

DANIEL OLÁH

MÜKOGEENSETE
JUUKSEHAIGUSTE ESINEMISEST
TALLINNAS

Eraldine äratõmme ajakirjast
EESTI ARST 1938, nr. 4, lk. 261—271

29165

TARTU, 1938



(Eesti Sotsiaalministeeriumist [minister: O. Kask, ministriabi: dr. A. Mõttus] ja Ungari Kuningliku István Tíza Ülikooli Nahahaigustekliinikust Debrecenis [juhataja: prof. E. Neuber].)

Mükogeensete juuksehaiguste esinemisest Tallinnas.

Daniel Oláh.

Mükogeenseil juuksehaigusil on olnud viimase kolme aastakümne jooksul suur levik kogu maailmas, kirjanduslikel andmeil on need küllaltki sagedasti esinenud isegi epideemiliselt. Soodsaks arenemispäigaks on koolid, lasteaiad, lastekodud jne., nii siis kohad, kus lapsed hulgaliselt käivad koos.

Viimase 20 aasta jooksul on Ungariski arvukalt esinenud seesuguseid haigustumisi. Nende haiguste infektsioossele loomule iseloomulik on see, et mõningas koolis haarab see 50—60% lastest. 47 000 lapsel teostatud uurimisel 1930—1933 jooksul sedastasin ma 1113 juhul mikroskoopiliselt ja kultuuriliselt positiivseid mükogeenseid juuksehaigusi. Uurimisel 134 külast ei leidunud nakatatud lapsi 21 külas, 67 külakoolis oli nakatamata ainult 34. Küll olen veendunud, et hiljemini on nakatatud needki kohad, kuna viimasel ajal saadetakse meile haigeid lapsi sääraseistki paikkonnist, kus varem haigust ei esinenud. Teisedki kohalikud uurijad (Neuber, Berde, Ballagi, Szentkirályi, Szathmáry) on jõudnud sääraseile tulemusile.

Arvestades asjaolu, et Eestis peale prof. A. Paldrok'i uurimisi 20 a. eest pole teostatud ühtki põhjalikumalt seenhaiguste uurimist, otsustasin läbi vaadata algkoolide ja lasteaedade õpilased Tallinnas. Muud ja kõrgemad koolid võis jätta tähele panemata, kuna mükogeensed juuksehaigused esinevad ju 1.—14. eluaasta vältel ja peale murdeiga paranevad spontaanselt. Peale murdeiga esinev mükogeenne juukse-

haigus kuulub kirjanduslikkude harulduste hulka (Oppenheim'i mikrospooria juht 29-aastaselt naishaigel).

Eestile langes minu valik just seepärast, et olin osalt uudishimulik, kas leidub erinevusi patogeenses seenflooras arvestades nii erinevaid kliimalisi olusid. Üldise arvamuse kohaselt esineb erinevusi üksikute maade niitseenflooras vastavalt kliimale. Teiseks tahtsin kindlaks teha, kas mingeid suhteid üldse või missuguseid suhteid leidub sugulasrasside vahel arvestades seenhaiguste tekkimist ja levikut. Nagu üldiselt teada, esinevad need haigused (*favus*, *trichophytia*, mikrospooria) sagedaimalt Galiitsiast pärinevail juudi lastel, kusjuures enamus autoreid omistavad peale mustuse just tõulisele eeldusele suurimat tähtsust.

Minu kodumaiste uurimiste põhjal võin seesuguse vaatega nõustuda täiel määral, kuna ma turaani tõugu kuuluvate laste hulgas — teatavasti kuuluvad ju ka eestlased sellesse tõugu — leidsin ainult 2,8% nakatatuid, seevastu aga juudi laste seas sama ekspositsiooni puhul 6,99%. Huvitava iseärasusena mainin, et puhtatõuliste mustlaslaste hulgas pole ma leidnud ainustki mükogeense juuksehaigustuse juhtu (teatavasti on see rass teistegi haiguste suhtes väga resistentne).

Endist oletust, nagu seaks end niitseenfloora erinevais mais geograafilise asendi järele, ei saanud ma omamaiste uurimiste varal kinnitada, sest olen Ungaris leidnud palju sääraseid seentüvesid (*haplographium de Bella Marengo*, *hormodendron algeriensis*, *cladosporium Mansoni*) — küll ainult parasiitidena, mis varemini leidsid üksnes troopilisis mais. Siia kuulub ka *trichophyton exsiccatum*, mida peale Lõuna-Ameerika on aretatud vaid Ungaris ja Itaalias, — siis veel Amsterdamis ja Ungaris ainult kord leitud *trichophyton eriotrephon* jt. Olen veendunud, et esialgu veel näiliselt püsivad erinevused üksikute maade niitseenflooras kaovad ühes uurimistöö arenguga.

Tallinnas olen 26. okt. kuni 15. nov. 1936 mükogeensete juuksehaiguste suhtes läbi vaadanud 29 algkoolis ja lasteaias 6838 last, ja nimelt 3067 tütarlast ja 3771 poeglast. 30 juhul (0,48%) võisin nentida juustega kaetud peanahal ka mikros-

koopiliselt tõendatavaid seenhaigusi. Juusteta nahal leidsin ainult ühel lapsel seenhaigust. Tütartlastel esines haigust 11 juhul (0,36%), poeglastel 19 juhul (0,50%).

Nii siis esineb ka Tallinnas enam infektsioone poeglastel kui tütartlastel, samuti nagu Ungaris. Selle vahe põhjuseks on lühikesed juuksed, mistõttu tekitajad palju kergemini pääsevad peanahale. Seda arvamust kinnitab veel seegi asjaolu, et ka tütartlastel ilmuvad esimesed haigussümptomid kõige pealt keerise (*vortex*) ja juukselahu kohal, kus peanahk pole kaetud juustega. Kuid seisundi hindamisel ärgu unustatagu ka seda, et poeglastel lühikeste juuste tõttu paistavad silma juba vähimadki sümptomid, tütartlastel seevastu jäävad varjatuks isegi hoolikal läbivaatusel.

Mitte ainult soos, vaid ka eas ja rassis ilmestub erinevusi.

Tabel 1.

Eluiga aastais	Haigete arv	% ea järgi	Eluiga aastais	Haigete arv	% ea järgi
1	—	—	8	7	23,33
2	—	—	9	5	16,66
3	1	3,33	10	10	33,33
4	—	—	11	4	13,33
5	—	—	12	2	6,66
6	3	10,00	13	1	3,33
7	2	6,66	14	—	—

Nagu tabelist 1 nähtub, langeb nakkuste enamik 10. eluaastale (10 haigustumist). 8.—9. ja 11. eluaastal esinevad haigused küllaltki sagedasti, kuid 7. aastast allapoole ja 11. aastast ülespoole ilmestub järsk langus. Haiguse harvenemine lastel alla 7 a. arvan olevat seletatav seega, et nad pole veel koolikohuselised, nii siis ei puutu kokku nakatatuiga, vast siis ainult perekonnaringis. Lapsed üle 11 a. on juba oma ea tõttu resistentsemad. See käib eeskätt just Tallinna algkooliõpilaste kohta, kus kõrgemates klassides kehapikkusena 150—

160—170 cm pole sugugi haruldus. Olen veendunud, 50—60% neist lastest on juba murdeas, sugunäärmete kaasumine teiste sisesekreetoorsete näärmeiga toimub koos resistent-sitõusuga seenhaiguste vastu.

Tabel 2.

Nr.	K o o l	Uuritud laste arv	Haigus- tuste arv	Mikro- sporia	Tricho- phytia	Favus	%
1.	I algkool	218	—	—	—	—	—
2.	II „	336	2	—	2	—	0.59
3.	III „	178	—	—	—	—	—
4.	IV „	154	—	—	—	—	—
5.	V „	417	2	—	2	—	0.48
6.	VI „	17	—	—	—	—	—
7.	VII „	156	1	—	1	—	0.64
8.	VIII „	187	3	—	3	—	1.60
9.	IX „	490	2	—	2	—	0.40
10.	X „	357	2	—	2	—	0.28
11.	XI „	220	3	—	3	—	1.36
12.	XII „	196	1	—	1	—	0.51
13.	XIII „	256	2	—	2	—	0.78
14.	XIV „	215	—	—	—	—	—
15.	XV „	226	3	—	3	—	1.32
16.	XVII „	468	1	—	1	—	0.21
17.	XVIII „	257	—	—	—	—	—
18.	XIX „	240	4	2	2	—	2.02
19.	XX „	154	—	—	—	—	—
20.	XXI „	649	1	—	1	—	0.15
21.	XXII „	126	—	—	—	—	—
22.	XXIII „	179	—	—	—	—	—
23.	Saksa erakool	133	—	—	—	—	—
24.	Juudi erakool	114	—	—	—	—	—
25.	II lasteae	92	1	—	1	—	1.08
26.	V lasteae	153	2	—	2	—	1.96
27.	Lastekodu, Suur Pärnu 71	69	—	—	—	—	—
28.	Gustav Adolfi gümnaasium	288	—	—	—	—	—
29.	Inglise Kolledž, Imanta 6	293	—	—	—	—	—

Mis puutub jagumisse rasside järele, siis leidsin järgmised suhted: nakatuste enamik langeb slaavi tõule (venelased) — 248 hulgast 5, s. o. 2,02%; turaani rassi laste hulgas (eestla-

sed) oli 6164 seas haigeid 24, s. o. 0,40%; 312 germaani ja 114 juudi lapse hulgas ei leidunud ainustki nakatatut. Need tulemused näivad vastu rääkivat sellele teadumusele, mille järgi juudid osutavad tõulist eeldust. See on aga ainult näiliselt nii, kuna juudi lapsed on teistest eraldatud, on nende ekspositsioon seega palju vähem. Et saada selget pilti, tuleks õieti uurida ka maakoole, kus kõik lapsed on ohustatud samasugusest nakkusest.

Võiks teha järgmisi järeldusi:

1. Uuritud 29 algkooli ja lasteaias leidis seenhaigusi 15 kohas (51,07%), ja nimelt neis, mis asuvad linnakeskusest kaugemal (nii 2., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 15., 17., 19. ja 21. algkoolis ning 2. ja 5. lasteaias). Linnakeskuses ei leidnud ma ainsaski koolis seenhaigusi.

2. Haigused esinevad kõikjal ainult juhuslikult, epideemiliselt mitte kuskil.

3. Haigete laste protsendimäär kõigi läbivaadatud kohtade kohta oli 0,15—2,02%.

4. Kolmest haigustüübist leidsin 28 juhul *trichophytia*'t, kahel juhul mikrospooriat, *favus*'t mitte kordagi.

5. Perekondlikke nakkusi esines ainult kahel juhul, kummaski perekonnas kahel õel, seega kokku 4 lapsel. Enamasti on see ühises voodis magamise, sama rätiku või mütsi ja sama kammi kasutamise tagajärjeks. Ka sugulastest lapsed nakatavad üksteist sarnaselt.

Kooliõpilaste nakkused tekivad sagedasti samuti kui perekondlikud nakkusedki otsese või kaudse kokkupuutumise teel, tihti mängu ja sosistamise juures, mil lapsed pead pistavad kokku. Esiti haigustuvad haige lapse otsesed pinginaabrid, ja siis kulgeb nakkus ühelt naabrilt teisele. Pinginaabri nakkus on väga sagedane, peaaegu regulaarne.

Väga rõõmustav näht on see, et nimetatud haigused ei esine neis läbivaadatud 29 koolis ja lasteaias kuski epideemiliselt, seetõttu on võimalus otstarbeka menetluse ja raviga tõkestada ning vältida haiguse edasist levikut.

Nagu mainitud, leidsin kolmest haigustüübist 28 juhul pindmise *trichophytia*, mis on seda rõõmustavam, et see hai-

gusvorm on kergeimini tervistatav ega jäta kunagi püsivaid kahjustusi. Hooletusse ei või seda siiski jätta, sest see siis võiks muutuda epideemiaks ning sellega seltsida palju eba-meeldivusi. Ungaris leidsin ma mõnes koolis 40—50% õpilasil seda haigust. Kuigi harva, kuid siiski vahel võib see muunduda *trichophytia* süvaks vormiks, mis erialalisest ravist hoolimata paraneb püsivate kosmeetiliste kahjustusiga, armidega, s. o. laigutaolise *alopecia*'ga.

Mõlemad mikrospooriajuhud manitsevad suuremale ettevaatusele. Olgugi, et mikrospooria ei jäta püsivaid puudeid, on see palju nakkavam ja ravi suhtes palju visam kui eelmine haigus. Just see omadus seletab mikrospooria epideemia sagedast esinemist koolides.

Suur-Pärnu maanteel asuvas lastekodus mikrospooriana käsitletud haigusjuhud pole osutunud mitte mikrospooriaks, vaid olid ainult ajutine juuksekadu *impetigo* või follikuliidi tagajärjel, sest kordagi ei õnnestunud mul sedastada tüüpilisi seenkarvu.

Trichophytia superficialis capillitii haiguspilt oli 28 juhust ainult 4 korda täiesti tüüpiline, s. o. enam-vähem teravasti piiritletud hele, kroonise raha suurune laik murdunud juustega. Kahel olid juuksed murdunud mitmesuguses kõrguses (1—8 mm), teisel kahel aga kohe nahapinnal, nii et neid hallvalge ladestise tõttu isegi luubiga polnud võimalik näha ja tulid nähtavale alles epilatsioonil. Pilt vastas siis täiesti sellele, mis prof. Eduard Neuber peab *trichophyton acuminatum*'ile iseloomuliseks, ainult selle vahega, et nendest kultuuriliselt kasvasid eranditult ainult *trichophyton violaceum* ja *sulfureum*.

Teistel 24 haigel polnud nähud nii teravasti piiritletud, üksikuil juhtudel leidsin peopesasuurusi ja veel suuremaid laike hallvalge ladestisega ja hoopis ebamääraste piiretega. Laiguti vaheldusid terved juuksed juustega, mis olid kaetud hallvalge ladestisega, murdunud mitmesuguses kõrguses või kõverdunud ja kaardunud. Esines ka seda, et nende haigete laikude keskel tulid nähtavale läätse- või sendise raha suurused täpid, salkadena murdunud juuksetüügastega. Oli ka neid

juhte, mil leidusid ainult hallvalgega kaetud, segaselt piiritletud kohad, millel polnud näha ainustki juust. Esimesel hetkel mõjuvad viimatinimetatud nagu seborröa. Juuksed olid haigustunud laikudel kadunud ja diagnoos oli võimalik ainult mõninga juhuslikult säilinud udukarvakese uurimise varal.

Mõlemad mikrospooriajuhud olid kliiniliselt äsjakirjeldatud *trichophytia*-juhtudega täiesti identsed, nii et neid oli võimalik eristada üksnes kultuuriliselt ja mikroskoopiliselt. Seegi kinnitab minu varemast korduvalt avaldatud väidet, et nimelt juustega kaetud peanaha mikrospooriat ja *trichophytia*'t — peale mõne vähese erandjuhu — üksnes kliinilise pildi põhjal pole võimalik eristada. Kindlaks diagnoosiks on välditamatu kultuur ja mikroskoopiline menetlus. Pean väga tähtsaks, et nakatatud koolides isegi seborröana näivad juhud mikroskoopiliselt kontrollitaks, kuna vahestisist ähvardavaist epideemiaist on võimalik hoiduda ainult seesuguste täpsate profülaktiliste uurimisiga.

30 seenpositiivsest juhust sain kultuuriliselt 22 juhul *trichophyton violaceum*'i, kultuurid ei osutanud mingeid iseärasusi. 6 juhul kasvas *trichophyton sulfureum*. Tolmunud, iseloomuliselt väävelkollased kolooniad olid ka mikroskoopiliselt täiesti samased C o l c o t t F o x'i poolt kirjeldatuiga.

Mõlemad mikrospooriajuhud osutusid *microsporon Audouini*'ks. Radiaarseid kurrutisi ma neil kolooniail ei näinud, samuti puudusid ka käävid, nii nagu juhtudel Ungariski.

Olukord Tallinnas on siis praegu umbes samasugune, nagu meil 90-ndais aastais, kui N é k á m leidis 60 000 õpilase seas ainult *trichophyton*'i-nakatust. Arvestades seda soodsat olukorda tõuseb küsimus, mil viisil oleks võimalik tõkestada seenhaiguse edasist levikut.

Nagu öeldud, tekivad nakkused koolis enamasti otsese või kaudse kokkupuutumise tagajärjel. Otstarbekaim oleks koolides, lasteaedades, lastekodudes, kõikjal, kus palju lapsi on koos, mütside või pearätikute kandmine (loomulikult ka õppetundide ajal), mis kataksid kogu pea ja väldiksid otsest kokkupuutumist. See korraldus oleks vajalik seda tungivalt, et minu teada Eestis seenhaigeid lapsi ei saa koolist

eemaldada tervishoiuliste eeskirjade põhjal. Ungaris õnnestus mul selle korralduse abil mõnes koolis takistada haiguse levikut. Seenhaigeid lapsi ei saa koolitööst täiesti vabastada, see polekski mitte soovitav muidu täiesti terveid lapsi eraldada mängukaaslasist, omastest.

Peale otsese kontakti on tähtsust ka kaudsel kokkupuutumisel, nii kasutavad lapsed meelsasti kaasõpilaste kamme, mütse jne. Seepärast tuleks see lastel valjusti ära keelata.

Sagedasti nägin Ungaris, et haigus pääses koolilaste kaudu, kes tulid üle teisest, nakatatud koolist. Oleks väga kohane, kui seesugused ja üldse kõik uued õpilased selles suhtes hoolikalt vaadatakse läbi.

Nakatatud koolides tuleksid õpilased perioodiliselt korduvalt läbi vaadata, kas pole tekkinud uusi haigustusi, kuna almuutused tütarlastel pikkade juuste tõttu sagedasti jäävad tähelepanematuiks. Enne ravi lõpetamist tulevad haiged lapsed veel kord mikroskoopiliselt läbi vaadata, kas tervistumine on lõplik ja täielik.

Lõppeks olgu veel mainitud, et kuigi kirjeldatud, juustega kaetud peanaha seenhaigused pole mingid ohtlikud haigused, võivad neile siiski järgneda vahest kestvad kosmeetilised kahjustused. Ravi seisneb peaaegu eranditult epilatsiooniga *thallium aceticum*'iga, mis isegi täpsaima doosimise puhul võib põhjustada raskeid mürgistusi. Kuid röntgenepilatsiooni tagajärjeks, nagu Tallinnas tihti nägin, on õige sagedasti püsiv *alopecia*, eventuaalselt moonutatav atroofia või isegi armid. Nimetatud haiguste visadus terapeutilise menetluse suhtes võib nii haigeile kui nende omastelegi valmistada palju muret ning ebameeldivusi.

K o k k u v õ t e.

1. Tallinnas leidsin 6838 algkooliõpilase ja lasteaiakasvandiku seas kokku 28 *trichophytia superficialis capillitii* juhtu, 11 tütarlapsel ja 17 poeglapsel. Mikrospooria esines ainult kahel poeglapsel.

2. 29 koolis ja lasteaias leidsin ainult 15 kohas üksikuid haigusjuhte, epideemiat mitte kuskil.

3. Poeglaste hulgas on nakkus tunduvalt suurem (0,50%) kui tütarlastel (0,35%), kuna lühikesed juuksed nakkust soodustavad.

4. Enamik haigustusi langevad eale alla 10 a. Alla 7 a. on nakkusevõimalused vähemad, üle 12 a. pärsib murdeiga.

5. Suurim osa nakkusi esines vene laste seas (2,02%), eesti laste hulgas 0,40%, saksa ja juudi laste seas mitte ainustki.

6. Haigustumiste arv üksikuis koolides kõikus 0,15 ja 2,02% vahel.

7. Perekondlikke haigustumisi esines kahel korral, kummalgi puhul kaks haigusjuhtu. Nakkus tekib otsese või kaudse kokkupuutumise teel.

8. 30 juhust leidis tüüpilisi, ümmargusi või ovaalseid kliinilisi nähte ainult 4, teistel olid nad kujunenud korrapäratult laiguti ja segaste piiretega.

9. *Trichophytia*'t ja mikrospooriat on võimalik eristada ainult mikroskoopilise ja kultuurilise uurimise varal.

10. 22 juhul oli võimalik kultuurides tõendada *trichophyton violaceum*'i, 6 juhul *trichophyton sulfureum*'i ja kahel juhul *microsporon Audouini*'t.

11. Olulisi erinevusi kahe erineva kliimaga maa patogeenses seenflooras pole seniste uurimiste põhjal leidunud. Pole ka ilmnenud seesuguseid momente, mida võiks käsitada tõusuguluse järelalusiks.

12. Haiguste levikut tuleb piirata mütside ja pearätikute kandmisega (haigeil lastel). Ühiste mütside, kammide jne. kasutamine olgu keelatud. Uued õpilased tuleksid põhjalikult läbi vaadata. Nakatatud koole kontrollitagu perioodiliselt. Tervistumine on võimalik ainult mikroskoopilise uurimise põhjal.

Kasutan juhust, et avaldada suurimat tänu heatahtliku vastutulelikkuse eest sotsiaalministrile härra O. K a s k'ile ja ministriabile härra dr. A. M õ t t u s'ele, kes võimaldasid minu uurimise teostamist. Palju tänu võlgnen härra dr. N. S a r v'ele, Tallinna linnaarstile, kes nende uurimiste tehni-

sed korrastused õiendas ja mind igakülgset tänuväärselt toetas. Südamlikku tänu avaldan ka san.-kolonel prof. dr. A. Poppen'ile ja Tallinna Dermatoloogia Seltsi esimehele san.-major J. Piiskop'ile. Lõppeks olen tänulik kõigile kooliarstidele, kõigile professoreile ja õpetajaile, kes mõistsid minu uurimiste sihti ja mõtet ning olid mulle abiks igas suhtes. Olen kindlasti veendunud ja loodan, et minu uurimised suurel määral aitavad kaasa epideemiliste haiguste leviku tõkestamisel ja sel viisil edustavad avalikke tervishoiulisi olusid Eestis, kuigi ainult vähesel määral.

Deutsches Referat.

DANIEL OLÁH; Über das Vorkommen von mykogenen Haarkrankheiten in Tallinn.

1. In Tallinn habe ich unter 6838 untersuchten Elementarschülern und Schülern der Kindergärten insgesamt 28 Trichophytia superficialis capillitii gefunden, u. zw. 11 mal bei Mädchen und 17 mal bei Knaben. Mikrosporie kam nur bei zwei Knaben vor.

2. Unter 29 Schulen und Kindergärten fand ich nur 15 verstreute Krankheitsfälle, eine Epidemie nirgends.

3. Unter Knaben ist die Infektion unverhältnismässig grösser (0,50%) als bei den Mädchen (0,35%), weil die kurze Haartracht die Infektion fördert.

4. Die meisten Erkrankungen entfallen auf das Alter unter dem 10. Lebensjahr. Unter 7 Jahren sind die Infektionsmöglichkeiten kleiner, über 12 Jahren wirkt die Pubertät hemmend.

5. Die meisten Infektionen kamen bei russischen Kindern vor (2,02%). Bei estnischen Kindern fand ich sie zu 0,40%, bei deutschen und jüdischen Kindern fand ich keine.

6. Die Zahl der Erkrankung schwankte in den einzelnen Schulen zwischen 0,15 und 2,02%.

7. Familiäre Erkrankung kam in 2 Fällen vor, mit je 2 Krankheitsfällen. Die Infektion entsteht durch direkte oder indirekte Berührung.

8. Unter den 30 Fällen fanden sich nur bei 4 typische, kreisrunde, oder ovale klinische Erscheinungen, bei den übrigen waren sie unregelmässig gestaltet, rodungartig und unscharft begrenzt.

9. Die Trichophytie und Mikrosporie lassen sich nur auf Grund mikroskopischer und kultureller Untersuchung von einander differenzieren.

10. In 22 Fällen liessen sich *Trichophyton violaceum*, in 6 Fällen *Trichophyton sulfureum* und in 2 Fällen *Mikrosporon Audouini* in der Kultur nachweisen.

11. Wesentliche Differenzen zwischen der pathogenen Pilzflora bei der Länder mit ganz verschiedenem Klima konnten nach den bisherigen Untersuchungen nicht gefunden werden. Weiters liessen sich keine solche Momente entdecken, welche als Folgen der Rassenverwandtschaft zu deuten wären.

12. Die Weiterverbreitung der Krankheiten muss man durch Tragen von Mützen oder Kopftüchern (bei den kranken Kindern) eindämmen. Zu verbieten sind gemeinsame Mütze, Kamm usw. Neuinskribierte Kinder müssten genauestens untersucht werden; infizierte Schulen sollte man periodisch kontrollieren. Heilung kann nur auf Grund mikroskopischer Untersuchung ausgesprochen werden.



