea, välja arvatud mõned liha- või vorstmürgistused, mille puhul ka letaalseid juhte võib esineda.

Ravi on kergetel juhtudel lihtne: laps jääb päevaks või paariks voodisse, kõhu peale pannakse soojad kompressid, mida kolm korda päevas vahetada tuleb, söögiks on ainult tee sahhariiniga ja riisi- või tangutumm. Teisel päeval võib tummile kuivikuid või saia juurde lisada. Kolmandal päeval saab laps juba manna-, riisi- või nuudlisuppi, samuti ka jahukörti. Supid võivad osaliselt piimaga keedetud olla.

Raskematel ja rasketel juhtudel tuleb 24 tundi teedieeti pidada. Järgmisel päeval saab laps riisi- või tangutummi kuivikuga. Kolmandal päeval võib juba katsuda anda manna- või riisiputru või jahukörti veega keedetult.

Kui diarröa möödub, siis võib putrudele hakata piima juurde lisama, alul muidugi vähe, vahest ainult $^1/_3$ piima kahele või kolmele toidule, järgmisel päeval juba kõigile.

Armastatud ja lubatud on neil kordadel mustikasupp ja -kissell, samuti ka kõik valkained, nagu juust, kohupiim, lahja, peenikeseks tehtud looma- või vasikaliha. Muidugi võib ka larosaani, plasmooni ja valkpiima tarvitada.

Kui oksendamine ei lakka, siis võib magu loputada ja lapsele suutäie kaupa endavalmistatud sidrunilimonaadi anda.

Tenesmide korral on soojad kummelitee klistiirid head, mida kaks korda päevas, hommikuti ja õhtuti küllalt sügavalt tuleb teha.

Ravimite järele ei ole suurt tarvidust. Et rasketel kordadel ennemini kõhtu ära puhastada, tuleks mõni lusikatäis *ol. ricini* anda või kui laps seda võtta ei taha või selle välja oksendab, siis $^1/_2$—1 teelusikatäis vee või tummiga *pulvis liquir. compos.*

Kõhtukinnistavaid ravimeid ei ole sugugi tarvis või olgu siis,

kui haigus võtab subkroonilise vormi. Siis tulevad küsimusse tannalbiin, tannigeen, *carbo animalis, bolus alba sterilisata* jne.

Õunravi. Viimasel aastakümnel on hakatud laste akuutseid toitmisrikkeid banaanide ja õuntega ravima. Peale teedieeti hakatakse lapsele kohe tooreid õunu andma. Õunad pestakse puhtaks, lõigatakse süda ja seemned välja ja lastakse lapsel neid 1—2 päeva, raskematel juhtudel isegi 3—4 päeva süüa niipalju kui ta tahab. Väikestele lastele riivitakse õunad peeneks, suuremad võivad neid tükkidena süüa. 2—3—4 päeva järel hakatakse lapsele ka tummisid, putrusid ja teisi eespool-näidatud toite andma, kuna õunte andmine siiski veel võib edasi kesta. Banaandieet on samasugune, kuid banaanid on palju paremad ja toidurikkamad.

Õunte mõjuvateks aineteks peetakse pektiine, mis lapse seedeelundeis punduvad, imendades enesesse vedelikku, elustavad peristaltikat ja eemaldavad niimoodi sooltest kõik halvad ained. Roe on pudingitaoline, rohke ja pruunikaskollane.

Muidugi ei või ega saa õundieeti pidada, kui laps oksendab või komatoosses olekus viibib.

Pikaldased toitmisrikked vanematel lastel.

Vahel esineb suurematel lastel ka kroonilisi toitmisrikkeid. Nende etioloogia on tihti kaunis selgusetu. Näib, et nad kõik põhinevad süsivesikute käärimisel, millele mõnedel lastel lisandub veel seedeelundite konstitutsionaalne nõrkus.

Neid juhte analüüsides selgub, et mõned nendest on alguse saanud ägedast rikkest, mis ei ole paranenud ja mida ei olegi ravitud.

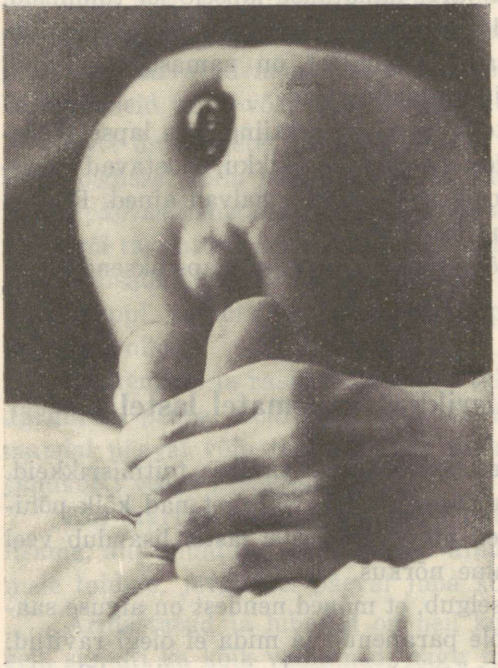
Lapse roe (3—4 korda päevas) on puderjas, erilise lõhnata, kollakas. Laps ei tunne end eriti haigena. Ta sööb harilikku toitu.

Teinekord saab laps väga ühekülgset, süsivesikuterikast toitu, näit. mitmesuguseid putrusid piimaga, sellele lisaks veel kompvekke, šokolaadi, kooke, keediseid jne. Pikapeale võib sellest sooltes tekkida käärimine, mis ei oma ägedat iseloomu, kuid ei kao ka, sest iga päev tuleb samasugust toitu juurde.

Ka siin roojab laps ainult 2—4 korda päevas, roe on vedelavõitu, kohev, gaasimullikestega, kuid lõhnata või hapuka lõhna ja reaktsiooniga, helekollakas.

Paljudel juhtudel jääb haiguse algus ja põhjus tumedaks. Lapse kohta tõendab ema, et ta alati kõhulahtisuste all kannatavat ja

ükski rohi ei aitavat. Laps roojab 4—5 korda päevas, roe on kollakas, puderjas, lõhnata, hapu reaktsiooniga. Selle kõige juures ei ole laps sugugi kõhn, vaid on päris hea välimusega ja ka õige elav. Ema on lapsega paljusid arste konsulteerinud, kuid paranemist ei ole. Need on närvilise konstitutsiooniga ja eriti labiilse seedetraktiga lapsed, kes hästi paranevad, kui neid teise, võõrasse ümbrusse viia, näit. kliinikusse, ja seal neid 4—6 nädalat pidada. Kui nad ruttu kliinikust lahkuvad, siis algab kodus varsti jälle vana lugu.



Joonis 9. *Prolapsus ani.* Vanus 1 a. 10 kuud.

Mitmetel lastel võtab krooniline toitmisrike jämesoole katarri ilme. Laps roojab tihti, kuid seejuures tuleb iga kord ainult vähe rooja, mis on vedel, hele, limane, harva on sellel ka verekiude hulgas.

Kui niisugune seisukord kaua kestab, siis võib pärak või isegi pärasool välja langema hakata (*prolapsus ani et recti*). Esiotsa tuleb ainult natuke päraku limanahka nähtavale, mis iseenesest peale defekatsiooni tagasi läheb (joon. 9). Viimaks võib õige pikk ots pärasoolt, umbes 10—15 cm, välja langeda, mis on limane ja sinakaspunane. Sool ei lähe ise tagasi, vaid seda tuleb kohe reponeerida. Alaliste roojamistega on *sphincter ani* nõrgenenud ja langeb roojamisel ikka välja.

Et need rikked on suures enamikus käärimiste tagajärjel tekkinud, käärimise materjaliks aga süsivesikud on, siis tuleb ravimisel kõik kergesti käärivad ained toidust kõrvaldada. Suhkru asemel tuleb sahhariini kasutada, jahudest kartuli-, nisu- ja riisijahu, sest need ei lähe kergesti käärima.

Piim tuleb piimasuhkru pärast ära jätta, mis on teatavasti kergesti kääriv aine.

Ka rasvade hulka tuleb vähendada, sest ka need tekitavad sooltes lagunemisel happeid, mis kõhtulahtistavalt toimivad. Samuti tuleb ka toorained ja tselluloosirikkad toiduained ära jätta, nagu must leib, kartulid, kaalikad, kapsad, redised jne., sest sooled on ärritatud olekus ja peavad puhkust saama.

Ravi alguses võib 12—24 tundi teedieeti pidada, siis tummide ja veega keedetud putrudega peale hakata, millele lisaks kuivikuid, keeki või biskviiti võib anda. Teisel või kolmandal päeval võib anda mustikasuppi või -kisselli riisi- või mannapudruga.

Valkaineid võib igal viisil tarvitada, nagu lahja, keedetud loomaliha, juust, munad, plasmoon, larosaan, valkpiim, kohupiim. Suppide juurde võib anda kuivikuid, saia, biskviiti, ka natuke sepikut.

Joogiks on kõige parem puhas, värske vesi, lahja tee, viljakohv ja eriti ka tammetõrukakao või -kohv.

Haiged lapsed peavad varsti ka vitamiine saama. Kui seisukord vähegi lubab, siis tuleb õige vähesel määral ja ettevaatlikult hakata neid andma, nagu mõned tilgad sidrunimahla, veidi maasikaid või tomatimahla, samuti õunu ja pirne. Muidugi võib ka apteegist saadavaid vitamiine kasutada.

Eduga võib rakendada ka dieeti banaanide või õuntega, nagu lk. 87 on kirjeldatud.

Jämesoole katarri puhul tuleb kaks korda päevas kõrgeid klistiire teha kas kummelitee või leige veega ja vähemalt $^1/_2$—1 liiter vedelikku sisse lasta, mis uhab *ampulla recti* puhtaks ja kõrvaldab seega tenesmid ja sagedad roojamised.

Pärasoole väljalange puhul tuleb hoolitseda, et roojamine oleks kerge, et laps ei punniks ega pressiks. Seda võib saavutada kas toitudega või ka kergete lahtistajatega, näit. mineraalvete või -sooladega. Lapsel tuleb lasta roojata selili olles mähkmete sisse, või kui laps seda ei tee, siis asetada ta toolile, mille alla pott on pandud, millelt lapse jalad põrandale ei ulatu.

Ka kleebitakse lapse tuharad leukoplastiga kokku, et sellega päraku ja pärasoole muskulatuuri tugevamaks teha, sest nad tõmbuvad selle tagajärjel reflektoorselt kokku.

Prof. Birk arvab, et võib sääraseid lapsi mitu korda päevas tuharatega soolalahusesse panna, mis samuti sunnib muskulatuuri reflektoorselt kokku tõmbuma, eriti muidugi *sphincter ani*'t.

Mõned soovitavad lastel kõhul lamada (isegi nädalate viisi), mis ka hästi pidavat mõjuma. Soovitatakse ka päraku ümbruse faradiseerimist, samuti ka mõnesuguseid kirurgilisi võtteid.

Kui pärasool välja langeb, siis tuleb see kohe reponeerida, tarvitades selleks vaseliini või õliga määritud marlit või linast puhast lappi. Vajutada tuleb tasa, aeglaselt ja ettevaatlikult.

Herteri tõbi ehk intestinaalne infantilism. See haigus omab erilist kohta krooniliste toitmisrikete hulgas, esineb õige harva ja tabab lapsi 1.—4. eluaastal, harva varemini, kuid mõnikord ka hiljemini, ja kestab tavaliselt 1—2 aastat, kuid on olnud juhtusid, kus ta mitmeid aastaid kestis.

Haiguse iseolu seisab selles, et lapse sooled ei suuda rasv- ja suhkuraineid küllaldaselt resorbeerida, samuti ka mineraalsooli ja võib-olla ka vitamiine. Soolte motiilsus on rikutud. Kergematel juhtudel on mao ja peensoolte motiilsus kiirendatud, rasketel on see nõrk ja aeglane. Lapsel vahelduvad kõhukinnisused kõhulahtisustega, mille vahet mõned päevad on, samuti vahelduvad paranemised halvenemistega.

Seejuures jääb laps kõhetuks, muskulatuur muutub lõdvaks, pehmeks, nahk võtab kahvatu ilme. Kõht muutub harilikult suureks, on pehme ja kompides tundub seal vedelikku olevat, mis aga ei ole *ascites*, vaid *pseudoascites*, sest vedelik peitub sooltes.

Rooja on kuni 300—500 g päevas, hapuka lõhna ja hapu reaktsiooniga, hall, kohe va konsistentsusega, kus on palju gaasimullikesi näha. Roojas on palju rasvahappeid ja tärklist.

Lapsed jäävad kasvult lühikeseks, kaalult kergeks. Nende kaal võib vahel tõusta, kuid langeb siis jälle rapiidselt. Nii võib 1- kuni $1^1/_2$-aastane laps ainult 5—$5^1/_2$ kg kaaluda.

Oma iseloomult on need lapsed õige tujukad: neile ei meeldi pea üks, pea teine toit. Mõned nendest püüavad süüa liiva, süsi, paberit või ka krohvi.

Et nende laste toidus puuduvad mitmed tarvilikud ained, siis seltsib peahaigusega ka mõningaid komplikatsioone, nagu tetaania või skorbuudi nähud, mõnikord ka luude fraktuurid, sest nende luud on sooladevaesed. Aneemia on nende alaline saatja.

Patoloogilis-anatoomiliselt ei leidu neil midagi iseloomulikku peale aneemia ja *inanitio*.

Suurem jagu neist lastest paraneb, kui neid küllaldaselt ravitakse ja hästi hooldatakse. Muidu langevad nad interkurrentsete haiguste ohvreiks.

Varemini raviti sääraseid lapsi peamiselt naisepiimaga. Prof. Heubner mainib poisikest, kes 9. eluaastal tema ravile tuli ja amme rinda imes. 5.—7. eluaastal oli ta ainult naisepiimast elanud, kuid siiski paranes ta täiesti.

Nüüd ravitakse neid lapsi hapupiima ja puuviljaga. Nendele antakse võipiimasuppi või valkpiima 400—800 g päevas, siis banaane 2—12 tükki päevas, apelsine, sidruni- ja tomatimahla, maasikaid ja vaarikaid, pärastpoole ka putrusid, liha, kohupiima, maksa ja kartuleid.

Vitamiine võib esiotsa süstimiste abil anda; tetaania vastu tuleb kaltsiumi süstimistega võidelda. Neid lapsi on parem kuski sanatooriumis või haiglas ravida, kus neid ka hingeliselt saab mõjustada. Neid peab igasuguste infektsioonide eest hoidma.

Ühekülgne toit ja kõhukinnisus. Paljud lapsed kannatavad kõhukinnisust kuusid, vahel isegi aastaid. Nad on kahvatud, nende lihased on nõrgalt arenenud, loiud ja pehmed. Kõht on enamasti suurevõitu. Rooja esineb mitme päeva järel kõvade, väikeste hallikate või ka kollakaspruunide tükikestena. Lapsed roojavad ainult klistiiri või mingi laksansi abil.

Neid lapsi lähemalt uurides peab kõigepealt mõtlema sellele, kas siin ei ole tegemist mõne orgaanilise veaga, nagu Hirschsprung'i tõbi, tuumorid, stenoosid, spasmid, *fissura ani*, või kas haige ei ole mitte nõrgamõistuslik, sest näit. müksödeemi ja mongolismi puhul esineb harilikult alati kõhukinnisus.

Kui midagi sellesarnast ei leidu, siis tuleb lapse toitmine küsimusse. Siin kuuldakse emalt, et laps muud toitu peaaegu ei tahagi süüa kui ainult piima, mida ta sööb ja joob niipalju kui tahab. Ema temale seda ka ei keela, sest laps ju muud ei söö. Mõned lapsed saavad piimale lisaks ka veel üks või kaks muna päevas.

Suppe ei söö need lapsed üldse mitte. On ka sääraseid, kes üldse kõvemat toitu ei söö, vaid ainult piimast elavad. Isegi piimaga keedetud mannat ei neela nad alla.

Teised lapsed saavad küll ka mitmesuguseid teisi toite, kuid söövad peamiselt piima, mune ja lihatoite, mis neile enam meeldivad.

Peale kõhukinnisuse ja sellega ühenduses seisvate nähtude võib neil lastel väga tihti konstateerida ekssudatiivseid lööbeid, nagu *strophulus*, *prurigo* jne. Ka on need lapsed teataval määral närvilised, õige tujukad ja tundlikud. Tihti on nad vaimselt hästi

arenenud ja endavanuseist kaugele ette jõudnud. Paljud nendest on vanemate ainukesed lapsed, keda igapidi hellitatakse ja hoitakse.

Ravi on siin tulemusrikas, kui vanemad vähegi arsti ettekirjutusi täidavad, mida aga harva juhtub. Seepärast on parem neid lapsi võõras ümbruses, sanatooriumis või haiglas ravida.

Siin tuleb neid mitte üksnes ravida, vaid ka kasvatada.

Esiteks tuleb vanematele öelda, et piim ei ole mitte joogiks, vaid söögiks määratud ja seda tuleb lapsele 3. eluaastal $^1/_2$ ja 4. eluaastal ja edasi ainult veel $^1/_4$ liitrit päeva kohta anda.

Lapse toitu tuleb mitmekesistada, nii et toidus oleks ka neid aineid, mis enam rooja annavad, nagu puu- ja aedvili, sepik, must leib, kartulipuder, kapsad jne.

Peale selle tuleb lapsi harjutada teataval kindlal ajal roojama ja seda käsitama kui loomulikku ja enesestmõistetavat toimingut, millest ei räägita ega tehta väljagi.

Edasi on tarvilik, et lapsed küllaldaselt liiguksid, mängiksid ja end väsitaksid. Selleks on aga tarvis teisi lapsi.

Muidugi ei saa seda kõike kätte ruttu ja mõne päevaga, vaid selleks kulub nädalaid.

Esiotsa, kui kõht veel kõva on, võib mõnikord klistiiri teha või mõnda kerget laksansit anda või ka supositoore tarvitada, kuid vähehaaval ja kord-korralt ära jättes.

Sagedasti puudub neil lastel ka isu. Siis on hea neile anda ainult kolm korda päevas süüa, jättes ära lõuna- ja õhtuoote.

Suurematel lastel juhtub vaevalt kunagi seda, et neil kõht kinni on toiduvähesuse või toidupuuduse pärast, mida aga küll imikueas esineb.

Ületoitmine. Paljud vanemad soovivad, et nende lapsed prisked ja paksud oleksid, sest ainult säärased lapsed on nende silmis terved ja elujõulised. Iga teissugune laps näib neile kas haiglane või nõrk olevat. Ja seepärast peavad lapsed palju sööma, et terved ja prisked olla, sest toit olevat terviseks, nagu nad arvavad.

Eriti esineb seda lastevaestes perekondades, sest niipalju lubatakse enesele alati, et üht või kaht last hästi, isegi liiga hästi toita, kõnelemata veel neist perekondadest, kus juba mitu põlve ainult üks laps üles kasvatatakse.

Neid lapsi toidetakse luksuslikult. Neile antakse tihti süüa ja söögid on kompaktsed — kaloriterikkad: piim, munad, liha, muidugi ka supid, praed, või, koor, saiad, kakao, šokolaad. Joogiks piim või mõni suhkurdatud mahl. Vaheaegadel veel maiustisi: šokolaad,

kompvekid, koogid, banaanid jne. Mõned lapsed saavad sellele veel lisaks kalamaksaõli või linnaseekstrakti.

Üks osa lapsi harjub selle toiduga, sööb oma tarviduse järgi, on rõõmus, kosub ja kasvab loomulikult. Teine osa lapsi on isegi kõhnavõitu, olgugi et neil kõike küllaldaselt saada on. Need on sellise konstitutsiooniga ja neid ei saa millegagi paksuks sööta. Nad ei ole haiged ega ka nõrgad. Nende vastupanuvõime on isegi suurem kui paksudel lastel.

Kolmas osa lapsi läheb paksuks, eriti need, kellede perekonnis pakse isikuid on ja kelledel selleks teatav dispositsioon on. Paksudest lastest on mõned õige kahvatud, olgugi et verevaesust ei ole. Teised muutuvad pastoosseks, eriti need, kes peamiselt süsivesikuterikast toitu armastavad. Kõik nad on paksud, suure nahaaluse rasvakorraga, mis eriti kõhu peal nähtavale tuleb. Nahk on neil kõigil enam-vähem kahvatu, lihased pehmed ja vähe arenenud.

Paljud nendest on kehaliselt ja osalt ka vaimselt väheliikuvad. Mitmed nendest kaebavad valude üle jalgades ja nendel võivad *pedes plani* või X-jalad välja areneda.

Ravi ülesandeks on nende laste toitmine ratsionaalsele alusele seada. Neile tuleb 3—5 korda päevas harilikku toitu anda, kõik vahetoidud ära jätta, piimajoomine ära keelata jne. Edasi on hea neile korraldada puu-, aedvilja- või kartulipäevi, umbes 1—2 päeva nädalas, kus nad muud ei saa kui ainult neid toite. See tõstab nende isu, puhastab kõhtu ja värskendab.

Peale toitude reguleerimise ei tohi unustada lapse loomulikku tarvidust — liikumist. Seda vajavad just ületoidetud lapsed: jalutuskäigud, ujumine, mängud, eriti ka jalgpall, mida lapsed ju nii armastavad.

Isutus. Tihti tuuakse arsti juurde lapsi, kellede kohta nende emad kaebavad, et nad midagi ei söövat ja ära lõppevat. Need on harilikult 1- kuni 6-aastased lapsed, harva vanemad.

Nende läbivaatusel on raske midagi objektiivselt kindlaks teha. Nad on enamasti elavad, keskmise toitumuse ja hea välimusega lapsed.

Osa selliseid lapsi sööb küllalt. Söökide hulk, mida nad öö-päeva kohta ära tarvitavad, vastab nende tarvidusele. Ema kaebused on põhjendamatud ja ekslikud, sest mõnikord ei ole emal õiget kujutlust, kui palju ta laps sööma peab.

Teine osa lapsi ei taha küll söögiajal kuigi palju süüa, kuid sööb seda rohkem vaheaegadel. Neil on alati midagi käes, nagu koogid,

sai, kompvekid, šokolaad, banaanid jne., mida nad söövad. Juba nendega saavad nad enam kaloreid kui nende toidutarve seda nõuab.

Kolmas osa lapsi sööb vahel päris hästi, kuid siis tulevad ajad, kus nad väga halvad sööjad on. Need on lapsed, kes mõne haiguse all kannatavad, mida ei ole kerge üles leida, nagu *nasopharyngitis* või *adenopathia tracheobronchialis*. Kui neil õhtupoolikul kehasoojust mõõta, siis leidub temperatuure 37,2—38,2°, mis nädalaid võib kesta. Kaovad temperatuurid, siis tõuseb lapsel jälle isu.

Edasi leidub lapsi, tavaliselt 1- kuni 3-aastasi, kes mingil tingimusel ja midagi ei taha süüa. Ema lubab neile kõike ja toob neile kõike, et nad ainult sööksid. Võib isegi säärast mängu näha, et laps jookseb ees, ema lusika ja toidukruusiga järele, ja kui viimane järele jõuab, siis pistab ta lusikaga toitu lapsele suhu, mida laps ka laseb toimuda. Igakordne toitmine on suureks sündmuseks, millest on kogu pere huvitatud.

Kui niisugune laps ühes emaga kuhugi haiglasse satub, siis kordub sama mäng. Läheb ema koju ja jääb laps üksi, siis on varsti kõik teisiti: laps muutub korralikuks ja sööb teiste lastega ühes kõiki harilikke lastetoite.

Need on harilikult ainukesed lapsed, kellede soove ja ihasid alati täidetakse, kuid kes ise kellelegi ja milleski ei taha alluda. Paljud nendest on neuropaatilisist perekonnist, kus kasvatus ja distsipliin puuduvad.

Vanematel lastel esineb isutust vähem.

Mõned koolilapsed ei taha enne kooliminekut midagi süüa: nad on ärritatud, hirmul, et nad hiljaks jäävad või et nad ei ole õppinud ja kardavad mõnda õpetajat, kes kuri on, söövad siis rutuga ja oksendavad sellegi välja. Enam esineb seda kevad-poolaastal kui sügisel.

Kui isutus põhineb funktsionaalsel alusel, siis laps paraneb. On selle põhjuseks mõned orgaanilised haigused või vead, siis tuleb muidugi neid ravida.

Isu puudumisel tuleb nende põhimõtete järgi käia, mida oleme juba ühekülgse ja ületoitmise juures rõhutanud.

See on mitmekesine, puu- ja aedviljarikas toit, pikad toitude vaheajad, tarbe korral isegi ainult kolm korda päevas süüa. Jalutuskäigud ja mängud teiste lastega. Ja viimaks — laps peab alluma vanemaile, mitte vanemad lapsele.

Kui vanemad seda ei suuda läbi viia, siis on parem anda laps

kuhugi raviasutisse, kus loomulik toit, kord ja loomulik kasvatus koos teiste lastega head ja tervendavat mõju avaldavad.

Koolilaste isutust ja oksendamist tuleb ravida nende töökoorma vähendamisega, varajasema magamaheitmise ja varajasema ülestõusmisega. Neil tuleb rohkem jalutada ja teiste lastega mängida. Tuleb anda neile mitmekesist toitu ja mitte eriti sööma sundida.

Juba see tõsiasi, et õpilased suvel iialgi ei oksenda, on tõenduseks, et siin närvlikkuse ja ülekoormusega tegemist on.

Erirühma moodustavad halvad ja aeglased sööjad. Neid esineb juba imikueas ja nende hulk suureneb väikelapse- ja mängulapseeas, lõpeb harilikult suurlapseeas. Siin ei saa ühtegi reeglit üles seada ja neid tuleb igaühte isemoodi kohelda.

Oksendamine. Loomulikult on oksendamine enesekaitseabinõuks mitmesuguste haiguste puhul. Oksendamine võib ka organismile enesele ohtlikuks saada, kui ta mõnedel põhjustel liiga tihti ilmub ja viimaks nagu harjumuseks saab.

Need on enamasti väga elavad, liikuvad ja intelligentsed lapsed, kes kõigile muljetele vastuvõtlikud on.

Enamasti on ikka nii, et laps ei taha mõnd sööki süüa, sest ta on vaheajal juba küllalt söönud, või temale ei meeldi see toit, võib-olla selle toidu lõhn või midagi muud selle söögi juures, või jälle ta ei armasta seda isikut, kes temale toitu pakub. Ja kui teda siis vägisi sunnitakse sööma, siis vastab ta sellele oksega. Kui kord oksendamine selgeks on saanud, siis oksendatakse iga asjaolu puhul, mis ei meeldi või ka väga meeldib. Oksendamist võivad põhjustada näit. vastumeelsed toidud, hirm karistuse eest, kartus hilineda kooli. Kui selline laps näeb, et keegi oksendab, siis hakkab ka tema oksendama; samuti oksendab ta vahel ka heameelest, näit. külaskäigu, lastepidu, teatrietenduse jne. puhul. Need on harilikult närvlikkude vanemate võsukesed ja nende vanemad on ka ise lapsena oksendanud.

Nii on mul teada perekond, kus ema lapsena koolis käies hommikuti ei ole sugugi süüa tahtnud ja kui ta natuke on söönud, siis on sellegi välja oksendanud, sest ta kartnud üht õpetajat, kes väga kuri olnud ja lapsi löönud. Ta vanem poeg oksendanud 3.—6. eluaastal alati, kui mõni rõõmus sündmus ees seisnud, nagu kevadel maalesõit, laevaga sõitmaminek, lastepidud, isegi jõulukuuse eel. Ema 5-kuune poeg laseb peaaegu iga söögi järel osa toitu suust välja ja kui ta mõnda sööki ei taha, siis oksendab kõik välja. Selle kõige juures on poiss elav, agiilne, hea toitumusega ja kõigiti terve.

Nendel lastel leidub ka teisi tunnuseid, mis nende närvide labiil-

sust kinnitab. Nad mõnikord teevad öösi aseme märjaks, ärkavad vahel une pealt üles, on kohkunud ja hirmul, kuid rahunevad ja uinuvad peagi (*pavor nocturnus*).

Nende ravi vanemate majas ja harjunud, tuntud ümbruses ei anna harilikult tagajärgi. Seepärast tuleb neid kuhugi raviasutisse paigutada, kus nad ilmtingimata peavad asutise personaalile alluma.

Ka siin tuleb mõnesuguseid manipulatsioone ette võtta, näit. maoloputust, kõri- ja maoregiooni faradiseerimist, õhtul voodis keha hõõrumist külma või piiritusveega, mõned mõrud tilgad tuleb sisse anda jne.

Kui ravi kestab 4—8 nädalat, siis võib juba paranemist loota, lühema aja puhul esinevad kodus kergesti retsidiivid.

Perioodiline oksendamine. Seda haigust esineb võrdlemisi harva. Lapsed 2—10 a. vanuses oksendavad ägedasti, mis umbes 2—3 päeva kestab, siis ära jääb ja mõne aja pärast jälle kordub. Oksendatakse umbes iga tunni või poole järel nii ägedalt, et laps tilka vettki sees ei pea. Laps on väga nõrk, osavõtmatu, kaebab kõhuvalude üle ega taha millestki ja midagi teada. Mõnedel kordub see 4—6 nädala järel, teistel ühel poolaastal mitu korda, millele siis järgneb pikk vaheaeg.

Sellel haigusel võivad ka omad eelmed olla: laps muutub mõni päev enne seda rahutuks, nõudlikuks, isegi vihaseks, samuti ei meeldi temale mõned toidud.

Haiguse väljakutsujaks on harilikult mõni eriline sündmus, nagu trauma, hingeline vapustus, kehaline väsimus, vastumeelne toit jne.

Haiguse hooajal leitakse, et magu on alul hüpertoonilises, pärast hüpotoonilises seisundis ja et mao motiilsus on väga loid.

Lapse hingamisõhuga eritub atsetooni, samuti ka uriiniga, ja veri sisaldab palju atsetooni.

Selle haiguse etioloogia on selgusetu. Mõned süüdistavad maksa insufitsientsust, sest haiguse lõpupoolel lähevad mõned haiged kollakaks, teised leiavad sarnasust migreeniga, kuna kolmandad teda vegetatiivse ergukava ärritustega ühendusse püüavad viia.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb mõelda meningiidile, apenditsiidile, *volvulus*'ele või *ileus*'ele.

Ravi ülesandeks on last rahustada, teha talle kloraalhüdraadiklistiire või süstida luminaali intramuskulaarselt. Janu kustutuseks võib jäätükke lasta suus hoida või külma sidrunilimonaadiga suud loputada.

Edasi võib suhkruveest (20%) toiduklistiire teha ja kui võimalik, siis viinamarjasuhkrulahust (25%) intravenoosselt süstida või kui see võimatu, siis intramuskulaarselt. Kui oksendamine lakkab, siis ettevaatlikult, suutäitekaupa suhkruvett neelata lasta, pärast anda marjakeediseid ja ka teisi toite. Lapse ümbrus peab vaikne ja rahulik olema.

IV. Enneaegsed ja alakaalulised lapsed.

Enneaegseteks kutsutakse neid vastsündinuid, kes muidu terved on, kuid liiga vara sündisid, mida võis põhjustada näit. õnnetusjuhtum raseda emaga või ema kitsas vaagen, mis kunstliku enneaegse sünnituse tarvilikuks tegi.

Teise gruppi kuuluvad need lapsed, kes haigetest vanematest, eriti haigest emast, sünnivad ja seetõttu ka ise päris terved ei ole.

Enneaegsete laste hulka loetakse ka kõiki neid lapsi, kes küll õigel ajal on sündinud ja ka välja on kantud, kuid siiski nõrgad, jõuetud ja alakaalulised on. Üldse kõik lapsed, kellé sünnikaal alla 2500 g on, arvatakse enneaegsete laste hulka.

Neid lapsi ei olegi nii vähe. Suurlinnades esineb neid rohkem, väikelinnades ja maal palju vähem. Nii on neid Pariisi suurtes sünnitusasutistes 15,4%, Berliinis 11,8%, Eestis 4,8%.

Põhjusi, mispärast enneaegseid ja alakaalulisi lapsi sünnib, on mitmesuguseid.

A. Ylppö loendab 7 põhjust:

1) Ema haigused, nagu *lues, tbc,* gripp, pneumoonia, sarlakid, neeruhaigused, eklampsia, südamehaigused, *diabetes* jne. (14,1%).

2) Habituaalne, familiaarne enneaegne sünnitus (0,6%).

3) Sünnitusteede anomaaliad ja haigused, nagu kitsas vaagen, *placenta praevia, myoma uteri, gonorrhoea* jne. (4,5%).

4) Enneaegne sünnitus trauma tagajärjel (4,5%).

5) Kaksikud 19,2%.

6) Kolmikud 1,7%.

7) Teadmata põhjustel 55,2%.

Enneaegsed lapsed on peale oma väiksuse väga kõhnad, sest nende nahaalune rasvkude ei ole veel sugugi arenenud. Nende keha on kaetud ihukarvakestega, *lanugo*'ga; pea on võrdlemisi suur, jäse-

med lühikesed. Sõrme- ja varbaküüned on vähe arenenud. Suured ja väikesed *labia*'d ei kata *vulva*'t. Testiikulid ei ole veel skrootumis.

Muidugi on nende laste eluvõime nõrk. Mida vähem nad kaaluvad, seda suurem on nende suremus. Ylppö toob selle kohta järgmisi andmeid: esimese aasta lõpuks suri 668 lapsest 600—2500 g sünnikaaluga 50,33%, nendest

600—1000 g	94,4%
1001—1500 g	65,1%
1501—2000 g	48,8%
2001—2500 g	33,5%

Lapsi, kelle sünnikaal on alla 1000—1200 g, on raske elus hoida: nad surevad peaaegu kõik. Harva on siiski võimalik olnud mõnda neist üles kasvatada. Nii on teada, et juba õige väikese sünnikaaluga lapsi on suudetud elus hoida ja üles kasvatada: D'Outrepont 750 g, Pirquet' kliinik Viinis 1913. a. 790 g, Ylppö 840 g, Pfaundler 860 g, jne.

Et need lapsed kogu oma olemuses väga arenematud ja nõrgad on, siis suudavad neid elus hoida ja üles kasvatada ainult need isikud, kelledel selleks erilisi teadmisi on ja kes suure hoole ja armastusega sellele tööle anduvad. Parim on neid kuski sellekohases asutises kasvatada.

Need lapsed ei suuda oma t e m p e r a t u u r i loomulikul kõrgusel (37° C) hoida, sest nende soojuse regulatsioon on veel arenemas. Nende keha annab palju soojust ära, sest rasvkude, hea soojusehoidja, on veel arenemata. Edasi on teada, et mida väiksem olend, seda suurem on suhteliselt ta kehapind ja seda enam kaotab ta ka soojust kehapinna kaudu.

Seepärast on esimeseks hooleks neid lapsi mitte ära jahtuda lasta. Kohe peale sündi tuleb neile valmis hoida nii soe vann (28° R) kui ka soe ihu- ja voodipesu. Nende kehatemperatuuri peab alaliselt 37° C ümber hoidma. Seda saavutatakse sellega, et pannakse lapsele sellekohased kummikotid kuuma veega: ühe jalgade alla ja kummalegi poole külge ühe. Seejuures peab valvel olema, et last mitte üle ei kuumutataks, mida kergesti võib juhtuda. Toatermomeeter, mis lapse riiete vahel 20—24° R peab näitama, aitab soojust reguleerida.

Lapsed, kes alla 2000 g kaaluvad, on eriti õrnad külma vastu. Nende keha tuleb kuni nabani ja käed ja jalad puuvilla sisse mässida

ja puuvillaga vooderdatud mütsike pähe panna. Neid ei tule iga päev vannitada ega ka mitte sageli lahti riietada, või olgu siis, kui tuba ja vannituba hästi soe on. Nende toa soojus võib olla 16—18° R.

Kuvöösid ehk erilised soojuskastid, kus sääraseid lapsi ennemini kasvatada püüti, on nende halva õhu pärast ja muil põhjusil praegusel ajal täiesti ära jäetud.

Enneaegsed lapsed on halvad imejad. Nad on liiga unised, tihti liiga nõrgad, nende imemise ja neelamise tsentrum on veel arenemas ja seepärast teeb nende toitmine suuri raskusi.

Neid tuleb siiski katsuda rinnale panna ja selleks harjutada ja kasvatada, seni aga toita pipetiga või lusikaga. Kui ka see ei õnnestu, siis tuleb neile peenikese sondiga emapiima 5—6 korda päevas sisse anda.

Kuni nad halvasti söövad, tuleb neid tihedamini, umbes 8—10 ja enam korda öö-päeva kohta toita, ja püüda, et nad saaksid toitu $^1/_5$—$^1/_6$ oma kehakaalust. Teoreetiliselt arvestades peaksid nad 110—150 kalorit iga kg keharaskuse kohta öö-päevas saama, kuid tegelikult saavad nad vähem, sest neile ei suudeta kuidagi niipalju sisse anda.

Kui nende toitmine juba reguleerunud on, siis tuleb neile samuti 5—6 korda päevas süüa anda.

Selliseid lapsi toidetagu alati naisepiimaga, vastasel korral ei ole neist suurt loota. Välismaal on mõnd last suudetud võipiimaga ja selle lisanditega (Mondamin 2%, Dextropur 6%) üles kasvatada, mis siiski väga raske on.

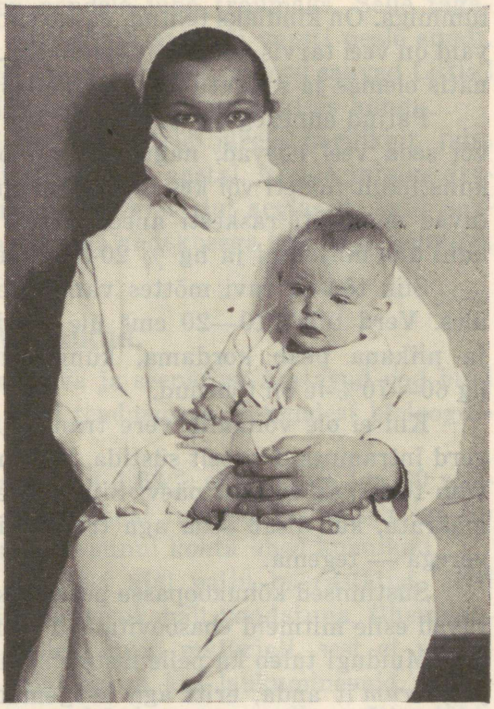
Paljudel enneaegsetel lastel on hingamistsentrum veel vähe arenenud ja seetõttu tekib mitmeil neist asfüktilisi või tsüanootilisi hooge, mis väga kardetavad on. Neid peab alati kartma ja nende vastu valmistatud olema. Vahel aitab lapse raputamine või laksu andmine tuharatele, hapniku andmine, soe vann külmade piserdamistega, mis võtteid alati proovida tuleb.

Kui neist ei piisa, siis süstitakse koramiini või lobeliini ($^1/_2$ ampulli) intramuskulaarselt. Mõned on katsunud neid ravimeid isegi kas *sinus sagittalis*'esse või otse südamesse süstida.

Neljandaks raskeks ülesandeks nende laste kasvatamisel on nakkuste ärahoidmine, eriti gripi, nohu ja teiste sellesarnaste haiguste eemaletõrjumine. Neid lapsi tohivad ainult täiesti terved inimesed hooldada ja needki nina- ja suukattega (joon. 10), kuna „külmetanud ja köhijad" nende juurde üldse ei tohi minna.

Nende laste hingamine on nii vaikne, et seda ei kuule ega näe. See on *vita minima* ehk prantslaste *vie sans respiration.*

Et neil lastel soojuse regulatsioon puudulik on, siis ei reageeri nad ka mitte sugugi või reageerivad õige nõrgalt nakkushaigusile, kuid võivad siiski bronhopneumooniasse surra. See on nn. asteeniline kopsupõletik.



Joonis 10. Õde nina- ja suukattega.

Rahhiit on nende laste alaliseks saatjaks. Nad saavad emaihust vähe mineraalsoolasid kaasa ja on seepärast õige disponeeritud rahhiidile. Seetõttu tuleb neid profülaktiliselt selle vastu kaitseda, alates 3. elukuust: vigantooli 2—3 tilka päevas kolme nädala jooksul, siis kolm nädalat vahet ja jälle anda, või 3 korda nädalas paista kõrgustikupäikesega. Viimast tuleb ainult lapse voodis teha ja last mitte välja viia. Võib ka anda iga päev üks teelusikatäis peenikeseks hõõrutud spinatit või tomatimahla.

Kui rahhiit juba olemas on, siis tuleb anda vigantooli iga päev 5 tilka või kõrgustikupäikest iga päev kolme kuni nelja nädala vältel.

Neist abinõudest tuleb muidugi sellised valida, mis teataval juhul kõige kergemalt läbiviidavad ja kättesaadavad on.

Enneaegsetel on suur kalduvus kehvveresusele, aneemiale. Sündides on neil 6—7 miljonit erütrotsüüti ja kuni 140% hemoglobiini, mis on seletatav lapse fetaalse vere iseärasustega, mis on süsihapperikas ja mille vastu laps ennast erütrotsüütide rohkenemisega kaitseb.

Peale sündi hakkab punaliblede arv kahanema ja võib langeda isegi 3—3,5 miljonile ja 60% hg, mis ei ole mitte väheveresus.

Verevaeseks loetakse last siis, kui ta ka tõesti kahvatu on.

Selle ärahoidmiseks on lapsele tarvis anda, alates 3. elukuust kuni 6. kuu lõpuni, iga päev üks teelusikatäis peeneks hõõrutud, keetmata spinatit, mis ka rahhiidi vastu aitab. Sama mõju on 10 tilgal sidrunimahlal, mida lahjendatult ja suhkrustatult iga päev tuleb anda, kuid siia juurde veel kaks korda päevas 0,1 *ferrum reductum*'it tummiga. On kindlaks tehtud, et aneemia puhul raud üksinda ei aita, vaid on veel tarvis anda ka C-vitamiini. Need mõlemad ained on spinatis olemas ja seetõttu on viimane lastele ideaalseks toitravimiks.

Paljud enneaegsed, eriti need, kes mõne haiguse all kannatasid või seda veel põevad, nagu furunkuloos, gripp, püeliit jne., keda kunstlikult toideti või kes isegi emarinnal halvad sööjad on, haigustuvad enamasti raskesti aneemiasse. Nende punaliblede arv võib kuni ühe miljonini ja hg % 20-le langeda.

Siin tõuseb ravi mõttes vanemate vere transfusiooni küsimus üles. Verd tuleb 10—20 cm^3 üle kanda, mida mõne päeva pärast ja niikaua peab kordama, kuni punaliblede arv 4 miljonile ja hg 60—70%-le on tõusnud.

Kui ei ole võimalik vere transfusiooni ette võtta, siis võib ka verd intramuskulaarselt süstida, kuid mitte üle 5 cm^3 korraga. Seda võib teha kas või iga päev. Siin ei ole tarvis veregruppe kindlaks määrata, küll peab seda aga transfusiooni korral — ka vanemate verega — tegema.

Süstimised kõhukoopasse peaksid küll ära jääma, sest need kutsuvad esile mitmeid ebasoovitavaid nähte.

Muidugi tuleb ka neile lastele spinatit, sidruni- ja tomatimahla ja *ferrum*'it anda, eriti aga kergematel juhtudel, kus vere transfusioon ja süstimised ära võivad jääda.

Mõnikord ei taha need väikesed olendid emapiimale ja heale hoolele vaatamata esimestel kuudel kuidagi areneda. Siin aitab tihti plasmoon või larosaan, mõnel juhul ka võipiim lisanditega.

Kõigi nende laste edasine saatus oleneb sellest, kas nad sündisid terveist või haigeist vanemaist, samuti ka esimeste päevade ja nädalate toitmisest ja hoolest. On nad kehaliselt terved, siis arenevad nad päris hästi: nende sünnikaal kahekordistub juba 2.—3. kuul.

Enneaegsetel on s u u r p e a (*megacephalus*), mida ennemini ekslikult vesipeaks loeti. Nende silmad on pisut pungis (*exophthalmus*), põsed laiad, sest rasvkude on siin hästi arenenud, keel võrdlemisi suur. See kõik kokku annab näole isesuguse ilme, mida n u k u n ä o k s e h k e n n e a e g s e t e n ä o k s (*facies praematurorum*) võib nimetada, sest et see kõigil neil väiksemal või suuremal määral

nähtavale tuleb. Mõnel nendest on ka lagipea luud pisut pehmed, mis arvatavasti sellega ühenduses seisab, et luud enne sündi veel luustuda ei saanud.

Et enneaegsed kõigiti veel emaihu arenemisstaadiumis seisavad, siis on nende organid õige õrnad ja vulneraablid. Isegi nende rutuline ja kerge sünnitus on nendele juba traumaks. Selle tagajärjel mitmed neist surevad juba sünni ajal või varsti peale sündi, teistel hakkavad mõne aja järel krambid käima, mõned saavad Little'i tõve, epilepsia, vesipea või jäävad vaimses arenemises kängu.

Kehaliselt jõuavad nad endavanustele järele harilikult juba kolmandal aastal, kuid mõned alles 5.—6. aastal. Nende vaimne arenemine ja staatilised funktsioonid on küll alul aeglased, kuid mitmed nendest ületavad pärastpoole oma andekusega keskmise inimese.

Mitmikud.

Mitmikke sünnib kaunis harva ja seepärast äratavad nad huvi ja uudishimu kui rariteedid, kuid teadusmees on nendest bioloogiliselt huvitatud.

Eestis esines 1935. a. kaksikuid 1,63% ehk umbes iga 60 sünnituse kohta ühed kaksikud. Saksamaal tulevad keskmiselt iga 85 sünni kohta ühed kaksikud ja 7500 sünni kohta ühed kolmikud.

Kaksikute uurimist on viimasel ajal palju harrastatud, eriti Saksamaal, ja nimelt eugeeniliselt seisukohalt vaadatuna. Ühemunarakulised kaksikud pakuvad selleks head materjali, sest et nendel kasvades sarnaseid omadusi rohkem on kui lahkuminevaid. Kahemunarakulised on harilikult vennad-õed ega oma selles mõttes tähtsust. Mitmikke sünnib siin-seal üksikjuhtudena, kuid osa juures on pärilikkuse mõju märgata.

Nii on mulle üks eesti sugukond teada, mille genealoogia on esitatud joon. 11 ja milles on märgata pärilikkuse mõju kaksikute ja kolmikute esinemises.

Ühe formeli järgi esinevat mitmikke järgmiselt:

Kaksikuid keskmiselt iga 80 sünni kohta üks;

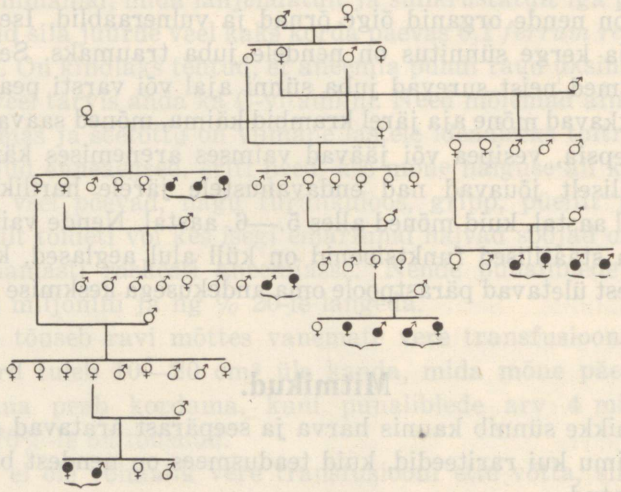
kolmikuid keskmiselt iga $80^2 = 6400$ sünni kohta üks;

nelikuid keskmiselt iga $80^3 = 512\,000$ sünni kohta üks;

viisikuid keskmiselt iga $80^4 = 40\,960\,000$ sünni kohta üks.

Tartumaal, Puurmanis, sünnitas töölisnaine Pauline Kaljurand, 39 a. vana, 22, juunil 1938 nelikud, nendest kolm poega ja üks tütar. Üks poeg oli sündides surnud ja juba natuke matseree-

runud. Ta kaal oli 1630 g, pikkus 41 cm. Ema saadeti kohe samal päeval peale sünnitamist kohaliku arsti poolt Tartu naistekliinikusse (joon. 12). Tee peal oli vist üks poeg külma saanud: ta suri

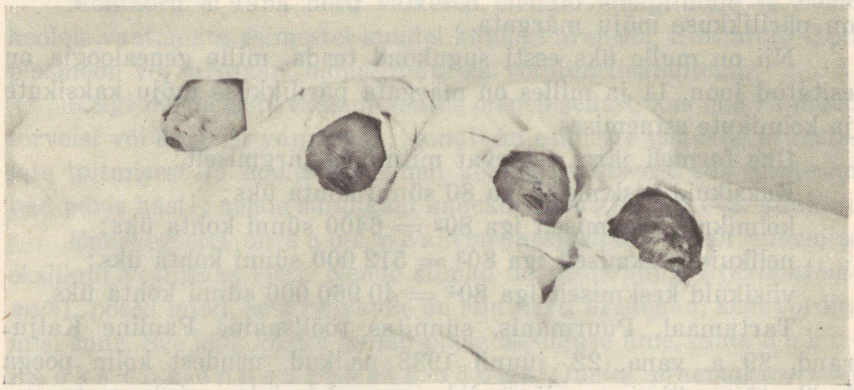


Joonis 11. Kaksikute ja kolmikute esinemine ühes eesti sugukonnas.

varsti peale kliinikusse jõudmist. Ta kaal oli 1560 g, pikkus 38 cm. Ellu jäid poeg ja tütar, nende mõõdud:

poja kaal 1600 g, pikkus 39 cm
tütrel „ 1590 „ „ 40 „

Emal oli see 11. rasedus ja ka 11. sünnitus. Enne oli lapsi surnud kaks ja nüüd suri kaks, seega elus lapsi 10.



Joonis 12. Puurmani nelikud. Tartu naistekliiniku originaali järgi.

V. Vastsündinute haigused.

Sünnituskahjustused.

Iga sünnitus, ka kõige kergem, on lapsele siiski trauma, eriti siis, kui laps ei ole veel välja kantud. Mida raskem on aga sünnitus ja mida suuremaid manipulatsioone selle juures ette võetakse (tangid, pööramised, mõned operatsioonid jne.), seda enam peab nende tagajärgi kartma.

Asphyxia. Lämbumist ehk asfüksiat esineb kaunis sagedasti. Seda on kahesugust: *asphyxia pallida* ja *a. livida*. Esimene vorm on tõsisem ja raskem. Lämbumist esineb siis, kui sünnitus kaua kestab, nabaväät pitsub või ümber kaela on keerdunud ja kui *placenta* vara lahti koorub.

Lapsel tuleb kohe suu ja kurk limast puhastada ja kunstlikku hingamist teha, kuid mitte Schultze raputamisi. Edasi tuleb temale sooja vanni külmema vee piserdamiste või ülevalamistega teha. Muidugi võib ka hapnikku sisse hingata lasta, koramiini ja cardiazoli intramuskulaarselt süstida, eriti aga lobeliini anda.

Tsüanootilised ja asfüktilised seisundid, mis kauemat aega kestavad ja mis ka pärast esimesi päevi veel esinevad, on enamasti tingitud südame- ja kopsudefektidest, kilp- või harknäärme suurenemisest või ka peaaju verevalumeist.

Need verevalumid on tavaliselt väikesed, kuid mõnikord on nad suured ja surmavad. Ka väikesed verevalumid võivad ajusse jälgi jätta, nagu armid ja õõned, mis pärastpoole mitmel viisil avalduma hakkavad.

Kui surve lapsele pikemat aega kestis, kuid verevalumeid sellele ei järgnenud, siis toibuvad lapsed peagi. Mõned tunnid või esimese päeva jooksul on nad väga nõrgad, hingavad pealiskaudselt, pulss on aeglane ja nad on unised. Varsti hakkavad nad toibuma ja kõik läheb korralikult edasi.

Rasketel juhtudel sünnivad lapsed asfüktiliselt: nad on sinakad või kahvatud, hingavad väga nõrgalt ja pealiskaudselt, pulss on aeglane ja vahel teevad nad jäsemetega krambitaolisi liigutusi. Enamasti surevad nad esimestel päevadel või esimese nädala jooksul. Kergete ja raskete juhtude vahel on terve rida vahepealseid, milledest paljud õnnelikult mööduvad.

P r o g n o o s nende laste kohta on alati kui mitte just halb, siis *dubia*. Kui nad elama jäävad, siis ei tea öelda, mis nendest saab, sest nende seas esineb tihti epilepsiat, idiootiat ja hüdrotsefalust. Kuid on ka juhtusid olnud, kus laps täiesti normaalselt arenes ja kasvas.

Tangisünnituse puhul, kitsa vaagna ja pea raske läbituleku korral on lapse pea luud mõnikord mõnest kohast sisse muljutud. Vahel on ka nahk ja pehmed osad vigastatud. Viimased paranevad vastava ravi järel hästi.

Cephalhaematoma. Mõnikord pea luud lükkuvad pea läbituleku ajal koomale või natuke üksteise peale, pehmed osad saavad seejuures enam või vähem kannatada ja mõned veresooned rebenevad. Tekib verejooks pealuu ja periosti vahele, mis tekitab suurema või väiksema muhu — *cephalhaematoma externum*. See asetseb harilikult ühe *os parietale* kohal, harvemini mõlemate peal. Harilikult tekib ta juba esimesel või teisel päeval ja kaob ilma erilise ravita umbes kahe nädala jooksul.

Raskem kuju on *cephalhaematoma internum*, kus veri valgub pealuu ja *dura mater*'i vahele. Siis ilmnevad juba tserebraalsed nähud, mis on kurjakuulutavad: aeglane pulss, oksendamine, lämbumised, närvilised tõmblused, lõgeme pingulolek jne.

Caput succedaneum on peamuhkudest kõige kergem. Need pehmed peaosad, mis sünnitusel kõige eespool seisid, tursuvad, paistetavad ja tekitavad umbes kanamuna-suuruse pehme muhu. See muhk on harilikult lagipeas ja võib nii õmbluste kui ka lõgemete peal asetseda. Sellega eraldub ta *cephalh. extern.*, mis kunagi ei lasu õmbluste ega lõgemete peal ega lähe õmblustest üle teisele poole.

Ka see muhk paraneb ilma ühegi ravita.

Haematoma m. sternocleidomastoidei. Iga sünnituse juures võivad mõned lihastekiud või kiududekimbud rebeneda, tekitades verevalumeid muskleisse. Seda juhtub enam tuharsünnituste puhul, kus õlgade ja pea väljumine raskustega seotud on. Mõni aeg peale sündi leitakse, et muskli alumises osas on tekkinud pähkli- või kirsi-

marjasuurune tükike, mis tundub kõvana ja on katsudes valuta — see ongi lihase hematoom.

Mõnikord hakkab laps sellega ühenduses pead viltu hoidma.

Verimuhk paraneb iseenesest, kuid kõverkaela tuleb masseerida ja passiivseid liigutusi teha.

Näohalvatus. Enamasti on ka *n. facialis*'e halvatused tangisünnituste läbi tekkinud. Seejuures on lapse suu kõver või viltu ja halvatud poolel ei saa laps silma sulgeda. Mõnikord on ka imemine takistatud. Viga paraneb harilikult ühe kuni kahe kuu vältel. Mõned soovitavad halvatud närvi osa nõrgalt faradiseerida.

Käehalvatused. Tõsisemad kui näohalvatused on ülemiste jäsemete halvatused. Neid nimetatakse Duchenne-Erbi halvatusteks, sest Duchenne oli esimene, kes neid kirjeldas, kuna Erb nende olu selgitas.

Haige käsi ripub jõuetult alla, õlg vajub madalamale ja peopesa on tahapoole pöördunud. Halvatud on *m. deltoideus, biceps* ja *supinator brevis*. Käerandme ja sõrmede liigutused on vabad, samuti on ka valutundlikkus puutumatu.

Esineb ka veel teine käehalvatus, nn. alumine pleksushalvatus. Siin on käsivarre, käerandme ja sõrmede musklid halvatud, kuna valutundlikkus on intaktne. Selle halvatuse korral on ka vastava silma juures haiglasi nähte: silmalaugude vahe on kitsam, pupill on väiksem (*miosis*), kuid reageerib valgusele.

Need halvatused tekivad pigistustest *plexus brachialis*'ele 6.—8. kaelanärvi väljatuleku kohal.

Nende ravi on kauakestev, harilikult kaks kuud, kuid võib ka kuni aasta kesta.

Esiotsa on tarvis natuke rahu, pärastpoole rakendatakse massaaži, passiivseid liigutusi, elektrisatsiooni.

Luumurrud. Nendest on sagedamad rangluu ja õlaluu murrud, mõnikord ka reieluu murd.

Murrud tuleb õieti asetada ja hästi siduda, siis paranevad nad üsna ruttu ja päris hästi.

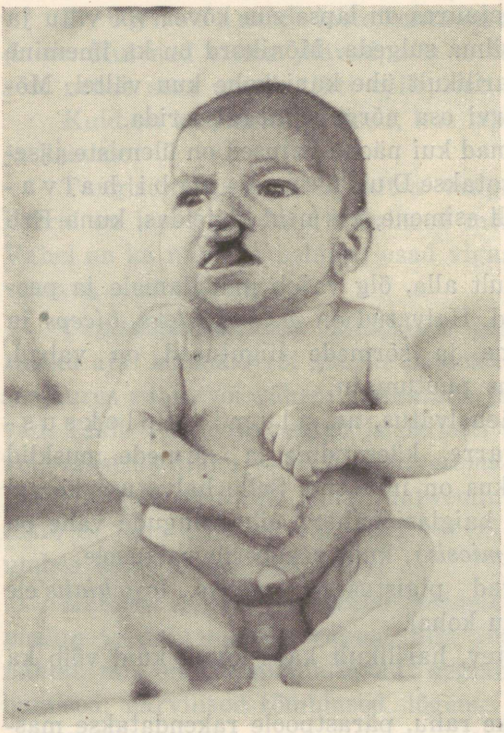
Defektid.

Peale sündi tuleb iga laps järele vaadata, et kindlaks teha, kas temal ei ole mõnd defekti.

Jänesemokk. Kaunis tihti juhtub, et lapsel on huul lõhkine,

sagedamini ühelt poolt, kuid võib ka mõlemalt poolt olla. Seda nähtu kutsutakse jänesemokaks, *labium leporinum*.

Hundikurk. Mõnikord on lõhe veel suurem ja ühes huulega on ka kõva ja pehme kurgulagi lõhenenud. Seda hüütakse siis hundikurguks, *palatum fissum* (joon. 13).



Joonis 13. 2 kuu vanune laps jänesemoka ja hundikurguga.

Huulelõhe ei takista lapse rinnaga toitmist ja lapsed kasvavad ja võrsuvad selle vea juures ilma ühegi iseärasuseta.

Hundikurgu puhul on imemine väga raskendatud, kui mitte võimatu.

Neid lapsi tuleb lusikaga toita, lüpstes emapiima välja.

Ravi on nii ühel kui teisel veal operatiivne. Mõned kirurgid soovitavad nii üht kui teist opereerida esimese veerandaasta lõpul, teised lükkavad hundikurgu operatsiooni alles teise aasta teisele poolele.

Atreesiad. Mõnikord juhtub, et söögitoru on umbes 10 cm allpool igemeid defektne: toru on kinni kasvanud. Sel korral oksendab laps kogu toidu välja. Sondeerimine ja röntgenikiired kindlustavad diagnoosi.

Lapsed surevad nälga või aspiratsioonipneumooniasse.

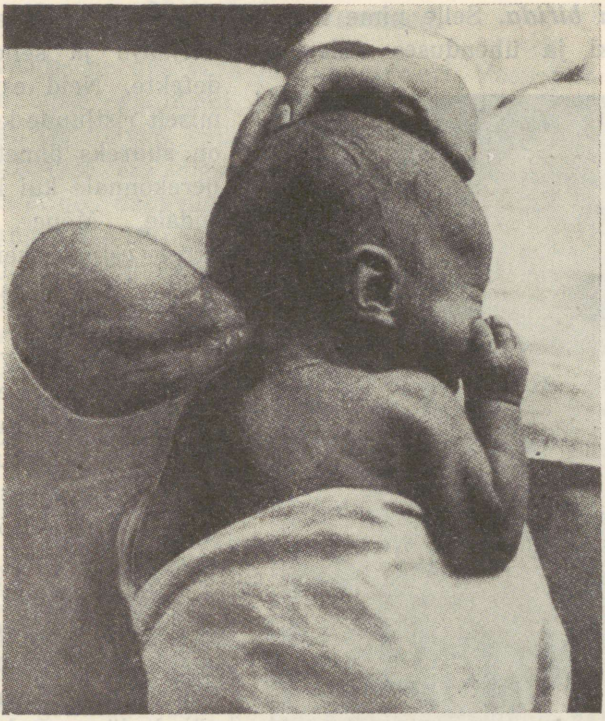
Atreesia või stenoos võib ka duodeenumis peituda. Siis esineb peaaegu samasugune haiguspilt nagu pülorospasmi puhul: ägedad oksendamised, okse tihti sapiga segatud.

Nende nähtudega võivad kaasuda pneumoonia, peritoniit, soolte rebenemine. Röntgenikiired aitavad diagnoosi kontrollida. Selliseid lapsi ei ole võimalik päästa.

Sellesarnaseid defekte esineb veel päraku ja pärasoole juures — *atresia ani et recti.*

Atresia ani on kirurgiliselt parandatav, *atresia recti* ainult siis, kui ta mitte liiga kõrgel ja kaugel ei asetse.

Vahel juhtub ka seda, et pärasool suubub põide, *uretra*'sse või *vagina*'sse.



Joonis 14. *Meningocystocele.* Laps 4 nädl. vana.

Nende vigade parandamist on soovitav ette võtta alles peale imikuiga.

Megacolon congenitum'i kohta vt. lk. 135 ja *diverticulum ilei* (Meckeli) kohta lk. 111.

Epispaadia, hüpospaadia, krüptorhism. Neid defekte esineb kaunis sagedasti. Kaht esimest ravitakse alles väikelapseeas.

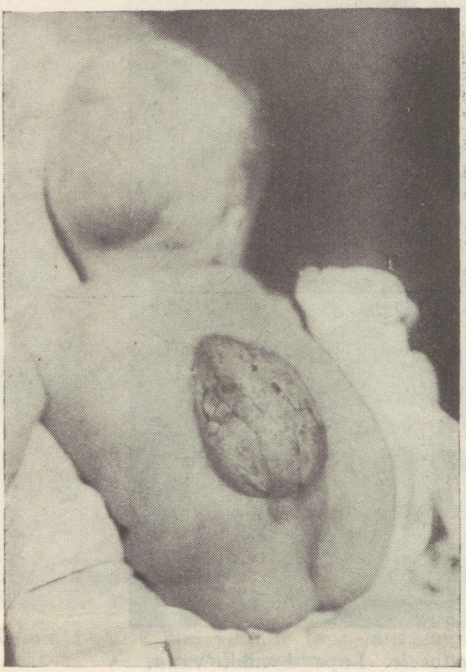
Kui krüptorhism mõnesuguseid haiguslikke nähte avaldab, siis tuleb teda kohe operatiivselt ravida, kui aga nähte ei ole, siis ei maksa seda enne esimese eluaasta möödumist puudutada.

Urachus'e uurise kohta vt. lk. 111.

Encephalocele sincipitalis et occipitalis. Kesknärvikava defekte on väga mitmesuguseid. Sagedamini esineb lünki või lõhesid luudes või nende õmblustes. Sealt valguvad suuremal või väiksemal määral välja ajukestad ühes vedeliku ja mõnikord ka ajuga.

Peas leidub selliseid songi nina peal, *encephalocele sincipitalis*, ja kuklas *encephalocele occipitalis* (joon. 14).

Spina bifida. Selle nime all mõistetakse sünnipäraseid lülisambalünki ja ühenduses sellega ka seljaaju ja selle kestade defekte. Neid esineb peamiselt ristluude kohal. Nad on suureks õnnetuseks nii perekonnale kui ka lapsele endale. Mõne statistika järgi esineb neid umbes iga 1000 vastsündinu kohta üks (joon. 15).



Joonis 15. *Spina bifida*. Laps 10 kuud vana.

Esineb ka veel *spina bifida occulta*. Sellel kohal on siis mõnikord nahk sissepoole tõmbunud või jälle ihukarvakestega rohkem kaetud. Röntgenipilt toob siin selgust.

Spina bifida'ga lastel on harilikult ka veel mõned teised defektid, nagu kokkukasvanud sõrmed, komppöiad, jänesemokk jne.

Naevi. Nahal esineb mitmesuguseid nahadefekte laikude näol, mida üldsõnaga *naevus*'teks ehk sünnimärkideks kutsutakse. Need laigud on vahel pigmenteeritud, teinekord aga karvakestega kaetud. Ka soontest moodustatud laike võib esineda, mis on punased ja mida rahvas tulemärgiks ehk tuletäheks kutsub (*naevus pigmentosus, pilosus, vasculosus*). Sagedamini esineb selliseid laike kuklas ja ninaseljal.

Kui neil sünnimärgel kalduvus on suureneda, siis tuleb neid hävitada kas süsihappelumega või mõnel teisel teel.

Amnioni vigastused. Mõnikord on lapsel juba sündides mõnes kohas kehal armid, teinekord sünnivad nad veriste haavadega nahal. Need on amnioni liitumised lapse kehanahaga, mis neid haavandeid tekitavad. Amnioni läbi võib veel mitmeid defekte esineda, eriti üksikute liigeste ebaharilikkude vigastuste näol.

Nabahaigustumised.

Nabaväädis on üks veen ja kaks arteeri. Veen viib hapnikurikast verd lapse organismi, kuna arteerid süsihapperikast verd lapse kehast ära toovad, tulles altpoolt põie ümbrusest.

Kui nabaväät läbi lõigatakse ja laps kopsude kaudu hingama hakkab, siis ei ole nabaväädil enam mingit otstarvet. Ta kuivab kokku ja langeb 7—10 päeva jooksul ära.

Veen ja arteerid trombosseeruvad ja muutuvad pärastpoole organeid kinnihoidvateks paelteks ehk sidemeteks, esimene *ligamentum teres hepatis*'eks, teised *ligamenta vesico-umbilicalia*'teks.

Nabahaavand paraneb ruttu. Teda peab nagu iga haavandit puhtalt siduma, tarvitades seejuures dermatooli- või kseroformipulbrit. Mõned lastearstid soovitavad nabahaavandi paranemise ajal last mitte vannitada, et haavand oleks kuiv ja puhas.

Nahknaba. Mõnikord tuleb kõhunahk kaugemale nabaväädi peale ja kui viimane ära langeb ja naba paraneb, siis jääb järele nahknaba (*cutis*-naba), mis midagi halba ei ole, ainult et ta harilikust nabast pikem on.

Amnion-naba. Teinekord puudub naba ümbruses umbes 2 cm laiuselt nahk, mille aset täidab nabaväädi amnion. Ka see on süütu näht, paraneb granulatsiooni abil ja kutsutakse amnion-nabaks.

Ductus omphalo-mesentericus. Looteajajärgus tuleb *ileum*'i alumisest osast nabavääti *ductus omphalo-mesentericus*, mis pärast oblitereerub ja millest jääb järele *diverticulum ilei* (Meckeli). See *ductus* on mõnikord sünniajaks veel kinni kasvamata ja temast imbub vähehaaval sooltelima nabasse.

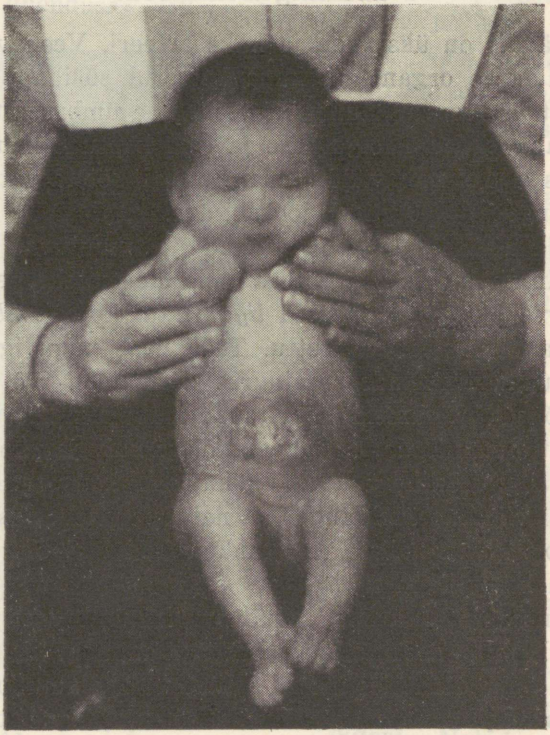
***Urachus*'e uuris.** Teine samasugune *ductus* on *urachus*'e uuris, mis looteperioodil tuleb põiest nabavääti ja mis ka pärastpoole oblitereerub. Mõnikord, olgugi väga harva, juhtub, et see sünniajaks ei ole veel kinni kasvanud ja siis nõrgub temast kust nabasse. Sellest moodustub *lig. vesicoumbilicale medium.*

Nabasongadest vt. lk. 157.

Sphacelus. Kui nabavääti küllalt puhtalt ei seotud ja samuti

puhtalt ei hoita, siis pääsevad sinna bakterid ja tekib märg põletik, gangreen, *sphacelus* ehk roiskkärbus. Nabaväät muutub mustjashalliks ja temast nõrgub halvasti lõhnavat mäda.

Gangrenoosne osa nabaväädist tuleb ära lõigata, kauteriseerida ja puhtalt dermatooliga siduda. Selle järel paraneb ta harilikult hästi.



Joonis 16. *Omphalitis ulcerosa et necrotica.* Laps 2 näd. vana.

Granuloma umbilici. Mõnikord, kui nabahaavand väga sissepoole on tõmbunud ja teda küllaldaselt ei puhastata ega ka kuivalt ei hoita, jääb naba märjaks ja selle tagajärjel tekib sinna pisike, liiglihasarnane, varre otsas rippuv moodustis, mida kutsutakse *fungus* või *granuloma umbilici.* See tuleb siidniidiga kinni siduda ja ära lõigata. Kui ta rebeneb, siis põrgukivipulgaga peitsida.

Ulcus umbilici. Kui naba voltide vahelt mõnda aega mädatao-

list vedelikku imbub, siis on selle põhjuseks arutihti voltide vahel peituv haavand. Mõnikord on ka selle ümbrus paistetanud.

Haavand tuleb puhastada, kompress 2—3% *liqu. alum. acet.* või glütseriinpiiritusest (aa) peale panna.

Pärastpoole aitab puhastamisest ja boorsalviga võidmisest.

Mõnikord on, olgugi üliharva, *ulcus*'ele difteeriabatsillid sattunud ja siis tekib *diphtheria umbilici*, mida muidugi spetsiifiliselt tuleb ravida.

Teinekord on *ulcus*'e põhjuseks *lues congenita*, mida antilueetiliselt ravitakse.

Omphalitis. Väga harva juhtub, et nabahaavand ei jää peatuma, vaid kogu naba ümbrus paistetab üles, infiltreerub, on punane ja valus. Palavik tõuseb, laps on rahutu, ei võta sööki jne. See on nabapõletik, *omphalitis*. Eritub ka mäda, kui see millegagi takistatud ei ole (joon. 16).

Haavand tuleb puhastada ja kompress peale panna.

Gangraena umbilici. Paljudel kordadel nabapõletik ei parane, vaid koguni laieneb ja tungib sügavamale. Eritub haisevat mäda. Osa kudesid muutub nekrootiliseks ja langeb ära. Protsess võib isegi kõhuõõnde tungida ja peritoniiti tekitada. See on nabagangreen.

Siin tehakse samuti *liquor alum. acetici* või glütseriinpiirituse kompresse ja püütakse haava puhas hoida. Mõned soovitavad vanemate vere transfusiooni (50 cm^3) ja pärast seda igapäevast inimesevere (10 cm^3) süstimist intramuskulaarselt.

Prognoos on kõigele vaatamata siiski halb ja elulootusi vähe.

Arteriitis umbilicalis. Mõnikord on lapse naba ja põie vaheline kehaosa paistetanud. Seal on punaseid jooni näha ja see koht on puudutades valus. See on nabaarteeride ja nende ümbruse põletik, *arteriitis* ja *periarteriitis umbilicalis*.

Kui nabaots veel lahtine on, siis tuleb sealt, kui vajutada paistetanud koha peale, enam või vähem mäda. Naba ise on enamasti päris puhas, mõnikord ainult põiepoolsest küljest natuke punane. Tihti jääb arusaamatuks, kust infektsioon oma alguse sai.

Haigus on väga tõsine ja kardetav. Ta viib peaaegu alati surmale.

Kui mäda pigistades ei välju, siis tuleb kirurgiliselt ravida. Muidu kompressid ja lapse vastupanuvõimet suurendavad abinõud.

Et asepsis ja antisepsis praegusel ajal nii sünnitustel kui ka vastsündinute hooldamisel kategooriliseks nõudeks on saanud, siis esineb nakkusi võrdlemisi harva, kuid siin ja seal juhtub neid siiski.

Tetanus neonatorum **ehk vastsündinute kangestuskramptõbi.** Enamasti pääseb teetanuse batsill nabahaavandist sisse ja tungib sealt edasi kesknärvikavasse, kuna nabahaavand ise paraneb. Inkubatsiooniaeg on mitmesugune, 2—14 päeva, ja just selle järgi, kas on tegemist väga virulentsete batsillidega või mitte.

Haigus algab sellega, et laps ei saa suud avada, et toitu vastu võtta. Suu muskulatuuris on kramp, *trismus*, mis ei lase mingil viisil suud lahti teha. Edasi areneb kramp ka näolihastes ja näo välimus on eriline — *facies tetanica:* silmad on kinni, otsaesine voltides, huuled üksteise vastu surutud ja vahel torru tõmbunud.

Raskematel juhtudel haarab tooniline kramp ka kere ja jäsemete lihaseid. Väikesimagi heli, kära või puudutamise korral tõmbuvad musklid kramplikult kokku. Kukal on kange ja pea tahapoole kistud (*opisthotonus*), käed on välja sirutatud ja rusikas, kõht laudkõva. Hingamine, söömine ja isegi karjumine on suuresti takistatud. Temperatuur on vahelduv ja kõikuv, tõuseb vahel isegi kuni 41°. Muidugi on ka keskmisi ja kergemaid juhte.

Üldiselt kestab haigus 1—2 nädalat ja siis algab paranemine. Umbes 50% või üle selle sureb.

Et lapsed suud lahti teha ei saa, siis tuleb neile sondiga nina kaudu rinnapiima 3 korda päevas ca 100 g sisse anda.

Muidu aitab seerumravi — iga päev vähemalt 2500 AÜ kas intravenoosselt või intramuskulaarselt.

Lapsele peab võimalikult palju rahu andma ja teda ei tohi asjata puudutada.

Rahustuseks tuleb veel kloraalhüdraati ja luminaali anda.

Erysipelas **ehk roos** esineb vastsündinuil kaunis tihti ja on neile väga kardetav haigus. Enamasti saab ta oma alguse nabast, kuid võib ka igalt poolt mujalt alata. Nahk on paistetanud, punane ja punetus nihkub edasi. Keegi ei saa öelda, millal ja kus haigus peatub. Eriti ohustatud on pehmemad kohad, nagu peanahk, silmalaud ja skrootum, kus tekib abstsesse või nekrootilisi pesi. Palavik võib väga kõrge olla, kuid ka keskmistel kraadidel püsida. Ka esineb mädanemisprotsesse liigestes.

Prognoos on enamasti halb, sest haigus generaliseerub ja viib sagedasti üldisele sepsisele.

Toiduks olgu lapsele väljalüpstud emapiim, sest last ei tohi haige ema juurde viia.

Uuemal ajal ravitakse ka neid haigeid prontosiiliga (üks tablett lahustatult päeva kohta).

Tuleb teha vanemate vere transfusioon või süstida seda intramuskulaarselt.

Sepsis ehk veremürgistus. Vastsündinu organism on mitmeti väga nõrk ja jõuetu. Tal on kalduvus septilistele haigustumistele ja seda enam, et tema limanahad kergesti baktereid läbi lasevad. Siia lisandub veel see asjaolu, et ta ei suuda sissetungivaid pisikuid koha peal hävitada ega nende edasitungimist tõkestada. Tema keha ei produtseeri veel erilisi ja üldisi kaitseolluseid, sest retikuloendoteliaal-süsteem on veel vähe arenenud. Ka leukotsütoos ja fagotsütoos ei tule veel kuigi palju arvesse.

Teataval määral on vastsündinu kaitstud mõnede nakkushaiguste vastu, kuid harilikud, igapäevased mädabakterid, eriti kokid on ta suurimad vaenlased, millede vastu ta sugugi kaitstud ei ole ja milledega ta vähe suudab võidelda.

Sepsise tekitajaiks on streptokokid, stafülokokid, pneumokokid, meningokokid, influentsa- ja coli-batsillid.

Värateid, kust haigus organismi pääseb, on mitmeid. Juba sünnitusteedest läbi tulles võib ta mõnesuguseid kriimustusi saada või infitseeritud vedelikku alla neelata; edasi tulevad arvesse nabahaavand, suu-, nina-, mao- ja soolte ja teiste elundite limanahad.

Haigus algab harilikult esimese nädala lõpul või teise alguses. Ta algus on tihti väga salajane ja väheütlev.

Laps on rahutu, ei söö, oksendab mõnikord või läheb tal kõht lahti. Ta nahk muutub kahvatuks, halliks või ka kollakaks. Temperatuurid ei ole iseloomulikud, olgugi et nad millalgi ei puudu.

Siis hakkavad siin ja seal nahasse ja limanahkadesse verevalumid ilmuma. Veri näitab ennast igal pool: okses, roojas ja uriinis; mõnikord tuleb teda ka nabast ja *vagina*'st.

Vahel ilmub raske ikterus. Mõnikord on ühed organid rohkem puudutatud kui teised. Nii prevaleerivad kord gastroenteriitilised, peritoniitilised või pneumoonilised nähud, teinekord on urogenitaalsümptoomid esikohal.

Lapse üldine seisukord on iga vormi juures raske ja prognoos halb.

Diagnoos ei ole raske, küll on aga raske kindlaks teha, kust haigus alguse sai. Ikterus ja verevalumid on selles eas alati kahtlased sümptoomid.

Verekultuur selgitab, missuguste bakteritega tegemist on.

R a v i. Last tuleb tingimata naisepiimaga toita. Mõnesugust abi võib vere transfusioonist ja intramuskulaarsetest süstimistest loota. Muidu on ravi puhtsümptomaatiline. Ka seerumraviga võib katsetada.

Conjunctivitis gonorrhoica **ehk silmalaugude tripper.** Et ämmaemandad nüüdsel ajal hea ettevalmistuse saavad ja sünnitused tihti nende abil toimuvad, siis tuleb ka vastsündinute rasket silmahaigust võrdlemisi harva ette, kuid päris kadunud ei ole ta siiski veel mitte.

Haigus algab 3. või 4. päeval. Ühest silmast tuleb mädataolist vedelikku. Peagi muutub see paksuks mädaks, mis silmalaugude vahelt välja tuleb. Laud on paistetanud, silmad kinni. Peagi kandub haigus ka teisele silmale.

D i a g n o o s. Iga mädajooksu korral peame gonorröad kartma ja silma nõnda hoidma, nagu oleks tõeliselt gonorröa olemas.

Kindlustuse annab mikroskoop, mis näitab, kas on tegemist gonorroilise või mõne teise raske katarriga. Ka streptokokid, stafülokokid ja pneumokokid võivad konjunktiviite tekitada, kuid need on ikkagi kergemad ja vähem kardetavad.

Profülaksise mõttes tuleb igale vastsündinule kohe peale sündi, kui ta on pestud ja puhtalt voodisse asetatud, kummassegi silma üks tilk 1% *arg. nitr.* lahust tilgutada, mis gonorröa ära hoiab.

Paljudes riikides on see võte koguni sunduslikuks tehtud. See on Credé võte vastsündinute silmade kaitseks. Sellest heast ja kergest abinõust tuleb kindlasti kinni pidada.

R a v i on silmaarsti asi, eriti peab kõik niisugused lapsed silmakliinikusse saatma. Seniks aga peab ravija arst lapse eest hoolt kandma.

Kõige enne tuleb selle eest hoolitseda, et infektsioon ei kanduks tervesse silma. Selleks tuleb terve silm hermeetiliselt kinni panna. Haiget silma tuleb 3% boorhappelahusega tihti mädast puhtaks loputada. Kui põletik natuke tagasi annab, siis tuleb 2% *arg. nitr.* lahusega silmalaugu tušeerida ja pärast füsioloogilise lahusega üle uhta.

Mõned soovitavad ka keedetud piima süstida 2—3 cm^3 subkutaanselt ja mitu korda ravi vältel. Samuti leitakse kasu olevat prontosiilist, mida tuleb lahusena anda üks tablett päevas.

Prognoos oleneb suurelt osalt heast ravist ja hoolest, kuna muidu laps kergesti võib pimedaks jääda.

Harva juhtub seda, et konjunktiviidiga kaasub *arthritis gonorrhoica*, mis ei piirdu ühe jala või käe liigesega, vaid haarab ka väiksemaid sõrmeliigeseid. Kui endokard terveks jääb, siis ei ole selle prognoos halb.

R a v i: piimasüstimised, Bieri pais ja anthigon.

Mitmesugused haigustumised.

Rasedusereaktsioonid. Raseduse ajal ringleb naise veres mitmesuguseid hormoone, mis temale tarvilikud on. Neid hormoone annab ta vere kaudu oma lapsele edasi, pärast sündi aga piimaga. Need hormoonid ei ole lapsele sugugi tarvilikud ja nad kutsuvad tema organismis mõningaid nähte esile, mida on hakatud kutsuma rasedusereaktsiooneks.



Joonis 17. Vastsündinu rinnanäärmete tursumine ja akme. Prof. Beumer'i järgi.

Tähtsaim ja silmatorkavaim nendest reaktsioonidest on vastsündinute r i n n a n ä ä r m e t e t u r s u m i n e, mis esineb nii tütarlastel kui ka poeglastel ühtemoodi.

Juba 2.—3. päeval paistetavad rinnad natuke üles ja võivad selles olukorras kuni teise nädala lõpuni või ka veel kauemini püsida. Nad lähevad iseenesest tagasi, kuid ei tohi neid puudutada ega nendele vajutada. Samuti peab selle eest hoidma, et neile infektsioon juurde ei pääseks, sest siis võib rinnanäärme põletik, *mastitis*, tekkida, mille tagajärjed mõnikord halvad on.

Teine seesugune näht on lima- ja veretulek tütarlaste *vulva*'st, mis sarnaneb ema lapsevoodipuhastustega, muidugi vähendatud kujul. Mõnikord leitakse ka, et tütarlaste *mons veneris* ja *vulva* ümbrus on tursunud, kuna poeglaste skrootum sedasama näitab.

Viimaks võib veel seda nimetada, et vastsündinute nägu, põsed ja otsaesine on mõnikord nagu üle külvatud nööpnõelapea-suuruste kollakaspruunide täpikestega, mida komedooonideks ja akmedeks kutsutakse. *Comedones* on naha rasunäärmete ummistused, *acme* ehk vinnid — põletiku läbi muutunud *comedones* (joon. 17).

Ka need vastavad samasugustele nähtudele, mida noorurid ilmutavad puberteedi ajal ja naised raseduse korral.

Transitoorne ehk **mööduv palavik.** Mõnedel vastsündinuil tõuseb 3.—5. päeval palavik kaunis kõrgele, kuni 38—39° ja isegi enam. Last läbi vaadates ei leita midagi erilist. See on palavik ilma leiuta ja langeb lapse kehakaalu langusega kokku. Esinemissagedus kuni 20%.

Seda nähtust on püütud mitmeti seletada. Ühed arvavad, et siin on tegemist infektidega seedeelundeist, teised ütlevad, et see on janupalavik, mis tekib vee puudumisest ekssikatsiooninähuna. Laps kaotab esimesil päevil palju vedelikku rooja, kuse, hingamise ja naha kaudu, imeb aga vähe piima ja joob ka vähe või temale ei antagi juua. Sellest see suur veepuudus ehk dehüdratsioon.

Kui neile lastele anda palju vett juua sahhariini või uvikumiga (viinamarjasuhkruga) magustatult, siis kaob palavik ruttu ja temperatuur langeb harilikule kõrgusele.

Seda seisukorda võib ka ära hoida, kui lastele hakata juba esimesil päevil tublisti vett juua andma.

***Icterus* ehk kollatõbi.** Kaugelt suurem hulk vastsündinuid muutub 2. või 3. päeval peale sündi kollaseks — *icterus neonatorum* —, mis harilikult teise nädala lõpul kaob. Ainult mõnedel üksikuil lastel, eriti enneaegsetel, vältab kollasus kauemini ja nimetatakse siis *icterus prolongatus*.

Latentselt on kõik lapsed ikteerilised. Kollasus võib esineda igasugustes varjundeis, vaevalt-märgatavast kuni tumepruunini, kus mitte üksnes nahk ja limanahad, vaid isegi küüned, silmapisarad ja ninasekreet kollane on. Seejuures on roe hariliku kollase värvusega, kusi hele, värvita ja sapipigmentideta.

Ikteruse puhul ei ole lapse üldine seisukord puudutatud. Ainult

harva võib väga kollastel lastel teatavat loidust, unisust ja isutust tähele panna.

Ikterus ei vaja mingisugust ravi ja ta möödub iseenesest. Tema tekkimise kohta kestsid kaua vaidlused. Nüüd ollakse arvamisel, et ta hematohepatogeenselt tingitud on.

Vastsündinu tuleb ilmale suure punaliblede hulgaga (6—8 miljonit), mis arv aegapidi langeb harilikule normile ($4^1/_2$—5 miljonit). Nii suurt hulka punaliblesid oli lapsele intrauteriinselt tarvis, sest tema hapnikuga varustamine oli võrdlemisi puudulik. Pärast sündi ei ole seda enam tarvis. Osa punaliblesid laguneb ja nende pigmendid lähevad maksa, kus nendest tekib bilirubiin, mis jälle verre tagasi viiakse ja seal hüperbilirubineemiat ja ikterust tekitab.

Icterus neonatorum gravis. Seda ikteruse vormi esineb harva. Ta algab juba esimesel või teisel päeval ja muutub kohe väga intensiivseks. Seejuures võib ka verevalumeid nahasse esineda. Laps on rigiidne, siin ja seal on tõmblusi, sageli ei puudu isegi krambid. Maks ja põrn suurenevad. Uriin on tumekollane, hemoglobiini hulk langeb ruttu ja verepilt näitab erütroblastoosi, s. t. veres on palju normo- ja megaloblaste, suuri ja normaalseid tuumaga punaliblesid.

Harilikult need lapsed surevad. Patoloogilis-anatoomiliselt leitakse, et nendel lastel on vereteke fetaalsel astmel: põrnas, maksas ja neerudes leitakse veretekke koldeid. Nende erütrotsüüdid on alaväärtuslikud ja vastupanuvõimeta. Nad lagunevad kiiresti ja tekib raske aneemia, mille tagajärjel lapsed surevad. Kui nendest mõni ellu jääb, siis on säärase lapse edasine arenemine küsitav. Paljud on vaimselt alaväärsed.

R a v i seisab intravenoosseis veresüstimistes, mis vahel aitavat, kuna intramuskulaarsed süstimised abi ei toovat.

Seda haigust esineb mõnikord perekonniti, s. t., et ühes perekonnas mitu last või kõik lapsed seda põevad ja — surevad.

Mõnikord pidavat aitama, kui ema viimase 10 rasedusnädala jooksul iga päev keedetud maksa (100 g) sööb.

Hydrops congenitus universalis. Nimetatud haigus näib *icterus gravis*'ega suguluses seisvat. Need lapsed sünnivad surnult või surevad mõne tunni pärast peale sündi. Ka neil on veres erütroblastoos. Emad, kes on sünnitanud lapse *icterus gravis*'ega või *hydrops*'iga, ei tohiks enam sünnitada.

Anaemia neonatorum. Mõnikord on vastsündinu väga kehvverene. Ta ei suuda oma kehasoojust ise sugugi hoida ja on väga

kahvatu, isegi nagu lumi. Punaliblede arv on väike, alla ühe miljoni, alati on ka enam või vähem erütroblastoosi olemas.

Raviks soovitatakse intravenoosselt verd süstida ja sellele lisaks maksapreparaate ja rauda anda.

Prognoos selle ravi puhul ei pruugi mitte just halb olla. *Icterus gravis*, *hydrops* ja *anaemia* arvatakse geneetiliselt ühte kuuluvat.

Ikterust esineb veel, olgugi üliharva, kui sapiteed on oblitereerunud ja sapp ei pääse sooltesse. Siis muutub laps ruttu intensiivselt pruunkollaseks. Ta mekoonium on helehall, pärastpoole on roe täiesti valge, kuna uriin on tumekollane. Maks ja põrn suurenevad. Et haigus nii ruttu ei surma ja laps rinnaga toitmisel aasta või enamgi võib elada, siis peab katsuma operatiivsel teel abi anda, mis aga harilikult ei õnnestu. Ikterust esineb ka veel sepsise ja *lues congenita* puhul.

Melaena neonatorum **ehk vastsündinute veriokse.** Raskemate ja halvemate haiguste hulka vastsündinu eas tuleb lugeda verejookse ja verevalumeid. Neid on kahesuguseid: ühed on varajased ja võivad juba 2.—3. päeval alata, mitte aga hiljem kui 4.—5. päeval, teised, hilisemad, algavad alles teisel nädalal. Viimased on septilised verejooksud, võivad mitmeist organeist tulla ja nende prognoos on väga halb.

Varajased verejooksud piirduvad mao ja sooltega. Nad ongi tuntud *melaena* (musthaigus) nime all.

Päris terve laps oksendab korraga palju verd välja, mis osalt veel vedel, osalt hüübinud on. Rooja on rohkesti ja see on tõrvmust. Mõne aja pärast kordub jällegi samasugune oksendamine ja ka rooja tulek. Eriti raskeiks peetakse neid juhte, kus pärakust peaaegu alati vedelat verd tuleb. Niisugune seisund kestab umbes 1—2 päeva ja võib siis iseenesest ära jääda, mille peale aga kunagi kindel ei saa olla. Lapse hemoglobiini hulk võib kuni 15—20% langeda, kuid siiski võib veel elulootusi olla.

Selle verejooksu põhjuste suhtes viibitakse veel arvamuste ja teooriate vallas. Mõnel juhul on maos või kaksteistsõrmikus väikesi erosioone või haavandeid leitud, teistel juhtudel aga mitte midagi, kuid ometi suri laps verest tühjaksjooksmise tagajärjel. Pealegi ei seleta erosioonid ja haavandid üksinda nii rasket verejooksu. Arvatakse veel, et vastsündinuil on kaasasündinud liigveresus, *plethora*, mis verejooksu soodustab, ja teiseks, et neil on möödaminevalt pseudohemofiilia, sest nende vere hüü-

bimisaeg on hästi pikem kui normaalselt, samuti on neil ka trombotsüütide arv vähenenud.

Nende arvamuste järgi oleks *melaena* loomulik liigveresuse vähendamine, mis aga liiga kaugele läheb ja halvasti lõppeda võib.

Diferentsimisel peab arvestama seda, kust veri tuleb. Kui veri tuleb lapse nina-kurgu ruumist või ema rinnanibu lõhedest, mida laps alla neelab ja jälle välja oksendab või pärasoole



Joonis 18. *Pemphigus neonatorum.* Laps 13 päeva vana.

kaudu välja saadab, siis nimetatakse seda *melaena spuria*'ks. Vereoksendamist ja vere soolte kaudu väljumist septiliste haiguste puhul nimetatakse *melaena symptomatica.*

Raviks tuleb toimetada vere süstimisi intramuskulaarselt, iga kord 10—20 cm^3, kui võimalik, siis intravenoosselt, mis aga raskustega seotud on. Ka ravimid koaguleen ja klaudeen mõjuvad kaunis hästi. Neid tuleb aga kaunis suurte annustena, kuni 20 cm^3 süstida.

***Erythema toxicum* ehk mürgine punetis.** Juba esimesel elunädalal võib vastsündinu kehal mõnikord näha erilist löövet, millel sagedasti on palju sarnasust leetrite lööbega. See on enamasti suurelaiguline, võib igal pool nahal esineda, püsib umbes 48 tundi ja kaob siis. Mõnikord on lööbe hulgas ka mõned kõrgemad, sõlmekestena tunduvad kohad, paapulid. See erüteem ei jäta järele ei pigmenti ega kestumist. Ta on täiesti süütu nähtus. Tema etioloogia on tume. Mõned tahavad teda ühendusse viia düspeptiliste nähtudega, teised näevad temas ekssudatiivse diateesi eelkäijat. Uuemad autorid näevad temas üleminekureaktsiooni uteriinsest elust iseseisvale elule.

Sclerema oedematosum. See raske haigus esineb enamasti nõrgul, enneaegsetel vastsündinuil, kuid võib ka terveid ja normaalseid lapsi tabada. Haigus algab säärtest ja reitest, kus üksikud kõvad ja paksud kohad tekivad, mis üle kogu keha levivad. Puutumata jäävad peopesad, jalatallad ja skrootum. Nahk on üldiselt külm, kahvatu ja valutundlik.

Haiguse etioloogia on tume. Süüdistatakse külmetamist. Üldine seisund on raske ja prognoos halb. Kui laps elama jääb, siis hakkab ka ödeem 2—3 nädala pärast järele andma.

R a v i : laps saab sooje vanne ja hoitakse soojalt. Muidugi peab teda naisepiimaga toitma.

Sclerema. Sklereem on eelmise haigusega mitmeti sarnane, ainult et siin ödeem puudub. Nahk on kõva, pingul ja ümbritseb keha nagu soomusvöö, rigiidne, külm ja liikumatu ja sõrmega vajutades ei anna sugugi järele.

See haigus võib esineda alatemperatuuride puhul, kuid ka kõrgete palavikkude korral, nagu seda on septilised kõhulahtisused ja toitemürgistused imikuil, olgugi et siin just vastupidised olukorrad valitsevad.

Etioloogia ja patogenees on täiesti tumedad. Süüdistatakse külmetamist ja toksiinide kahjustusi neurokapillaar-aparaadile.

R a v i : soojus ja naisepiim.

***Pemphigus neonatorum* ehk vastsündinute villtõbi.** Lapse nahal tärkavad siin ja seal mitmesugused vesivillikesed, millede sisu alul on selge, kuid õige ruttu hägustub. Villikesed on enamasti oatera-suurused, kuid võivad ka palju suuremad olla. Nad lähevad ruttu katki ja nende põhi on punane, kergesti veritsev (joon. 18).

Haiguse tekitajaiks peetakse stafülokokke. See haigus võib ka imikuil ja väikelastel esineda.

Diferentsimisel tuleb silmas pidada *pemphigus lueticus*'t, mille mädavillid eriti peopesades ja jalataldade all kokku kuhjuvad. Ka tuulerõuged ja *strophulus* võivad mõnikord küsimusse tulla.

Prognoos on rasketel juhtudel halb. Ravi olgu kuiv. Vesivillid tuleb avada ja veritsevaid kohti tupsutada seguga: *arg. nitr.* 1,0, *spirit. aeth.* 100,0. Tuleb tarvitada ohtralt steriliseeritud tsink- ja talkpuudrit. Vannid tuleb esiotsa ära jätta. Toiduks olgu muidugi naisepiim.



Joonis 19. *Dermatitis exfoliativa*. Laps 3 näd. vana.

***Dermatitis exfoliativa* ehk lehestuv nahapõletik.** Sellel haigusel on palju sarnasust eelmisega, ainult et ta on raskem ja tõsisem.

Ka siin tekivad suured villid, mis lõhkevad ja veritseva *corium*'i järele jätavad. Peale selle on siin mingisugune epidermolüüs. Kui vajutada sõrmega nahale, siis koordub epidermis suurtes tükkides lahti (joon. 19).

Haiguse etioloogia on teadmata, prognoos väga halb ja ravi võimetu. Tuleb katsuda ravida nagu *pemphigus neonatorum*'it.

VI. Seedeelundite haigused.

Suuõõne haigused.

Suunurgad. Kui lapse suud vaadata, siis mõnikord on ta suunurgad haiged ja katkised: siin on väikesed haavandid, kaetud valkjashalli kihiga või ka koorukestega. Lapsed lakuvad neid keelega ja nad ei parane niipea. Nende põhjus on tume. Mõnikord leidub neid mõne suuhaiguse kaasnähuna, teinekord nakkushaigustega ühenduses, kuid ka muidu päris tervel lapsel.

Nad paranevad kergesti, kui laps nende lakkumise järele jätab. Neid võib 2—5% *arg. nitr.* lahusega võida ja katta granugeenpastaga.

Keel. Suud seestpoolt vaadates näeme kõige enne keelt, mis on roosakaspunane, kuna keeleots ja -servad sagedasti heledamalt punased on. Haiguste ajal on keel pealtpoolt kaetud hallikasvalge korraga, eriti mao- ja sooltehaiguste puhul, kuid ka muil juhtudel, nagu nina-, kurgu- ja suuhaiguste korral, eriti ka nakkushaiguste ajal (sarlaki- ja tüüfusekeel).

Maakaarditaoline keel ehk *lingua geographica* esineb ekssudatiivsetel lastel, olgugi et sageli teisi ekssudatiivse diateesi nähte ei leidu. Keel on plekiline: punased laigud vahelduvad valkjatega, mis annab keelele kirju, maakaardi välimuse. Valged kohad on keele deskvamatsioon, valgeliblede epiteelrakkude vahele tungimine. See näht ei vaja ühtegi ravi.

Mõnikord leidub keele all keelepaela haavand (*ulcus frenuli linguae*), mis eriti läkaköha puhul esineb. Ta paraneb ravimatagi, kuid võib ka *arg. nitr.* lahusega tupsutada.

Mõnikord kuuldub kaebusi, et laps ei saavat hästi imeda või ei hakkavat rääkima, sest keel olevat kinni, lapsel olevat kida (*lingua adhaesiva*), s. t. lapse *frenulum linguae* ulatub keeleotsani ja keel on seetõttu vähem liikuv kui harilikult. See ei takista lapse imemist ega ka rääkimist ja sellepärast ei tule siin midagi ette võtta.

Silmatorkavalt suur keel on müksödeemhaigeil, täites kogu nende suuõõne.

Aftid. Varemini juhtus kaunis tihti, et lapse kõval suulael, nii ühel kui teisel pool keskjoont, tekkisid kaunis suured haavandid, mida B e d n a r i a f t i d e k s kutsuti. Nad tekkisid ikka seal, kus lapse suud seestpoolt pesti või pühiti. Nüüd on see mood kadunud ja sellega ühes ka need haavandid.

Vastsündinuil ja noortel imikuil võib vahel kõval kurgulael, kahel pool keskjoont, näha mõnda e p i t e e l p ä r l i, mis on nööpnõelapeasuurused ja valkjaskollakad epiteelrakkude kogud.

Soor. Seda haigust esineb tihti enneaegsetel, vastsündinuil ja noortel imikuil, pärastpoole veel ainult krooniliste haiguste kõrvalnähuna. See on tunnuseks, et lapse organism on nõrk või nõrgenenud, sest tervetel ja tublidel lastel seda ei esine.

Ta tekitajaks on s e e n e k e, *Oidium albicans*, mis kahte viisi kasvab, tekitades ümmargusi või ovaalseid terakesi ja pikki niidikesi, mis üksteisega läbi põimuvad.

Haigus algab valgete punktikestena igemeil, põse limanahal, keeleservadel, suulael, arenedes pesakesteks, mis suurenedes liituvad ja katavad nõnda kogu suu limanaha valge, pehme korraga, mis pühkides kergesti ära ei tule ja kiskudes veritseva koha järele jätavad. Teoreetiliselt võib seeneke vere ja lümfi kaudu siseorganitesse edasi kanduda, kuid tegelikult seda õnneks peaaegu sugugi ei esine.

Haiguse ärahoiu mõttes tuleb lapse üldist keha vastupanuvõimet tõsta, eriti emarinnaga toitmisega. Kunagi ei tule lapse suud seestpoolt pühkida ega pesta. Lapse lutt ja naise rinnanibu peavad alati laitmatult puhtad olema.

Ma olen alati häid tagajärgi saanud, tupsutades lapse suud 25% booraksglütseriiniga (*Natr. biboracici* 2,5, *glycerini puriss.* 10,0). Mõned soovitavad lapse suud pulveriseerida *acid. bor. subtil.* või *natr. bicarbonicum*'iga.

Stomatitis catarrhalis ehk ***simplex.*** Suu limanahad on punased, vesised, eriti igemed, mis puutudes valusad on ja isegi veristuvad. Tuleb palju sülge. Temperatuur ei pruugi kuigi kõrge olla. Üldine seisukord on rahuldav.

Stomatitis herpetica. Siin-seal põse limanahkadel tulevad mõned nööpnõelapea-suurused villikesed nähtavale. Limanahad on sealt kohalt punased ja katarraalsed, palavik väheldane.

Stomatitis aphthosa. Seda suuhaigust esineb sagedamini ja ta

näib nakkav olevat, sest temasse haigustuvad tihti korraga mitu last lastekodudes või lasterikkais perekonnis.

Põse, huulte, keele ja pehme kurgulae limanahkadel, harvemini mujal, tekivad läätse- kuni oatera-suurused valged laigud, mis on fibriini ekssudatsioon epiteelkoesse. Limanahad on katarraalsed, eriti igemed (*gingivitis*), mis tursuvad ja puudutamisel veristuvad. Suust jookseb sülge ja tuleb halba lõhna — *foetor ex ore*. Temperatuur võib kõrge olla, üldseisukord on kaunis raske. Kaelanäärmed tursuvad üles ja on kompides valusad.

Diferentsides tuleb mõelda tuulerõugeile, difteeriale, *lues*'ele.

Stomatitis ulcerosa. Seda rasket haigust esineb harva. Oma alguse saab ta mõnest haigest hambast, mille kohal igemes põletikuline protsess tekib, mis esiotsa on õige väike, kuid ruttu laieneb, nii et hammas või hambad välja langevad ja protsess edasi põse limanahale siirdub, nekrootiliseks muutub, selle läbi sööb ja kogu põse võib hävitada. Suust jookseb palju sülge ja tuleb halba lõhna. Kõrge palavik ja raske üldseisund. Preparaadis mikroskoobi all leitakse spirille ja *Bacilli fusiformes*, mis ka Plaut-Vincenti angiinile omased on, kuid neid võidavat ka terveil lastel karioosseis hambais leida.

Haigus tabab nõrku, põduraid ja alatoidetud lapsi, eriti peale nakkushaigusi, nagu leetrid jne.

Mõned arvavad, et ka A- ja C-vitamiinide puudus toidus selle haiguse tekkimist soodustab. Kergemail juhtudel võib küsimusse tulla ka skorbuut.

Ravimisel peab eriti toitmise eest hoolitsema: palju apelsini-, sidruni-, tomati- ja muid aed- ja puuviljamahlu. C-vitamiini tuleb ka intravenoosselt süstida. Suud lastakse vesiniku ülihapendiga või ka *kal. permang.* lahusega loputada. Mõned raputavad natuke desinfitseerivat pulbrit haigele kohale, näit. *jodoform* + *bolus alba* ää. Uuemal ajal võitakse 10% neosalvarsaani lahusega (*Neosalvarsani* 1,0, *glycerini puriss.* 10,0) või süstitakse viimast veenisse.

Küsimusse tuleb ka kirurgiline ravi: nekrootilised kohad lõigatakse välja ja kauteriseeritakse. Kui haige paraneb, siis järgneb pärast plastiline operatsioon.

Stomatitis gangraenosa ehk ***noma.*** Seda raskeimat suuhaigust esineb õnneks üliharva. Ta saab oma alguse *stomatitis ulcerosa*'st või algab nõrkadel lastel peale mõnda nakkushaigust, eriti peale leetreid. Põse limanahas tekib väike haavake, mis kiiresti levib ja sügavale kudedesse tungib. Ta nekrotiseerub ja hävitab peagi kogu

põse. Teadagi, et laps selle all raskesti kannatab; palavik on kõrge ja halb lõhn täidab kogu lapse ümbrust. Peagi kustub haige elu. Haiguse alguses olevat mõnel korda läinud üksikuid haigeid päästa, eriti operatiivsel teel. Muidu on ravi samasugune kui *stomatitis ulcerosa* puhul.

Kõigi stomatiitide puhul tuleb lapsi hästi toita, olgugi et nad toitu hästi vastu võtta ei taha. Toit peab vedel või pudrutaoline pehme olema, ja seda tuleb külmalt või leigelt anda ja just nõnda, nagu lapsele see sobivam on. Söögiks tuleb anda piima, putrusid, mustika- ja õunasuppi, kisselle ja püreesid, muidugi ka kõiksuguseid mahlu. Suurematel lastel tuleb suud loputada. Selleks sobivad *liquor aluminii acetici*, üks supilusikatäis klaasi vee hulka; *kalium permanganicum*'i lahus, mõni kristall klaasi vee hulka, kuni vesi natuke punaseks muutub; 2—3% boorhappe lahus ehk üks teelusikatäis klaasi kuuma vee peale; *hydrogenium peroxydatum solutum*, 1—2 teelusikatäit klaasi vee hulka, jne.



Joonis 20. Üks alumine lõikehammas sündides suus. Laps mõni päev vana.

Afte ja väiksemaid haavandeid võib 1—2 korda päevas tupsutada 1% *arg. nitr.* lahusega või ka *tinct. ratanhiae* + *tinct. myrrhae* ää.

Hambad ja hammaste tulek. Väga harva juhtub, et lapsel juba sündides üks või kaks hammast suus on (joon. 20). Need on harilikult ikka alumised keskmised lõikehambad. Mõnes perekonnas tulevad lastel hambad juba õige varakult, 3.—4. kuul, kuna keskmiselt on hammaste tulek 6.—8. kuul.

Teises perekonnas jälle hilineb hammaste tulek: nad tulevad alles aasta lõpul või veel hiljemini. Need on perekondlikud iseärasused, mis midagi halba ei tähenda ja mida täiesti normaalseks tuleb pidada.

Muidu on hammaste tuleku hilinemine ja eriti ka korratu tulek sagedasti haiglane näht, mida täheldatakse rahhiidi, müksödeemi ja mongolismi puhul.

Juba muistsest ajast saadik ustakse mõnel pool rahva hulgas, et hammaste tulek on seotud mitmete haigustega, nagu palavik, kram-

bid, kõha, kõhulahtisus, lööbed nahal jne. See on nõndanimetatud *dentitio difficilis*.

Mitmete teadlaste uurimised on näidanud, et sel arvamisel põhja all ei ole. Piimahammaste tulek kestab lastel 6. kuust $2^1/_2$— 3 a. vanuseni. Sel ajal haigustuvad nad ju paljudesse haigustesse ja seepärast on kokkulangemised hammaste tulekuga sagedad. Pealegi on teada, et palavikulised haigused hammaste tulekut soodustavad ja kiirendavad.

Ainuke, mida hammaste tulekul täheldada võib, on see, et mõnel lapsel on igemed sellelt kohalt tursunud ja hüperemiseerunud; suust tuleb enam sülge, tundlikud lapsed on rahutud ega maga hästi.

Harilikult on ikka nii, et hambad leitakse suust, ilma et laps sellest väljagi oleks teinud.

Väike- ja keskealiste laste hammaste tsirkulaarne sööbija ehk *caries* pälvib erilist tähelepanu. Ta algab hambaigemete lähedal, seespool küljes, hallikasroheka või tumeda joonega. Temale järgneb peagi hamba keskkohal sööbija, mis ümberringi hambale ikka sügavamale tungib, kuni hambakroon ära murdub.

Millest see nähtus oleneb, on raske öelda. Mõned loevad teda üheks ekssudatiivse diateesi nähuks, teised tahavad teda tbc-ga ühendusse viia.

Jäävhambaile jätab rahhiit oma jäljed, mis kunagi ei kao — hamba email on nõrk ja kaitseb hammast vähe.

Samuti jätab ka *lues congenita* jäädavad jäljed hammastesse — Hutchinsoni hambad.

Süljenäärme-haigused. Epideemilist parotiiti ehk mumpsi esineb kaunis tihti. Ta paraneb harilikult ikka hästi. Harva juhtub mädanemist.

Kuid see süljenääre võib ka suu kaudu infitseeruda, tursub siis üles, paistetab ja võib mädanema hakata, mis muidugi intsisiooni nõuab.

Peale selle võivad siit mõned hea- kui ka pahaloomused kasvajad alguse saada.

Ranula'ks kutsutakse *glandula sublingualis*'e tsüstisarnast moodustist, mis võib sündides juba olemas olla või pärastpoole tekkida. Ravi on kirurgiline.

Söögitoru-haigused. Söögitoru-haigustest on kõige sagedamad söövitused hapetega või leeliste vedelikkudega, nagu äädik-, väävel- või soolhape, leelistest aga seebikivilahus. Seebikivi (*natrium causticum*) lahustatakse mõnikord kodus ja tarvitatakse seebi keet-

miseks, pesu pesemiseks ja üldse puhastamiseks. Mõnikord jääb osa sellest vedelikust unarule ja satub lapse kätte. Kui laps juhtub seda lahust jooma, siis põletab ta sellega oma suu seest, söögitoru ja ka mao, kui ta seda palju alla neelas. Tagajärjed on väga halvad.

Lapsel on huuled, igemed, suu limanahk, mandlid ja ka osa keelt kaetud valkjashalli, pehme kihiga, mis puudutamisel hõlpsasti veristub. Samad söövitused esinevad ka söögitorus ja maos.

Raskematel kordadel tõuseb palavik varsti kuni 39° või üle selle, laps vaevleb mõne päeva valudes, ei neela midagi alla ja sureb.

Lahkamisel leitakse söövitatud kohti söögitorus, eriti kitsamates kohtades, suur osa mao limanahka on mustjaspruun, nagu põlenud.

Kergematel juhtudel jääb laps elama, hakkab mõne päeva järel vedelat toitu võtma, suu puhastub söövitushaavadest ja kõrgendatud temperatuurid, mis üle 38° palju ei tõusnud, kaovad. Varsti võib laps ka paksemat toitu süüa, kuid 2—4 nädala pärast tekivad uuesti raskused, sest söögitoru haavandite armid hakkavad kokku tõmbuma ja tekivad ahendid, ühel raskemal, teisel kergemal kujul. Värske haige ravi hapete korral: anda haigele kohe sisse piima, muna, kriiti, söögisoodat või *magnesia usta*'t; leeliste puhul: sidrunimahla, lahjendatud söögiäädikat või ka rõõska piima. Samade ainetega tuleb ka suud loputada lasta.

Kui esimesed rasked üldnähud on kadunud ja suu ka vähegi puhastunud, siis tuleb kohe pehmete sondidega või ka pehmete, haavlitega täidetud bužiidega ettevaatlikult sondeerima hakata, et mitte lasta ahendeil tekkida. Esimesel kuul tuleb iga päev, pärastpoole 1—2 päeva tagant sondeerida, hiljemini 1—2 korda nädalas. Laps peab kogu esimese aasta arstliku valve alla jääma.

Kui lapsed juba ahenditega ravile tulevad, siis on tarvis katsuda ahendit sondeerimise abil laiendada. Mõnikord ei lähe ükski sond läbi, siis on viimseks abinõuks operatsioon.

Seebikivilahust joonud laps tuleb kohe haiglasse saata ja teda seal vähemalt 4—6 nädalat ravida.

S p a s m i d. Peale söövituste esineb veel söögitoru krampe. Krambid on tihti ühenduses söövitustega. Lapse rahustamise ja sondeerimiste abil on võimalik seda nähtu vältida.

Iseseisvalt esinevad spasmid juba imikueas. Nad on siis enamasti ühenduses lapse üldise spasmofiilse diateesiga ja kui viimane järele annab, siis kaovad ka need spastilised kokkutõmbed.

V õ õ r k e h a d. Lastel on viisiks kõiki asju suhu pista. Selle-

pärast neelavad nad ka palju ebaharilikke asju alla, näit. rahasid, nööpe, võtmeid, naelu, sõrmkübaraid jne. Harilikult ei ole sellest suurt paha.

Lapsele tuleb tublisti kartuliputru süüa anda ja oodata, millal ese *per vias naturales* väljub. On ese aga söögitorusse kinni jäänud, siis saab seda ösofagoskoopia abil kõrvaldada.

Mao- ja sooltehaigused.

Motiliteedi- ja sekretsioonirikked. Mao motiliteedirikkeid esineb lapseeas võrdlemisi harva, sekretsioonirikkeid juba enam.

Hypotonia ja *atonia ventriculi* on haruldased nähud ja esinevad nõrkadel lastel. Subjektiivsed kaebused on õige mitmesugused ja väga laialivalguvad. Objektiivselt võib seda röntgenikiirte ja mao sondeerimise abil kindlaks teha.

Ravi: hea, paks, kaloriterikas toit ja üldine keha karastamine.

Hypertonia on tihti ühenduses *hyperaciditas*'ega. Esineb ka võrdlemisi harva.

Sekretoorseid rikkeid esineb sagedamini. Seda saab kindlaks teha proovieinega. Lastel on vaba- ja üldhappesus umbes ühe kolmandiku võrra väiksem kui täiskasvanuil, s. o. vaba hape 10—20, üldhappesus 20—50.

Anaciditas't ei ole ma lastel võinud konstateerida, küll aga mõnikord *hyperaciditas*'t. *Hypaciditas* on õige sage näht lastel isegi juba teisel eluaastal.

Sekretoorne proov tuleb teha igale lapsele, kes üldiseks uurimiseks saadetakse, muidu aga kõigile neile lastele, kes kaebavad isutuse, kõhuvalude, kõhukinnisuse või ka -lahtisuse üle.

Ravi: alahappesuse korral saab laps soolhapet pepsiiniga (*acid. mur. dil.* 2,0, *pepsini germ.* 4,0, *aqu. dest.* 100,0, *sir. rub. idaei* 20,0, 3 × päevas peale sööki 5—10—15 g vee või piimaga sisse anda).

Ülihappesuse korral saab ta *magnesia usta*'t või *magnesium perhydrol*'i, mõlemaid 2—3 × p. 0,3—0,5 peale sööki, või ka *eumydrin*'i (0,2:10,0, 3 × p. 3—5 tilka).

Ulcus ventriculi* ja *duodeni. Üks kui ka teine haavand esineb lapseeas õige harva. Kas neid primaarselt üldse esineb, on küsitav, küll aga tekib neid sekundaarselt, nagu sarlakite, leetrite, tüüfuse, söövituste, pülorospasmi ja krooniliste toiterikete järel.

Tunnused on samad nagu täiskasvanuilgi: pööritus, oksenda-

mine, valud *epigastrium*'is kas kohe peale söömist või veidi selle järel. Kui *ulcus* peitub maos, siis esineb ka veriokse, muidu veriroe, mis on tõrvmust, harva punane.

Üliharva *ulcus* mulgustub. Siis esinevad ägedad kõhuvalud, oksendamine, palavik ja kõhupinevus.

Diferentsimisel tuleb arvestada nina tagumise osa verejooksu, hemorraagilist diateesi, skorbuuti, invaginatsiooni, aneemiaid, *melaena neonatorum*'it jne.

Diagnoosimisel ei tohi unustada ka röntgenikiirte abi.

Pylorospasmus. Pülorospasmi esineb imikuil kaunis sageli. Ta algab ikka juba esimesel elukuul, harilikult 2. või 3. nädalal, harva varemini, kuid ka veel palju hiljemini. Poeglastel esineb teda palju sagedamini (ümmarguselt 80%).

Peatunnuseks on visa oksendamine teatava rõhu all ja vahel otse kaarena kas söögiajal, kohe peale sööki või ka palju aega hiljem. Mõnikord võib oksega kogu toit väljuda, teinekord jääb osa sisse. Okse koosneb piimast, mis võib vedel või kalgendunud olla; harva leidub temas ka natuke verd, mis limanaha erosioonidest või koguni mõnest haavandist võib tulla. Mõned oksendavad tühjast kõhust maomahla, mis on selge ja hapu vedelik, sest nendel on harilikult ka hüpersekretsioon ja hüperatsiidsus olemas.

Kui haigus on juba mõni aeg kestnud, siis laieneb magu ja ta motiliteet kannatab: veel 4—7 tunni järel võib maos toidujäänuseid leida.

Lapse kõht on muidu väike, kuid mao kohalt on ta kõrge ja mõnikord võib siin lainelisi mao peristaltilisi kokkutõmbeid tähele panna, mis lähevad vasakult poolt paremale poole. Vahel võib isegi keskjoonest paremal pool maksa all väikest tükikest tunda, mis ongi kokkutõmbunud püloorus.

Mao peristaltika tekitab lastele nähtavasti valu, sest nad nutavad sel ajal ja krimpsutavad nägu. Üldse on nende laste näoilme murelik ja otsaesisel on palju kortse.

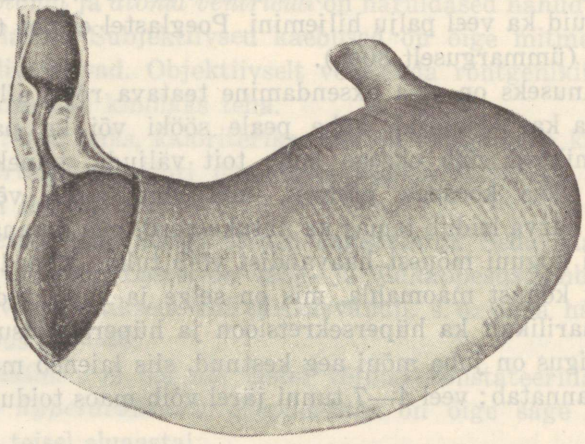
Et säärased lapsed poolenisti nälgivad, siis on nendel kõhuseinad sissepoole tõmbunud, nad roojavad mitme päeva järel, roe on tumepruun ja seda on vähe. Uriini eritub samuti vähe, sest haige kannatab ka vedelikuvähesuse all.

Anatoomiliselt on püloorus paksenenud, tundub kõvana, ca 1½—3½ cm pikk ja ta luumen on väga kitsas (joon. 21). Mõnel lapsel on juba sündides *hypertrophia pylori*, millega seltsib spasm ja selle tagajärjeks on siis pülorospasm ja sagedad, lakkamatud oksen-

damised. Teiselt poolt leitakse aga ka päris normaalseid pülloorusi, kus siiski spasm kõigi oma tagajärgedega tekib.

Pärilikkus ja perekondlikud momendid etendavad siin kindlasti oma osa. Nii kirjutab prof. Finkelstein, et ta ühes perekonnas on nelja, teises kolme poega pülorospasmi pärast ravinud, samuti üht poeglast, kelle ema 23 a. eest on ka pülorospasmiga prof. F. patsient olnud.

Need lapsed kannatavad mitte üksnes pülorospasmi all, vaid mõnel neist on lisaks sellele ka veel *gastrospasmus* ja *oesophagospasmus*, isegi ka *enterospasmus*.



Joonis 21. *Stenosis pylori.* Prof. Kleinschmidti järgi.

Diagnoosiks on vajalik triassümptoom: oksendamine, maoperistaltika ja *pylorustumor*. Muidugi ei esine alati kõik kolm.

Diferentsimisel peab silmas pidama: *ulcus duodeni, stenosis duodeni, megacolon, hernia incarcerata, ileus*. Tähtis on kasutada diagnoosimisel röntgeniaparaati.

Haiguse kulg on mitmesugune. Esimeses staadiumis, mis umbes 14 päeva kestab, langeb lapse kehakaal suuresti, mis on alalise oksendamise tagajärjeks. Sellele järgneb *stadium amphibolicum*, mil lapse elu kõigub hea ja halva vahel ja mis võib 2—3—4 ja enam kuud kesta, enne kui algab paranemine või tuleb surm.

Raskeks muutub nende laste seisukord, kes on hüdrolabiilsed, sest nendel on suured kaalu langused.

Eriline halb näht on mõnedel lastel *coma pyloricum* või *coma*

hypochloraemicum, mis tekib kloori vähesuse tõttu organismis, sest alaliste oksendamistega väljub palju soolhapet ja nii veres kui ka uriinis väheneb kloori hulk märgatavalt.

Laps jääb osavõtmatuks, uimaseks, hingamine muutub pealiskaudseks, korratuks ja aeglaseks — väike hingamine; luksumine ja haigutamine võtavad maad, viimaks kaotab laps teadvuse ja võib krampidesse langeda ning surra.

Prognoos ei tarvitse halb olla, olenedes eeskätt ravist ja selle täpsest ja korralikust läbiviimisest. Suremus on mõnedes haiglates 2—7%, teistes 12—16%. Seejuures ei ole suurt vahet kirurgilise ja konservatiivse ravi vahel.

Raviks olgu naisepiim. Sedagi tuleb väikeste annustena proovida, kui palju laps kannatab, alates esimesel ravipäeval iga tund 10 g, siis järgmistel päevadel 15, 20 ja 25 g. Mõned lapsed kannatavad paremini külma piima. Kui laps toitu juba küllaldaselt kannatab, siis võib teda rinnale panna ja iga 3 tunni järel imeda lasta.

Et neil lastel haiguse esimesel poolel maos ülihappesus on, siis on hea anda neile iga kord enne sööki mingit leelisest vedelikku, nagu Karlsbadi vett, soodavett jne.

Kunstlik toitmine annab halbu tagajärgi. Parem on täiendtoitmine. Vähemalt ¼—½ toidust peaks koosnema naisepiimast. Muuks toiduks võib olla lehmapiim, manna- ja riisipuder, jahukört, ka valkpiim. Neid tuleb samuti tihti ja väikeste annustena anda.

Mõned lapsed peavad piima paremini sees, kui neile seda pipetiga tilgaviisi anda, teistele on hea enne toitu anda 2—3 teelusikatäit paksu manna- või jahuputru, kolmandatele võib kohe peale oksendamist mõne minuti pärast toitu anda ja nad kannatavad siis teda paremini. Vahel sekka võib neid sondiga toita, mis ka hea on.

Vedelikku peab katsuma neile lastele palju anda, eriti *coma pyloricum*'i puhul, ja siin just füsioloogilist keedusoolalahust *per os, per klysmam* või *per injectionem*. Teistel juhtudel võib Ringeri lahust anda 2—3 × päevas 100 g.

Maoloputuste suhtes arvamused erinevad. Kui maos jäänuseid on, siis olen ma selle poolt, et hommikuti enne toitmist magu loputada, mis mõnedele päris hästi mõjub.

Ravimeid võib anda ja nendest on kasu loota, nagu atropiin (*atropini sulf.* 0,01 : 20,0, 3 × p. 4 tilka), *oktini liquidi* 10% —

3—5 × p. 3 tilka, luminaali 2—4 × p. 0,01 *pro dosi*. Luminaali ei tohi anda, kui esineb algava *coma pyloricum*'i tunnuseid.

Ka soojad kompressid kõhul on mõnikord päris head. Üldse peab neid jõuetuid ja nõrku lapsi võrdlemisi soojalt hoidma.

Kirurgiliselt opereeritakse neid lapsi Fredet-Weber-Ramstedti meetodi järgi, s. o. lõigatakse püloorus pikuti lõhki kuni limanahani. Selle järel võib laps 2—3—4 nädala jooksul terveks saada, kuna konservatiivne ravi palju pikemat aega nõuab.

Opereerimisele peaksid kõik need lapsed tulema, kelle kaal peale esimest kaht nädalat seisma ei jää, vaid ikka langema kipub; edasi need lapsed, kelledel on kalduvus *coma pyloricum*'ile, siis need, kes verd oksendavad, ja viimaks ka need, kelle maos 4—7 tundi peale viimast toitmist veel toidujäänuseid leitakse.

Enne operatsiooni on hea neile süstida viinamarjasuhkru-keedusoolalahust intravenoosselt või ka toimetada veretransfusiooni.

Peale operatsiooni võib 6 tunni järel juba toitma hakata: esimesel päeval 10 × 10 g, teisel 10 × 20 g, kolmandal 10 × 30 g jne. Vaheaegadel anda vett või lahja teed. Harilikult jääb kohe peale operatsiooni oksendamine ära, teinekord kestab see veel 1—2 päeva vähesel määral edasi.

Oksendamine imikueas. Mitmeile imikuile on oksendamine nagu harjumuseks. Peaaegu iga söömise järel lasevad nad osa sööki suust välja ja see ei tee neile nähtavasti ei valu ega tekita ka paha tundmust.

Ühed oksendavad siis, kui nad liiga suurel hulgal toitu on söönud, teised ka selle järel, kui nad vähe toitu on saanud ja rinna juures on end väga väsitanud. Mõnedel näib rasvane toit oksendamist põhjustavat. Kunstlikul toitmisel, kui pudelit hästi ei hoita, neelavad mõned ühes piimaga ka palju õhku kaasa (aerofaagia), mis siis oksendamist põhjustab.

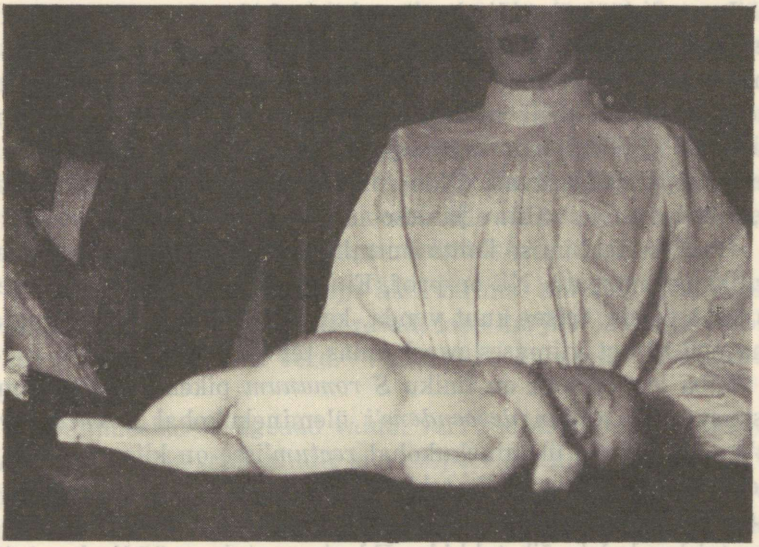
Mõned nendest lastest on rahutud, magavad vähe, ärkavad sagedasti, iga väike kõbin või müra sunnib neid ennast kokku tõmbama. Ilmsesti on nad närvilised ja oksendavad kergesti.

Lapse oksendamise korral peab muidugi ka silmas pidama orgaanilisi haigusi, nagu meningiidid, invaginatsioon, *hernia incarcerata*, *megacolon* jne.

Kui laps oksendamistele vaatamata kaalus juurde võtab ja kasvab, siis on küllalt, kui reguleerida söögihulka ja -vaheaegu: pikemad, 3- kuni 4-tunnised vaheajad, kindlaksmääratud hulk toitu

anda, näiteks 3-kuusele lapsele mitte üle 100—120 g korraga, pudelit nõnda hoida, et õhk kaasa ei saa minna, jne.

Mõnedele lastele aitab, kui anda neile enne iga toitmist 2—3 teelusikatäit piimaga keedetud paksu manna- või jahuputru, millel ka suhkrut (5—10%) võib sees olla. Muidugi võib ka pudertoidule üle minna, kuid siis tuleb lapsele iga kord üks tund enne toitmist niipalju vett või teed juua anda, kui palju ta tahab, muidu võib temal janupalavik tekkida. Muidugi tuleb katsuda ka ravimeid anda, nagu oktiinum, atropiin, luminaal jne.



Joonis 22. *Megacolon congenitum.* Laps 7 kuud vana.

Eriline näht imikueas on mäletsemine (*ruminatio*). Seda tuleb küll üliharva ette. Mõni laps hakkab peale sööki mäletsema: toit tuleb suhu tagasi, kus laps seda edasi-tagasi liigutab, kusjuures osa suust välja jookseb. See võib tundide viisi kesta. Arvatavasti tunneb laps sellest lõbu.

Ravi mõttes soovitatakse lapse tähelepanu pöörata millelegi muule, tema käed kinni siduda, temal lasta kõhul lamada ja isegi ka süüa kõhul lamades. Teinekord on jälle hea neid täiesti rahule jätta ja üldse mitte tähele panna.

Hirschsprungi tõbi ehk *megacolon congenitum.* Mõned lapsed kannatavad alaliselt kõhukinnisuste all. Niisuguseil korril peab sil-

mas pidama erilist haigust, mida kirjeldas Kopenhaageni kliiniklane Hirschsprung 1886. a.

Selle haiguse iseolu seisab selles, et mõnel lapsel juba emaihus on erilised arenemisrikked jämesoole lõpposades, eriti *S romanum*'is ja seda ümbritsevais jämesoole osades. Nii sünnivad mõned lapsed juba suure kõhuga ja kannatavad kohe oma elu alguses kõhukinnisuste all, teistel tuleb see alles siis nähtavale, kui nad segatoitu hakkavad saama (joon. 22). Mitmetel leitakse viga alles täiskasvanu eas üles. Kõik oleneb sellest, kui suurel määral rooja läbikäik sooles takistatud on.

Lapsed jäävad üldiselt nõrgaks ja kiduraks. Nende kõht on päevade viisi kinni, kuid võib siis lahti minna ja kõhulahtisused vahelduvad kõhukinnisustega. Alalised nähud on ka kõhuvalud ja oksendamine. Vahel võib jämesoole peristaltilisi kokkutõmbeid täheldada. Selle kõige tagajärjel laienevad jämesooled ja nende seinad hüpertrofeeruvad. Üldse on peatunnuseid kolm: kõhukinnisus, meteorism ja nähtav jämesoole peristaltika.

Haiguse tekkimise kohta on mitmeid seletusi. Mõnel korral on pärilikkust märgata. Nii on prof. Finkelstein ravinud ühes perekonnas kaht venda, teises kuut venda, kes selle haiguse all kannatasid, kuna neli tütart viimases perekonnas terved olid.

Juba loomulikult on imiku *S romanum* pikem ja liikuvam kui täiskasvanuil. *Colon descendens*'i üleminekukohal *flexura sigmoidea*'sse ja viimase üleminekukohal *rectum*'isse on kitsad kohad, mis soodustavad *megacolon*'i tekkimist. Samuti etendab oma osa *spasmus*, mis *flexura sigmoidea* ja *rectum*'i üleminekukohal niisugustel kordadel võib tekkida. Edasi arvatakse süüdi olevat jämesoole närvid, mis ei töötavat kokkukõlaliselt, eriti *n. vagus* ja *n. sympathicus*.

Haiguse kulg on mitmesugune. Kergemad haiged kannatavad kõhukinnisuste all ja ainult juhuslikult saavad teada, et neil megakoolon on. Teised kannatavad küll juba imikueast saadik selle haiguse all, kuid korraliku ravi ja hoole all ei võta haigus raskemat pööret ja nad võivad kaua elada. Mõnedel aga ei jää haigus seisma, vaid halveneb kord-korralt. Nad kannatavad kuusid või aastaid ja surevad siis kas iileuse või peritoniidi tunnustega, raskemail juhtudel juba esimesel eluaastal.

Diagnoosimisel on tähtis leida neid ülalmainitud kolme peasümptoomi. Lähemalt selgitavad ja kinnitavad diagnoosi röntgeniülesvõtted ja -läbivalgustused.

Laste toit olgu nende vanusele vastav: rinnalapse eas — rind, pärastpoole mitmekesine ja maitsev.

Ravimisel peab selle eest hoolt kandma, et laps saaks korralikult iga päev roojata. Selleks tuleb talle klistiiri teha ja sooled võimalikult tühjad hoida, kasutades selleks ka kõrgeid klistiire. Vahel võib ka kergemaid lahtistajaid anda, nagu istitsiin ja sennatee (1 supilusikatäis sennalehti klaasi vee peale, 8—12 tundi seista lasta ja seda vedelikku juua, 1—3 supilusikatäit). Kui esinevad spasmid, siis võib katsuda anda atropiini, papaveriini, füsostigmiini, viimast $^1/_2$ mg subkutaanselt iga päev või üle päeva ühe nädala jooksul.

Ka kirurgiline ravi on viimaseil aastail mõningaid tagajärgi saavutanud. Tarvitatakse mitmeid võtteid, nagu *colopexia*'t, resektsiooni ja neurokirurgilisi võtteid.

Invaginatsioon ehk sissetuppumine. Seda haigust esineb imikueas kaunis tihti, alates juba vastsündinuga ja lõppedes väikelapsega. Maksimum langeb teisele poolaastale. Poeglapsed haigustuvad märksa sagedamini. Ta algus võib olla akuutne, subakuutne ja krooniline, mis diagnoosimist väga raskendab.

Akuutsel korral hakkab laps äkki nutma, muutub apaatseks ja oksendab. Peagi algavad uuesti valud, laps karjub ja roojab mõned korrad; roojas võib olla verd. Vahel võib ka soolte peristaltilisi tõmblusi näha.

Peatunnuseiks on ägedad valud, veri roojas ja invaginatsioonituumor. Tuumorit saab ainult siis palpeerida, kui kõhuseinad veel pehmed on, nagu haiguse alguses, kuid tihti ei leitagi seda. Ka veri puudub vahel alul ja tuleb alles siis nähtavale, kui sõrmega rektumit palpeerida, mis seepärast hädavajalik on. Kui haigus mõned tunnidki kestab, siis tekivad invagineerunud sooleosas ja mesenteeriumis venoosne pais, ödeem, infarktid ja verevalumid, pärast nekroos.

Lembit R., 4 kuud vana, muutus öösi kell 2 rahutuks, oigas ja vähkres. Roe oli harilik. Kell 12 päeval laps roojas selget, punast verd õige ohtralt. Kell 15 uus verine roe. Kell 17 toodi laps lastekliinikusse, kus kolmas kord pärasoolest vedelat, muutuseta verd tuli. Kerge meteorism, kõhuseinad pehmed. Palpeerimisel on tunda naba kõrval paremal pool tuumor, mis on umbes 5 cm pikk, pehme, liikuv ja palpeerides mittevaluline. Lapse üldseisund hea, pulss korralik, põsed roosad, silmad fikseerivad. Laps on ainult vaikne ja passiivne.

Kell 18 lõikus I haavakliinikus, kus leiti *invaginatio ileocoecalis* kuni *flexura sigmoidea*'ni. Desinvaginatsioon. Surm järgnes samal ööl.

Harilikult invagineeruvad *ileum* ja *coecum* koolonisse.

Mis niisugust invagineerumist põhjustab, on raske tõendada. Süüdistatakse mesenteeriumi suurt liikuvust, soolekasvajaid, Meckeli divertiikulit, ebaharilikku soolte peristaltikat jne.

Diferentsimisel tuleb silmas pidada *hernia incarcerata*'t (pitsunud songa), *volvulus*'t, ummistust solkmetega, Meckeli divertiikulit, düsenteeriat, hemorraagilist koliiti jne.

Ravi saab ainult operatiivne olla, ja mida varem see toimub, seda parem. Isegi enne 24 tundi võib juba hilja olla.

Mõned ütlevad, et neil olevat korda läinud kõrgete klistiiride, õhupumpamiste või massaaži abil invagineerunud soolt reponeerida või desinvagineerida. See on alati kahtlane ettevõte, võtab asjata aega ja suurendab sellega riski.

Peale operatsiooni tõuseb mõnel lapsel palavik väga kõrgele; ta on otse hüperpüreetiline. Väga harva esinevat neil lastel peale operatsiooni ka retsidiive. Nii opereeriti Finkelsteinil üht tütarlast $4^1/_2$-kuuselt; esimene retsidiiv oli kolm nädalat hiljem, teine $2^1/_2$-aastasena.

Prolapsus ani et recti. *Prolapsus ani* on päraku limanaha väljalangus, mis suuremat tähtsust ei oma ja ise tagasi läheb. Teda soodustab kõhukinnisus.

Prolapsus recti esineb peamiselt väikelapseeas, u. 1—4 aastani, pärastpoole harva, peale 6. eluaastat peaaegu sugugi mitte.

Pärasool võib 10—15 cm pikkuselt välja langeda ja nagu vorstiots pärakust välja rippuda. Ta on sinakaspunane ja kui teda kohe ei reponeerita, siis võivad temas venoosne pais, ödeem, erosioonid, haavandid ja verejooksud tekkida, pärastpoole ka nekroos. Esineb enam nõrkadel ja halvasti arenevatel lastel.

Väljalanguse põhjuseks peetakse rektumit hoidvate musklite ja ligamentide nõrkust, võib-olla ka innervatsioonirikkeid.

Soodustavalt mõjuvad nii kõhukinnisus kui ka -lahtisus, eriti düsenteeria ja krooniliste toitmisrikete puhul, samuti ka köha, eriti läkaköha.

Kui pärasool kord välja käima on hakanud, siis langeb ta iga väikese pressimise puhul uuesti välja, olgu defekatsioonil, urineerimisel, kõval karjumisel jne.

Diferentsimisel tuleb mõelda invagineerunud sooleosale ja pärasoole polüübile. Ravi vt. lk. 89.

Soolekasvajad. Mõnikord, olgugi õige harva, esineb rektumis polüübisarnaseid kasvajaid. Nende tunnuseiks on värske vere tulek ühes roojaga või pärast roojamist. Seejuures ei ole

lapsel mingit valu. Veri võib ka *fissura ani*'st, hemorroididest või rektumi haavandeist tulla, kuid siis on sellega enamasti ka valud seotud.

Rektumi sõrmega järelekatsumine toob selguse: võib tunda oa- või kirsisuurust tükikest, mis ongi polüüp. Viimane tuleb operatiivsel teel kõrvaldada.

Mõnikord juhtuvat, et kogu jämesoole ulatuses mõned väikesed polüübid kasvavad (*polyposis*). Selle tagajärjeks on diarröad vere ja limaga, valud kõhus, tenesmid, aneemia ja kahheksia. Selgust toob mõnikord rektoskoopia. Prognoos on halb, ravi palliatiivne.

Hemorroidid esinevad lapseeas üliharva hemangioomide näol. Et nad häda ei tekita, siis ei teata neid otsida ja nad jäävadki leidmata.

Kuid nad võivad ka sügeleda, valusid tekitada ja isegi verd joosta, eriti peale roojamist. Ravi: tuleb hoolt kanda, et lapsel defekatsioon oleks kerge, roe pehme ja päraku ümbrus alati puhas.

Üliharva esineb peensoolte sarkoome ja jämesoolte kartsinoome.

***Fissura ani* ehk pärakulõhe.** Päraku limanahas võivad mitmesugustel põhjustel lõhed tekkida, mis valutavad ja veristuvad, eriti ühenduses defekatsiooniga või ka peale seda.

Nende põhjuseks võivad olla lapse kõva, kinnine kõht, kratsimised päraku ümber, ka *intertrigo* ja *lues*. Lapsed ei taha roojata ja kardavad seda toimingut.

Ravi ülesandeks on hoolt kanda, et lapse kõht oleks pehmepoolne ja et laps iga päev roojaks. Esiotsa võib õli- (oliivi- või seesamiõli) või soojavee-klistiiriga järele aidata ja enne defekatsiooni 5% anestesiinsalvi pärakusse panna või sellest supositoore teha lasta (*anaesthesini* 0,1, *butyr. cacao* 1,5).

***Proctitis* ja *periproctitis*.** Mõnikord tuleb roojaga või peale roojamist mõni tilk värsket verd. Veri võib tulla *fissura ani*'st, polüübest, hemorroididest. Ta võib ka rektumi haavandeist tulla, mida küll üliharva juhtub. Pärasoolepõletik võib kaua kesta ja on raske diagnoosida. Õnneks esineb seda harva.

Ravi: kanda hoolt, et roe oleks pehme. Vahel sekka loputused kummeliteega.

Samuti harva juhtub, et päraku ümbrus paistetab ja valu teeb. Siin tekib abstsess, mis suuremaks läheb ja pehmeks muutub. Ta

tuleb avada. Mädas võib leida streptokokke, *Bact. coli, Bac. pyocyaneus, paratyphi* jne., mis arvatavasti rektumist siia on pääsenud.

Haigus tabab nõrku, kurnatud lapsi ja paraneb hästi peale intsisiooni.

Ägedad düsenteeriataolised sooltehaigused (*colitis infectiosa seu enteritis follicularis*). Igal sügisel haigustub palju lapsi akuutselt mao- ja sooltehaigustesse, eriti augusti-, septembri- ja oktoobrikuul, harvemini teistel kuudel. Kliinilise pildi järgi tuleb haigust düsenteeriasarnaste hulka lugeda. Haigus on nakkav, mida tõendab see tõsiasi, et ühes perekonnas või lähemas naabruses mitmed isikud sellesse haigustuvad.

Nakkus toimub esijoones kokkupuutumiste kaudu haigelt tervele, samuti ka nakatatud asjade, nagu sööginõude, ihu- ja voodipesu kaudu, edasi pisikukandjate ja kauaeritajate kaasabil. Muidugi võivad ka kärbsed teda edasi kanda.

Disponeerivalt mõjuvad mitmesugused haigused, mis lapsi nõrgestavad ja sellega nagu teed uuele haigusele ette valmistavad. Niisuguste hulka tuleb lugeda kergeid kõhurikkeid, imikueas isegi toidumuutmist, grippi, leetreid jne. Ka ilmastik ja aastaajad avaldavad oma mõju.

Inkubatsioon võib õige mitmesugune olla, harilikult 2—4 päeva, kuid võib juba 24 tundi peale nakkust alata, teinekord möödub sellest aga mitu päeva.

Harilikult on siin tegemist mitte tõsise düsenteeriaga või olgu siis, kui epideemiline düsenteeria möllab, vaid p s e u d o d ü s e n t e e r i a g a.

Düsenteeriat tekitavad Shiga-Kruse gruppi kuuluvad batsillid, mis on õige toksilised, kuna pseudodüsenteeriat tekitab Flexneri batsillide tüüp, mida õige palju on ja mida mitmete teadlaste nimede järgi nimetatakse, tihti ka tähtedega A—J.

Haigus algab harilikult palaviku, oksendamise ja kõhuvaludega, millele järgneb kõhulahtisus. Esimesel päeval võib roe veel fekaalne olla, kuid varsti muutub see veriseks ja on limaga segatud. Kõhus on valud ja roojamist saadavad tenesmid, mis vahel õige tüütavad võivad olla.

Temperatuur tõuseb harilikult kõrgele, kuid langeb varsti ja püsib 3—4 päeva keskmisel kõrgusel, näidates hommikusi kõikuvusi.

Mõned vormid on kerged: verd ja lima tuleb ainult mõned korrad ja siis algab paranemine. Teised on palju raskemad: rooja tuleb

iga tund või veel sagedamini; tuleb ka verd ja lima, vahel õige vähesel mõõdul, kuid roojamistung on olemas ja tenesmid ei taha lakata. Lapse *sphincter ani* võib väsida või poolenisti halvatud saada, nii et pärak on lahti ja kõik alla jookseb. Ka pärasool võib viimaks välja langeda.

Erilist huvi pakuvad toksilised juhud, kus tserebraalsed nähud esirinda tikuvad: lapsed on passiivsed, uimased ja unised, nende teadvus on tumestunud, korduvad oksehood ja vahel sekka ka krambid täiendavad seda rasket haiguspilti. Muidugi kannatab ka südame tegevus. Pulss on rutuline ja väike, südametoonid tasased ja tumedad, nägu kahvatu, huuled sinakad ja jäsemed külmad. Silmad on sügavale vajunud, kõht sissepoole tõmbunud.

Kõik see tuletab väga meelde imikute toitelist mürgistust (*cholera infantum*).

Mõned uurijad räägivad veel koolerasarnastest ja kroonilistest vormidest, mis küll õige harva peaksid esinema.

Mainitud haigus kutsub esile mitmesuguseid komplikatsioone, nagu bronhopneumoonia, *otitis media, nephritis, furunculosis, prolapsus recti* jne.

Diagnoosimisel tuleb esmajoones kliinilist pilti silmas pidada, mille eriliseks tunnuseks on veri ja lima roojas. Lõppotsuse haiguse tüübi kohta peab andma bakterioloogiline uurimine, milleks värske roe bakterioloogialaboratooriumi tuleb saata. Diferentsimisel tuleb arvestada neid haigusi, mille puhul esineb verd roojas, nagu invaginatsioon, Barlow' tõbi, *tbc intestinalis, colitis ulcerosa, appendicitis, influenza gastrointestinalis* jne.

Kõik sellised haiged tuleb teistest eraldada, nende roe ja pesu desinfitseerida, sööginõud, käed ja tarbeasjad piinlikult puhtad hoida.

Kui tõelise düsenteeriaga tegemist on, siis tuleb haiget sellekohase seerumiga ravida, süstides talle 10 cm^3 intramuskulaarselt, tarviduse korral võib seda annust mitu korda korrata. Pseudodüsenteeria korral ei ole seerumil erilist tähtsust.

Ravi tuleb alustada 24-tunnise teedieediga. Vedelikku tuleb palju anda ja toitmist nõnda korraldada, et laps söönud oleks, võttes aluseks neid juhtmõtteid, milledest oleme eespool kirjutanud ägedate toitmisrikete puhul imikueas ja vanematel lastel (vt. lk. 72 ja 86). Lahtistajaid ei tule anda, või olgu siis haiguse alguses, et kõhtu ennemini välja puhastada. Selleks on parim *ol. ricini.*

Kinnistajaid ei tule tarvitada; võib-olla ainult siis, kui haigus

subkroonilise vormi võtab. Selleks kõlbavad *bolus alba sterilisata, carbo animalis,* tannalbiin, tannigeen jne.

Valude ja tenesmide vähendamiseks tarvitatakse supositoore oopiumist või belladonnast (*extr. belladonnae* 0,01, *butyr. cacao* 2,0).

Ka soojad kompressid kõhule ja soojad istevannid on head valude ja tenesmide vastu. Mõned soovitavad pärasoole loputamist sooja kummeliteega või ka rivanoolilahusega 0,1‰. Kui haigus pikale venib, siis tuleb klistiiri teha dermatoolist (*dermatoli* 4,0, *mucilago gummi arab.* 200,0, ca 4 korda). Raskematel juhtudel tuleb intravenoosselt või intramuskulaarselt süstida viinamarjasuhkrulahust, Ringeri või keedusoolalahust.

Soolte tuberkuloos. Seedeelundeis esineb tuberkuloosi peamiselt peensooltes, jämesooles mitte kunagi, väga harva söögitorus või maos.

Sekundaarset, see on hematogeenselt edasikantud või rögaga allaneelatud batsillidest tekitatud tbc esineb lastel samuti kui täiskasvanuilgi. Tema sümptoomid jäävad sooltes varju ja tagaplaanile nende nähtude ees, mis ta mujal esile kutsub, või olgu siis, et nad haiguse viimases järgus nähtavale tulevad, tihti aga alles sektsioonilaual avastatakse.

Esmasest tbc sooltes esineb võrdlemisi harva, vahest 5—10%, milledest omakorda 60% on *typus bovinus*'e tekitatud. Esimesel kahel aastal on soolte tbc väga haruldane nähtus, pärastpoole esineb teda juba sagedamini. Seda asjaolu võib sellega seletada, et imikud keedetud piima saavad, suuremad lapsed aga ka keetmata piima joovad.

Primaarse tbc puhul tekib peensooles primaarne afekt ehk esmasene haavand, millest batsillid laiali valguvad ja mesenteeriumi näärmeid nakatavad. Viimased suurenevad, võivad mugulasarnase kuju ja konsistentsuse omandada, konglomeraate tekitada ja juustuneda. Esmasene haavand võib ise nõnda väike olla, et pärast enam ei õnnestu teda üles leida.

Sellesse astmesse võib haigus peatuma jääda ja paraneda, kuid ta võib ka edasi areneda, sooltes haavandeid tekitada, peritooneumile üle minna või koguni üldiseks tbc-ks muutuda, mille raskeiks vormeks on *tbc miliaris* ja *meningitis tbc.*

Nagu tbc ikka, nii areneb ta ka sooltes aeglaselt ja tähelepandamatult. Lapsed muutuvad apaatseks, kaotavad oma rõõmsa meeleolu ja mänguhimu, söövad vähe ja jäävad kahvatuks. Vahel nad kaebavad kõhuvalude üle ja oksendavad.

Kõht suureneb ja komplemisel võib tükikesi tunda, mis on suurenenud mesenteriaalnäärmed. Nende liitumised võivad soolte liikumist takistada, mistõttu soolte peristaltika elavaks muutub ja mis väliselt vahel nähtav on.

Temperatuurid on kõikuvad, ei tõuse palju üle 38°.

Kõht läheb viimaks lahti, roe on halva lõhnaga, pärastpoole, kui sooltes palju ja sügavaid haavandeid on tekkinud, vere ja limaga segatud.

Lõpupoolel jääb laps väga nõrgaks, kõhnaks ja jõuetuks, mis seisundit vanemad arstid *tabes mesaraica*'ks kutsusid. Raske seisukorra lõpetab üldine tbc või ka *peritonitis perforativa.*

D i a g n o o s võib alul raskusi tekitada, pärastpoole on ta kõigile selge.

D i f e r e n t s i m i s e l tuleb esmajärgus mõelda apenditsiidile, mis veres polünukleaarse leukotsütoosi annab, tbc aga lümfotsütoosi; ka Herteri haigust peab silmas pidama.

P r o g n o o s oleneb sellest, millisel astmel ja millise ulatuse haigus on võtnud. Kerged ja algvormid võivad paraneda, samuti ka suurenenud näärmed mesenteeriumis ja võib-olla ka kergemad soolehaavandid, kuid raskemad vormid ja arenenud juhud vaevalt kunagi.

R a v i ühtib üldise tbc raviga: toitmine, värske õhk ja päike, tarviduse korral ka kõrgustikupäike. Kui haigus raskeks on muutunud ja sooled verd ja lima välja annavad, siis tuleb *tinct. opii spl.* anda.

Colitis ulcerosa* ja *colica mucosa. Haavandiline koliit ehk jämesoole põletik esineb lapseeas harva. Arvatavasti on ta sekundaarne ja areneb akuutseist jämesoole-haigustest. Jämesool pakseneb ja temas tekivad haavandid. Palpeerimisel on ta valutundlik. On suur kalduvus kõhulahtisustele. Vahel ilmub roojas verd ja lima. Pikapeale muutub laps nõrgaks, aneemiliseks, ta hingeline seisukord labiilseks.

Raviks tarvitatakse valgu- ja vitamiiniderikast toitu, soolte loputusi, vere transfusiooni jne. Ka operatiivne ravi võib kaalumisele tulla.

Mõnikord juhtub, et lapsel on normaalne, vormitud roe, kuid selle ümber hallikas membraan, mis teda osalt mõnest kohast katab. Teinekord jälle esineb korraliku rooja kõrval suurem või väiksem tükike selget lima. Nii lima kui ka membraanid võivad väljuda ilma ühegi sümptoomita ja ema leiab neid ainult juhuslikult. Mõnikord on siiski kõhus valusid — arvatavasti kooloni spasmid või voolmed.

See on soolte sekretsiooni neuroos, mida varemini *colitis membranacea*'ks kutsuti. Et siin tõelist põletikku ei ole, siis on õigem seda nähtu *colica mucosa*'ks kutsuda.

See esineb tundlikel närvilistel lastel, kes seejuures ka ekssudatiivsed on. Nad on harilikult valkainetega üle toidetud.

R a v i ülesandeks on lapse toitmist korraldada, toite mitmekesistada, valkaineid vähendada, tarbe korral mõned puu- või aedviljapäevad sisse seada (vt. lk. 93). Valude korral võib sooje kompresse kõhule panna, eumüdriini või papaveriini anda (*papaverini hydrochlor.* 0,1 : 100,0, 2—3 × päevas 10 g).

***Appendicitis* ehk ussjätkepõletik.** Väikelapseeas juhtub apenditsiiti võrdlemisi harva, olgugi et teda ka juba vastsündinuil ja noortel imikuil on konstateeritud. Alles peale neljandat eluaastat hakkab ta sagedamini esinema ja koolilapseeas on ta niisama sage kui täiskasvanuilgi.

Apenditsiidi iseärasuseks lapseeas on see, et teda väga raske on väikelapseeas diagnoosida ja et ta ruttu ja kergesti üldist peritoniiti tekitab.

Apenditsiit algab harilikult äkki palaviku, oksendamise ja kõhuvaludega. Sellega võivad seltsida kõhukinnisus, harva -lahtisus, ja üldine valutundlikkus kogu kehas. Väikelapse puhul on esimestel tundidel ennem mulje, et on tegemist raske gripi või influentsaga kui apenditsiidiga. Kõht tundub üleni hell ja valutundlik olevat. Alles esimese päeva lõpul ja teise alguses algab haiguse lähem lokaliseerumine.

Lapse kõhu palpeerimist alustatakse ülalpool naba ja minnakse siis vasemale poole ja alles sealt paremale poole, peatudes eriliselt Mac Burney punkti juures. Seejuures ei ole tähtis just niipalju lapse ütlused, kui see, kuidas ta oma nägu krimpsutab.

Kui *appendix* on intaktne, siis võib seda kohta vabalt palpeerida ja tihti apendiksit pliiatsijämeduse pehme, liikuva ollusena sõrmede all tunda. Vastasel korral ei ole see võimalik kõhuseinte vastupanu ja lapse kisendamiste pärast.

Kaheaastane laps haigustub kesköö palaviku ja oksendamisega. Kell 9 hommikul on palavik 39° ja kogu kõht nii valutundlik, et ei saa seda puudutadagi. Diagnoos kõigub raske influentsa ja apenditsiidi vahel. Soovitasin siiski last haavakliinikusse viia, et seal tarbe korral lõikust ette võtta, lisades vanematele veel juurde, et kui nad seda ei tee, langeb igasugune vastutus nendele. Vanemad ei nõustunud. Minu ütlus oli siiski emale südamesse läinud ja

ta oli lapse alles peale lõunat kliinikusse viinud, kus kohe lõikus tehti ja leiti, et apenditsiit oli juba perforeerumise lähedal. Seda teatas mulle pärast ema ise.

Pärastpoole piirdub valutundlikkus enam apendiksi piirkonnaga. Ka vanemail lastel on ta enamasti kohe alguses teatavas kohas lokaliseerunud.

Haiguse kulg on kahesugune: apendiksi kohal tekib piiratud abstsess, mis on ümberringi kleepunud ja kapseldunud, nii et haigus edasi ei pääse. Nõnda võib ta paraneda. Teine võimalus on, et haige apendiks mulgustub ja tekitab üldise peritoniidi, mis surmale viib. Väikelastel on see hädaoht liiga suur, sest nad ei suuda haigust lokaliseerida.

Me käsitleme siin ainult harilikke, väljakujunenud juhte, jättes kõrvale kõik kerged, abortiivsed juhud, samuti ka kroonilised haigustumised.

Teiste tunnuste hulgas aitab apenditsiidi diagnoosimisele kaasa verepilt, mis näitab leukotsütoosi.

D i f e r e n t s i m i n e on vahel õige raske. Tulevad küsimusse *pneumonia*, eriti *pneumonia lobi inferioris pulm. d.*, sest lapsed lokaliseerivad parempoolse alumise sagara pneumoonia ja pleuriidi puhul valusid ikka naba piirkonda, *dolores umbilici*, *tbc mesenterialis*, mis vahel lokaliseerub apendiksi kohal, samuti mõned soolte-haigused, mis valusid tekitavad.

R a v i on esmajoones operatiivne. Isegi kõik kahtlased haiged peaks kliinikusse saadetama, kus nad kirurgi silma all seisaksid.

Kui tõesti mõni apenditsiit on kirurgi ja lastearsti ühisel otsusel konservatiivsele ravile jäetud, siis tuleb haigele esimestel päevadel täielik rahu kindlustada, ei midagi süüa ega juua anda. Janu kustutuseks tuleb vaid jäätükke suhu anda või sidrunilimonaadiga suud loputada. Ei tule klistiire teha ega ka mingeid ravimeid anda.

Juba mõne päeva pärast paraneb seisukord. Siis võib ka kergeid toite anda, nagu tee kuivikutega, mannapuder, õunasupp, pehme muna jne.

Umbes kolme nädala jooksul on laps paranenud ja võib üles tõusta.

Et *appendicitis* harilikult retsidiveerub, siis on õigem lasta lapse apendiks tervena ehk, nagu arstid ütlevad, intervallis opereerida, mis on võimalik kõige varemalt 6 nädalat pärast esimest atakki.

Kõhuvalud on väga sage nähtus lapseeas, eriti 3.—10. eluaastani, harva enne ja pärast neid aastaid. Kui lastel sõrmega näidata lasta, kust kohalt kõht valutab, siis näitavad nad ikka naba piirkonda või sellest kõrgemale. Valud tulevad hooti, kestavad lühikest aega, mõni sekund või minut ja kaovad iseenesest. Mõnel lapsel esinevad nad mitu korda päevas, teistel üks kord päevas, paljudel mõni kord nädalas või veel harvemini. Need valud ei olene söömisest.

Enamasti esineb neid kevadpoolsel talvel, suvel peaaegu mitte kunagi ja sügisel õige harva. Nad võivad aastaid nõnda kesta ja lõpuks tähelepandamatult kaduda, nii nagu nad tähelepandamatult tulidki.

Kui neid valusid hakata analüüsima, siis peab kõige enne mõtlema apenditsiidile, mesenteriaalnäärmete tbc-le ja songale. Selles mõttes kõhu piirkonda läbi katsudes leitakse, et apendiksi koht on intaktne, mesenteriaalnäärmed mittekombitavad ja täiesti valuta, samuti ei leidu midagi, mis laseks kuski songa oletada. Edasi võiks oletada, et vahest soolteussid, hüper- või hüpatsiidsus võiksid siin küsimusse tulla.

Hüpatsiidsust esineb lastel kaunis tihti, kuid siis nad harilikult ei kaeba kõhuvalude üle. Hüperatsiidsust esineb harva ja ta ei näi ka mitte kõhuvalusid soodustavat. Soolteusside korral umbes pooled lapsed kaebavad ka kõhuvalude üle, kuna pooltel neid kaebusi ei ole. Ei saa eitada, et tundlikel ja närvilistel lastel ussid tõesti valusid või midagi sellesarnast võivad välja kutsuda.

Mõned lastearstid püüavad väita, et *tonsillitis* ja *nasopharyngitis* võivad lastel kõhuvalusid välja kutsuda. Ma ei tea selliseid juhte nimetada. Lõpuks ei jää midagi järele, mis lubaks nende valude orgaanilist alust leida.

Need on harilikult hästiarenenud lapsed, elavad ja liikuvad ja nad on sagedasti ka närvilistest perekondadest pärit. Neil on dermografism, vahel ka Chvostek positiivne ja kõhulihased reageerivad elavalt. Mida tundlikumad on lapsed, seda suuremate valude üle nad kaebavad. Tuleb jõuda otsusele, et need on enamasti funktsionaalsed valud puhtnärvilistel põhjustel ja arvatavasti sooltespasmid. Et need valud naba piirkonnas esinevad, siis nimetatakse neid n a b a v a l u d e k s ehk *dolores umbilici.*

R a v i on mitmesugune. Vahel aitab juba sellest, kui lapsel valutavat kohta määrida *tinctura jodi*'ga, kleepida leukoplast peale

või kiiritada kõrgustikupäikesega. Peaksid valud kauem kestma, siis tuleb sooje kompresse kõhule panna.

Huvitav on ka see, et need valud koolilastel kunagi koolivaheaegadel ei kordu ja kui lapsed oma kodu ümbrusest välja saavad, siis valud kohe või mõne päeva pärast kaovad. Nii kaovad nad lastel kliinikus olles peaaegu alati ilma ühegi ravimita.

Ema pangu last tähele valude ajal, kuid ärgu segagu end asjata vahele. Kui valud varsti mööduvad, laps voodisse ei lähe ja edasi mängib, siis ärgu tehtagu midagi. Kui aga valud pikemat aega peaksid kestma, laps oksendama hakkab või palavik tekib, siis kutsutagu kohe arst või viidagu laps kliinikusse, sest niisuguste valude taga võib peituda krooniline apenditsiit, võimalikult ka mõned teised orgaanilised haigused, nagu näiteks *hernia epigastrica*.

Ussid.

Soolteusse esineb lapseeas õige sagedasti. Rahvas omistab neile mitmesuguste haiglaste nähtude tekitamist, milles nad enamasti siiski süüdi ei ole. Kuid nad võivad siin ja seal mõnede haiguste või õnnetuste põhjuseks saada ja seepärast tuleb nad ikka ja alati välja ajada.

Umbropsu ei pea kunagi nende väljaajamist ette võtma, sest ravimid, mida selleks tarvitatakse, on õige mürgised ja võivad lapsele kasu asemel kahju tuua.

Usside väljaajamist peab toimetama ainuüksi arst ja ei keegi teine. Selleks peab arstil diagnoos kindel olema, mis selles seisab, et lapse roojas on teatava ussi mune leitud või jälle nähtud usse endid või ka nende osi.

Oxyuris vermicularis **ehk naaskelsaba** on õige sagedasti esinev ussike. Isane on 0,2—0,5 cm, emane 0,5—1,5 cm pikk, linaluutaoline, valge, teravamate otstega. Munad on ovaalsed, sileda, kahekordse kestaga, sisemus teraline või kui selles idu on, siis poognavõi hobuserauasarnane. Sigitatud munadest võivad juba 2—3 nädala jooksul küpsed ussid valmida. Ussid elutsevad peensooltes, kuid emased ronivad jämesoolde ja pärakusse, kuhu oma munad munevad. Seejuures tulevad nad tihti pärakust välja, ronivad seal ümber ja mõned nendest võivad tütarlastel ka vulvasse sattuda, seal ärritust ja limastust tekitades.

See kõik ärritab lapsi, tekitab sügelemist ja rahutust, segab

und ja teeb neid närviliseks, seda enam, et ussid just öösiti päraku ümber liiguvad. Neid võib vahel seal võrguna leida.

Munad kanduvad päraku ümbrusest lapse sõrmedega uuesti suhu ja siis kordub alaline reinfektsioon. Sedaviisi võivad munad ka lapse asjade ja sööginõude külge pääseda ja teisi lapsi, samuti ka vanemaid nakatada. Seepärast on ühes perekonnas harilikult kõik lapsed ussihaiged, sageli ka ema, harva isa.

Diagnoosiks on tarvis näha usse või leida mune roojas.

Ravi seisab usside väljaajamises. Selleks kõige parem on santoniin, mida antakse lapsele vanuse järgi 0,01—0,03 g.

Lapsele antakse hommikul kell 8 üks santoniinipulber, kell 10 teine ja kell 12 kolmas. Kell 14 hakkab laps iga ¼—½ tunni järel lapselusikakaupa *ol. ricini* saama, kuni kõht täiesti lahti läheb ja vedel on. Roe vaadatakse järele, kas selles on näha väljunud usse. Viimaseid on raske leida, sest nad poevad kohe rooja sisse.

Pärast roojamist tuleb lapse pärasool klistiiri abil leige veega puhtaks loputada, samuti päraku ümbrus seebiga puhtaks pesta, siis päraku ümbrus halli salviga (*unguentum hydrargyri cinereum*) kokku võida, see koht marli või linase lapiga katta ja lapsele kitsad supelpükstesarnased püksikesed jalga panna, et ta oma kätega ei pääseks päraku ümbrusse.

Teisel päeval kordub täpselt sama protseduur. Kolmandal päeval samuti, ainult selle iseärasusega, et kolmandal päeval tuleb peale klistiiri lapsele puhastusvann teha. Seejuures tuleb lapse sõrme- ja varbaküüned hästi lühikeseks lõigata ja harjaga puhtaks pesta. Ka päraku ümbrus tuleb veel kord seebiga hästi puhtaks pesta. Siis tuleb lapsele puhas ihu- ja voodipesu anda ja ta voodisse asetada.

Ussikuuri ajal tuleb lapsele süüa anda enne ajamist üks tass lastekohvi piimaga ja väike sai, peale usside väljaajamist ja klistiiri tegemist õhtuoode ja õhtusöök, kuna lõunaoode ja lõuna ära jäävad.

Et see kuur on küllaltki kurnav ja et ka need ussid visad kaduma on ning ühe kuuriga vaevalt kaovad, siis tuleb kuuri korrata, kuid mitte enne kolme kuud.

Nõrkadel ja põduratel lastel tuleb piirduda ainult kahepäevase kuuriga.

Ascaris lumbricoides. Solkmeid esineb kogu maailmas. Nad olid ka juba Hippokratesele tuntud. Solkmed elutsevad peensooltes, kuid tikuvad sealt igale poole välja. Nad on ümmargused, vihm-

ussisarnased, hallroosakad või kollakasroosad. Isane on 10—20 cm, emane 25—40 cm pikk. Nende sugutatud munad on ümmargused, pruunikad, kolme kesta ja teralise sisemusega, sugutamata munad on enam piklikud või ovaalsed, heledamad ja õlitilgasarnase sisemusega.

Sugutatud munad peavad enne mõne aja väljaspool organismi kas maas, liivas, vees või toiduainetel viibima, kus nad valmivad. Sealt satuvad nad jälle sooltesse ja alles peensooles ronivad vastsed välja ja arenevad suguküpsiks eksemplareks.

Neid võib mõnikord sooltes õige palju olla, nad võivad seal ka kerasse mähkuda ja nõnda soolt topistada, mida *ileus vermosus*'eks kutsutakse. Nad võivad ka maksa ja pankreasesse viivatesse käikudesse tungida ja seal raskeid haigusi tekitada, samuti ka makku ronida ja oksega väljuda. Mõnikord väljub neid ka roojaga.

Kindlasti võivad nad hulgana esinedes mitmesuguseid haiglasi nähte välja kutsuda, nagu kõhuvalud, aneemia, kõhukorratused, isutus jne. Tundlikel lastel võivad need nähud veel suuremad ja mitmekesisemad olla. Harilikult aga leitakse neid usse juhuslikult ja tihti on raske öelda, kas nad mõningaid haiglasi nähte esile kutsuvad või mitte.

Diagnoosiks on tarvis näha usse või leida nende mune. Kõik teised tunnused võivad petlikud olla.

Raviks tarvitatakse samuti santoniini. Ravi vältab kaks päeva. Esimesel päeval saab laps hommikul kell 8 ühe pulbri, kell 10 teise ja kell 12 kolmanda. Kell 14 hakkab ta iga ¼—½ tunni järel lastelusikakaupa *ol. ricini* saama, kuni kõht hästi lahti läheb. Roojas tuleb alati usse otsida. Teisel päeval kordub täpselt sama toiming. Nüüd tuleb lapsele pärast kõhulahtisust puhastusvann teha, puhas ihu- ja voodipesu anda ja laps voodisse asetada.

Riitsinusõli võib lastele anda kohvi, sidrunimahla või mõne keedisega. Kui see siiski võimatu on või laps selle välja oksendab, siis võib selle asemel sennalehtede teed või *pulvis liquiritiae compositus*'t anda.

Lapse toitmine on samane kui linaluu-usside kuuri korral.

Dibothriocephalus latus. Laiussi esineb palju Läänemeremail. Ta on kõige pikem uss, mis inimese organismis esineb (5—9 meetrit). Tal on kurikasarnane pea kahe pikliku lohukesega külgedel. Ta koosneb kuni 3500 üksikust lülist ehk proglotiidist, mis tihti on laiemad (10—12 mm) kui pikad. Ta munad on ovaalsed, kollakas-

pruunid, kahekordse kestaga, teralise sisemusega ja ühes otsas nagu kapsliga kaetud.

Laiuss tarvitab oma arenemiseks vaheperemeest. Kui ta munad satuvad vette, siis arenevad nendest umbes ühe nädala jooksul onkosfäärid. Neid söövad pisivähid sõudiklased (*Cyclops strenuus*). Sõudiklaste kõhus arenevad nendest protserkoidid. Sõudiklasi söövad omakorda kalad ja kalades arenevad protserkoididest plerotserkoidid. Kaladest on laiussi edasikandjad haug, ahven, luts ja forell.

Kui infitseeritud kalaliha ei ole hästi läbi keedetud või küpsetatud, mida eriti praadimisel juhtub, siis arenevad nendest plerotserkoididest inimese sooltes laiussid.

Laiussi diagnoosimiseks on samuti tarvis leida roojas tema mune või näha tükikesi, mis temast vahel roojaga väljuvad. Ta tuleb alati välja ajada, sest ta võib rasket, *perniciosa*-taolist aneemiat tekitada.

Ravi algab sellega, et eelmisel päeval lapsele laksansit antakse või klistiiri tehakse, et kõhtu suuremast ballastist tühjendada ja sellega ravimi toimet ussisse suurendada. Järgmisel päeval antakse lapsele hommikul enne üks tass lastekohvi piimaga ja väike sai, peale seda filmarooniõli (*extr. filic.* 1 : 9 *ol. ricini*). Lapsed 3—6 a. saavad 2—5 g, 6—14 a. 5—7 g. Ühe kuni kahe tunni järel tuleb lapsele anda iga ¼—½ tunni järel üks supilusikatäis *ol. ricini*, kuni kõht täiesti lahti läheb. Potti tuleb soe vesi panna ja sellesse lasta ussil kukkuda. Vahel ei taha uss väljuda, siis tuleb lapsele sooja veega klistiiri teha, mille järel uss sageli väljub.

Kui uss on väljunud, siis tuleb järele vaadata, kas ka pea on väljunud. Mõnikord on mitu ussi koos. Meie oleme leidnud lastekliinikus, et ühel lapsel väljus 7, teisel koguni 14 ussi ühes peadega.

Kogu kuuri ajal jääb laps voodisse ja on söömata, kuni uss on välja tulnud. Siis puhastatakse laps ja voodi, tarbe korral tehakse lapsele vanni ja pannakse puhas ihu- ja voodipesu. Uss ja roe kallatakse lüsooli- või karboolilahusega üle.

Eestis esineb peamiselt dibotriotsefalus, harva mõni teine paeluss, nagu *Taenia*'d. Rohkem esinevaid *Taenia*'id on kolm.

Taenia saginata antakse edasi infitseeritud sarvloomade lihaga; *Taenia solium*'i edasiandjaks on infitseeritud sealiha; *Taenia cucumerina* esineb koertel ja kassidel.

Kõigi *Taenia* liikide kuur ühtib dibotriotsefaluse kuuriga, sest *extr. filicis* toimib neisse kõigisse uimastavalt.

Maksahaigused.

Icterus catarrhalis. Maksahaigustest esineb lastel kõige sagedamini kollatõbi, *icterus catarrhalis* ehk *simplex*, ka *icterus epidemicus*'eks nimetatud. Sellesse haigustub harilikult ikka mitu last korraga kas kuski koolis, internaadis või lastekodus, mispärast arvataksegi, et ta peaks nakkav olema. Tema tekitaja on avastamata ja praegu isegi problemaatiline.

Mõned on isegi arvamisel, et ta võib vere kaudu tekitatud olla ülemiste õhuteede haigustest, millede järel talvekuudel neid kollatõvejuhtusid on täheldatud, teised tahaksid teda hilissügiseste maoja sooltehaigustega ühendusse viia. Nii nagu viirus tundmatu on, nii on ka teadmatu inkubatsiooniaeg. Mõned loevad siiski peiteajaks 2—4 nädalat ja eelmeteajaks 2—6 päeva.

Üldiselt arvatakse, et lapsed 5.—10. eluaastani haigustuvad sagedamini. Budapestis haigustus ühe niisuguse epideemia puhul palju lapsi. Nendest olid alla 1 a. 6 last, 1—4 a. — 80, 4—7 a. — 316 ja 7—14 a. — 335 last.

Juba enne haigustumist kaebavad lapsed vahel väsimuse ja isutuse üle, mis nähud harilikult tähele panemata jäävad. Mõnikord haigustuvad lapsed äkki palaviku (kuni 39°), oksendamise ja kõhulahtisusega, sagedamini aga on algus vähe silmatorkav: väsimus, peavalu, kõhukinnisus, edasi kõhuvalud ja atsetonuuria. Lapsed lokaliseerivad kõhuvalusid epigastriumi, kuid komplemisel tunduvad nad enam maksa piirkonnas olevat.

Need nähud võivad mõne päeva kuni ühe nädala jooksul kaduda ja siis alles hakkab laps kollaseks muutuma: esiteks silmamunad, siis kogu keha. Kusi on tumepruun, sest temas on palju urobiliini, seevastu roe on silmatorkavalt hele, pealtnäha ahhooliline, kuid enamasti leidub selles uurimisel siiski natuke sappi.

Maks on suurenenud umbes 1—4 sõrme laiuselt.

Kollane värvus võib mõne päeva pärast kaduda, kuid ka nädalaid kesta; keskmiselt on ta vältus 2—3 nädalat.

P r o g n o o s on üldiselt hea. Harva tuleb ette, et mõni juht krooniliseks muutub ja viimaks maksatsirroos välja kujuneb, mis lõpuks surmale viib.

R a v i on peamiselt dieteetiline. Et maksarakud haiged on, siis ei tohi neid liialt koormata. Esmajoones tuleb piirata valkaineid toidus ja teises järgus rasvaineid, kuna süsivesikuid rikkalikult tuleb

kasutada. Niisiis võib anda kõiksuguseid mahlu ja keediseid, manna-, riisi-, jahu- ja kartuliputru piimaga, puu- ja aedvilja.

Laps jääb muidugi voodisse ja ta kõhule tuleb soojad kompressid panna. Kui kõht kõva on, siis tuleb igal hommikul tühja kõhuga ½—1 klaas karlsbadi soola lahust (1 teelusikatäis soola 1 klaasi vee hulka) lapsel lasta ära juua.

Raskematel, pikalevenivatel juhtudel on häid tagajärgi saavutatud insuliin-viinamarjasuhkru kombineeritud raviga.

***Icterus infectiosus* ehk nakkav kollatõbi.** Seda tekitab *Spirochaeta icterogenes*, mida rotid edasi kannavad ja levitavad. Haigus algab äkki valudega peas, seljas ja sääremarjades, millele järgnevad keha kollasus, neeruhaigus ja mõned verevalumid. Põrn ja maks võivad suureneda. See on rahuajal haruldane haigus, esineb aga sõja ajal. Tema etioloogia tehti kindlaks alles 1915. a. Varemini oli seda haigust 1886. a. Weil kirjeldanud ja tema kui nakkushaiguse iseloomu kindlaks teinud. Seepärast nimetatakse seda haigust ka Weili haiguseks.

R a v i k s soovitatakse paranejate-seerumit ja insuliin-uvikumi (viinamarjasuhkru) tarvitamist. Muidu sümptomaatiline ravi.

Cirrhosis hepatis. Maksatsirroose on kahesuguseid: atroofiline ja hüpertroofiline. Kliiniliselt on raske nende vahel vahet teha. Nende kulg on krooniline ja võib aastaid kesta. Laste kõht muutub kord-korralt suuremaks, sest nii maks kui ka põrn suurenevad ja võivad kuni nabani või ka veel allapoole ulatuda. Maksa pind tundub kõvana ja tükilisena. Kõhuveenid laienevad ja suurenevad (*caput medusae*), mis tunnistavad verepaisust maksas. *Icterus* on suuremal või väiksemal määral olemas, vahel ka *ascites* ehk vesikõht.

Lapsed muutuvad apaatseks, nende nahk on kuiv, hall või kollakas. Isu on halb, vahel on valud kõhus, enamasti esineb kõhulahtisus. Siin ja seal on verevalumeid nahas või limanahkades. Kasvu ja kaalu juurdevõtt ei edene. Lapsed närbuvad. Surma toovad harilikult interkurrentsed haigused.

Seitz'i järgi võib tsirroosi põhjuseks umbkaudu arvata: 15% luues, 16% alkohol, 33% ägedad nakkushaigused, nagu leetrid, sarlakid, tüüfus, difteeria jne., kuna 36% selgusetuks jääb.

Peale luuese on ravi puhtsümptomaatiline: korraldada toitmist, reguleerida põie ja soolte tegevust, tarviduse korral teha punktsiooni üleliigse *ascites*'e puhul.

Sekundaarsed ja muud maksahaigused. Mitmete haiguste puhul, nagu tüüfus, düsenteeria, pneumoonia, tbc, apenditsiit, naba

infektsioonid jne., tekivad ka maksas kohalikud haiguskolded, mis sinna vere kaudu on kantud. Nende kliiniline algus on harilikult õige äge: palavik, oksendamine, kõhuvalud, kõhulahtisus, krambid. Maks on suurenenud, *icterus* harva olemas. Diagnoos on raske, enamasti mõeldakse apenditsiidile. Ravi peaaegu lootusetu.

Kasvajatest esineb maksas üliharva sarkoome ja kartsinoome, kuid needki ei ole harilikult mitte esmasesed, vaid teisesed, tekkinud metastaasidena.

Väga haruldased on ka *cholangitis, cholecystitis* ja *cholelithiasis* lapseeas, samuti ka solkmete sattumine sapiteedesse ja sapiteede kitsus või koguni atreesia.

Kõhukelme haigustumised.

Kõhukelmepõletikke esineb juba intrauteriinselt, samuti ka vastsündinu eas. Huvitav on nõndanimetatud mekooniumperitoniit. See võib alguse saada juba emaihus, kuid ka kohe peale sündimist on seda täheldatud. Selle põhjuseks on sooltedefektid, nagu stenoosid või atreesiad, mekooniumi kogunemine pealepoole neid kohti ja siis soole perforatsioon. Peale sündi lisandub kohe ka infektsioon.

Kõht suureneb ruttu, algavad oksendamine, raske hingamine ja tsüanoos. Laps sureb peagi.

Vastsündinu ja noore imiku eas esineb samuti peritoniite. Seda põhjustavad harilikult mujal olevad septilised protsessid, nagu naba infektsioonid või mõned teised mädased protsessid, mõnikord võib-olla isegi soolte patogeensed bakterid, mis ju selles eas sooleseinu võivad läbida.

Tunnused: kõhu suurenemine, palavik, oksendamine, esiti maost söögijääke, siis sapiseid ja pärast roojalisi, haisevaid masse. Surm järgneb mõne päeva pärast.

Väike- ja suurlapseeas esineb kolmesuguseid peritoniite: ägedad mädased, poolägedad pneumokokkide ja gonokokkide omad ja pikaldased tuberkuloossed kõhukelmepõletikud.

Peritonitis purulenta. See on harilikult ikka sekundaarne ja esineb kõige sagedamini ühenduses apenditsiidiga, mis mulgustub ja selle tagajärjel tekitab üldise mädase kõhukelmepõletiku. Seda võivad samuti tekitada perforeerunud mao- või duodeenumihaavand, invaginatsioon ja *hernia incarcerata*, tüüfuse, düsenteeria ja tbc haavandid sooltes.

Algus on äge ja tüüpiline: palavik, kõhuvalud, kõhu suurenemine ja oksendamine, alul toidujääke, pärastpoole sooltest sapiseid või roojalisi, haisevaid masse. Kõht on väga hell, pingul, kõva ja esinevad suured valud.

Haige lamab selili, jalad kõhu vastu tõmmatud; hingamine toimub enam torakaalselt. Täielik isutus. Suur janu, kuid iga tilk vedelikku tuleb oksega tagasi. Kõht on enamasti kinni, harva on alul kõhulahtisus.

Luksumised ja südamepööritused vaevavad alaliselt haiget ja ta liigutab pead ja käsi, sest kuski ja kuidagi ei ole tal hea olla. Pilti täiendab veel *facies abdominalis:* kahvatu, hirmunud nägu, sisselangenud silmad, terav ja külm nina, sinised huuled. Selle kõige juures on haige mõistus täiesti selge.

Viimaks lakkab soolte peristaltika, sest sooled on halvatud, ja siis ei välju enam gaase ega rooja.

Vastavalt kõigele on ka südametegevus: väike, kiire ja pehme pulss, tsüanoos, jäsemete külmus. Niisugune seisukord viib juba 24 tunni jooksul surmale, hiljemalt 3—4 päeva järel.

Muidugi ei ole kõik juhud nii ägedad. Elulootust võib ainult siis olla, kui haigus lokaliseerub ja piiratud, ümberringi kapseldunud abstsess tekib. Selle operatiivne ravi võib paranemist tuua.

R a v i on kirurgiline.

Söögi andmine tuleb ära jätta. Janu kustutuseks antagu haigele jäätükke suhu ja lastagu sidrunilimonaadiga suud loputada. Kui esineb roojaokset, siis tuleb magu loputada.

Umbes kolme päeva pärast võib natuke süüa pakkuma hakata: kuivik, manna, pehme muna, vasikaliha, kartulipuder jne. Haige rahustamiseks ja valude vähendamiseks ärgu oldagu narkootikumidega tagasihoidlik.

Peritonitis pneumococcica. Seda peritoniidivormi esineb lapseeas kaunis sageli. Enamasti on tütarlapsed haigusest tabatud. Tütarlaste ja poiste haigustumise vahekord on 3 : 1. Harilikult on kuski mõni haiguskolle, kust ta alguse saab, nagu nina, kurk, kõrv või bronhiitilised nähud, tütarlastel tihti ka suguosad, millega ongi seletatav nende sagedane haigustumine. Algus on samuti tormine: palavik, kõhuvalud, oksendamine ja kõhulahtisus, suurematel lastel ka külmavärinad, *herpes labialis* ja viimaks ka *facies abdominalis.*

Mõne päeva pärast on kergendust ja paranemist tunda: palavik langeb, valud vähenevad, haige enesetunne muutub paremaks. Niisugune kergem seisukord võib paar nädalat, kuid tihti ka kuu

aega või isegi kauem kesta. Siis läheb haige seisukord jällegi halvemaks. Kõht muutub jälle valusaks ja hakkab suureks paisuma: tekib abstsess või empüeem, harilikult sümfüüsi ja naba vahel, kuid nabale lähemal. Kui abstsessi õigel ajal ei avata, võib ta ise enesele läbi naba tee valmistada ja väljuda. Mädas on pneumokokid. Kui abstsess väikeses vaagnas tekib, siis valmistab ta endale väljapoole tee *vagina* kaudu. Nii üks kui teine vorm paraneb täiesti peale mäda väljumist.

Peale niisuguse tüüpilise lokaliseerunud vormi esinevad muidugi ka üldised, difuussed peritoniidid, mis peaaegu alati surmale viivad. Viimaste hulgas väärib erilist tähelepanu niisugune vorm, kus kõik organismi seroossed õõned haigustuvad, *polyserositis:* peritooneum, pleura, perikard, suuremad liigesed, mõnikord isegi ka meninksid. Mainitud sümptoomidega seltsivad veel *icterus*, tsüanoos ja teadvuse kadumine.

D i a g n o o s põhineb neljal sümptoomil: palavik, kõhuvalud, oksendamine ja kõhulahtisus.

Diferentsimine teeb alul väga suuri raskusi: kas apenditsiit või peritoniit. Apenditsiit tuleks kohe opereerida, peritoniidi puhul tuleb oodata haiguse lokaliseerumist ja abstsessi kujunemist. Mõned soovitavad sel korral teha proovipunktsiooni. Alul võib ka veel tüüfus küsimusse tulla.

Prognoos on lokaliseerunud juhtudel kaunis hea, mortaliteet umbes 8—10%, difuussetel igapidi, ka operatsiooni puhul, halb, suremus 73—100%, nagu mõned statistikad näitavad.

R a v i: rahu, jääkott, söök ära. Vahepeal, kui haigus lokaliseerub, hästi toita: pehme muna, või, sai, kuivik, pudrud, püreed, koor jne. Pärast operatsioon.

Peritonitis gonorrhoica. Seda peritoniiti esineb lapseeas harva ehk olgu siis, et lapsel on gonorröa. Et tripperit tütarlastel vahel esineb, siis tuleb ka seda peritoniiti mõnikord ette.

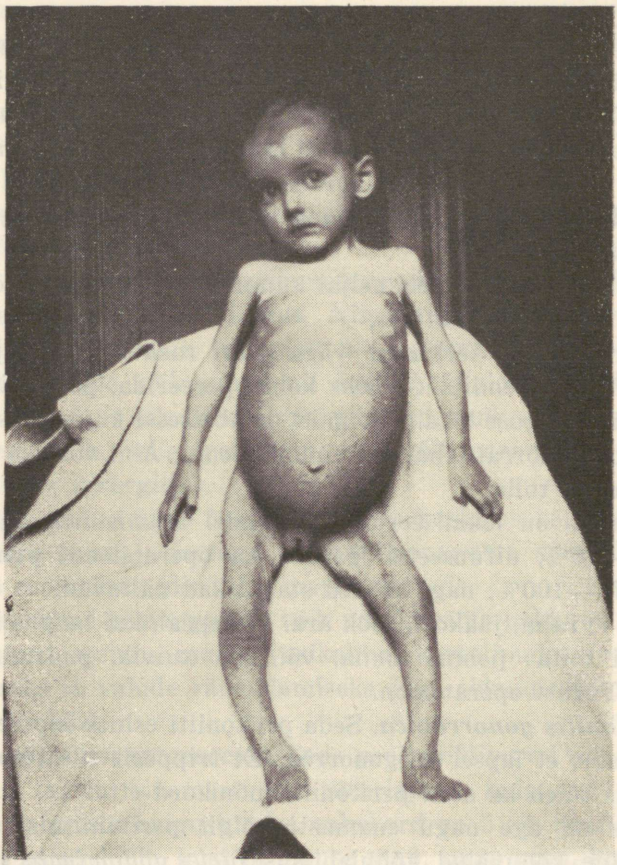
Algus on äge nagu enamasti kõigil peritoniitidel: palavik, oksendamine, kõhuvalud, kõhulahtisus, *facies abdominalis* ja mõningad teised nähud. Huvitav on, et ägeda staadiumi ajal mädajooks *vulva*'st ära jääb.

Mõne päeva järel haigus näitab kalduvust paremuse poole. Algab haiguse lokaliseerumine adneksidesse, mis kaua kestab. Samuti võtab ka paranemine palju aega.

Haigus on üldiselt healoomune, kuid siin ja seal olevat ka surmajuhtumeid olnud.

R a v i vastab pneumokokkide peritoniidi ravile, ainult selle vahega, et operatsiooni harva tuleb teha.

Peritonitis tuberculosa. Seda peritoniiti esineb lapseeas kaunis sagedasti. Ta algus on pikaldane ja väheütlev: üldine jõuetus, isutus, kahvatus, kerged temperatuurid, vahel kõhuvalud, mõnikord ka oksendamine ja korratu kõht.



Joonis 23. *Peritonitis tbc.* Laps 2 a. vana.

Aeglaselt ja pikkamisi suureneb kõhu ümbermõõt (joon. 23). *Peritonitis tbc* võib esmasene kui ka teisene olla. Tihti on ta esmasene ja on tekkinud keetmata piima tarvitamisest, kuna esiknakkus kuski sooles peitub. On kahesuguseid vorme: ekssudatiivne ja kleepuv-tükiline. Esimese vormi korral koguneb kõhuõõnde palju vede-

likku, tekib *ascites* ehk vesikõht. Kõht suureneb ettepoole ja nabavoldid silenevad.

Adhesiivse ehk liituva vormi puhul ei ole kõht väga suur. Komplemisel tunduvad siin ja seal mõned sõlmekesed ja tükikesed, mis on suuremad või väiksemad, olenedes sellest, kas nad on liitunud kokku või mitte. Seejuures võivad ka soolte, mesenteeriumi ja peritooneumi kleepumised ja liitumised esineda, mis soolte peristaltikat võib pidurdada ja mida isegi väliselt näha võib.

P r o g n o o s on ekssudatiivse vormi puhul parem kui adhesiivse puhul. D i f e r e n t s i m i s e l tuleb silmas pidada astsiite teiste haiguste juures, nagu maksatsirroosid, pahaloomused kasvajad, perikardiitilised liitumised jne., mis kõik küll ka üsna haruldased haigused on.

R a v i on harilik klimaatiline-dieteetiline tbc ravi: palju värsket õhku ja päikest, viimase puudumisel kunstlik päike. Hea, värske, mitmekesine ja vaheldusrikas toit. Muidu sümptomaatiline: kompressid, valude ja okse korral atropiin, kodeiin jne.

Abscessus subphrenicus. Peritooneumi haigustega lähedaselt ühenduses seisab subdiafragmaline ehk subfreeniline abstsess. Teda juhtub õige harva. Tema tekkimist viiakse ühendusse traumaga, selgroo, mao ja soolte haigustega, eriti aga apenditsiidiga. Ta lokaliseerub enamasti diafragma ja maksa vahel, tõstes esimest ülespoole ja surudes teist allapoole. Tunnused: valud ja tundlikkus kõhus, eriti paremas hüpohondriumis, valud hingamisel ja eriti ka vajutamisel selja poolt ja vastuvajutamisel maksa kohalt, palavik.

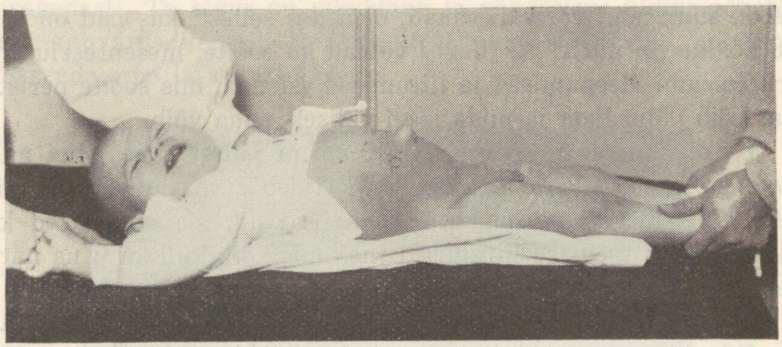
R a v i on puhtkirurgiline.

Songad.

Lapseeas esineb mitmesuguseid songi ja nad paranevad enamasti hästi konservatiivsel ravil. Kindlasti ja kohe tuleb neid ainult siis opereerida, kui nad pitsunud või inkartsereerunud on. Peale selle tuleb neid veel siis kirurgiliselt ravida, kui nad küllalt suured on ja ei ole lootust, et nad paraneksid.

***Hernia umbilicalis* ehk nabasong** esineb kõige sagedamini imikueas, sest nabaauguke kasvab alles peale sündimist kinni. Nii on kõhuõõne sisemus esialgu ainult kõhukelme kaudu nabaaugukesest eraldatud ja väljastpoolt kaitseb teda ka veel mitteküllaldaselt kõvenenud nabaväädi arm.

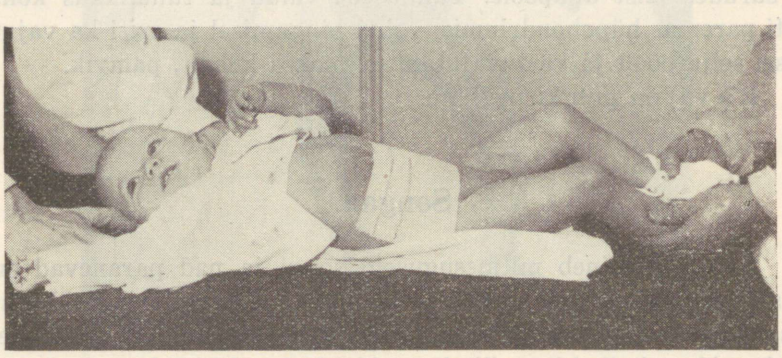
Nii on igal lapsel võimalus ja kalduvus esimestel kuudel nabasonga saada, eriti siis, kui nad kõvasti pressivad, tihti karjuvad või palju köhivad. See song võib õige väike olla, vaevalt oatera-suurune,



Joonis 24. Nabasong. Laps 1 a. 9 k. vana.

kuid võib mõnel korral ka õige suureks paisuda (joon. 24). Song läheb harilikult ikka kas iseenesest või sõrmega ettevaatlikult vajutades hästi tagasi. Pitsumist juhtub harva.

R a v i: song reponeeritakse, nabaauguke surutakse sissepoole, tekitades niiviisi mõlemalt poolt ülevalt allapoole tulevaid naha-



Joonis 25. Nabasonga ravi leukoplastiga. Laps 1 a. 9 k. vana.

voldikesi, millede üle kleebitakse 3—4 sõrme laiune leukoplastiriba kolmekordselt, nii et ühe leukoplastiriba serv katab teist umbes poole laiuseni katusekivide taoliselt. Leukoplastiribad ulatugu mõlemale poole aksilaarjooneni (joon. 25). Leukoplast võib pikemaks

ajaks peale jääda. Kui ta ära tuleb, siis tuleb uus panna. Kui nahk marrastub, siis tuleb vahet pidada ja nahka ravida.

Selline leukoplastravi kestab kaunis kaua, $^1/_2$—1 aasta. Kui selle aja jooksul song ei parane, siis tuleb operatsioon ette võtta, mida muidu tuleb ainult siis teha, kui song pitsub.

***Hernia epigastrica* ehk *supraumbilicalis*.** Mõnikord juhtub, et lastel on ülalpool naba kas *linea alba* kohal või mujal väike lünk, kust kõhuõõne sisemus herne- või oaterasuuruse muhuna välja kipub tulema. Kirurgid arvavad, et need songad lastel tihti kõhuvalusid tekitavad. Seepärast tuleb neid parajal juhul otsida ja kui on tõenäone, et nad valusid tekitavad, siis tuleb nad operatiivsel teel parandada.

***Hernia inguinalis* ehk kubemesong.** Ka seda songa esineb võrdlemisi tihti imikueas, eriti enneaegseil.

Ligi 50% lastel on *processus vaginalis peritonei* sünniajal veel poolenisti kokku kasvamata ja seetõttu nagu kalduvus songale. Nii on võimalus olemas, et peensooled, jämesooled, pimesool apendiksiga ja teised organid sellesse *processus vaginalis*'esse tungivad ja songa tekitavad. Lapse alaline selili olek ja sage karjumine võib siin soodustavalt kaasa aidata.

Õnneks juhtub pitsumist imikueas harva. Ta avaldub selles, et laps palju karjub, oksendab, song ei lähe tagasi ja kõht suureneb meteorismi tõttu.

Niisugusel korral on ainukeseks raviks muidugi operatsioon. Minu kõige noorem patsient oli alles 3 kuud vana.

Kui song suur ei ole ja alati välja ei tiku, siis võib katsuda mõni aeg last konservatiivselt, songarihmaga ravida, kuni laps vanemaks ja vastupanevamaks muutub.

Häda korral peab alati opereerida laskma, samuti tuleb ka vanemaid lapsi alati opereerida.

***Hernia diaphragmatica* ehk vahelihasesong.** Seda songa või õieti prolapsust juhtub üliharva. Ta võib juba kaasa sündinud olla.

Diafragmas on loomulikud avaused, kust söögitoru ja sooned kõhuõõnde tulevad; temas võivad ka ebanormaalsed lüngad olla, mis kaasasündinud defektide hulka kuuluvad, samuti võivad lüngad trauma tagajärjel tekkida (näit. sõiduki alla jäämisel).

Nendest lünkadest kipuvad kõhuõõneorganid läbi, nagu magu, sooled, maks, põrn jne. ja tekitavad sellega rasket haigust.

Kui selline viga või rike on raskemal kujul olemas, siis on tun-

nuseiks: tsüanoos, raske hingamine, oksendamine, sisselangenud kõht, *dextrocordia* jne.

Raske juhu puhul laps sureb mõne tunni või päeva pärast, kergemad ja kerged haiged võivad aastaid elada. On üksikuid inimesi, kes nõnda 10—20—30 aastat on elanud.

Ravi on kirurgiline.

Relaxatio diaphragmatica. Mõnikord ei seisa diafragma mõlemad pooled ühtlasel kõrgusel. Teine pool, harilikult vasak, seisab märksa kõrgemal kui parem.

Selle põhjuseks on nõrgalt arenenud muskulatuur, tema saadud rikked ja vead, samuti ka *n. phrenicus*'e rikked.

Ka seda esinevat, et mõlemad diafragmapooled nõrgalt arenenud on.

VII. Avitaminoosid.

Sõna vitamiin on Casimir Funki poolt loodud ja esimest korda tema töödes 1912. a. tarvitatud. Selle all mõistetakse aineid, mis tarvilikud on looma ja inimese organismi kasvamiseks ja tema organite harmooniliseks funktsioneerimiseks. Nad ei toimi mitte energeetiliselt, vaid mõjuvad üliväikestes annustes.

Nende puudumine toidus kutsub välja erilisi haigusi, millised spetsiifiliste tunnuste kõrval ka veel arenemisrikkeid ja haigustele vastupanuvõime vähenemist näitavad. Vitamiinirikka toidu varal on neid kerge parandada.

Selle järgi on vitamiinid orgaanilised toiduainete osakesed, mis juba üliväikestes annustes bioloogiliselt spetsiifilist toimet avaldavad ja millede puudumine ilmneb: 1) erilistes haigusnähtudes (avitaminoosid), 2) üldistes, mitteiseloomulikes kasvamisriketes ja nõrgenenud vastupanus haigusidudele (P. György).

Avitaminooside hulka kuuluvad tänapäeva teaduse järgi rahhiit, skorbuut ja kseroftalmia.

Et spasmofiilia rahhiidiga sageli koos esineb, nende etioloogias palju ühesugust on ja et esimene samade vahendite abil paraneb, mida rahhiidigi raviks tarvitatakse, siis olen ka spasmofiilsete haiguste grupi avitaminooside hulka paigutanud, olgugi et nende tekkimise kohta aktid veel lõpetatud ei ole.

Avitaminoosid ei avaldu mitte kohe. Nendel on ka oma peitejärk, mille pikkus oleneb vitamiinide suuremast või väiksemast hulgast, samuti ka organismi tundlikkusest vitamiinide suhtes. Juba sel ajal on organismi vastupanuvõime haigustele suuresti alanenud.

Kui paranemist ei tule, siis areneb haigus edasi ja mõne aja pärast ilmuvad esimesed, olgugi nõrgad, iseloomustavad haigustunnused.

See on haiguse teine staadium, kus kerged, vaevaltmärgatavad haigustunnused nähtavale tulevad, need on nn. *formes frustes*.

Kui selles järgus haigust ravima hakatakse, siis võib ta peatuda, kui mitte, siis areneb muidugi edasi. Nüüd tekivad tüüpilised, täiesti väljaarenenud haigusvormid, millised kõigile tuttavad on.

Avitaminoosi arenemine on seoses mitme asjaoluga. Nii areneb ta noortel loomadel, samuti ka lastel, palju rutemini ja raskemalt kui täiskasvanuil. Edasi on kindlaks tehtud, et vitamiinide hulk, mida organism tarvitab, on proportsionaalne kasvamise aktiivsusega, s. t. mida noorem organism, seda enam tarvitab ta vitamiine ja seda tundlikum on ta ka nende vähesuse ja puudumise vastu.

Igasugused infektsioonid tõstavad organismi vitamiinide tarvidust. Samuti on lugu ka intoksikatsioonidega. Nii kiirendab väävel varjatud skorbuudi nähtavaletulekut, kuna magneesium ja strontsium eksperimentaalse rahhiidi tekkimist soodustavad.

Näib tõenäone olevat, et mõned lapsed konstitutsionaalselt avitaminoosidele enam disponeeritud on kui teised, nagu see tõsiasi ka nakkushaiguste puhul juba ammugi kindlaks on tehtud.

Rahhiit ehk inglise tõbi.

Rahhiit on kasvava organismi üldhaigus, mille peamised tunnused luustiku muutusis avalduvad. Teda esineb palju igal pool parasvöötme kliimas, eriti aga suurlinnades, kus teda üle 90% leidub, väikelinnades ja maal märksa vähem. Kõige rohkem haigustuvad lapsed temasse esimesel ja teisel eluaastal, kuna kolmandal ja järgmistel aastail seda vaevalt veel juhtub. Küll võib teda jälle puberteediajal mõnikord ette tulla, sest rahhiit armastab kõige jõudsamat kasvamisiga.

Üldiselt ei leidu vastsündinuil ja imikuil enne $1^1/_2$—2 kuud rahhiidi sümptoome, küll aga peale seda aega.

Teadusmeeste hulgas on vaidlus selle üle, kas rahhiit juba emaihus võib alguse saada ja vastsündinuil esineda või areneb ta ainult väljaspool emaüska. Olen isiklikult arvamusel, et rahhiit teatavais tingimusis küll võib *in utero* alguse saada, mida muude hulgas ka see fakt kinnitab, et enneaegsed kõik väiksemal või suuremal määral rahhiiti haigustuvad.

Rahhiidi arenemise ja esinemise ajaks on peamiselt talv, külm, hiline kevad ja võib-olla ka hilissügis.

Soojadel maadel ei esine rahhiiti või kui, siis õige harva; polaarmaades leidub teda võrdlemisi vähe, sest seal imetavad emad

kaua oma lapsi rinnaga ja söövad ise ka D-vitamiinirikast toitu, nagu seda on kalaliha ja -rasv.

Rahhiit on D-avitaminoos. Tema tekib seal, kus lapse toidus puudub D-vitamiin täiesti või kus seda on õige kasinasti.

Arvatavasti saab laps sündides emalt kaasa teatava osa D-vitamiini; samuti on tõenäone, et teda ka emapiimaga lapsele edasi antakse ja et suvel päikesekiirte mõjul lapse organismis endas tarvilik hulk D-vitamiini tekib.

Meie ilmastikus on suvel palju päikesepaistesi päevi ja päikesekiirtes ka palju ultraviolettkiiri, mis ongi tarvilikud D-vitamiini tekkimiseks. Sügisel ja talvel on vähe päikesepaistet ja selles ka vähe ultraviolettkiiri. Nõnda siis ka näib, et talvel ja sügisel lapsed rahhiiti haigustuvad.

Ultraviolettkiirte toimet inimese organismisse kujutellakse nõnda, et need kiired tungivad organismi — olgugi mitte sügavale nahasse, vahest ainult kuni 0,8 mm — ja aktiveerivad seal mõnesuguseid aineid, mis vere kaudu kogu organismis laiali kanduvad.

Need ained kuuluvad kolesteriinide hulka. Uurimistel selgus viimaks, et puhas kolesteriin kiiritamiste läbi siiski antirahhiitilist toimet ei omanda, küll aga üks teine aine, mis kolesteriiniga peaaegu alati kaasas on. See aine on ergosteriin, mis ultraviolettkiirte mõjul D-vitamiiniks muutub, rahhiidi vastu kaitset annab ja seda tervistab. Looduses leidub teda pärmiseentes ja tungalterades. Saksa teadlased Pohl ja Windaus avastasid tema 1927. a. spektraalanalüüsi abil.

See aine — kiiritatud ergosteriin — on äärmiselt võimsa toimega: $^1/_{1000}$ mg päevas tervistab rotirahhiidi kolme nädala jooksul.

Suured ravimivabrikud valmistavad seda praegu mitmesuguste nimede all ja lasevad müügile. Meil on enam tuntud preparaat vigantool, mis on kiiritatud ergosteriin õlis või šokolaaditerakestes.

Nõnda arvab praegune teadus D-vitamiinist. Võimalik on muidugi, et edasised uurimised siin uusi seisukohti ja korrektuure toovad.

Peale otsese põhjuse on veel palju teisi asjaolusid, mis rahhiidi tekkimiseks kaasa aitavad.

Nii on tähele pandud, et mõnedes perekondades teda enam ja raskemal kujul esineb ja et ta neis perekonnis juba mitu põlve on esinenud.

Edasi on kõigile teada, et lapse kunstlik toitmine rahhiidi tekkimist soodustab, sest iga kunstlikult toidetud laps haigustub kerge-

mal või raskemal kujul rahhiiti. Muidugi ei jäta ka halvad korterid, kus vähe päikest ja õhku, oma mõju avaldamata, soodustades laste haigustumist.

Peaaegu kõik enneaegu sündinud lapsed põevad rahhiiti. Selle põhjuseks võib olla asjaolu, et lapsed viimastel kuudel emaihus palju mineraalaineid ja kaitseolluseid emalt kaasa saavad, mis neile esimestel kuudel peale sündi väga vajalikud on. Enneaegsed jäävad neist ilma — ja haigustuvad rahhiiti.

Kas ka kroonilised haigused, nagu *lues congenita, tbc, pertussis* jne., rahhiidi tekkimist soodustavad, nagu mõned teadlased seda väidavad, on siiski vaieldav.

P a t o g e n e e s. Rahhiidi iseolu seisab selles, et uuesti tekkiv kõhr ei luustu korralikult, vaid ainult osaliselt, ja sellest tekib isesugune, nn. osteoidkude, eriti seal, kus luudel kõige suurem kasvamistendents on, s. o. luuotstes. Selle tagajärjel muutuvad pikkade luude otsad paksuks, mida e p i f ü ü s i d e p a k s e n e m i s e k s kutsutakse, ja laiad luud mõnest kohast kõbruliseks.

Need luud, mis juba olid luustunud, kaotavad osa oma mineraalsooladest (*halisteresis*) ja muutuvad seetõttu poolpehmeks, mille tagajärjel nad kergesti võivad painduda ja isegi murduda.

Uurimised on näidanud, et tervete laste veres on lupja 10 mg % ja fosforit 5 mg %, kuid rahhiidihaigeil on lubja hulk veres kas normaalne või ainult veidi alanenud (8 mg % Ca), kuna fosfori hulk ikka ja alati tublisti alanenud on (*hypophosphataemia*). Nende ainetevahetus on happeline ehk atsidootiline.

Edasi on leitud, et rahhiidihaigete luud ja lihased veerikkamad on kui tervetel lastel. On teada, et mida veerikkam kude, seda vähem on tal vastupanujõudu nakkustele. Sellega ongi võib-olla seletatav see nähtus, et rahhiidihaiged lapsed sagedamini ja raskemini haigustuvad.

Peale mainitud rikete on rahhiidihaigete veres ja musklites ka veel mõningaid muutusi ja iseärasusi leitud, mis aga erilist tähendust ei oma.

Muutusi, mis rahhiit luudes tekitab, on võimalik ka röntgenoloogiliselt konstateerida. Rahhiidihaigeil on kogu luu läbipaistev, tema *corticalis* õhuke ja samuti läbipaistev. Suuremad muutused on epifüüsides. Normaalselt lõpeb luuots konveksselt või ka lainetaoliselt, rahhiidi korral on aga luuots poolkuu-sarnasena välja õõnestunud. Luustumispunktid kaotavad oma terava ja tumeda ilme ja

muutuvad pilvesarnasteks vormita laikudeks, kuna uued luustumispunktid üldse nähtavale ei tule.

Kui rahhiit paraneb, siis tihenevad ja tumenevad ka luud ja nende otsad omandavad hariliku terve luu otste välimuse. Ka luustumispunktid tulevad jälle nähtavale.

Muidugi on röntgenikiirte abil kerge luude kõverdusi, niverdusi ja murdeid konstateerida.

K l i i n i k. Rahhiit algab isesuguste ja kaunis omapäraste nähtudega. Lapsed muutuvad tusaseks, on isemeelsed ja virisevad palju. Vahel suruvad nad kukla sügavale padjasse, vahel hõõruvad teda edasi-tagasi vastu patja, nii et viimaks juuksed kukla kohalt ära lähevad. Nad higistavad palju, eriti magades ja peast, nii et kogu pea ja mõnikord isegi peaalune padi märg on. Edasi on huvitav seda täheldada, et nende kehale ilmuvad mõnikord ruttumööduvad erüteemid, vajutamise kohtadele aga punased laigud.

Uriinil on terav ammoniaagilõhn.

Esimesed kindlad rahhiiditunnused ilmuvad kuklas — *craniotabes*, see on kuklaluu pehmenemine. Kuklaluus on sõrmeotsasuurused või ka suuremad pehmed kohad tekkinud, mis sõrmeotsaga vajutades vetruvad. Nad võivad aegapidi suureneda ja üksteisega ühineda, nii et kogu kukal katsudes pehmena tundub. Pehmed kohad võivad ka *os parietale* tagumises osas tekkida, kuid siiski õige harva. Varemini on niisuguseid juhte esinenud, kus suurem jagu pealuudest oli pehmeks muutunud, nii et pea tundus nahk- või pärgamentpeana.

Suur lõge laieneb rahhiidi puhul tublisti, samuti ka luudevahelised õmblused ehk sutuurid, sest rahhiidi tagajärjel koguneb ajuvatsakestesse rohkem vedelikku, mis koljuõmblused laienema sunnib. Samal põhjusel laieneb ka suur lõge ega kasva õigeks ajaks (umbes $1^1/_2$ aasta ümber) kokku, vaid see hilineb märgatavalt.

Et laps alaliselt pehmele kuklaluule toetub, siis muutub kuklaluu lamedaks, seevastu aga paksenevad otsmikuluud, eriti otsmikuköbrud, ja pea muutub seetõttu nelinurkseks — *caput quadratum*.

Näokoljus tekivad ka suured muutused. Hambad hilinevad oma tulekus ja nad ilmuvad korratult, mitte paariviisi, vaid üksikult. Nad pole ilusad valged, vaid kollakad, plekilised, mõrade ja lõhedega.

Ka pealmises ja alumises lõualuus võivad mõnesugused muutused esineda, nagu prognaatia ja progeenia.

Rindkeres tuleb kõige enne r o o s i k r a n t s nähtavale. See on roiete paksenemine luu ja kõhre piiril. Kui need paksenemised

küllalt suured on, siis paistavad nad pehmete osade alt nagu oaterad silma, on nad aga väikesed, siis võib neid sõrmedega katsudes kergesti ära tunda.

Rindkere mõlemad küljed lamenduvad ja rinnakuluu surutakse hästi ettepoole — niisugust rinda kutsutakse kanarinnaks, *pectus carinatum sive gallinaceum.*



Joonis 26. Rahhiitiline laps, O-jalad. Lapse vanus 1 a. 7 k.

Selgroog paindub kas kõrvale (*scoliosis*) või tahapoole (*kyphosis*). Rinnakorvi ülemine avaus kitseneb, kuna alumine avaus suuresti laieneb, nii et rinnakorv kirikukella-sarnase kuju omandab.

Et kõhuõõne organid altpoolt pehmeid roideid ülespoole suruvad, siis tekib ringi ümber rinnakorvi umbes mõõkjätke kõrgusel nagu rihmaga kokkutõmmatud koht, mida Harrisoni vaoks kutsutakse.

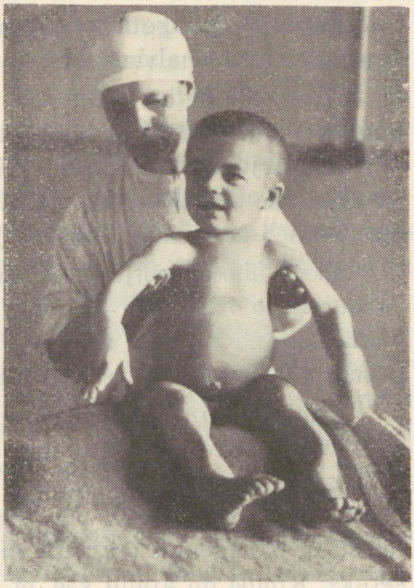
Vaagnas tekivad mõned muutused, mis naistele pärastises elus saatuslikuks võivad saada: promotoorium surutakse alla- ja ettepoole, nii et ta *symphysis*'ele läheneb, ja sellega lüheneb *conjugata vera*, mis märksa raskendab sünnitusakti.

Jäsemetes on esimesed muutused — luuotste ehk epifüüside paksenemised, eriti kodar- ja küünarluu alumistes otstes, samuti ka sääreluu ja pindluu alumistes otstes. Sellele võivad järgneda pikkade luude kõverdumised, niverdused ja mõnikord ka murded.

Vahel esineb *coxa vara rachitica*, s. o. reieluu pea vajub allapoole, mille tõttu *trochanter major* ülespoole kerkib ja reieluu ja ta kaela vahel moodustub täis- või isegi teravnurk. *Coxa vara* on alati mõlemapoolne ja alati ühenduses reieluude kaaresarnase kõverusega väljapoole, mille tõttu lapse kõnnak on vankuv.

Edasi tekivad veel *genua valga* ja O-j a l a d ja *genua vara* ja X-j a l a d, samuti ka *pes valgus* (joon. 26).

Kõik need muutused jäsemetes tekivad osalt musklite tõmbuste mõjul, osalt mitmesugustel muudel mõjudel, millele pehmenenud luud ei suuda vastu panna. Alumistes jäsemetes on muutused märksa suuremad, sest nad kannatavad ka veel keharaskuse all. Sõrmeluud muutuvad tompjateks, sest nende diafüüsid paksenevad. Sääraseid sõrmi kutsutakse ka p ä r l i k e e s õ r m e d e k s.



Joonis 27. 5-aastane rahhiitiline laps.

Peab tähendama, et mitte kõik luustiku luud ei tarvitse ühteviisi rahhiidist tabatud olla, vaid et mõned on seda raskemal kujul, teised väiksemal määral ja kolmandad võivad isegi peaaegu puutumata jääda.

Nii leidub mõnikord suuri muutusi koljus, teinekord on jällegi rindkere raskesti deformeerunud; vahel aga langeb kogu haiguseraskus alumistele jäsemetele, nii et nad painduvad, niverduvad ja isegi murduvad.

Kui rahhiit täiesti välja arenes, siis jätab ta mõneks ajaks või koguni eluajaks mitmesugused tunnused järele, mida järgmiselt võib iseloomustada: lai, nurgeline pea; lühike, ülevalt kitsas, alt lai rindkere; suur kõht; lühikesed, tompjad ja kõverad jalad (joon. 27).

Laste üldseisukord on alati puudutatud. Nad on kahvatud, tihti isegi ületoidetud ja pastoossed. Nende lihased on nõrgalt arenenud, pehmed ja loiud, toonus ja turgor peaaegu kadunud. Liigesed on lõdvad ja ülipaindlikud. Kõik see aitab selgroo ja jalgade kõveruste tekkimisele kaasa, samuti ka suure konnakõhu kujunemisele.

Rahhiitiliste laste sagedamad ja kardetavamad kaashaigused on kopsupõletikud, mis tihti saatuslikuks võivad saada. Nende kopsud töötavad rasketes tingimustes, sest nad ei õhutu kunagi hästi läbi, ja lapsed kannatavad seepärast peaaegu alati õhupuuduse all. Isegi väikese, kerge katarri puhul näeme rasket hingamist, ühenduses tsüanoosi ja sissetõmbustega epigastriumis.

Kunstlikult toidetud lapsed ühes raske rahhiidiga kannatavad sageli ka düspepsiate all, kuid viimased ei ole siiski nii kardetavad kui kopsuhaigused.

Kaunis tihti on rahhiitilised lapsed verevaesed, kusjuures ka maks ja põrn võivad suureneda. Alati on ka lümfinäärmed ja tonsillid suurenenud.

Rahhiit on õige tihti spasmofiiliaga kombineeritud, mis muidugi seisukorda halvendab.

Need lapsed on kehaliselt väheagiilsed, kartlikud, nukrad ja umbusklikud. Kui neile läheneda, siis hirmuvad nad ja hakkavad kõvasti karjuma. Et nad alati lamavad ja nendega vähe tegemist tehakse, siis ei saa nad ka kuigi palju vaimselt areneda. Arusaadavalt hilineb ka nende kõndima ja kõnelema hakkamine.

Ei ole ühtegi põhjust rääkida nende laste nõrgamõistuslikkusest — *dementia rachitica* —, nagu mõned seda teevad. Nende väike mahajäämine vaimses arenemises on seletatav nende kehalise haigusega ja paraneb ühes rahhiidiga täiesti.

Rachitis tarda. Selle nime all mõistetakse rahhiiti, mis alles suurematel lastel esineb, umbes 5—18 aastani. Kas see rahhiit alles esimest korda neil lastel esineb või on ta ainult selle rahhiidi jätk, mida nad juba esimesel või teisel eluaastal põdesid ja mis kunagi täiesti ei paranenud (*rachitis inveterata*), see jääb sagedasti selgusetuks. Kindel on ainult see, et rahhiit ka suurematel lastel esineb, eriti aga puberteedi- ja prepuberteediajal, nn. *rachitis tarda adolescentium*. Lapsed kaebavad valude üle käies ja seistes ja väsivad kergesti. Vahel võib roosikrantsi ja epifüüside paksenemist täheldada, kuid ka *scoliosis, genu valgum, genu varum, genu recurvatum* ja *pes planus* võib neil tekkida. Võimalik, et hilise rahhiidi puhul on mõnikord tegemist lastega, kes põevad kroonilist neeruhaigust (kortsneeru) ja selle tagajärjel haigustuvad rahhiiti — see on nn. r e n a a l n e r a h h i i t. Samal viisil võib kroonilise maksahaiguse (tsirroosi) tagajärjel tekkida h e p a a t i l i n e r a h h i i t.

Mõned kirurgid ja ortopeedid on neid puberteediaegseid alumiste jäsemete vigastusi katsunud seletada keharaskusega, s. o. liiga suure jalgade koormusega, mis ei suuda sellele vastu panna, sest luud olevat juba väikelapseeas rahhiidist nõrgestatud, mis nüüd, puberteediajal, retsidiveeruvat.

Mõnedel lastel murduvad kergesti luud. Neid loeti varemini rahhiitiliste hulka ja nimetati seda osteomalaatsiliseks rahhiidivor-

miks. Nüüd arvatakse, et see ei ole mitte rahhiit, vaid *osteopsathyrosis* (vt. lk. 207).

D i a g n o o s. Rahhiidi diagnoosimine põhineb kliinilisel läbivaatamisel. Kui on olemas *craniotabes*, roosikrants jne., siis on sellest juba diagnoosiks küllalt. Vere uurimine ja röntgenvalgustus jäävad teaduslikuks otstarbeks. Kuid on siiski mõningaid haigusi, milledega rahhiiti võib ära vahetada. Vastsündinul on vahel lagipeas, *sutura sagittalis*'e läheduses, *os parietale*'s väikesed, pehmed kohad, mida vastsündinu p e h m e p e a k s kutsutakse. Need on luustumata lüngad, mis varsti luustuvad ja *craniotabes*'e tekkimise ajaks juba kadunud on. Nad ei olevat rahhiitilise päritoluga. Edasi on mõnikord rahhiidiks arvatud Barlow' tõbe, müksödeemi, mongolismi, *chondrodystrophia*'t, *osteogenesis imperfecta*'t, *myatonia congenita*'t, *Parrot pseudoparalysis*'t, *malum Potti* jne. Kes rahhiiti ja mainitud haigusi tunneb, ei peaks siin eksida võima.

P r o g n o o s. Kerge ja keskmine rahhiit võib täiesti paraneda, raske rahhiit, s. o. kui on olemas nahkpea, rasked rindkere deformatsioonid või suured jäsemete kõverdused ja murded, ei parane täielikult. Ta jätab märgatavad tunnused ja isegi liigeste vigasused järele, nagu *caput quadratum, pectus carinatum, scoliosis, pelvis rachitica*, kääbuskasv, kõverdused jne. Nende tagajärjel on mõned isegi invaliidideks muutunud. Eesti vigaste laste statistikas seisavad vigasused rahhiidi tagajärjel kolmandal kohal (A. Lüüs).

Rahhiit on krooniline haigus. Ta ise ei surma kedagi, küll on ta kaudselt surmale kaasaaitajaks, sest need lapsed on haigustele vähe vastupanelikud ja surevad kergesti kopsu-, kõhu- ja krambihaigustesse või mõnda interkurrentsesse nakkushaigusse, nagu leetrid, läkaköha, sarlakid jne.

P r o f ü l a k s. Kõik kunstlikult toidetud lapsed sünnist kuni teise eluaasta lõpuni on meie ilmastikus 1. dets. kuni 1. maini ohustatud ja võivad haigustuda rahhiiti. Neid tuleb sellest hoida ja selle vastu kaitseda. Seda saab mitmel viisil teha. Esiteks: last kiiritatakse kvartslambiga (kõrgustikupäikesega). Last tuleb kiiritada kaks korda nädalas, alates 2 minutist ja lõpetades 15 minutiga, lisades kiiritamisel iga kord ühe minuti juurde. Seejuures tuleb lapsel nii ees- kui ka tagapoolt ühevõrra kiiritada. Lambi kaugus lapsest üks meeter. Niisuguseid kuure tuleks nimetatud aja kestel kaks läbi teha.

Teine võimalus: antakse lapsele kaks korda päevas pool teelusikatäit kalamaksaõli fosforiga (*ol. jecor. aselli* 200,0, *phosphori*

0,001) nõndaviisi, et üks kuu antakse, teine pauseeritakse, ja seda seni, kuni kevad on saabunud.

Kolmas võimalus: antakse lapsele iga päev 3—5 tilka või üks dražee vigantooli ühe kuu jooksul, siis peetakse kuu aega vahet ja jälle antakse üks kuu vigantooli, jne.

Kõiki neid kolme võimalust võib igaüks nii kasutada, kuidas paremini sobib ja kuidas laps nendega paremini lepib. Neid võimalusi võib ka üksteisega kombineerida, nii et üks kuur tehakse kvartslambiga, teine vigantooliga ja kolmas kalamaksaõliga või ka ümberpöördult.

Muidugi tuleb ka selle järele valvata, et lapse toitmine õige oleks, et teda üle ei toidetaks, et ta tarvilikul määral tooraineid saaks ja et tal värske õhk ja päike ei puuduks.

R a v i. Rahhiidi ravi on viimase 10 a. jooksul suuri edusamme teinud. Vanemast ajast on üle võetud ainult Viini professori M. Kassowitzi ravi kalamaksaõliga 1883. a. (*phosphori* 0,01, *ol. jec. aselli* 100,0, *ad. vit. flav. S.*, päevas üks kohvilusikatäis).

Praegusel ajal kirjutatakse seda nõnda:

Phosphori 0,001

Ol. jecor. aselli 100,0

MDS 2—3 × päevas $^1/_2$ kuni 1 teelusikatäis sisse anda.

Varemini arvati, et fosfor on see, mis rahhiiti tervistab. Nüüd on selge, et kalamaksaõli sisaldab A- ja D-vitamiine ja nendest on D-vitamiin see toimiv aine, mis rahhiiti parandab, kuna A-vitamiin lapse kasvamisele hästi mõjub.

Ka praegu on fosfor-kalamaksaõli igal pool rahhiidi ravimina tarvitusel. Seda tuleb 1—2—3 teelusikatäit päevas anda 4—6 nädala jooksul. Üldiselt võtavad lapsed seda hästi. Ainult üksikud oksendavad või saavad kõhulahtisuse. Siis tuleb ta ära jätta ja mõnda teist rahhiidivastast vahendit kasutada. Varemini oli viisiks rahhiitilistele lastele lubjapreparaate anda. Nüüd teatakse, et lubi üksinda ei aita. Võimalik, et ta kalamaksaõliga koos kasulik on, ja seepärast ei tule põlata järgmist ettekirjutist: *calc. phosph. tribas. puriss.* 10,0, *ol. jecor. aselli* 100,0, *S.* Kaks korda päevas üks teelusikatäis sisse anda. Enne andmist loksutada.

Saksa arst Huldschinsky hakkas 1919. a. esimesena rahhiitilisi lapsi ultraviolettkiirtega kiiritama ja teatas, et need kiired rahhiiti parandavad. Praegu on see üldtunnustatud tõsiasi. Rahhiitilisi lapsi kiiritatakse ultraviolettkiirtega 20 korda, alates kahest minutist, lisades iga kord ühe minuti ja lõpetades 20 minutiga, varjates lapse

kui ka kiiritaja silmi sellekohaste kaitseprillidega. Laps tuleb täiesti alasti võtta ja nõnda ees- kui ka tagapoolt ühevõrra kiiritada. Lamp seisab ühe meetri kaugusel.

Et ultraviolettkiired soojust ei anna, siis tuleb last sollux-lambiga soojendada, mis arvatavasti ka kiirte toimet soodustab. Kiiritada võib alul iga päev, kui aga mõnele kiired väga kõvasti mõjuvad, nahka väga ärritades, siis tuleb mõni päev vahet pidada. Kiiritamise järel tuleb üks kuu vahet pidada ja siis jälle sama kuur teine kord läbi võtta. Muidugi tuleb laps enne uue kuuri algust läbi vaadata, kas temale seda veel tarvis on ja kas ei tuleks last mõne teise vahendiga edasi ravida.

New Yorki lastearst A. F. Hess hakkas 1924. a. mitmesuguseid laste toiduaineid kiiritama ja leidis, et need siis rahhiiti parandavad. Nii on võimalik kiiritada piima, võid, rasvu, liha, mune, taimeseemneid, jahu jne. Kõik need ained sisaldavad peale kiiritamist enam või vähem antirahhiitilist toimeainet ja nendega võib ka rahhiitilisi lapsi ravida. Kõige enam on kuivatatud piima kiiritatud ja sellega ravimisel kaunis rahuldavaid tagajärgi saavutatud.

Kõik see on õige tülikas ja tegelikult raske läbi viia, sest neid aineid peaks lastele kaunis palju andma ja lapsed ei taha neid ka hea meelega võtta. Üksvahe mindi isegi nii kaugele, et hakati lehmi kiiritama, et head, rahhiidivastast piima saada. Nüüd on kõik need toiduainete kiiritamised ära jäetud ja lastele antakse D-vitamiini preparaatidena.

Nagu eespool juba mainitud, on kiiritatud ergosteriin see aine, mida praegu igal pool kogu maailmas rahhiidi ravimiseks tarvitatakse. Seda on eri riikides eri nimede all tarvitusel. Eestis tarvitatakse enamasti Saksamaa preparaati, nimega vigantool, mida on õlina ja teradena (dražeedena) saadaval.

Vigantooli antakse ravimina imikuile kaks korda päevas 5—10 tilka või kaks korda 1—2 dražeed. Kuur kestab 4—6 nädalat. Kuur toimugu alati arsti ettekirjutuse ja valve all, sest vigantool ei ole indiferentne ravim.

Mõned lapsed ei kannata teda hästi, oksendavad või nende kõht läheb lahti. Samuti peab tema üledoseerimist kartma, mis kahjulik on, sest ta soodustab hüpermineralisatsiooni või tekitab hüpervitaminoosi, mis alul kliiniliselt vähe tähelepandav on: isutus, oksendamine, kõhulahtisus, kahvatus, neerude ärritused, ödeemid jne. Hiljemini tulevad juurde spetsiifilised tunnused, siseelundite skleroseeru-

mised: arteerides, südames, kopsus, neerudes, maksas jne. Katseloomadel on neid nähte kerge välja kutsuda.

D-vitamiini toime arvatakse selles seisvat, et ta kaitseb organismi kudesid: viimased saavad jälle võime mineraalsooli vastu võtta ja oma rakkudes kinni pidada, mistõttu luud jälle normaalselt luustuvad ja teised koed elujõulisteks muutuvad.

Kiiritatud ergosteriini proovitakse katsete varal noorte rottidega, kellede kaal on 33—40 g. Neid toidetakse nii, et nad rahhiitiliseks muutuvad. Nad saavad 14 päeva jooksul kindla hulga kiiritatud ergosteriini. Nende luude muutusi kontrollitakse röntgenikiirte abil. Väikesim osa kiiritatud ergosteriini, mis 80% rottidest täiesti rahhiidi vastu kaitseb, nimetatakse bioloogiliseks ühikuks. Kliiniline ühik on 100 korda suurem bioloogilisest. 1 cm^3 vigantoolõli on 25 tilka ja sisaldab 50 kliinilist ühikut. Üks vigantooldražee võrdub 10 kliinilise ühikuga.

Spasmus nutans et rotatorius. Mõned lapsed teevad pikali lamades või ka istudes peaga omamoodi liigutusi: nad liigutavad pead kas eestpoolt tahapoole või ühelt küljelt teisele. Liigutused on võrdlemisi aeglased, toimuvad täie teadvuse juures, kuid siiski tahtmatult. Nendel lastel on tihti ka *nystagmus*. Need nähud esinevad 4. kuust 3. a. lõpuni. Magades kaovad kõik nähud. Sääraste omapäraste liigutuste põhjuseks peetakse pimedaid ja halvasti valgustatud kortereid. Mõned arvavad, et ka see võib niisuguseid nähte välja kutsuda, kui lapsed pikemat aega ei saa valguse poole vaadata, sest nende selg, mitte nägu, on valguse poole pööratud. Õige sagedasti on need lapsed rahhiitilised. Haigus võib kuusid kesta, paraneda ja halveneda.

Diagnoosimisel tuleb tähele panna silmahaigete nüstagmi, rahhiitiliste laste kuklahõõrumist ja idiootsete laste sellesarnaseid liigutusi.

Ravi ülesandeks on lapsi valgetesse, päikesepaistestesse korteritesse paigutada, neid *lege artis* toita ja vajaduse korral rahhiiti ravida.

Krambihaigused.

Krampe esineb lapseeas kaunis tihti. Sagedamini esineb neid 6. kuust kuni 2. aasta lõpuni, enne ja pärast seda aega võrdlemisi harva.

Meie mõtleme siin niisuguseid krambihaigusi, mis on tingitud riketest intermediaarses ainetevahetuses. Neid nimetatakse harilikult ka funktsionaalseteks, sest ühtlast kindlat anatoomilist alust ei ole neile tänini veel leitud. Rahvusvahelises keeles on nad tuntud s p a s m o f i i l i a nime all.

Nende laste närvikava on ülitundlik mehaaniliste ja elektriärritustele. Vahel avaldub see üldistes, vahel paiksates krampides, mis võivad olla nii toonilised kui ka kloonilised või mõlemad kombineeritult. Uurijad on tähele pannud, et väikelapse krampide tekkimisele mitmed asjaolud soodustavalt kaasa mõjuvad.

Kunstlikult toidetud lapsed avaldavad kaunis sagedasti mitmesuguseid krambitaolisi nähte, mida rinnaga toidetud lastel kunagi ei esine. Kui lapsed selleks pärilikult disponeeritud on, siis soodustab kunstlik toitmine krampide avalikuks tulemist.

Ka mitmesugused eksimised toitlustamise alal, nagu ületoitmine, ühekülgne toitmine ja ägedad toitmisrikked, võivad spasmofiilseid nähte esile kutsuda. Huvitav on ka see asjaolu, et spasmofiilsed nähud enamasti kevade poole, umb. veebruarist mai lõpuni, esinevad, teistel aegadel võrdlemisi harva.

Edasi näeme, et spasmofiilia armastab kombineeruda rahhiidiga, sest viimasega leitakse teda 3—4 korda sagedamini koos kui teiste haigustega.

Kindlasti mängib spasmofiilia puhul ka pärilikkus oma osa, sest need lapsed põlvnevad tihti närvinõrkadest perekondadest.

Huvitav on, et ka äkitselt tõusev palavik võib sellistel lastel krampe välja kutsuda. Neid kutsutakse initsiaalkrampideks, sest nad ilmuvad mitmesuguste palavikuliste haiguste alguses, nagu gripp, leetrid, kopsupõletik jne.

Nagu juba ülalpool tähendatud, ilmuvad need krambid teatavas elueas. Kui nad enne kahte kuud ilmuvad, siis ei põhine nad harilikult mitte spasmofiilsel, vaid enamasti anatoomilisel alusel. Väga harva esineb neid 3.—8. eluaastal. Siis kutsutakse neid h i l i s k r a m p i d e k s. Spasmofiilsed nähud avalduvad õige mitmel viisil. Nad võivad latentsed ja manifestsed olla. Kui nad latentsed on, siis võib neid mitmesuguste abinõudega nähtavaks teha.

Chvosteki fatsiaalisefenomen. Kui perkussioonihaamriga koputada lapse põsele, *fossa canina*'sse, allpool põsenukki, siis näeme, et suunurgas, ninal ja silmanurgas tõmbuvad vastavad lihased kokku, s. o. need musklid, mida *n. facialis* innerveerib. Kui üli-

ärrituvus veel suurem on, tuleb fatsiaalisefenomen juba siis nähtavale, kui tõmmata sõrmega üle põse (Schultze fenomen).

Kui laps rahutu on või nutab, siis ei ole võimalik Chvosteki fenomeni välja kutsuda. Sel korral on võimalik peroneusefenomeni kasutada. Kui koputada *n. peroneus*'e peale allpool *fibula* pead, siis näeme, et lapse labajalg tõmbub üles- ja väljapoole.

Suurematel lastel ei ole fatsiaalisefenomen enam spasmofiilia tunnuseks, vaid näitab nende üldist närvilist seisukorda.



Joonis 28. Trousseau fenomen. Prof. Ibrahimi järgi.

Trousseau fenomen. Kui lapse õlavarrel *sulcus bicipitalis internus*'es pigistada mõne minuti vältel neid närvitüvesid, mis sealt allapoole lähevad, või kui käsi kummisidemega sealt kohalt kinni tõmmatakse, siis saavutatakse käes tetaania asend. See asend võib olla kas koerakäpa asendi sarnane või niisugune, nagu on sünnitusabiandja käel, kui ta läheb sisemist uurimist toimetama (joon. 28).

Mõlemad fenomenid, nii Chvosteki kui ka Trousseau oma, näitavad närvide mehaanilist üliärrituvust. Nendest on Chvosteki fenomeni kerge sooritada ja seepärast ka tegeleva arsti praksises suure väärtusega.

Trousseau fenomeni ei tule asjata välja kutsuda, sest sellest võib lapsele halba juhtuda.

Erbi fenomen. Kui indiferentne elektrood lapse rinnale ja diferentne (3 qcm) *nervus medianus*'e peale küünraõndlas panna ja nõnda alul õige nõrga, kuid kord-korralt kõvema galvaanivooluga katsuda närvi ärritada, siis näeme viimaks, et sõrmed hakkavad kokku tõmbuma. Nii saab ära määrata kõige väiksemat vooluhulka, mis veel sõrmede tõmblemise välja kutsub. Ja iga nõndaviisi kindlaks tehtud katoodi avavärin alla 5 MA lastel, kes nooremad on kui 2 aastat, näitab, et nad kuuluvad spasmofiilsete laste hulka.

Ainevahetuse uurimised on näidanud, nagu oleks spasmofiilsete laste peaajus vähem lubjaolluseid kui teistel ja et nende lubjabilanss on negatiivne. Ka nende veres on vähem lupja, nendel on nn. *hypocalcaemia*. Kogu ainetevahetus kaldub leelisese poole, kuna rahhiidi puhul just vastupidine, happeline ainetevahetus on.

Ka vana lisa-kilpnäärmete (epiteelkehakeste) teooria ei ole kaugeltki veel täiesti selgitatud. Sellekohaselt peavad nende anatoomilised või funktsionaalsed rikked spasmofiilia tekkimises süüdi olema. Viimastel aastatel on mitmed ained (guanidiin jt.) leiutatud, mis katseloomadel tetaania-sarnaseid krampe välja kutsuvad.

K l i i n i k. Kliiniliselt võib kolmesuguseid spasmofiilseid seisundeid täheldada. Nende eel võivad isesugused psüühilised muutused käia: lapsed on nutukad ja tujukad, rahutud ning isemeelsed ja jälgivad hirmuga kõike, mis nende ümber toimub.

Krambid ehk eklampsia. Laps kaotab teadvuse, pöörab silmad ülespoole, näolihased, käed ja jalad tõmbuvad sirgu ning pinguli ja kohe hakkavad suu ja silmalaugude musklid tõmblema, samal ajal ka käed ja jalad. Nägu muutub tsüanootiliseks ja vahel võib ka suu ääres vahtu näha, mis siis, kui lastel hambad on, ka natuke punane võib olla. Pupillid ei reageeri valgusele. Suur lõge on pingul. Vahel teeb laps ka mõnesuguseid kähisevaid hääli. Pulss on rutuline ja tihti arütmiline. Mõnikord väljub ka gaase ja laps teeb enda mustaks või märjaks.

Enamasti on laps krampidest nõnda väsinud, et ta jõuetuna voodis magama uinub. Säärased krambid kestavad ainult mõned sekundid, kuid vahel ka 2—5 või isegi enam minuteid.

On ka sääraseid juhtumeid, kus üks kramp teisele õige ruttu järgneb ja nõnda *status eclampticus* ehk krambiline seisund tekib. Sel korral tõuseb ka lapse temperatuur õige kõrgele, 41° ja enam, kuna muidu spasmofiilia puhul palavikku ei ole.

Krambid võivad järgmistel päevadel üks või kaks korda päevas korduda, kuid on ka juhtumeid, kus nad 20—30 korda päevas korduvad.

Kõrikramp ehk larüngospasm. Kõrikramp võib kergemal ja raskemal kujul avalduda. Kergemal kujul avaldub ta ainult mõnes kähisevas hääles sissehingamisel ja nimelt siis, kui laps on millegi pärast ärritatud, nutab või liiga rõõmutseb. Raskel kujul on ta kogu ümbruskonnale väga erutav: laps muutub äkitselt kahvatuks, ta pea langeb tahapoole ja hingamine jääb seisma. Ta püüab hingata, kuid ei saa. Huuled lähevad siniseks ja nägu kattub higiga. Käed ja jalad on loiud, uriin ja roe väljuvad iseenesest, siis korraga annab kramp järele, kuuldub paar krääksuvat häält, mis tunnistab, et õhk võis tungida läbi kõri kopsu. Varsti hingab laps korralikult, on veidi väsinud ja hirmunud, kuid see kaob ruttu, ja lapse elu läheb oma-

soodu edasi. Kramp ei lõpe alati nii õnnelikult. On juhtumeid, õnneks küll üliharva, kus lapse süda seisma jääb ja laps kadunud on.

Sellised krambid võivad päevas mitu korda, vahel isegi 20 ja enam korda esineda. Kõrikrambi ilmumise otseseks põhjuseks võib igasugune ärritus olla, nagu nutt, karjumine, hirm jne.

Väga kardetud krambisarnane seisund on nn. eksspiratoorne apnoe, s. o. hingamine jääb eksspiiriumis seisma ja sellele võib varsti surm järgneda. Õnneks esineb neid juhte harva ja nad ei lõpe iga kord surmaga.

Kõri- ehk hingamiskrambid esinevad harilikult esimese eluaasta lõpul ja teisel eluaastal. Pärastpoole on nad peaaegu tundmatud.

Tetaania. Need isemoodi toonilised krambid kätes ja jalgades võivad lapsi ka veel teises lapseeas tabada. Seejuures võtavad käed kas sünnitusabiandja käe asendi või nad on koerakäpasarnases asendis. Jalgades ei ole need asendid mitte nõnda iseloomulikud. Säärased seisundid võivad tundide kaupa püsida, mõnikord isegi mõne päeva. Kui nad pikemat aega püsivad, siis tursuvad käe- ja jalaseljad üles — nad on ödematoossed. Mõned autorid on kirjeldanud tetaania kestvaid vorme, nn. persistentseid tetaaniaid, mis päevi ja nädalaid võivat püsida. Selliseid vorme esinevat krooniliste toitmisrikete läbi nõrgestatud lastel.

Tetaanilisi krampe esineb inimesekehas mitmel pool: nii on tuntud krambid söögitorus, maosuus, maolukutis, mitmesugustes sooleosades, pärasooles, kusepõies jne.

Mõned autorid on kirjeldanud bronho-tetaaniat, mille all bronhide muskulatuuri kauakestvaid kokkutõmbeid mõeldakse. See avaldub raskes hingamises, õhupuuduses, ninasõõrmete liikumises jne. Hingamiskahin on terav, peaaegu bronhiaalne, mõned raginad.

Kõigi spasmofiilia vormide puhul võib surm tulla. Sagedamini juhtub seda larüngospasmi korral. Arvatavasti läheb kramp edasi südamele ja laps sureb õieti südametetaaniasse.

Diagnoos ja prognoos. Spasmofiilia äratundmine ei ole raske. Küll on mõnikord raske vahet teha, mis alusel krambid on tekkinud ja kas on tegemist laste harilikkude funktsionaalsete krampidega või on neil anatoomiline alus ja nad kuuluvad sümptomaatiliste hulka. Samuti ei saa vahet teha eklamptiliste ja epileptiliste krampide vahel. Mõnede uurijate arvates on eklamptiliste laste hul-

gas teatav osa epileptilisi, mida sellekohased uurimised on selgitanud.

Diagnoosimisel tuleb silmas pidada ka üldist musklite rigiidsust ehk hüpertoonilist seisundit, mis jahutoitekahju puhul esineb. Etioloogiliselt ja kliiniliselt on see tetaaniast erinev.

Krampidesse sureb otseselt vaid üksikuid lapsi, kuid kaudselt on nad mitmetele surma põhjuseks. Spasmofiilsed lapsed on nõrgad vastu panema igasugustele interkurrenthaigustele, mis neid igapäevases elus tabavad ja millede ohvriks nad tihti ka langevad. Ka need, kes ellu jäävad, ei ole kõik täiesti terved: mitmed nendest on neuropaadid või psühhopaadid, sageli ka debiilsed, kes hilja, alles 4. või 5. eluaastal rääkima hakkavad ja koolieasse jõudes ei jõua teistega ühes edasi. Umbes $^1/_3$ endistest krambilastest on koolieas abikoolide kasvandikud.

P r o f ü l a k s j a r a v i. Spasmofiilia ärahoidmiseks on kõige paremad ravimid: emapiim, päike ja värske õhk. Kus need kolm tegurit olemas, sinna ei tule krambihaigused kunagi; kus neid ei ole, sealt ei taha nad kunagi lahkuda.

Kui kunstlikult toidetud laps kergelt krambihaige on, siis on hea teda naisepiimaga toitma hakata; on see aga võimatu, siis tuleb teda võrdlemisi napilt toita, eriti tema piimahulka viimse võimaluseni redutseerida ($^1/_3$—$^1/_4$ liitrini päevas). Suuremaid lapsi tohib isegi mõni aeg piimata toita. Suuri toiduportsjoneid ei tule säärastele lastele kunagi anda, sest ka see võib krampe välja kutsuda.

Peale toidu korraldamise tuleb lastele 1—2 korda päevas 5 g kalamaksaõli anda või ka vigantooli, 5—10 tilka päevas.

Kui krambid või larüngospasm lahkuda ei taha, siis tuleb lapsele kloraalhüdraadiga klistiiri teha (0,5 : 30,0) ja seda vajaduse järgi korrata. Kloraalhüdraati võib lapsele ka *per os* anda, kuid märksa väiksemates annustes. Ka *Urethan* (0,5—1,0 *per os*, 1,0—2,0 *per klysmam*) on tarvitusel, kuid selle toime on nõrgem. Sagedased krambid jäävad mõnikord järele, kui lapsele lumbaalpunktsiooni teha. Mõnikord aitab sellest, kui süstida *calcium Sandoz*'i intramuskulaarselt (3—5 cm^3 10%). Hästi mõjub ka luminaali või somnifeeni (0,1—0,2 g 20% lahust) intramuskulaarne injektsioon.

Kui krambid harva käivad, siis võib *calc. bromati* (3,0 : 100,0) kasutada, andes lapsele 3 korda päevas 5—10 g.

Peale krampide möödumist tuleb igal lapsel kõht täiesti tühjaks teha laksansside või klistiiride abil ja laps 24 tunniks tee ja tum-

mide peale jätta ja alles siis korrapäraselt toitma hakata. Kui võimalik, siis on kõige parem naisepiima anda, kui mitte, siis tuleb veel paariks päevaks jahutoitude juurde jääda.

Kui lapsel kõrikramp peal on, siis tuleb oodata, kuni see lakkab. Kui kõrikramp kaua kestab, siis tuleb lapse nägu külma veega piserdada. Kui ka sellel tagajärgi ei ole, siis tuleb lapsele koramiini või cardiazoli süstida, keel alla suruda ja katsuda kunstlikku hingamist teha. Kui laps hingama hakkab, siis ei tohi teda enam puudutada, sest tal võib seetõttu uus kramp peale tulla. Ainult kui hingamine hästi ei arene, tohib kunstlikku hingamist jätkata. Kui larüngospasmi püütakse õigel ajal ja sündsal viisil ravida, siis saadakse temast enamasti ikka jagu.

Tetaania ravi ühtib eespool-tooduga täiesti.

Laste skorbuut ehk Barlow' tõbi.

Skorbuut esineb lastel harva; preskorbuutilisi nähte võib kevadepoolsel talvel siin-seal lastel kohata, kuid nad on raskesti äratuntavad.

Skorbuutilisi nähte kutsub esile laste ebaotstarbekohane toitmine, kui toiduained on liiga denatureeritud, näit. kui piim liiga kaua keedetud või koguni steriliseeritud, või laste toitmine kondenseeritud või kuivatatud piimaga, mitmesuguste lastejahudega, üldse kaua seisnud ja oma loomuliku värskuse kaotanud toiduainetega.

Lapsed muutuvad tusaseks, ei taha, et neid puudutatakse. Nad on kahvatud, nende isu kaob. Kehakaal jääb seisma või hakkab langema. Mõnikord võib ka kergeid palavikke olla.

Edasi tulevad nähtavale juba päris kindlad, kliiniliselt kergesti täheldatavad sümptoomid. Need on verevalumid. Neid tuleb kõige enne nähtavale igemeis, muidugi siis, kui lapsel hambaid juba on. Limanahad hammaste ümber ja vahel tursuvad üles ja veristuvad igal kergemalgi puudutamisel. Kestab haigus kauem, siis võivad ka hambad lõnkuma hakata ja viimaks isegi välja langeda.

Alul tekivad verevalumid harilikult periosti alla, näit. roiete, femorite alumise otsa ja tiibiate ülemiste otste periosti alla. Need kohad on eriti valusad ja lapsed ei taha, et neid puudutatakse. Edasi võib verevalumeid juba igal pool kohata, näit. lihastes, mis sel kohal üles paistetavad ja õige kõvaks muutuvad, siis nahas ja limanahkades. Nahk on mõnikord suuremate ja väiksemate täppide ning plekkidega nagu üle külvatud. Raskematel juhtudel tuleb ka kuse ja roo-

jaga veidi verd, mis näitab, et ka vastavad sisemised limanahad tõvest puudutatud on.

Diagnoosimisel tulevad ainult rahhiit ja osteomüeliit küsimusse. Põhjalikum tutvumine haigega peaks arsti siiski õigele teele viima, eriti kui lapse toitmist tähelepanelikumalt enne haigustumist jälgida.

Laste skorbuut on C-avitaminoos. C-vitamiini on igas värskes puu- ja aedviljas, sageli ka nende lehtedes ja vartes, muidugi ühtedes rohkem, teistes vähem. Eriti palju on teda sidrunites, mustsõstrais ja maasikais, märksa vähem juba õuntes, tomateis, kurkides, viinamarjus, banaanides ja pirnides.

Maailmasõjas surid paljud sõdurid sellesse haigusse. Skorbuut oli kõigi endiste sõdade ja pikaajaliste ekspeditsioonide nuhtluseks, sest paljud haigustusid ja surid sellesse tõppe.

Kui tõbi on ära tuntud ja ta veel liiga kaugele ei ole arenenud, siis on ka ravi niiöelda enesestmõistetav.

Lapsele tuleb laitmatut, värsket toitu anda. Kui ta veel väike on ja peamiselt piima tarvitab, siis tuleb anda värsket, puhast, isegi keetmata piima. On aga piima suhtes kahtlusi, siis tuleb teda 1—2 min. keeta. Peale selle tuleb anda värsket puu- ja aedvilja, ennekõike sidrunimahla 50 g päevas, suhkruveega lahjendatult. Muidugi tuleb ka kõiki teisi aed- ja puuvilju kasutada, mis hästi värskelt saadaval on ja mida ka lapsed hea meelega söövad. Kõige selle juures tuleb lapsele ka veel puhast C-vitamiini (askorbiinhapet), näiteks cantani või cebioni näol anda. Viimast antakse tablettidena, à 0,025 (päevas kuni 8 tabletti = 60 g sidrunimahla) või süstitakse intramuskulaarselt 1—2 ampulli à 0,05 cebioni = 30 g sidrunimahla.

Niisugust ravi tuleb 2—3 nädalat jätkata ja siis aegapidi harilikule toidule üle minna, muidugi seejuures tublisti toortoite tarvitades.

Kseroftalmia ja keratomalaatsia.

Ka need haiguslikud nähud kuuluvad avitaminooside hulka. Nad ei ole mitte paiksad nähud, vaid tingitud sügavamast ainetevahetuse ja toitmise rikkest, mis kauemat aega kestis ja kus toidus oli vähe A-vitamiini või see puudus täiesti.

Niisugusteks toitudeks on lastel jahutoidud, kauakeedetud piim, konservid, lastejahud, kuivatatud piim jne.

Selle avitaminoosi tähtsamaks tunnuseks on järgmine triias: hemeraloopia, kseroftalmia ja keratomalaatsia, kõik väga sügavasti ja raskesti organismi, eriti silma tabavad nähud. Peale selle kannatab organism raskesti veel üldise alatoitluse ja immuunsuse nõrgenemise all, mille tõttu keha mitmesugustele haigustele vastuvõtlikuks muutub. Mao-, soolte-, maksa-, neeru- ja kopsuhaigused on alalised nähud ja nad lõpetavad laste elu, kui ei saa abi õigel ajal.

A-vitamiin on rasvas lahustuv aine ja teda leidub kalamaksaõlis, võis, munarebus, ka spinatis ja tomatеis, väiksemal määral teistes rohelistes aedviljades.

Organism valmistab A-vitamiini taime kollasest värvainest, karotiinist. Sellega A-vitamiini puudumine tähendab õieti värske rasvaine ja värske aed- ja puuvilja puudumist laste toidus.

Selle haiguse ärahoidmiseks ja raviks tuleb lastele anda emapiima, selle puudumisel head, värsket, rasvarikast lehmapiima ja varakult ka puu- ja aedvilja. Sellele lisaks tuleb anda kalamaksaõli, sest see on A-vitamiini poolest kõige rikkam looduseprodukt.

Tarviduse korral tuleb kasutamisele ka müügil olev A-vitamiin, nimega „Vogan" (4.—12. kuuni 1—2 korda päevas 5 tilka, 2.—12. aastani 1—2 korda päevas 10 tilka).

VIII. Diateesid.

Diateeside all tuntakse niisuguseid organismi konstitutsionaalseid iseärasusi, mis mõnedes kudede süsteemides korduvalt eriliste reaktsioonide näol nähtavale tulevad. Neil organite kudedel on eriline kalduvus mitmesuguseile rikkeile ja iga väiksemagi ärrituse puhul reageerivad nad tugevamini, kui hariliku organismi kude seda teeb. Seejuures on võimalik täheldada teatavat vanuse dispositsiooni.

Nii kannatavad imikud enamasti mitmesuguste dermatiitide all, kuna eelkooliealistele ja koolilastele limanahkade katarrid omased on ja vaevusi tekitavad. Kõigile neile haigusile on see iseloomulik, et nad tihti korduvad ja sellega väga tüütavaks saavad.

Mida vanemaks aga lapsed saavad, seda väiksemaks ja harvemaks need diateetilised nähud jäävad. Esimesel aastal avalduvad nad kõige enam, teisel aastal juba märksa vähem ja puberteediajaks kaovad nad harilikult peaaegu täielikult.

Diathesis exsudativa.

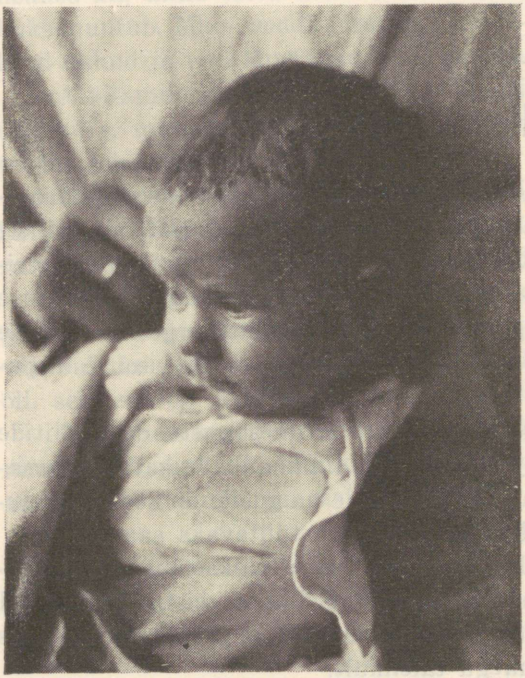
Seda sümptoomide kompleksi on inglise arst Th. White juba 1788. a. *diathesis inflammatoria* nime all kirjeldanud. Prof. Ad. Czerny kirjeldas teda uuesti käesoleva sajandi alguses *exsudative Diathese* nime all.

Juba mõned vastsündinud ja noored imikud, kes pärastpoole selgeid ekssudatiivseid nähte ilmutavad, on teissugused kui muud lapsed. Vahel on nad väikesed ja kõhetud, võtavad kehakaalus vähe juurde ega taha hästi kosuda, olgugi et nad rinnapiima küllaldasel määral saavad.

Teised ekssudatiivsed lapsed on imikueas suured, paksud, lihavad ja võtavad hästi juurde, kuid nende nahk on kahvatu, lihased

pehmed, lõdvad ja nende rasvkude tundub sõrmede vahel pehmena, taignataolisena, millest ka ütlus p a s t o o s n e l a p s.

Ekssudatiivsed nähud avalduvad peamiselt nahal ja limaskestadel.



Joonis 29. Gneis peas. 7-nädalane laps.

Nahk. Nahal on mitmesuguseid nähte mitmesuguste nimede all kirjeldatud.

G n e i s ehk kooriklööve esineb lagipeas. Ta tekib naha rasunäärmete hüpersekretsiooni tagajärjel. Kogu lagipea kattub esimestel nädalatel peale sündi väiksema või suurema pruunkollaka ollusega, mis kergesti ära tuleb. Kui pea puhtaks teha, siis mõne aja pärast ilmub ta uuesti (joon. 29).

P i i m a r a i g ehk *crusta lactea* esineb põskedel. Mõnikord võib märgata, et lapse põsed muutuvad roosakaks ja hakkavad veidi kõõmetama; teinekord kratsib laps väga põski ja hõõrub neid ükspuha mille vastu, et sügelemist kõrvaldada. Siis tekib sinna infektsioon juurde, algab mädanemine, ilmuvad koorikukesed jne. Selline protsess võib laieneda edasi lõuale, silmakulmudele, kõrvadele jne.

H a u d u m i s i — *intertrigo* — esineb igal pool, kus nahavoldid üksteisega kokku puutuvad, eriti aga päraku ja genitaalide ümbruses, kus lapse ekskreedid seda soodustavad. Haudumisi esineb sagedamini veel kõrvalehtede taga, lõua all ja kaelavoltide vahel, samuti ka kaenla all, küünraaukudes ja põlveõndlas. Nahk on nendes kohtades märg, punane, valus või koguni tursunud, eriti päraku ja suguelundite ümbruses.

***Strophulus, lichen urticatus* ehk sõlmlööve** esineb enamasti teisel poolaastal ja võib kogu väike- ja kesklapseea kesta. Väikesed

nööpnõelapea kuni läätseterasuurused sõlmekesed (*papula*) tärkavad naha sees üles, enamasti alumistel jäsemetel ja kerel, harilikult mitu tükki korraga. Keskkohalt on nad pruunpunased, kuna ümbrus umbes sõrmeotsa laiuselt roosakas on. Mõne päeva pärast kaovad nad ja järele jääb pigmenteerunud kare kohake. Nad võivad lugemata arvul korduda.

Prurigo on krooniline, kõvasti sügelev, sõlmekestetaoline nahalööve, mis värskel kujul on punakas või valkjas. Need tekivad eriti jäsemete eespoolseile külgedele. Kui neid palju on, siis tundub nahk silitades karedana. Harilikult muutub *strophulus* pärastpoole *prurigo*-taoliseks ja seepärast tuleb *strophulus*'t käsitada *prurigo* eelstaadiumina.

Limaskestad. Nagu nahk väga tundlik on, nii on seda ka limaskestad, eriti nina- ja kurguruum. Siin esinevad tihti ja korduvalt katarrid, mis enam või vähem lapse üldist seisukorda puudutavad: palavik, isutus, imemise takistus, kui nina kinni on ja laps veel rinda saab. Ühenduses sellega tursuvad kaelanäärmed üles, eriti kuklas ja külgedel.

Mõnikord on alul kurk pisut punane, teinekord on raske sedagi märgata; alles kahe või kolme päeva pärast hakkab lima kurgu tagaseina pidi allapoole vajuma ja tekib pehme, lahtine köha.

Need katarrid ei piirdu mitte üksnes nina- ja neeluruumiga, vaid võivad ka igal pool mujal esineda, näiteks angiinidena, siis larüngiidid, pseudokrupp, bronhiidid, bronhopneumooniad, *bronchitis capillaris, asthma bronchiale* jne.

Kas ka maakaardikeel ehk *lingua geographica* (vt. lk. 124) ekssudatiivsete nähtude hulka kuulub, on vaieldav; enamik saksa autoreid loeb teda sinna kuuluvaks, teistes maades ollakse selles suhtes kahtleval seisukohal.

Seedeelundeis esineb ekssudatiivseil lastel tihti düspeptilisi nähte, eriti just rinnaga toitmisel (vt. lk. 66).

Väikelapseeas võib mõnikord *colica mucosa*'t või *enteritis mucomembranacea*'t täheldada (vt. lk. 143).

Sugu- ja kuseelundeis esineb tütarlastel vahel kerget vulva limastust ehk vulviiti, kuna poistel suguti eesnaha alune ja suguti pea (*balanitis*) võivad samuti kergesti limastuda, olgugi õige harva.

Ekssudatiivsed nähud võivad ilmuda igal ajal, mõnikord juba esimestel päevadel peale sündi, näit. gneis. Samuti võib haudumisi juba esimesel kuul tähele panna. Sagedasti on tõukeks, mis neid nähte nagu välja kutsub, mõni eriline sündmus lapse elus, nagu

teisele söögile üleminek, äravõõrutamine, mõni infektsioon või midagi muud sellesarnast. Ekssudatiivsete nähtude väljalöömist või halvenemist on täheldatud ka peale kaitserõugete panekut, peale leetreid ja eriti peale tbc-infektsiooni. Harva on mõnel ekssudatiivsel lapsel lagipeas suur juuksetutt, mis igaühele kergesti silma torkab (joon. 30).

Lümfaatiline diatees ehk lümfatism. Ekssudatiivsetel lastel on lümfoidorganid tihti suurenenud, nagu kahepoolsed, *tonsilla pharyngea, thymus*, põrn ja soolenäärmed. Niisugust seisundit nimetatakse ka *status thymicolymphaticus*'eks või lihtsalt lümfatismiks. Kummad siin primaarsed, kummad sekundaarsed on, kas ekssudatiivsed või lümfaatilised nähud, on raske öelda. Vahest on kõige õigem öelda, et nad mõlemad võivad nii üksikult kui ka paralleelselt esineda.



Joonis 30. Ekssudatiivne laps suure juuksetutiga lagipeas; $5^1/_2$ kuud vana.

Ekssudatiivsed-lümfaatilised lapsed kannatavad tihti laialdase pea-, näo- või ka jäsemete-ekseemi all, saavad vahel kõrge palaviku, eriti kui neid paksude salvidega ravitakse, mille alt ekseemivedelik ei saa ära nõrguda, vaid imbub organismi, ja lapsed surevad äkki. Mõned nimetavad seda ekseemsurmaks (joon. 31). Et neil lastel harilikult ka harknääre e. tüümus suurenenud on, siis nimetatakse niisugust surma ka tüümussurmaks (*mors thymica*).

Äkilisel surmal võib veel ka teisi kaaspõhjusi olla, nagu spasmofiilia või mõned meile veel tundmatud asjaolud.

Allergiline diatees. Mitmed nähud, mida tänini loeti ekssudatiivsete hulka, kuuluvad õieti teise valdkonda — allergilise diateesi hulka. Viimase all mõistetakse organismi päritud iseärasust, mille tõttu ta ülitundlikult reageerib naha või limanahkade abil mõnedele toidus või ümbruses leiduvatele ollustele. Need ollused — allergeenid — tuleb üles leida, mis aga on raske ülesanne. Allergilise diateesi hulka peaksid oma iseloomu tõttu kuuluma *strophulus, prurigo, bronchitis asthmatica,* pseudokrupp jne.



Joonis 31. Raske näoekseem.

Neuropaatiline diatees. Mõned ekssudatiivsed lapsed on väga närvilised, mis muu hulgas ka selles avaldub, et nad endid järelejätmatult kratsivad. Normaalne laps tõmbab käega mõned korrad ja jätab hõõrumise järele, närviline laps kratsib enda veriseks ja mida kõvemini ta ennast sügab, seda enam tõuseb tal iha selle järele.

Juba noorte imikutena on need lapsed rahutud ja ärritatavad. Nad magavad rahutult, ärkavad tihti ja uinuvad raskesti. Neil nagu ei olekski suurt unetarvet ja nad nagu ei tunnekski sügavat, tõelist und. Iga väike kolin või müra äratab nad üles. Kuna harilik imik peale söömist magama uinub, ei jää säärane laps magama, vaid teda peab kätel kandma või kiigutama või ta imeb oma pöialt enne kui uinub. Paljud sääraseist lastest ajavad toitu suust välja või oksendavad mõned korrad.

Nad ehmuvad kergesti ja tõmbuvad kokku, kui kätega plaksutada või kella helistada.

Kehaliselt arenevad nad keskmiselt. Nende musklid on alalises pinges, kõvad ja võrdlemisi hästi arenenud. Kui anda sõrm nende pihku, siis haaravad nad sellest kõvasti kinni ja neid võib nõnda isegi üles tõsta.

Nende staatilised funktsioonid arenevad hästi: nad õpivad ruttu pead tõstma, istuma ja seisma.

Ärksad on nad ka vaimselt. Nad panevad tähele ja kuulevad hästi. Mis neile on antud, sellest nad ei tagane. Ja neile antakse harilikult järele. Sellest siis tuleb, et niisugune väike olend kogu perekonda türanniseerib oma meelevalla all hoidmisega. Kui nad suuremaks kasvavad ja neile järele ei anta, siis võivad nad hirmsasti karjuda ja isegi vihakrampe saada.

Kõik ülalkirjeldatud diateesid on üksteisega nii läbi põimunud, et raske on öelda, kus üks lõpeb ja teine algab. Ainult seda võib täheldada, et ühel lapsel on ühed nähud ülekaalus, kuna teisel jällegi teised prevaleeruvad.

Ad. Czerny võtab oma ekssudatiivse diateesi hulka ka lümfaatilise ja allergilise diateesi nähte ja seda päris õigusega, sest nad peavad üksteisele lähedal seisma, vähemalt on neile pärilikkuse moment ja liiga tundlik reaktsioon ühine. Närviline üliärrituvus võib iga diateesi puhul paralleelselt areneda ja iseseisvalt eksisteerida.

D i a g n o o s ei ole raske, kui eespoolmainitud sümptoome tähele panna. Võiks ka *lues congenita* kõne alla tulla, kuid WaR aitab neist raskustest üle saada.

Ekssudatiivsete laste veres on enamasti lümfotsütoos, kuna allergiline diatees eosinofiilia annab.

Nahaproovid mitmesuguste ärritavate ainetega ei ole seni praktilist tähtsust omandanud.

P r o g n o o s on üldiselt hea. Haigus võib korduda, kaua kesta, kuid sagedasti ta kaob nähtamatult, nagu ta märkamatult algaski.

Mida vanemaks laps saab, seda harvemaks ja kergemaks muutuvad retsidiivid. Täiskasvanutena võivad nad mõnda teist haigust, näiteks astmat põdeda või peavalude all kannatada, kuid võivad ka täiesti terved olla.

Harva juhtub, et ühes perekonnas mitu last nende diateeside all kannatab.

R a v i on dieteetiline ja sümptomaatiline. Kui need lapsed rinnapiimaga ei kosu ega kasva, siis tuleb toidule natuke valkaineid lisandada, näit. larosaani, plasmooni või head, värsket, soolata kohupiima. Kui ka see ei aita, siis tuleb lapsele 1—2 korda kunstlikku toitu anda, kuid rinda ei tule ära jätta.

Kui mõned imikud liiga paksuks lähevad, kehakaalu palju juurde võtavad ja pastoosset seisundit näitavad, siis tuleb neile

vähem, 4 korda päevas süüa anda või kui nende vanus lubab, siis üks kord päevas lahja puljongit mannaga anda.

Kunstliku toitmise korral on raskused suuremad. Ka siin peab last individuaalselt ja optimaalselt toita püüdma.

Kõigi diateeside all kannatavate laste toitmine olgu mitmekesine ja küllaldane. Harilikult kardetakse nuumamist valkainetega (piim, munad, liha). See kartus on põhjendatud ainult paksude laste suhtes. Kõhnadele on valkained vägagi soovitavad.

Edasi on neile kasulikud õhu- ja päikesevannid. See tähendab, et lapsed võivad vabalt supelpükstes üksteisega väljas, kus tolmu ega suitsu ei ole, mängida. 1- kuni 3-aastasi lapsi hoitagu suvel kuumast päikesest parem kõrvale. Nad võivad ainult puude vilus viibida, mitte kunagi lausa päikesepaistel. Limanahkade katarre tuleb iga kord nii ravida, nagu need katarrid seda nõuavad ja nagu see nende organite haiguste juures kirjeldatud on.

Erilisi raskusi tekitavad nahanähud, haudumised ja ekseemid, vahel ka *prurigo*.

Kõiki leemendavaid ja märgi kohti tuleb kompresside abil, näit. *liqu. alum. aceticum*'i lahusega, niikaua ravida, kuni leemendus ja turse kaovad. Siis võib mõnd indiferentset salvi, nagu boorvaseliin, *ung. leniens, ung. molle*, granugeenpasta jne. tarvitada.

Kergemad märjad kohad, nagu kõrvatagused, kaela voltidevahed, kaenlaalused jne., paranevad, kui neid 1—2 korda päevas tupsutada *liqu. alum. aceticum*'iga, pärast indiferentsed salvid ja puuder. Päraku ja genitaalide ümbrust tuleb puhastada mitte veega, vaid õli või boorvaseliiniga, mis katab ärritatud nahka ja kaitseb teda edasiste ärrituste vastu.

Gneisi koorikud tulevad hästi ära, kui neid enne 1—2 päeva on mingi õli (oliivi-, seesami-, kalamaksaõli) või süütu salviga pehmeks tehtud. Siis koorikud ettevaatlikult ära võtta ja haiged kohad mingi nahakreemiga kokku võida.

Kuivemate ja visamate ekseemide puhul mõjuvad vahel kaunis hästi tõrvsalvid, nagu *ol. rusci* 2,0, *pastae zinci* 100,0, või ka *picis lithantracis* 100,0.

Kui haiged kohad väga sügelevad, siis tuleb salvidele tumenooli 5,0—10,0 juurde lisada, mis sügelemist osalt vaigistab.

Raske ja tüütav on *prurigo* ravimine. Siin on peaasjaks lapse tähelepanu teisale juhtimine, et ta unustaks oma sügelevad kohad. Mõnikord aitavad selleks kõige lihtsamad abinõud: sügelevat kohta tuleb kergesti käega silitada või puuderdada või indiferentse salviga

võida või tupsutada hariliku äädikalahusega, 3—5% mentoolpiiritusega või 1—2% naftoolpiiritusega jne.

Kõigi sügelevate nahanähtude puhul tuleb lapse käed kinni siduda ja selle eest hoolt kanda, et ta ka teisiti ei saaks ennast hõõruda, näit. vastu patja või voodit.

Mõnikord on hea neile lastele, kes rahutud on ja magada ei saa, *calc. bromati* või *Urethan*'i 1—2 korda öös-päevas sisse anda (0,25—0,5—1,0).

Juba ammusest ajast saadik tehakse neile lastele õhtuti kliivõi sõklavanne: 0,5 kg rukki- või nisusõklaid pannakse õhukese koti sisse, keedetakse 1—2 tundi kastrulis ja lisatakse siis vesi kogu kotiga vannivee hulka. Last tuleb siin 15 minutit loputada.

Mõnedel ekssudatiivsetel lastel on nahk nii hell ja tundlik, et kare vesi seda ärritab, samuti ka harilikud seebid. Seepärast tuleb neid pesta jõe-, järve-, vihma- või lumeveega või lisandada kõvale vanniveele umbes 200 g harilikku söögisoodat juurde või pesta ja vannitada neid sõklavannis.

Närviliste laste ravi on samuti raske ja vähe mõjuv just seetõttu, et siin harilikult ka vanemad teissugused on ja teisiti mõtlevad kui enamik inimesi. Siin on enam kohased pedagoogilised võtted kui otsene arstlik ravi.

Lapsi on tarvis harjutada teatavale korrale nii söömises kui magamises. Nende olekut ja tegevust tuleb küll valvata, kuid mitte täita kõiki nende tahtmisi. Ka siis, kui nad haiged on, ei tule neid üleliia hellitada. Hea on, kui nad mitmekesi koos üles kasvavad. Hästi mõjub neile ka, kui neid ajutiselt võõrasse majja kasvatada anda.

Raskematel juhtudel tuleb neid kuhugi sanatooriumi või lastehaiglasse paigutada.

Rahustavalt ja und tekitavalt mõjuvad soojad vannid (30° R), 10—20 minutit. Teinekord mõjuvad rahustavalt ja uinutavalt juba soojad mähised ümber kere, s. o. kaenla alt kuni kubemeni. Laps mässitakse sooja, märja lina sisse, selle ümber pannakse vahariie ja selle peale villane rätik või tekike. Laps uinub selles kaunis ruttu magama.

Vahel sekka võib ööseks mõnd rahustavat ravimit, nagu *calc. brom.*, *Urethan*'i või *chloralhydrati* (*chloralhydrati* 1,5, *aqu. dest.* 50,0) anda, 1—2 korda à 5 cm^3.

Ekssudatiivsetel lastel esineb sageli nahaabstsesse ja furunkuleid, mis üldiselt püodermia nime all tuntud on.

Siin on tähtis, et lapse nahk alati puhas ja kuiv hoitaks, eriti kukal ja tagumine pool keha, millel laps lamab ja mis seetõttu niiske on. Siit algab furunkuloos sagedamini ja laieneb tihti üle kogu keha.

Furunkulid ehk koeranaelad ja abstsessid tuleb õigel ajal avada ja puhtalt siduda.

Tähtis on muidugi see, et laps hästi toidetud oleks, sest furunkuloos esineb peamiselt kõhnadel kunstlikult toidetud lastel.

Artritism.

Prantsuse arstiteaduslik kirjandus haarab artritismi mõiste alla väga palju ja laialdasi haiglasi nähte lapseeast raugaeani. Siia mahuvad kõik lapseea diateesid ja täiskasvanueast suhkurtõbi, liigrasvasus, podagra ja veel paljud teised pärandatavad ja konstitutsionaalsed haiguslikud nähud.

Prantsuse teadlased on arvamisel, et nende kõikide vahel on teatav side, mis aga inimese eaga muutub või teissuguse avaldusviisi võtab.

Muidugi võivad artritismi nähud esineda väga mitmeti: ühel kergelt, teisel raskemal kujul, ühel ühed nähud, teisel jällegi teised jne. Samuti mitmesugune on ka nende ravi.

IX. Sisesekretsiooninäärmete haigused.

Noorele kasvavale organismile on sisesekretsiooninäärmete tegevus väga tähtis, sest need eritavad spetsiifilisi aineid, mis mitte üksnes reguleerivad üldkasvamist ja üksikute organite diferentseerumist, vaid mõjustavad ka rakkude ja kudede ainetevahetust.

Nendest näärmetest võib mõningaid otse kasvamist ergutavaiks lugeda, nagu hüpofüüsi eessagar, kilpnääre ja muidugi ka sugunäärmed, mis küll alles puberteediajal tegevusse astuvad. Pankreas ja epiteelkehakesed ei avalda küll erilist mõju kasvamisele, kuid nad on muidu tähtsad nii kasvava kui ka täiskasvanu organismi elutegevuses. Tüümuse ehk harknäärme tegevuse kohta on veel vähe tõelisi andmeid ja seetõttu ei saa tema kohta ka veel midagi kindlat öelda.

Üldiselt võib öelda, et sisesekretsiooninäärmed avaldavad nii lapse kui ka täiskasvanu organismile ühesugust toimet, välja arvatud üldkasvu ja elundite kasvu reguleeriv toime lapseeas.

Kilpnäärme haigused.

Thyreoidea ehk kilpnääre on tähtis joodiainevahetust reguleeriv organ, samuti ka organ, kus tekib joodisisaldav ja hormooniliselt toimiv türoksiin. Oma tegevusega avaldab kilpnääre organismisse lokaalset ja üldtoimet.

Struuma. Juba füsioloogilistes oludes, arvatavasti suurema kasvamistendentsiga ühenduses, suureneb ja tursub ka kilpnääre. Seda võib täheldada vastsündinuil, kuid eriti puberteediajal, mõnikord ka juba eelpuberteediajal. Need nähud ei arene kunagi liiga kaugele ja kaovad harilikult ise.

Struumat ehk hõõtsikut esineb mõnedes maades kaunis laialt,

eriti Alpi mägismaal, Lõuna-Saksamaal ja Austrias, kuid sporaadiliselt leidub teda igal maal ja igas kohas. Ülalmainitud maa-alal on palju lapsi temast haaratud, isegi juba koolieа algaastail. Kõige sagedamini esineb teda siiski puberteediaastail, enamasti aga tütarlastel.

Kui struuma juba intrauteriinselt areneb, siis on ta harilikult *struma parenchymatosa*; peale sündi areneb *struma nodosa* kas sidekoest või tsüstidest.

Struuma tekkimise kohta on mitmeid oletusi, eriti struumamaades, kuid enam tunnustust on leidnud ainult joodipuuduse teooria. Loomadel võib joodivaese toidu abil struumat välja kutsuda, samuti joodiga struuma tekkimist ära hoida või parandada. Ka inimese struuma on joodi andmise abil mõjustatav. Teised arvamused, nagu nakkuse, joogivee ja maapinna emanatsiooni teooria, on vähe pooldajaid leidnud.

Hõõtsiku ehk struuma patoloogiline tähtsus on selles, et ta vastavat organismi kohta mehaaniliselt surub ja sellega mitmesuguseid kõrvalnähte esile kutsub, näit. raskusi hingamisel ja neelamisel. Imikuil võib ta isegi tsüanoosi ja inspiratoorset stridorit välja kutsuda, suurematel lastel aga kehaliigutuste ja rääkimise juures takistuseks olla.

Kui on tegemist lihtsa struumaga, mis ainult mehaaniliselt naaberorganeid rõhub ja seejuures igasugused üldnähud puuduvad, siis tuleb joodipreparaate tarvitada. Joodisalve võib lasta 3—4 nädala jooksul naha sisse hõõruda, nagu 10% joodvasogeen või joodkaalisalv (joodi 2%, joodkaaliumi 10%), iga päev üks herneterasuurune tükike nahasse hõõruda. Ei ole tähtis, et salv just struumasse hõõrutakse. Teda võib ka igasse teise kohta hõõruda, nagu näiteks reide.

Suurematele lastele võib sisse anda kas *natrium* või *kalium jodati* annustena 0,01—0,05 *pro die*.

Joodravi tuleb vahete-vahel katkestada, et joodi kumuleerumist ära hoida. Suuremad sidekoelised struumad ei reageeri kuigi hästi joodile ja seepärast on siin operatiivne ravi tarvilik.

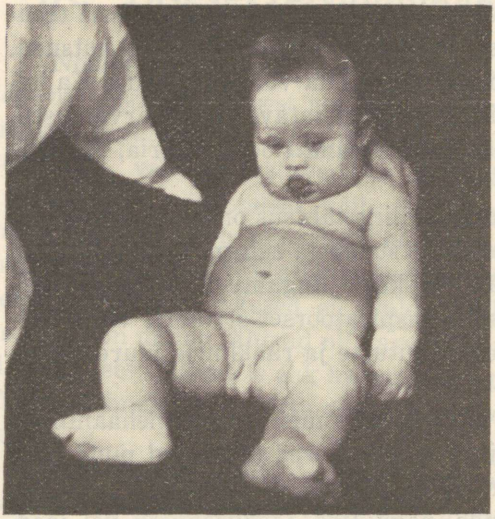
Morbus Basedowi. Basedow' tõbi esineb lastel üliharva ja kui ta tekib, siis alles puberteediajal ja enamasti tütarlastel. Nagu täiskasvanuil, nii esineb ka siin tuntud triias: struuma, eksoftalmia ja tahhükardia. Punnissilmasus sageli puudub.

Mainitud peasümptoomidega võivad seltsida veel: südame laienemine ja hüpertroofia, sagedad higistamised, diarröad, lihaste nõr-

kus, kõhnus, peavalud, ärrituvus, sagedad meeleolumuutused jne.

Noortel ei ole Basedow' tõve nähud sageli mitte täielikult välja kujunenud, vaid esinevad kerged vormid, nn. *formes frustes*, mis on hea prognoosiga ja sageli spontaanselt paranevad.

Noorte ravi on alul alati konservatiivne: kehaline ja hingeline rahu, hea toit. Ravimeist võib kasutada broomi, fosforit, arseeni jne. Kui tõbi ei taha järele anda, siis tuleb küsimusse osaline strumektoomia.



Joonis 32. *Myxoedema congenitum.* 9-kuine laps.

Müksödeem ehk müksidiootia. Kilpnäärme hüperfunktsioon tekitab *morbus Basedowi*, kuna tema hüpo- või afunktsioon müksödeemi esile kutsub. Nende kahe vahel, s. o. hüpotüreoosi ja atüreoosi vahel on pikk rida mitmesuguseid vahevorme. Nii üks kui teine võib nii sünnipärane olla kui ka sünnijärgselt tekkida, viimasel juhul peamiselt nakkushaiguste tõttu, mis kilpnäärme tegevust võivad häirida.

Müksödeem on nendest vormidest kõige raskem ja väljaarenenud kujul on ta kliiniliselt õige iseloomulik (joon. 32). Müksödeemhaiged lapsed on kasvult väikesed, nende suur lõge kasvab alles aastate jooksul kinni, nina on sadulninataoline ja hambail on mitmesuguseid rikkeid ja anomaaliaid.

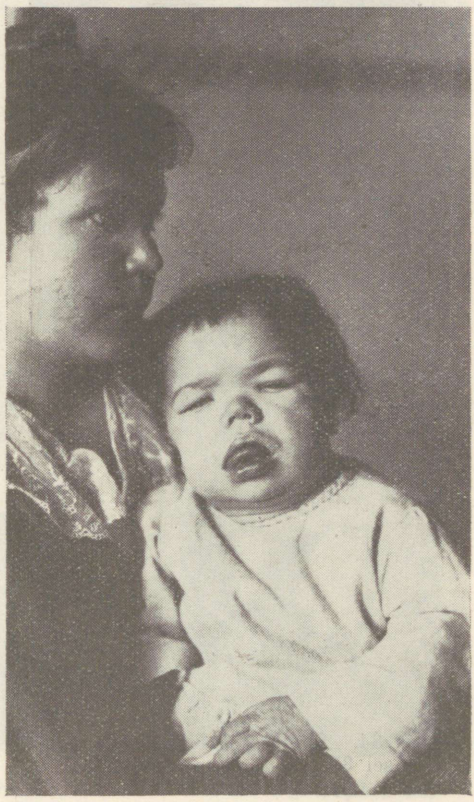
Nahk on kuiv ning jahe ja kipub kõõmetama. Kui nahka sõrmede vahel volti võtta, siis tundub, et nahas ja nahaaluses koes on nagu mingit taigna-, süldi- või limataolist ainet, mis neile haigeile erilise ilme annab ja millest ka haiguse nimi on tuletatud. Nende küüned on enamasti katkised, juuksed hõredad ja ihukarvu vähesel määral olemas.

Keel on nendel suur (*macroglossia*), mis harilikult hammaste vahel püsib, samuti suur on ka kõht, pallisarnane, ja tihti esineb ka nabasong. Nende ainetevahetus on palju aeglasem kui normaal-

setel lastel ja seetõttu on ka nende keha temperatuur läbistikku 1—2 kraadi allpool normi.

Musklid on pehmed ja loiud, sest nende toonus on nõrgenenud. Liigutused on aeglased, kõnnak omamoodi ja staatilised funktsioonid arenevad hilja. Esineb alaline kõhukinnisus, mis on tingitud kõhu hüpotooniast. Sugunäärmed ja suguorganid on pisitillukesed, hüpoplastilised, mille tõttu ka sootunnused ja suguelu funktsioonid väga aeglaselt arenevad.

Müksödeemiliste laste vaimuelu on õige nõrk. Targad loomad on nendest mitmeti ees. Nad lamavad pikki tunde ilma ühegi reaktsioonita välistele mõjudele. Nad on puhtuseta (teevad kõik alla), apaatsed, vahivad kuhugi enese ette või magavad. Kui nad näljased on või kui neile valu tehakse, siis nad karjuvad. Nende häälekõla on võõras ja halb kuulda (joon. 33 ja 34).



Joonis 33. 17-aastane müksödeemne tütarlaps oma õega.

Ei või just öelda, et nad päris totrad oleksid, kuid nende elutegevus ja reaktsioon igasugustele mõjudele on nii aeglane, et seda keegi ei tea ära oodata, ja nõndaviisi peetaksegi neid päris idiootideks.

Ravi peab kogu eluaeg kestma ja nimelt antakse neile türeoidiinitablette, väikestele lastele 0,1 *pro die*, suurematele ja suurtele lastele kuni 0,3 päevas.

Võib ka looma kilpnääret lastele sööta kas päris toorelt või rasva, muna ja mõne vürtsainega soojalt, mitte keedetult ega praetult. Harilikult tarvitatakse lamba kilpnäärmeid 1—2 nääret kaks korda nädalas, kuid võib ka sarvloomade ja sea näärmeid kasutada.

See kõik on kaunis tülikas ja lapsed ei taha neid ka hea meelega süüa. Ravi tuleb vahel katkestada, eriti siis, kui laps haige on, samuti ka kuumil suvekuudel.



Joonis 34. Sama tütarlaps, kes joonisel 33, 19 a. vana, ravitult.

Ravi tuleb teostada arsti kontrolli all. Eriti alguses peab haige pulssi, kehakaalu, und ja sooltetegevust silmas pidama. Kui on palju türeoidiini antud, siis tekib kunstlik hüpertüreoos, mis avaldub rahutus olekus, südamepekslemises, oksendamises, higistamises jne. Ravi tulemused on tuntavad eriti somaatiliselt: keel jääb väiksemaks, alatemperatuur muutub paremaks, kõhukinnisus kaob, nägu omandab intelligentsema ilme jne., kuid täielikku paranemist pole loota.

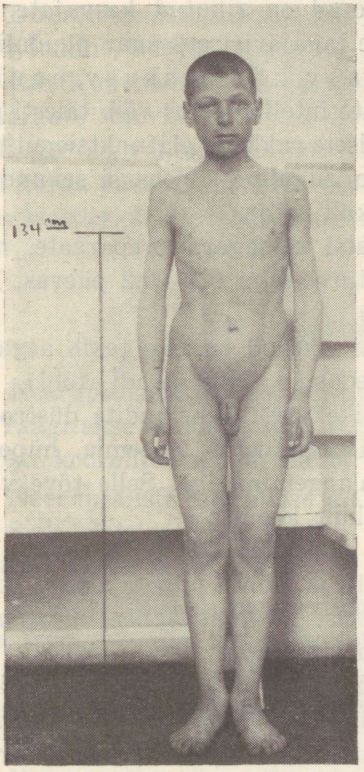
Kretinism. Kretiine esineb Šveitsis, Lõuna-Saksamaal ja Austrias struumarajoonides kaunis palju. Nendel on kilpnäärme suurenemine ühes raske puudega kehalises ja vaimses arenemises. Nendel on ka palju sarnasust müksödeemhaigetega, kuid selle vahega, et viimastel ei ole struumat.

Kretiine esineb sporaadiliselt, endeemiliselt kui ka perekonniti. Kilpnäärmepreparaadid mõjuvad vähe, kuid katset tuleks siiski teha.

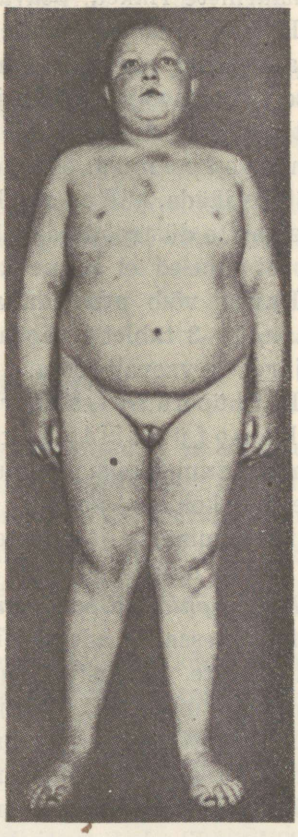
Türeoidiiti ehk kilpnäärmepõletikku esineb vahel mõnede nakkushaiguste puhul, nagu gripp ja sarlakid, olgugi harva. Nääre suureneb, kuid temas võib ka abstsess tekkida, olgugi üliharva. Ravi: külmad kompressid ja tarviduse korral intsisioon.

Hüpofüüsihaigused.

Hüpofüüsi eessagara atsidofiilsed rakud toodavad mõnikord palju kasvamishormooni, mida ka Evansi hormooniks nimetatakse, harilikult nende rakkude hüperplaasia või ka adenoomi tagajärjel.



Joonis 35. *Gigantismus.* 12-aastane poiss. Pikkus 158 cm, kaal 46 800 g. Normaalne pikkus 134 cm, kaal 34 500 g.



Joonis 36. *Dystrophia adiposogenitalis.* 12-aastane poiss. Prof. Finkelsteini järgi.

Selline rakkude hüperfunktsioon kutsub noores organismis välja korrapärast suurkasvu, hiidsust ehk gigantismi (joon. 35).

Täiskasvanuil, kelle kasv üldiselt juba on lõppenud, tekib atsidofiilsete rakkude hüperfunktsiooni tagajärjel akromegaalia, s. o. nende käed ja jalad, alumine lõug, põsenukid ja ka kõhu-

õõne organid suurenevad (*splanchnomegalia*), nii et organite vahel ei ole enam proportsionaalsust ja niisugune isik jätab isesuguse mulje.

Need mõlemad nähud võivad kombineeritult esineda ja nendele võib veel mitmeid teisi tunnuseid lisanduda, nagu kilpnäärme ja sugunäärmete rikked, peavalud, nägemisrikked jne.

Ravina tuleb küsimusse ainult röntgenteraapia. Kui hüpofüüsi ehk ajuripatsi eessagara mõned osad on rikutud kasvajate, tbc, luuese või embooliate tõttu ja selle tagajärjel eessagar puudulikult funktsioneerib, siis tekib väikekasv, kääbuskasv, nanism ehk nanosoomia. Nende isikute intelligentsus võib täiesti puutumatuks jääda, küll on aga basofiilsete rakkude alafunktsiooni tõttu suguelundite düstroofia olemas, s. o. suguline küpsus ja sekundaarsed sootunnused ei arene korralikult välja.

Raviks võib proovida ajuripatsi eessagara preparaate, nagu prolaan, 1—3 tabletti päevas, ka türeoidiini 0,1—0,2 päevas, kuid tagajärgi on vaevalt loota.

Kui hüpofüüsi eessagar täiesti rikutud on, siis tekib aegapidi nn. hüpofüüsiline kahheksia (Simmondi tõbi), mis järgmiste tunnustena avaldub: väikekasv, suguelundite düstroofia, anoreksia, kõhnus, jõuetus, apaatia, kahvatus, aneemia, hüpoglükeemia, hammaste ja juuste väljalangemine jne. Selle tõve vastu pole rohtu: haiged surevad harilikult koomas.

Dystrophia adiposogenitalis (Fröhlichi tõbi) tekib siis, kui hüpofüüsi eessagar adenoomide tõttu ja mõned hüpotalamuse kohad mitmesuguste haiguste (*encephalitis, hydrocephalus, meningitis*, tuumor, trauma jne.) tagajärjel rikutud on.

Nende isikute keha mõnedes kohtades tekivad kaunis paksud ja suured rasvakihid, eriti reite ümber, tuharatel, *mons veneris*'e kohal ja rindade ümber. Nende nahk on õrn ja valge, kehavormid õrnad, lapselikud. Suguti ja munandid on pisitillukesed, tihti on *cryptorchismus* olemas. Sekundaarsed sootunnused ei arene üldse välja (joon. 36). Nende isikute intelligentsus on suuremalt osalt täiesti terve.

Raviks võib proovida hüpofüüsi eessagara (präphyson) ja tyreoidea preparaate, kuid tänini on vähe tagajärgi saavutatud.

Diabetes insipidus. Haigus avaldub nii lastel kui täiskasvanuil ühtviisi. Peatunnuseid on kolm: suur janu, polüdipsia ja polüuuria. Tema tekkimist seletatakse hüpofüüsi tagasagara diureesi pärssiva hormooni puudumise või vähese hulga abil, mis võib esineda ka

mitmesuguste haiguslikkude protsesside (näit. *dystrophia adiposogenitalis*) tagajärjel.

Haiged urineerivad vedelikku, mille erikaal on 1001—1002, ööpäeva kohta 10—20 liitrit, sageli enam kui nende kehakaal välja teeb. Seetõttu pakseneb veri, kehakoed jäävad veevaeseks ja tekib väga tugev janu, mille kustutamiseks lapsed öösi isegi oma kust püüavad juua.

Diferentsimisel tulevad küsimusse kortsneerud ja harjumuslik paljujoomine, kuid need ei võta kunagi säärast ulatust.

Ravil on teatavat mõju. Alaliselt tuleb hüpofüüsi tagasagara preparaate tarvitada, nagu pituitriini intramuskulaarselt 2—3 korda päevas, või tonefiini intranasaalselt, s. o. pulbrit nuusutatakse 2—4 korda päevas. Ka tuleb teatavat dieeti pidada, vähendades toitudes keedusoola ja valkude hulka.

Neerupealiste haigused.

Neerupealised, *gl. suprarenales*, koosnevad koor- ja säsiollusest. Kui räägitakse neerupealiste haigustest, siis mõistetakse ikka neerupealiste koorolluse haigustumist või tema ala- või ülefunktsiooni.

Neerupealiste koorolluse alafunktsioon on tingitud tuberkuloosist. Seda kirjeldas juba 1855. a. inglise arst Addison ja seda kutsutakse seepärast A d d i s o n i t õ v e k s.

Tema kliinilised tunnused on: aneemia, jõuetus, kõhetus, üldine naha tumepruuniks pigmenteerumine (pronkstõbi), vererõhke langemine jne. 1929. a. õnnestus teadlastel saada neerupealiste koorollusest erilist toimeainet kortiini, mida eduga võib tarvitada Addisoni tõve ravimiseks.

Neerupealiste koorolluse hüperfunktsioon võib tingitud olla selle organi hüperplaasiast või mõnest kasvajast, mille tagajärjeks on üldine suur kasvamine, varajane sekundaarsete sootunnuste arenemine, suguelundite kattumine karvadega, hüpertrihhoos, rasvumine ja vaimne varaküpsus, kuna suguorganid siiski veel ei funktsioneeri. See on *pseudopubertas praecox*.

Naisel areneb niisugusel korral v i r i l i s m, s. o. hääl muutub sügavaks, muskulatuur tugevaks, karvad kasvavad nagu mehel ja *clitoris* on sugutisarnane, kuna aga rinnad ei arene.

Raviks on kas röntgenteraapia või tuumori korral operatsioon.

Epifüüsihaigused.

Samad tunnused, mis omased on neerupealiste koorolluse hüperfunktsioonile, järgnevad ka *gl. pinealis*'e ehk käbinäärme haigustele, eriti epifüüsi tuumoritele, nagu vaimne varaküpsus, genitaalne ja somaatiline varavõrsumine ehk makrogenitosoomia. Siia lisanduvad küll ka veel suurenenud rõhke sümptoomid peaajus.

Lisakilpnäärmete haigused.

Lisakilpnäärmed ehk epiteelkehakesed reguleerivad lubjaolluste vahetust organismis. Nende hüperfunktsioon tingib lubjapeegli tõusu veres ja tema väljumist uriiniga, samuti ka luude vaesumist lubjaollusest.

Epiteelkehakeste hüpofunktsioon, mis on tingitud nende osalisest eemaldamisest operatiivsel teel või muudest riketest, toob enesega kaasa klassilise tetaania sümptoomide kompleksi ja ainetevahetuslikult hüpokaltseemia.

Suhkurtõbi.

Diabetes mellitus't esineb lapseeas kaunis tihti, isegi juba imikueas on teda täheldatud, kuid enamasti esineb teda kesklapseeas, u. 3. aastast peale (*diabetes infantilis*) ja lapseea lõpupoolel, u. 12—14 a. vanustel (*diabetes puerilis*).

G e n e e s. Suhkurtõve geneesis on pärilikkusel oma mõju, sest tihti leitakse mõnes perekonnas neid haigeid mitu, samuti ollakse arvamisel, et sugulusabieludes neid rohkem esineb.

Tema tekkimisel on tihti ka nakkushaigused kaasa mõjumas, nagu leetrid, gripp, sarlakid, mumps, difteeria ja tüüfus.

Ka traumasid peas ja maksas, samuti keskergukava rikkeid (*meningitis, encephalitis, tumores* jne.) on suhkurtõve väljakutsujatena süüdistatud.

Paljudel juhtudel jääb selle tõve tekkimine selgusetuks. Kindel on küll, et Langerhans'i saarekeste insufitsients, nende ala- või koguni afunktsioon pankreases suhkurtõve otseseks põhjuseks on.

K l i i n i k. Suhkurtõbi algab lastel enamasti äkitselt, kuid on ka küllalt juhtusid, kus ta aeglaselt ja tähelepandamatult algab. Laps tahab palju juua (*polydipsia*) ja palju süüa (*polyphagia*), mille tagajärjeks on *polyuria* ja ka *pollakisuria*. Kuse keemilisel

uurimisel leitakse sealt suhkrut. Peale nende kardinaalsümptoomide on veel teisi, mida isegi võhikud tähele panevad: laps sööb palju, kuid jääb siiski kõhnaks. Ta on väsinud, roidunud, halvas meeleolus ja tihti ärritatud olekus. Nahk ja limanahad on kuivad. Mõnikord tekivad kehale *prurigo* ja furunkulid. Kõhu- ja peavalud on sagedad. Suust tuleb erilist magusavõitu atsetoonilõhna.

Kuses leidub suhkrut, tihti ka ketoonkehakesi, nagu atsetoon, atseetäädikhape ja oksüvõihape, harva valku ja silindreid. Kuse hulk on 3—6 liitrit, tema erikaal 1030—1040. Öö-päeva jooksul võib kusega palju suhkrut väljuda: 200, 400, 600, isegi kuni 1000 g ja enam.

Kardetavaim suhkurtõve sümptoom on *coma diabeticum*, mille eel käivad prekooma ja atsidoos, peale nende veel: oksendamine, kõhuvalud, kuiv kaetud keel, roidumus jne. Koomas on laps teadvusetus olekus, ta hingamine on sügav ja pikk, pulss väga kiire, 160—200, jäsemed külmad. Veres on *hyperglycaemia*, 0,2—0,4% suhkrut, kuna normaalselt veres on viinamarjasuhkrut ainult 0,1—0,15%. Kooma võib igas haigusstaadiumis tekkida ja ilma insuliinita on haige kadunud.

Lapseeas esineb kahesuguseid suhkurtõve vorme: keskmised ja rasked vormid. Keskmised vormid on dieedi ja insuliini abil kergesti reguleeritavad ja lapsed võivad päris kenasti kosuda ja kasvada. Rasked vormid on väga kardetavad; vaevalt saab neid haigeid suhkru- ja atsetoonivabadena hoida. Tihti langevad nad prekooma ja kooma seisundisse.

Ravitakse dieteetiliselt ja insuliiniga. Laste toit peab kasin olema, kuid neid ei tule mitte näljutada ehk olgu siis vajaduse korral lühemat aega. Kalorite üldarv on lastele alla 4 aastat 60—70; 4.—8. aastani 50—60 ja üle 8 aasta 30—40 pro kg.

Tähtsaimaks ülesandeks on süsivesikute õige määramine ja nende piiramine. Ka kõige väiksematele tuleb päeva kohta 50—60 g suhkuraineid lubada, koolialistele isegi 80—100 g. Toidu magustamiseks võib muidugi alati sahhariini kasutada.

Valkaineid lubatakse lapsele 10%, äärmisel korral kuni 15% kogu toidu kalorite arvust, kuid siiski mitte rohkem kui 2—3 g pro kg. Ülejäänud osa tuleb rasvainetega täita.

Lapse toidu reguleerimist on hea alustada puu- ja aedvilja päevaga, andes temale söögiks 500—1000 g õunu, maasikaid, banaane, kurke, kapsaid, kaalikaid jne. ja kaks korda insuliini 5—10 ühikut.

Lapsele tuleb kombineerida mitmesuguseid toite järgmistest ainetest: liha, sink, kala, pekk, vorst, või, õli, hapupiim, koor, sai, leib, kuivik, kaerajahu, kohupiim, juust, kapsas, kartul, salat, tomatid, õunad, banaanid jne.

Õieti ja hästi on lapsele toit siis määratud, kui ta seejuures kosub ja kasvab, pikkuses ja raskuses juurde võtab ja kui ta kusi suhkrust ja teistest patoloogilistest ollustest vaba on.

Kui ketoonkehad ei taha uriinist kaduda, siis tuleb rasvaineid vähendada või suhkuraineid suurendada, samuti ka insuliini annuseid.

Insuliini tuleb kaks korda päevas, ½ tundi enne peatoite, nahaalusi süstida. Lapse dieet määratakse kindlaks alati haiglas, mis 2—3 kuud aega nõuab. Pärast võib last perekonnas edasi ravida, kuna ta vähemalt üks kord semestris peaks kliinikusse kontrollimiseks tulema.

Interkurrentsed haigused, nagu gripp, leetrid ja teised nakkushaigused on väga kardetavad suhkurtõbistele lastele. Siin on tarvis toitude hulka piirata, eriti aga rasvade hulka või puuviljapäevi pidada. Ka insuliini hulka tuleb tõsta.

Dieet 3- kuni 4-aastasele suhkurtõbisele lapsele. Kehakaal ca 15 kg, kaloreid pro 1 kg umbes 65 ja üldsummas päeva kohta ca 1000.

Hommikueine:

25 g leiba, saia või sepikut,
15 g võid,
20 g kohupiima.

Lõunaoode:

25 g saia või sepikut,
10 g võid,
50 g õunu.

Lõunasöök:

150 g puljongit,
40 g liha,
250 g spinatit,
25 g võid.

Õhtusöök:

25 g leiba või sepikut,
15 g võid,
50 g banaane,
1 muna.

Dieet 12-a. suhkurtõbisele lapsele. Üldsummas kaloreid 1600, sellest valguk. 160, rasvak. 1140, süsiv. 300.

Hommikueine:

Tee või kohv sahhariiniga,
30 g leiba, saia või sepikut,
20 g võid,
20 g juustu.

Lõunaoode:

30 g leiba, saia,
25 g võid,
20 g sinki.

Lõuna:

Puljong munaga (ca 200 g),
40 g liha,
250 g spinatit,
30 g rasva.

Õhtuoode:

100 g koort.

Õhtusöök:

30 g leiba, sepikut või saia,
25 g võid,
50 g sprotte või heeringat,
100 g õunu.

Et lapsele toit ühekülgseks ei muutuks, siis tuleb toiduaineid tihti üksteisega vahetada.

Nii vastab 20 g juustu:

20 g singile,
20 g praele,
30 g harilikule vorstile,
30 g keelele.

20 g saia vastab:

15 g rukki-, nisu- või kaerajahule,
65 g kartuleile,
50 g banaanidele,
70 g ploomidele või viinamarjadele,
100 g õuntele, pirnidele,
250 g täispiimale,
15 g šokolaadile.

250 g spinatit vastab:

250 g lillkapsale,
300 g hapukapsale,
400 g sparglile või tomatile,
500 g salatile, kurkidele.

Insuliinravi. Insuliin on kõhunäärme toimeaine Langerhansi saarekestest, mille Kanada teadlased Banting ja Best Torontos 1921. a. avastasid.

Üks insuliiniühik on niisugune hulk, mis 2 kg raskel küülikul, kes on 24 tundi nälginud, suudab 4 tunni jooksul veresuhkru hulka poolevõrra allapoole viia. Üks kolmandik sellest küülikuühikust ongi kliiniline ühik, mida ka Toronto ühikuks nimetatakse.

Kui toidudieediga suhkur ei kao, siis tuleb insuliini hakata andma, 2 korda päevas 5—10 ühikut korraga. Kui sellest hulgast jätkub, siis on 2—3 päeva järel kusi suhkruvaba, kui mitte, siis tuleb insuliini hulka ettevaatlikult tõsta. Üldiselt jätkub, kui anda 1,5—2 g kusesuhkru kohta üks insuliiniühik.

Hariliku insuliini asemel süstitakse viimastel aastatel haigetele ka tsinkprotamiin-insuliini, mis mõjub aeglaselt ja pikkamööda, umbes 24 tunni kestel. Seetõttu jätkub hariliku kahe- või kolmekordse süstimise asemel ühekordsest süstimisest öö-päeva kohta. Ka esineb vähem hüpoglükeemilisi nähte.

Kas tuleb tingimata püüda, et kusi oleks suhkruvaba? Mõned teadlased peavad seda tarvilikuks, kuid on ka vastupidiseid arvamusi.

Kui laps koomas viibib, siis tuleb talle 2—3 tunni järel võrdlemisi suured annused (30—40 ühikut) insuliini süstida ja esimest korda, kui vähegi võimalik, veenisse, muidu subkutaanselt. Üldse võidakse niisugusel korral 24 tunni jooksul 200—300 ühikut süstida.

Peale insuliini süstimist tuleb neile palju vedelikku anda kas *per os*, *per klysmam* või subkutaanselt, viimasel korral Ringeri lahusena. Samuti tuleb südametegevuse eest hoolt kanda, andes cardiazoli, kofeiini jne.

Kui laps mõistusele tuleb, siis tuleb iga uriiniportsjonit suhkru suhtes uurida ja insuliiniga ettevaatlik olla. Kuses võib veel suhkrut olla, kuid veres võib juba hüpoglükeemia tekkinud olla.

Kui laps juba ise toitu võtab, siis tuleb talle palju sidrunilimonaadi, teed ja kohvi anda, et atsetoonkehakesi välja uhta. Toitmist

on soovitav kaerasuppidega alustada, aedviljapäevi pidada ja alles selle järel segatoidule üle minna.

Kui peale koomat tõesti hüpoglükeemiaseisund on tekkinud, mille tunnuseks on: veresuhkru hulga langus alla normi, hirmutunne, peavalud, oksetahe, värisemine, higistamine, unine olek, krambid, kõõrdivaatamine, liikmete kangestus ja kuklakangestus, südamepekslemine jne., siis tuleb kohe 4—5 tükki suhkrut suu kaudu sisse anda. Kui see on võimatu, siis võib suhkrulahust sondiga makku viia või ka 500 g 5% kobarsuhkrut nahaalusi süstida või süstida intravenoosselt 20 cm^3 40% dekstroosi.

Suhkurtõve prognoos on lapseeas üldiselt halb. Neid sureb kuni 50%, enamasti koomas või kollapsis. Üldiselt võib kinnitada, et prognoos on seda parem, mida vanemalt laps haigustus.

X. Kasvamise ja vôrsumise patoloogiast.

Mõned haiguslikud nähud käivad suurema kasvamistendentsiga kaasas. Nii kasvab imik väga jõudsasti, kuid selle kasvamise kestel varitseb teda ka rahhiit. Samuti suur kasvamistendents on enneaegsetel, kuid nad haigustuvad peaaegu kõik ka rahhiiti.

Edasi näeme, et puberteediaastail, kus noored inimesed suuresti võrsuvad, nad ka mitmesuguseid haiglasi nähte ilmutavad, nagu suur pikkuse kasvamine ühes halva kehahoiuga, kahvatus, haloneeritud silmad, funktsionaalsed südamekahinad, väsimus ja võimetus tõsisemaks tööks, minestushood jne.

Kasvamisvalud. Kas ka kasvamisvalusid esineb, nagu rahvas igal pool usub, on küsitav ja teaduslikult selgitamata. Nimelt valutavad mõnedel lastel öösiti jalad, eriti põlved, nii et nad isegi magada ei saa. Objektiivselt ei ole siin midagi leitud. Valud kaovad iseenesest. Võimalik, et siin on tegemist päevase liiga rohke jooksmise ja kõndimisega, mille tõttu alumiste jäsemete liigesed väsivad ja öösiti seetõttu valutavad.

Teiselt poolt on kindel, et mitmesugused kroonilised haigused laste kasvamist pidurdavad. Nii jäävad kasvust maha need lapsed, kes kaua krooniliste toitmisrikete all kannatavad; sama lugu on vahel ka raskete *lues congenita* ja tbc lastega. Parim näide selleks on intestinaalne infantilism (vt. lk. 90). Selle kõrval võib nimetada veel lapsi, kes rasket rahhiiti põevad, samuti südamerikete, raskete maksahaiguste (tsirroos), neeruhaiguste ja mõnede keskerkkonna haiguste tõttu (*microcephalia, hydrocephalia, porencephalia*) kasvus teistest endavanustest maha jäävad.

Mongolism ehk mongoloidne idiootia. Seda haigust esineb kaunis tihti kõigis maades ja kõigi rahvakihtide juures. Ta on sünnipärane. Mõlemad sood võivad ühtlaselt tabatud olla. Tema peatunnuseiks on: viltused silmad, sest sisemine silmalaugude nurk sei-

sab madalamal kui väline; *epicanthus*, s. o. sirbitaoline nahavolt, mis ülalt alla üle sisemise silmanurga tuleb, väike tompjas sadulnina, *brachycephalia*. Peale nende on veel väga palju muid tunnuseid, milledest ühel isikul ainult mõned esinevad: *conjunctivitis* ja *blepharitis*, kõõrdivaatamine, *nystagmus*, nõrk *visus*, värvipimedus, suu lahtihoidmine, salivatsioon, põskede ja lõua punasus, balloonisarnane kõht, kõhukinnisus, jäsemete liigeste ülipainduvus, tompjad sõrmed jne. (joon. 37).



Joonis 37. Mongolism. Dr. L. Babonneix' järgi.

Sagedasti seltsivad mongolismiga veel hüpotüreoosi nähud, nagu paks keel, alatemperatuurid, paks ja kuiv nahk jne., samuti ka mõned defektid, nagu halvasti arenenud kõrvalehed, hundikurk, polüdaktüülia, prognatism, progeenia, südamevead jne.

Esimesel ja teisel eluaastal on need lapsed harilikult anergilised, loiud ja vaiksed, kuid vanemaks saades muutuvad tihti hüperagiilseks, rahutuks ja ettevõtlikuks. Nad ei püsi paigal, lükkavad asju ümber, ronivad igale poole ja tüütavad teisi oma käitumisega.

Vaimselt jäävad nad täiesti maha. Ainult üksikud on natuke õppevõimelised. Mõnedel on armastust muusika vastu.

Haiguse etioloogia on tume. Kaunis tihti sünnitavad sääraseid lapsi vanemad, üle 40 a. vanused naised, kuid ka nooremail naistel võib mõnikord selliseid lapsi sündida.

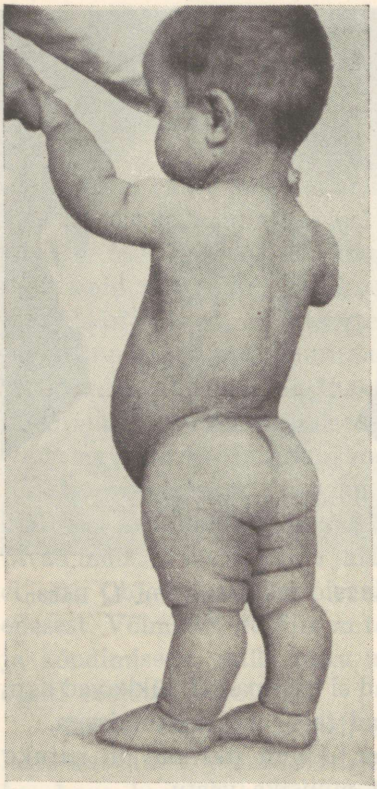
Diagnoos on siis kerge, kui ollakse neid harjunud nägema; teistele teeb diagnoos raskusi: mõeldakse rahhiidile, müksödeemile, otsitakse adenoidseid vegetatsioone jne.

Prognoos on halb. Nad surevad harilikult interkurrenthaigustesse, 75% juba enne puberteediaega ja 90% enne 25. eluaastat.

Ravi ei suuda suurt midagi korda saata. Kui hüpotüreoosi nähud põimuvad teiste nähtude hulka, siis on teatav kasu türeo-

idiinitablettidest. Ka muidu võib neid kasutada, sest apaatses olekus elustab see neid natuke.

Parem on neid lapsi erilistesse hoolekandeasutistesse saata, sest oma olekuga avaldavad nad tervetele rusuvat mõju; pealegi võivad nad teisi lapsi oma tegude järeletegemisele avatella.



Joonis 38. *Chondrodystrophia.* Laps 2 a. vana, pikkus 67 cm. Prof. Pfaundleri järgi.

Chondrodystrophia. See haigus on pärilik ja esineb perekonniti. Tema iseolu seisab selles, et pikkusekasv jääb seisma kõhre varajase luustumise tõttu, mille all eriti jäsemed kannatavad, kuna muidu luu kasvamine periosti luustumise abil normaalselt areneb. Sellest järgneb, et pikad õõnesluud lühikeseks jäävad, tompjaks ja paksuks muutuvad. Eriti lühikeseks jäävad reie- ja õlavarreluud.

Jäsemete lühiduse tõttu (*micromelia*) on kogu laps lühike, kohmakas, kääbuslaps (joon. 38). Pea ja kere tunduvad suurtena, nina on lai ja lühike, kael tompjas. Nende staatilised funktsioonid hilinevad. Käies kujuneb välja lordoos. Kõht on võrdlemisi suur, liigesed loiud. Muskulatuur on enamasti hästi arenenud.

Vaimselt on nad elavad ja humoorikad. Suguliselt arenevad normaalselt ja olevat täiskasvanutena selles suhtes õige aktiivsed.

Osteogenesis imperfecta. Selle harva esineva haiguse puhul on luupõhiolluse tekkimine osteoblastide nõrga tegevuse tõttu puudulik, mis põhineb pärilikkusel. Seepärast on pealuud väga õhukesed ja lünklikud, õõnesluud õrnad ja lubjavaesed, *corticalis* vaevalt olemas.

Kõik see toob kaasa, et pikad luud juba *in utero* murduvad, samuti ka peale sündimist, ilma et erilist viga või survet oleks olnud. Sellest nende laste näiline lühiliigesus — *micromelia.*

Osteopsathyrosis idiopathica on *osteogenesis imperfecta* teine vorm — esineb imikueas või ka veel palju hiljemini ja avaldub luude liiga kerges murdumises. Ilma ühegi põhjuseta tekivad siin ja seal luumurrud. Selle haiguse mõlemad variatsioonid näitavad huvitaval viisil veel kaht erilist ebanormaalsust: sinised silmamunad ja otoskleroos. Muidugi võivad need sümptoomid puududa või neist ainult üks esineda.

Mõnikord leitakse neil lastel veel ka muid defekte, nagu südamevigu, jänesemokka, hundikurku jne.

Ravi on võimetu. Katseid võiks teha fosfor-kalamaksaõliga ja võib-olla ka kiiritatud ergosteriiniga (vigantooliga).

Lipodystrophia progressiva. Haruldane haigus. Esineb mõlemal sool, alates umbes 6. eluaastast. Tema iseolu seisab selles, et nahaalune rasvkude aegapidi kaob, alates näost ja siis kaela ning rinna kaudu allapoole kulgedes. Lapsed on kahvatud ja hallikad, kuid nende üldine seisukord on siiski päris hea ja nad on ka teovõimelised. Et nad liiga kõhnad on, siis peetakse neid ekslikult mõnikord tbc-haigeiks ja saadetakse koguni sanatooriumi. Haiguse etioloogia on tundmatu, ravi võimetu.

Habitus asthenicus. Neid isikuid ei ole vähe. Nende kehaehituses ilmneb mõnesuguseid morfoloogilisi iseärasusi ja funktsionaalseid nõrkusi. Nad on pikad ja kõhnad, nende nahaalune rasvkude on nõrgalt arenenud. Nende rind on kitsas ja lame, rinnakorvi ülemine avaus samuti kitsas, kuna ülalpool rangluid asetsevad lohud sissepoole on langenud. Roided ripuvad järsult alla ja rinnakorvi epigastriumi nurk on terav. *Costa decima fluctuans.* Kõhuseinad on loiud ja nõrgalt arenenud, kõht epigastriumis sissepoole tõmbunud, allpool aga ettepoole kumerdunud. Kõik kõhuorganid on allapoole langenud — enteroptoos. Kael on pikk ja peenike.

Skaapulad seisavad seljast kaugel ja õlad langevad alla. Selg on kumer, kuid ristluude kohalt lordootiline. Tilksüda. Pikkusekasv on normaalne, kuna paksusedimensioonid alaarenenud on.

Funktsionaalselt on niisugune habitus õige labiilne. Tal on eriline dispositsioon *vagus*'e ja *symphaticus*'e ärrituvusele, mis muude hulgas avaldub ka Aschneri refleksis: kui suruda kinnipigistatud silmadele, siis muutub pulss aeglaseks. Neil on respiratoorne arütmia ja üldse labiilne pulss.

Esinevad dermografism, ortootiline albuminuuria, hüpertermia (ilma põhjuseta tõuseb t^0 kuni 38^0 ja üle selle), soolte spasmid ja

vasomotoorsed reaktsioonid. Erkkond näitab samuti kerget ärrituvust: kõõluserefleksid on kõrgenenud, *facialis*'e fenomen olemas, kinnipigistatud silmalaugude liikumine, nõndasamuti ka väljasirutatud keele kerge värin.

Sääraseid haigete tüüpe kirjeldas kõige enne Budapesti professor Stiller 1907. a. *asthenia universalis congenita* nime all. Pärastised uurijad ei taha hästi uskuda, et selline tüüp juba sünnipärane on, ja arvavad, et ta alles suuremas lapseeas välja areneb, umbes eelpuberteediajal või selle ümber. Oma kogemuste põhjal võin kinnitada, et ma sääraseid lapsi nende 6. eluaastast alates olen võinud täheldada.

Kindel on muidugi, et lapse kasvamisega muutuvad ka ta füsioloogilised reaktsioonid ja üldine välimus. Samuti võib lapse kehalist arenemist füüsilise kasvatuse abil tublisti mõjustada ja nõndaviisi *asthenia*'t osaltki *eusthenia*'ks muuta. Muidugi ei ole see iga lapse puhul võimalik, aga sinnapoole peab siiski püüdma. Niisugune kehaline kasvatus ongi sellistele lastele parimaks raviks, kuna ravimid otstarbetud on või olgu siis, et nendega psüühilist mõju tahetakse avaldada.

KIRJANDUS.

Lastehaiguste ajalugu.

Babonneix, L., La Médecine des enfants. Nobécourt-Babonneix, Traité I, 59.

von Bokay, J., Die Geschichte der Kinderheilkunde. Berlin 1922.

Brüning, H., Geschichte der Kinderheilkunde. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 1.

Brüning, H., Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung. Stuttgart 1908.

Lüüs, A., Lastehaiguste õpetamine Tartu ülikoolis 1632—1932. Eesti Arst 1932, 1.

Manninen, I., Sündimine ja lapsepõlv eesti rahva traditsioonis. Eesti Arst 1924, 75, 95, 143.

Käsi- ja õpperaamatud.

Apert — Armand-Delille, La Pratique des maladies des enfants. I—VIII. Paris 1910—1913.

Birk, W., Säuglingskrankheiten. 8. Aufl. Berlin 1937.

Birk, W., Kinderkrankheiten. 3. Aufl. Berlin-Köln 1928.

Chapin, H. D., and Royster, L. T., Diseases of Infants and Children. 6. edition. London 1928.

Comby, Jules, Traité des Maladies de l'enfance. 7. édition. Paris 1928.

Deckwitz-Eckstein, Lehrbuch der Kinderheilkunde, Berlin 1933.

Feer, E., Lehrbuch der Kinderheilkunde. 12. Aufl. Jena 1938.

Филатов, Нил, Краткий учебник детских болезней. 11 издание (esimene 1893). Берлин 1922.

Филатовъ, Н. Ф., Клиническія лекціи. 2 изд. Москва 1903.

Finkelstein, H., Säuglingskrankheiten. 4. Aufl. Amsterdam 1938.

Heubner, O., Lehrbuch der Kinderheilkunde. Bd. I—II. 3. Aufl. Leipzig 1911.

Листов, А. Ф., Основы перкуссии и ее особенности у детей. Москва-Ленинград 1940.

Лунц, Р. О., Физиология и диететика ребенка, 5 изд. Москва-Ленинград 1935.

Lust, F., Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. 8. Aufl. Berlin-Wien 1934.
Молчанов, В. И., Пропедевтика детских болезней. 2 изд. Москва-Ленинград 1939.
Nobécourt, P., Précis de Médecine des enfants. 4. édition. Paris 1922.
Nobécourt-Babonneix, Traité de Médecine des Enfants. I—V. Paris 1934.
Paterson, Donald, Sick Children. London 1930.
Pfaundler-Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde. Band I—IV. 3. Aufl. Leipzig 1923—1924. Band IX: Chirurgie des Kindesalters. 3. Aufl. 1930. Band X: Hautkrankheiten des Kindesalters. 4. Aufl. 1935.
Weill, E., et Mouriquand, G., Précis de Mèdecine des infants. 4. éd. Paris 1923.
Vogel, A., Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 8. Aufl. Stuttgart 1880.
Жуковскій, В. П., Курсъ дѣтскихъ болѣзней. С.-Петербургъ 1908.

Lapse organismi iseärasusi ja lapse läbivaatamine.

Bessau, G., Anatomische und physiologische Eigentümlichkeiten. Feer, Lehrbuch.
Brock, J., Biologische Taten für den Kinderarzt. I. Berlin 1932.
Brüning, H., Kurzgefasstes Lehrbuch der Untersuchung am Krankenbette des Kindes. Stuttgart 1921.
Finkelstein, H., Die Untersuchung des kranken Kindes. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 73.
Gundobin, N. P., Die Besonderheiten des Kindesalters. Berlin 1912.
Lüüs, A., Andmeid eesti naise menstruatsiooni algusest. Eesti Arst 1936, 337.
Lüüs, A., Ainukese lapse psühholoogiast. Eesti Arst 1928, lisa VI Eesti Arstidepäev.
Marfan, A. B., Considérations générales sur l'enfance. Apert — Armand-Delille, La Pratique I, 1.
Pfaundler, M., Biologisches und allgemein Pathologisches über die frühen Entwickelungsstufen. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 12.

Laste toitmine ja toitmisrikked.

Basch, K., Über Ammenwahl und Ammenwechsel. Wiesbaden 1912.
Biedert, Ph., Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart 1880.
Czerny, Ad. und Keller, A., Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Bd. I—II. 2. Aufl. Leipzig und Wien 1923—1928.
Finkelstein, H., Säuglingskrankheiten, 52—115.
Finkelstein, H. und Meyer, L. F., Über „Eiweissmilch". Berlin 1910.
Finkelstein, H., Über alimentäre Intoxication im Säuglingsalter, Berlin 1910.
Гиль, С. А., и Шаферштейн, С. Я., Питательные смеси для детей грудного возраста. 5 изд. Москва-Ленинград 1940.

Langstein, L., Dystrophien und Durchfallskrankheiten im Säuglingsalter. Leipzig 1926.
Lüüs, A., Praeguse aja vaateid rinnalaste toitmise ja surevuse peale. Eesti Arst 1922, 331.
Marfan, A. B., Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier age. 3 éd. Paris 1920.
Meyer, L. F., Über den Hospitalismus der Säuglinge. Berlin 1913.
Meyer, L. F., und Nassau, E., Die Säuglingsernährung. München 1930.
Nobécourt, P., Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons. 3 éd. Paris 1922.
Rominger, E., und Lorenz, E., Richtlinien für die Kost des gesunden und kranken Kindes. 2. Aufl. Berlin 1935.
Sinka, R., Sugemeid emarinna laktatsioonist. Eesti Arst 1929, 81.
Trumpp, J., Die Ernährung des Kindes nach neuzeitlichen Grundsätzen. 2. Aufl. München 1935.

Enneaegsed, vastsündinud, imikud.

Andérodias, J., Le Prématuré. Apert—Armand-Delille, La Pratique I, 2 édit., 346 (1923).
Birk, W., Säuglingskrankheiten. 8. Aufl. Berlin 1937.
Czerny, Ad., und Keller, A., Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Bd. I—II. 2. Aufl. Leipzig und Wien 1923—1928.
Eifuss, H., Icterus neonatorum gravis. Eesti Arst 1934, 266.
Eifuss, H., Statistilisi märkmeid hiidlastest Tartu ülikooli naistekliiniku andmeil. Eesti Arst 1935, 731.
Engelhorn, E., Die mehrfache Schwangerschaft und Geburt. Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. VII, 1, 355 (1927).
Finkelstein, H., Säuglingskrankheiten. 4. Aufl. Amsterdam 1938.
Huber, O., Ein nunmehr 8 Jahre altes mit einem Geburtsgewicht von 790 g frühgeborenes Mädchen. Zeitschrift f. Kinderh. 30, 281 (1921).
Jaschke, R. Th. von, Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen. Wiesbaden 1917.
Lüüs, A., Lapsehäll teadusliku meditsiini seisukohalt. Eesti Arst 1935, 353.
„ Antropoloogilisi andmeid eestlaste vastsündinute kohta. Eesti Arst 1936, 497 ja Acta et Comm. Univ. Tartuensis (Dorpat). A. XXIX. 7.
„ Erythrodermia desquamativa. Eesti Arst 1937, 478.
Marfan, A. B., et Lemaire, H., Précis d'hygiène et des maladies de la première enfance. Paris 1930.
„ Clinique des maladies de la première enfance. Paris 1926. Deuxième série. Paris 1928.
Metzger, M., et Héraux, A., Les premiers jours du nouveau-né. Paris 1931.
Nobécourt, P., et Maillet, M., Thérapeutique du nourrisson. Paris 1923.
Peiper, A., Unreife und Lebensschwäche. Leipzig 1937.

Reuss, A. R. von, Die Krankheiten des Neugeborenen. Berlin 1914.
Rohmer, P., Debilité congénitale et prématuration. Nobécourt-Babonneix, Traité I, 363.
Runge, M., Die Krankheiten der ersten Lebentage. 3. Aufl. Stuttgart 1906.
Vilde, J., Kaksikud ja kolmikud Tartu ülikooli naistekliinikus 1920—1925. Eesti Arst 1926, 309.
Ylppö, A., Pathologie der Frühgeborenen, einschliesslich der „debilen" und „lebensschwachen" Kinder. Zeitschrift f. Kinderh. 24, 1 (1919) ja Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 549.

Seedeelundite haigused.

Aavik, H., Ussid laste seedimiselundites. Tartu 1930. Auhinnatöö. Käsikiri. Ülikooli raamatukogus.
Baumann, Th., Die Wirkung der Rohobstdiät auf den kindlichen Organismus. Berlin 1936.
Birk, W., Säuglingskrankheiten, 141.
Freudenberg-Brühl, Krankheiten der Verdauungsorgane. Deckwitz-Eckstein, Lehrbuch 381.
Jürgens, B., Mõnda nabaväädi songadest. Eesti Arst 1925, 267.
Kleinschmidt, H., Krankheiten der Verdauungsorgane. Feer, Lehrbuch, 222.
Lüüs, A., Kõhuvalud lapseeas. Eesti Arst 1933, lisa XI Eesti Arstidepäev.
Marfan, A. B., Les affections des voies digestives dans la première enfance. Paris 1923.
Mõttus, A., Prototsoade enteriit. Eesti Arst 1924, 275.
Nobécourt, P., Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen. Paris 1934.
Nobécourt-Babonneix, Traité III.
Pfaundler-Schlossmann, Handbuch III.
Szidat, L., und Wigand, R., Leitfaden der einheimischen Wurmkrankheiten des Menschen. Leipzig 1934.
Weltmann, A., Lapseeas sagedamini ettetulevad soolenugilised. Eesti Arst 1926, 367.

Vitamiinid ja avitaminoosid.

Bischoff, H., Krämpfe im Kindesalter. Stuttgart 1937.
Falkenheim, C., Lichtwirkung und antirachitischer Schutzstoff im lebenden Organismus. Berlin 1928.
Freund, W., Barlowsche Krankheit. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 715.
Funk, C., Die Vitamine. 2. Aufl. München 1922.
Glissonius, Franciscus, Tractatus de Rachitide sive morbo puerili. 1682.
Grenet, H., De Rachitisme. Tema raamatus: Conférences cliniques de médecine infantile, 161. Paris 1936.
György, P., Die Behandlung und Verhütung der Rachitis und Tetanie. Berlin 1929.

Hess, Alfred F., Rickets including osteomalacia and tetany. London 1930.
Hochsinger, C., Rachitis. Pfaundler-Schlossmann. Handbuch I, 653.
Huldschinsky, K., Dementia rachitica. Berlin 1926.
Lesné-Clement-Dreyfus-Sée, Avitaminoses, Rachitisme, les Vitamines. Nobécourt-Babonneix, Traité I, 468.
Lüüs, A., Sugemed vigaste laste kohta Eestis. Tallinn 1923.
Lüüs, A., Nestle lastejahu ja merisigade skorbuut. Eesti Arst 1926, 128 ja Zeitschrift f. d. gesamte exper. Medizin. Bd. L, 610 (1926).
Marfan, A. B., Les formes cliniques du rachitisme, sama autori raamatus: Etudes sur les Maladies de l'enfance, 35. Paris 1936.
Mouriquand, G., Tétanie et Spasmophilie. Nobécourt-Babonneix, Traité V, 477.
Rudy, H., Vitamine und Mangelkrankheiten. Berlin 1936.
Sinka, R., Rahhiit Tartus. Eesti Arst 1924, 227, 254.
„ Lastejahudega tekitatud merisigade skorbuudist. Dissert. med. Tartu 1930.
Stepp-Kühnau-Schroeder, Die Vitamine und ihre klinische Anwendung. 2. Aufl. Stuttgart 1937.
Wieland, E., Über sogenannte angeborene und über frühzeitig erworbene Rachitis. Berlin 1910.
Zappert, J., Die Krämpfe im Kindesalter. Wien-Berlin 1928.

Diateesid.

Birk, W., Säuglingskrankheiten, 154.
Czerny, Ad., Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. Monatschrift f. Kinderh. 1905, 1; 1907, 1; 1908, 1.
His-Pfaundler-Bloch, Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Verhandlungen des deutschen Kongresses f. innere Medizin. Bd. XXVIII. Wiesbaden 1911.
Husler, J., Exsudative Diathese. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 611.
Nobécourt, P., et Kaplan, M., Arthritisme. Nobécourt-Babonneix, Traité I, 323.
Pfaundler, M. von, Pathologie der Konstitution. Feer, Lehrbuch, 166.
Tachau, P., Hautkrankheiten und exsudative Diathese. Zeitschrift f. d. Kinderh. 1926, 395.

Sisesekretsioon.

Freise, R., und Jahr, J. M., Die Klinik des Diabetes mellitus im Kindesalter. Berlin 1932.
Lüüs, A., Müksödeem lapseeas. Eesti Arst 1923, 245.
„ Adiposogenitaalne sündroom. Eesti Arst 1925, 195.
Nobécourt, P., Troubles de la nutrition et de la croissance. Paris 1926.
„ Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines. Paris 1936.
Nobécourt-Babonneix, Traité I, 205, 249, 305, 635.

Nobel-Kornfeld-Ronald-Wagner, Innere Sekretion und Konstitution im Kindesalter. Wien 1937.
Pfaundler, M. von, Pathologie der endokrinen Organe. Feer, Lehrbuch 209.
Wieland, E., Erkrankungen der Schilddrüse. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 827.

Kasvamise ja võrsumise patoloogiast.

Freudenberg, E., Pathologie des Wachstums und der Entwicklung. Deckwitz-Eckstein, Lehrbuch, 483.
Husler, J., Multiple Abartungen. Pfaundler-Schlossmann, Handbuch I, 949.
Mouriquand, G., et Weill, L., Affections médicales des os. Nobécourt-Babonneix, Traité IV, 325.
Pfaundler, M. von, Systembildungsfehler. Feer, Lehrbuch, 171.
Pichon, E., Lipodystrophie progressive. Nobécourt-Babonneix, Traité I, 358.

Rahvakirjandust laste kohta.

Czerny, Ad., Arst lapse kasvatajana. Eestistanud A. Lüüs. Tallinn 1911.
Jürisson-Kleitsman, Maria, Dr., Raamat emale. Tartu 1927.
Lüüs, A., Rinnalaste toitmine. Tallinn 1915.
„ Laste hoidmise ja ravitsemise õpetus, 2. trükk. Tallinn 1921.
„ Laste ühiskondlik tervishoid. Tartu 1926.
„ Rahhiit ehk inglishaigus. Tartu 1927.
„ Isiklik Terviseraamat. Tartu 1931.
„ I. Praegusaja vaateid laste toitlustamisele. II. Emarind — imikute haigustumise ja suremise ärahoidjana. Tartu 1936.
„ Lastehaigused, „Tervise Käsiraamat". Tartu 1939. Lk. 891—920.
Madisson, Olga, Dr., Lastehoid esimesil eluaastail. Tartu 1928.
Madissoon, Olga ja Hans, Dr., Meie laps ja tema eest hoolitsemine. Tartu 1938.
Reiman, A., Ema käsiraamat. Tallinn 1938.
Stekel, W., Kirjad emale I—III. Tartu 1937 ja 1938.

TÄHESTIKULINE SISUREGISTER.

Abscessus subphrenicus 157.
Acme 118.
Addisoni tõbi 197.
Adenopathia tracheobr. 94.
Aedvili, toores 43.
Aedviljapäev 93.
Aerofaagia 134.
Afekt, primaarne 142.
Aftid 46, 125.
Agalaktia 43.
Agiilsus 80.
Ahendid, söögitoru 129.
Ajuripats 196.
Akromegaalia 195.
Alakaalulised 98.
Alatoitlus 63.
Alimentatione, ex 80.
Alkohol 60.
Allaitement mixte 41.
Amm 46, 47.
Amnioni vigastused 111.
Amnion-naba 111.
Ampulla recti 89.
Anaciditas 130.
Anamnees 32, 37.
Aneemia 101, 119.
Apenditsiit 144.
Apnoe, eksspirat. 176.
Arenemine, vaimne 29.
Arsti isik 31.
Arteriitis umbil. 113.
Arthritis gonorrh. 117.
Artritism 189.
Ascaris lumbric. 148.
Aschneri refleks 207.
Ascites 90.
Asend 174.
Asfüksia 105.
Askorbiinhape 57, 179.
Asthenia univers. 208.
Atonia ventriculi 130.
Atreesiad 108.
Atroofia 79, 81, 83.
Atsetoonkehad 202.
Atsidoos 77.
Atüreoos 192.
Avitaminoos 83, 161.

Bacillus bifidus 67.
„ *Flexneri* 140.
„ *fusiformis* 126.
„ *Shiga-Kruse* 140.
Bacterium coli 67.
„ *lactis aerogenes* 67.
Balanitis 183.
Banaanid 94.
Barlow' tõbi 178.
Basedow' tõbi 191.
Bednari aftid 46, 125.
Birk, prof. 75, 89.
Blepharitis 205.
Brachycephalia 205.
Budini formel 49.

Calmette, prof. 16.
Camerer 25.
Caries, tsirkulaarne 128.
Caput medusae 152.
„ *quadratum* 165.
„ *succedaneum* 106.
Cephalhaematoma 106.

Cholera infantum 75.
Chondrodystrophia 206.
Chvosteki fenomen 173.
Cirrhosis hepatis 152.
Colica mucosa 143.
Colitis inf. 140.
„ *membr.* 144.
„ *ulcer.* 143.
Colopexia 137.
Coma diabeticum 199.
„ *dyspepticum* 86.
„ *pyloricum* 132.
Comedones 118.
Conjugata vera 166.
Conjunctivitis gonorrhoica 116.
Coxa vara 166.
Craniotabes 165.
Credé võte 116.
Crusta lactea 182.
Cyclops strenuus 150.
Czerny, Ad. 181

Defektid 107.
Dekompositsioon 79.
Dementia rachitica 168.
Dentitio difficilis 18, 128.
Dermatitis exfoliativa 123.
Diabetes insipidus 196.
„ *mellitus* 198.
Diateesid 181.
Diathesis, allergiline 185.
„ ekssudatiivne 181.
„ inflammat. 181.
„ lümfaatiline 184.
„ neuropaatiline 185.
Dibothriocephalus latus 149.
Dieet suhkurtõbisele 200.
Diptheria umbilici 113.
Dispositsioon 93.
Diverticulum Meckeli 111.
Dolores umbilici 146.
Ductus omphalomesentericus 111.
Düsenteeria 140.
Düsenteeriataolised haigused 140.
Düsergia 15.
Düstroofia 79, 196.
Dyspepsia toxica 75.

Eklampsia 175.
Ekseemsurm 184.
Ekssikoos 77.
Ema toit 41.
Encephalocele 110.
Enneaegsed 98.
Ennekooli-iga 15.
Enteritis follic. 140.
Enteroptoos 207.
Epicanthus 205.
Epidermolüüs 123.
Epifüüsid 164.
Epispaadia 109.
Epiteelkehakesed 175, 198.
Epiteelpärlid 125.
Erbi fenomen 174.
Ergosteriin, kiiritatud 163.
Erütroblastoos 119.
Erysipelas 114.
Erythema toxicum 122.
Euergia 15.
Eusthenia 208.
Evansi hormoon 195.

Facies abdominalis 154.
„ *praematurorum* 102.
„ *tetanica* 114.
Ferrum reductum 102.
Filmarooniõli 150.
Finkelstein, prof. 74, 132, 138.
Fissura ani 139.
Foetor ex ore 126.
Formes frustes 162.
Fossa canina 173.
Fröhlichi tõbi 196.
Fungus umbilici 112.
Funk, Casimir 161.
Funktsioonid, staatilised 28.

Gangraena umbilici 113.
Genu recurvatum 168.
„ *varum* 167.
Georgyi, Szent 57.
Gigantism 195.
Gingivitis 126.
Glandula parotis 128.
„ *pinealis* 198.

Glandula sublingualis 128.
„ *suprarenalis* 197.
„ *thyreoidea* 190.
Gneis 182.
Graafi folliikulid 27.
Granuloma umbilici 112.

Habitus asthenicus 207.
Haematoma m. sternocleid. 106.
Haigused 17, 43, 124, 128, 140, 152.
Haigusloo kava 37.
Haistmine 29.
Halisteresis 164.
Halvatused 107.
Hambad 19, 52, 127.
Harrisoni vagu 166.
Haudumised 182.
Hemeraloopia 180.
Hemorroidid 139.
Hernia 157, 159.
Herteri tõbi 90.
Hess, A. F. 171.
Heubner, prof. 91.
Hexenmilch 27.
Hiidsus 195.
Hingamine 25, 26, 77.
Hirschsprungi tõbi 135.
Hormoonid 27.
Hospidalism 51.
Huldschinsky 170.
Hundikurk 108.
Hüpertüreoos 194.
Hüpoplastilised 21.
Hüpospaadia 109.
Hüpotroofia 79.
Hüpotüreoos 192.
Hydrops congenitus 119.
Hypaciditas 130.
Hyperglycaemia 199.
Hypertonia ventriculi 130.
Hypertrophia pylori 131.
Hypoglycaemia 202.
Hypophosphataemia 164.
Hypotonia ventriculi 130.

Icterus 14, 118, 119, 151.
Ileus vermosus 149.
Imeja, halb 100.
Imemisakt 22.
Imetamise raskusi 43, 46.
Imetamisvõime 42.
Imik 14, 16, 51.
Infantilism, intestinaalne 90.
Infectione, ex 66.
Infektsioonid 114.
Inglise tõbi 162.
Inimvereseerum 79.
Insuliin 199, 202.
Intoksikatsioon 75.
Intertrigo 182.
Invaginatsioon 137.
Iseärasusi, vastsündinu 16.
Isutus 93.

Jahutamine, piima 58, 69.
Jahutoitekahju 82.
Janupalavik 118.
Jook 60.
Joomine, piima 41.
Juurdekasv 21, 22.
Jämesool 24, 67.
Jänesemokk 107.

Kaal 21.
Kaerajahukört 58.
Kaeratumm 58.
Kahheksia, hüpof. 196.
Kaksikud 103.
Kalorid 50.
Kanarind 166.
Karotiin 180.
Kartulipuder 60.
Kaseiin 54.
Kassowitz, M. 170.
Kasvajad, soole 138.
Kasvamine 20.
Kasvamisvalud 204.
Katarr, jämesoole 88.
Kateteriseerimine 35.
Keel 124, 183.
Keratomalaatsia 83, 179.
Ketoonkehad 199.
Key, Axel 30.
Kida 46, 124.

Kiiritamine, toiduainete 171.
Klistiir 66, 78, 89.
Kohustused amme vastu 47.
Kolmikud 103.
Kolm põhimõtet 41.
Kolostrum 53.
Komplemine 33.
Kompressid, soojad 72
Konstitutsioon 88.
Kontrasttoit 70.
Kortiin 197.
Krambid 172, 175.
Kretinism 194.
Krüptorhism 109.
Kseroftalmia 83, 179.
Kuivikud 56, 59.
Kusihappeinfarkt 26.
Kuulatlemine 33.
Kuulmine 29.
„ emakeele 29.
Kuumus, suvine 68.
Kuupuhastused 40.
Kuvöösid 100.
Kõhukinnisus 65, 91.
Kõhulahtisus 66, 68, 76.
Kõhuvalud 146.
Kõndima hakkamine 28.
Kõnelema hakkamine 30.
Kõrikramp 175.
Käbinääre 198.
Käehalvatused 107.
Kääbuskasv 196.

Labium leporinum 108.
Lactagoga 41.
Langerhansi saarekesed 24.
Lanugo 98.
Laps 47, 82, 93, 94, 98, 182.
Lapsepigi 14.
Laryngospasmus 175.
Lastekoolera 75.
Lastepiim 55.
Lichen urticatus 182.
Lingua 124, 183.
Linnaseekstrakt 81.
Lipodystrophia 207.
Little'i tõbi 103.
Lokaliseerimine, nakkuse 16.
Luumurrud 107.
Luustik 18.
Luustumispunktid 18.
Lõgemed 18, 52.
Lõhekesed 45.
Läbivaatamine, lapse 31.
Lämbumine 105.
Lümfatism 184.

Mac Burney punkt 139.
Macroglossia 192.
Magu, imiku 22.
Maitsmine 29.
Maiustised 85.
Makrogenitosoomia 198.
Maks 24.
Maksahaigused 151.
Mammilla invertita 44.
Mannapuder 59.
Marfan, prof. 28.
Marjad, poolküpsed 85.
Mastitis 45.
Materia peccans 69.
Meconium 14.
Meeled 28.
Meeleolu 51.
Megacephalus 102.
Megacolon congenitum 135.
Melaena neonatorum 120.
Micromelia 206.
Mitmikud 41, 103.
Mongolism 204.
Monothermia 20.
Mons veneris 196.
Mors thymica 184.
Motiliteedirikked 130.
Mumps 128.
Mustikasupp 86.
Muusikaanne 29.
Mäletsemine 135.
Müksödeem 192.
Mürgistus, toiteline 75.

Naaskelsaba 147.
Nabahaigustumised 111.
Nabavalud 146.
Nabaväädiots 14.
Naermine 30.

Naevi 110.
Nahk 76.
Nahknaba 111.
Naisepiima-kogumispunktid 47.
Nanism 196.
Nanosoomia 196.
Natrium causticum 128.
Neerud 26.
Nelikud 103.
Nina kattega 100.
Nina kinni 46.
Nisanibud 45.
Noma 126.
Nukunägu 102.
Nõiapiim 14.
Näohalvatused 107.
Näoilme 32.
Närvisüsteem 38.
Nystagmus 172.

Oakohv 61.
Odratangutumm 58.
Oftalmoskoopia 36.
Oidium albicans 125.
O-jalad 167.
Okse 76.
Oksendamine 94, 95, 96, 134.
Omphalitis 113.
Onkosfäärid 150.
Opisthotonus 114.
Osteogenesis imperfecta 206.
Osteoporoos, füsiol. 18.
Osteopsathyrosis 207.
Oxyuris vermicularis 147.

Pakkimised, sinepi- 79.
Palatum fissum 108.
Palavik 118.
Palpatsioon 33.
Pankreas 24.
Parotitis epid. 128.
Parrish 75.
Pavor nocturnus 96.
Peaaju 28.
Pectus carinatum 166.
Pektiinid 87.
Pemphigus neonatorum 122.
Periproctitis 129.
Peritonitis 153, 154, 155, 156.
Peroneusefenomen 174.
Pes planus 168.
„ *valgus* 167.
Pfaundleri formel 49.
Piim 48, 49, 54, 56, 58.
Piimalapsed 91.
Piimaraig 182.
Piimatoitekahju 80.
Pikkusmõõt 21, 22.
Plerotserkoidid 150.
Plethora 120.
Plexus brachialis 107.
Pollakisuria 198.
Polydipsia 198.
Polyphagia 198.
Polyposis 139.
Polyserositis 155.
Polyuria 198.
Porgandid 60.
Proctitis 139.
Prolapsus ani-recti 88, 138.
Pronkstõbi 197.
Protserkoidid 150.
Prurigo 183.
Pseudodüsenteeria 140.
„ hemofiilia 120.
„ obstipatsioon 63.
„ *pubertas praecox* 197.
Ptüaliin 22.
Puberteediaeg 15.
Pudelite pesemine 58.
Puljong 43, 58, 59.
Punktsioon, lumbaal- 36.
Puutumistunne 29.
Puuviljapäev 93.
Põletik, rinnanäärme 45.
Pärlikeesõrmed 167.
Pylorospasmus 131.

Rachitis 101, 162, 168.
Rakud, atsidofiilsed 195.
Rammuleem 58.
Ranula 128.
Rasedusereaktsioonid 117.
Ravi 72, 75, 84.
Refleksid 28.
Regulatsioon, soojuse 20.

Relaxatio diaphrag. 160.
Riisikört 58.
Rindkere 25.
Ringeri lahus 78.
Ringvoolu kestus 26.
Rinnaandmise kord 39.
Rinnad, kõvad 44, 64.
Rinnanibud 44, 45.
Ristivoldid 51.
Roe 24, 25, 80.
Roos 114.
Roosikrants 165.
Rumal veerand 28.
Ruminatio 135.
Röga 34.

Sapi koosseis 24.
Schultze raputamised 105.
Sclerema 122.
„ *oedematosum* 122.
Scoliosis 166.
Seebikivi 128.
Seedevedelik 23.
Seedimiselundid 22.
Sekretsioonirikked 130.
Sepsis 115.
Silmad 29.
Simmondi tõbi 196.
Skorbuut 178.
Solkmed 148.
Sollux-lamp 171.
Sondeerimine, mao 35.
Songad 157.
Soojustunne 29.
Sooled 23.
Soopor 76.
Soor 125.
Soxhleti aparaat 48.
Spasmofiilia 173.
Spasmus nutans 172.
Sphacelus 111.
Spina bifida 110.
Spinat 59.
Splanchnomegalia 196.
S romanum 136.
Stadium amphibolicum 132.
Status eclampticus 175.
„ *praesens* 32, 37.
Status thymicolymphaticus 184.
Stiller, prof. 208.
Stomatitis 125, 126.
Strophulus 182.
Struuma 190.
Suguelundid 27.
Suhkurtõbi 198.
Suremus, enneaegsete 99.
Suu 38.
Suunurgad 124.
Sõudiklased 150.
Süda 35.
Sündimine 37.
Sünnikaal 14, 20, 21, 55.
Sünnitus 98.
Süsivesikud 68.

Tabes mesaraica 143.
Tachycardia 26, 191.
Taenia 150.
Tahhüpnoe 25.
Tarvidus, kalorite 61.
Teeroe 70.
Temperatuur 20, 33, 99, 138.
Tenesmid 85.
Ternespiim 53.
Tervise tunnused 51.
Testiikulid 27.
Tetaania 176.
Tetanus neonatorum 114.
Toit 41, 43, 52, 62, 91.
Toitmine 39, 48, 50.
Toitmisplaan 50.
Toitmisrikked 63.
„ pikaldased 79, 87.
„ ägedad 66, 70, 72, 84.
Toksikoos 77.
Toonus 52.
Transfusioon, vere 78.
Trousseau fenomen 174.
Tuberkuloos, soolte 142.
Tuletähed 110.
Tursumine, rinnanäärmete 117.
Täiendtoitmine 41.
Tüümussurm 184.
Typus bovinus 142.

Uhtmised, külmad 79.

Ulcus 112, 124, 130.
Ultraviolettkiired 163.
Uni 30, 51.
Urachus'e uuris 111.
Uriin 26, 35.
Ussid 147.
Ussjätkepõletik 144.

Vaatlus 32.
Vadak 78.
Valkpiim 74.
Valmimisaeg 15.
Valutunne 29.
Vastsündinu 16.
Veetarvitus 17.
Weili haigus 152.
Verekirves 36.
Vere koostis 19.
Vereringe-elundid 38.
Vererõhk 26.
Verevalumid 105.
Vernix caseosa 14.
Vesidieet 70.
White, Th. 181.
Vigantool 171.
Villtõbi 122.
Windaus 163.
Vinnid 118.
Virilism 197.
Vitamiinid 40, 56, 57, 163, 179.
Vita minima 101.
Võipiim 73.
Võõrkehad 129.
Vähepiimasus 42, 63.
Väikelapseiga 14, 16.

Õunad, tooredi 87.

Ämmaemandad 69.
Ärahoidmine, nakkuste 100, 101, 102.
Äravõõrutamine 40, 42.

Ühik, kliinil. 172.
Ületoitlus 64, 68, 92.
Ümbermõõt 18.

X-jalad 167.

Ylppö, A. 98.

TÜ RAAMATUKOGU
1030001593497 1

8 RUBLA

A
119
85