

Rubeolaszerű fertőző betegségek előfordulása a hadseregben

Írta: **Pintér Zoltán dr.** orvosalezredes, **Keleti Béla dr.** orvosalezredes
és **Strausz Pál dr.** orvosórnagy

1963. január hó végén és február hó első napjaiban egy laktanyából 16 olyan lázas exanthemás beteget szállítottak be osztályunkra, akiknek kórisméje mind a csapatorvosoknak, mind nekünk problémát okozott. A beutalási diagnózis egyes esetekben scarlatina, másokban rubeola, ritkán morbilli volt. A kórházban végzett megfigyelés és a vizsgálatok alapján az a véleményünk alakult ki, hogy az észlelt kórkép egyik fent említett betegségnek sem felel meg teljesen. A továbbiakban kb. 2 hónapon át még számos más helyőrségből is szállítottak be ugyanilyen betegeket. Polgári egészségügyi szerveknél érdeklődve megtudtuk, hogy az országban más helyeken is észleltek ugyanilyen betegséget gyermekeken és felnőtteken.

Osztályunkon 60 nap alatt összesen 70 ilyen beteget, 21—32 év közti katonát ápoltunk. Ez az életkormegoszlás a hadsereg sajátosságainak felel meg. A betegek a betegség 1—3. napján kerültek kórházba, az exanthema megjelenését követő 24 órán belül.

Prodromális szakaszt a kórlefolyásban elkülöníteni nem tartottuk szükségesnek azért, mert az esetek többségében prodromum nem volt határozottan felismerhető, éles határ nélkül folyt össze a betegség kezdeti tüneteivel.

A kezdeti tünetek közül leggyakoribb volt a láz: 37 C° — 38 C° között 33, 38 C° — $40,2\text{ C}^{\circ}$ között 10 esetben észlelték. Borzongása, illetve hidegrázása összesen 16 betegnek volt. Láztalan volt 10 beteg, 7 betegről nincs megbízható temperatura adatunk. A betegség kezdetén panaszmentes volt 6 beteg. Ezek közül ötöt a mosdáskor, a fürdéskor az egészségügyi katona által észlelt exanthema, kettőt pedig a lymphadenopathia vitt orvoshoz. Még 11 betegünk észlelte első tünetként exanthemáját, illetve 6 betegünk duzzadt nyirokcsomóit a lázzal, torokfájással és főfájással együtt. Torokfájásról összesen 30 beteg, főfájásról 18, „szemégés”-ről 6, fénykerülésről 2 beteg panaszkodott. A kiütés a betegség első-harmadik napján, legtöbbször a 3. nap folyamán jelentkezett. Mindezen kezdeti panaszok és tünetek általában enyhék voltak.

Meg kell jegyeznünk, hogy 19 betegünk köhögésről és 12 betegünk nátháról tett említést; e két jelenség együtt mindössze 5 betegnél fordult elő. Előre bocsátjuk, hogy a köhögést és náthát — mint a hadseregben a téli hónapok alatt igen gyakori felsőlégúti hurut tüneteit — nem tartjuk az exanthemával járó betegség specificus tüneteinek.

A kórházi ápolás alatt észlelt tüneteket az alábbi táblázaton tüntettük fel.

A kórházi ápolás alatt észlelt tünetek gyakorisága

Tünet		Betegek száma
Exanthema	rubeoliform	56
	scarlatiniform	14
Láz	37 C°—38 C° között	57
	38 C° felett	11
Lymphadenopathia		70
Conjunctivitis		64
Lobos torok		52
Gingivitis		24
Máj 1 ujjnyi		38
Lép nagyobb, 1—2 ujjnyi		34
Petechiák	a bőrön	3
	a szájpadráson	2

Megjegyzés: 2 beteg egész körlefolyása láztalan volt.

A táblázaton látható, hogy a betegség vezető klinikai tünetei a láz, az exanthema és a lymphadenopathia; a betegek zömének conjunctivitis-e és lobos toroka volt, jelentős számban észleltünk máj- és lépnagyobbást is.

A láz 2 betegünkénél a betegség egész lefolyása alatt hiányzott. A betegek nagy többségének 38 C° alatti hőemelkedése volt és ez, akárcsak a magasabb lázas esetekben, 4 nap alatt lyticusan szűnt meg. Néhány esetben 1—2 napos láztalanság után egy napig tartó és 38 C°-ot meg nem haladó újabb hőemelkedést észleltünk.

A kiütés a nyakon és a retroauricularis tájon kezdődött, majd hamarosan az arcon, a törzsön és elsősorban a felső végtagok feszítő oldalán jelent meg, ritkán terjedt rá a comb felső részére és a glutealis tájra. Teljes kifejlődését a kiütés megjelenése napján elérte. A rubeoliform esetekben az exanthema színesgombostűfejnyi vagy annál kissé nagyobb, alig kiemelkedő, rózsaszínű, néha kerek, néha szabálytalan alakú elemekből állott. A kiütés elemei diffuse elég sűrűn voltak észlelhetők. A scarlatiniform jelleg abban nyilvánult meg, hogy sűrűn egymás mellett álló, gombostűfejnyi vörös, teljesen egyforma elemekből álló volt az exanthema, de nem a typosos scarlatina localisatiót követte, hanem megtalálható volt az arcon is, a hajlatokban legkevésbé, legkifejezettebb a mellkason, a háton és a felső végtagok feszítő oldalán volt. Hiányzott a perioralis halványosság is. Két esetünkben 24 óra leforgása alatt a kezdetben rubeoliform kiütés scarlatinaformmá alakult át. Három betegünknek rubeoliform exanthema mellett tűszúrásnyi petechiái is voltak, amelyek a kiütéssel

együtt szüntek meg. Mindkét típusú kiütés pigmentatio vagy hámlás nélkül szünt meg.

A betegek nagy többségénél észlelt conjunctivitis a conjunctiva egész felszínére kiterjedt, kifejezettebb belöveltséggel járt, mint rubeolánál megszoktuk és nem okozott váladékképződést. Mindössze 6 beteg panaszkodott „szemégés”-ről és 2 fénykerülésről. A conjunctivitis is az exanthemával együtt szünt meg.

A torokképletek belöveltsége igen különböző mértékű volt, több esetben észleltünk scarlat-piros torkot is, a tonsillák azonban általában nem voltak megnagyobbodva még azon két esetben sem, amikor rajtuk folliculusokat láttunk. Két betegünk szájpadrólásán túsúrásnyi petechiákat, másik két esetben apró vesiculákat láttunk. Majdnem valamennyi betegünk szájpadrólásán láttuk azokat az apró, gombostűfejnél kisebb, a nyálkahártya felszínéből alig kiemelkedő és színével egyező granulának nevezhető jelenségeket, amelyeket más vírusbetegségeknél is (pl. hepatitis) szoktunk látni. Orrvérzése 1—1 alkalommal két betegnek volt.

Huszonegy betegünk gingiváján olyan jelenségeket láttunk, melyek sem a rubeola, sem a scarlatina, sem a morbilli vezető tünetei között nem szerepelnek. A gingiva mindkét felszínén a fogsor mentén, de sokszor a buccába való áthajlási redőig terjedő élénk vörös és sokszor fehér, vékony lepedéssel fedett gyulladást észleltünk. Ez legtöbbször fájdalommal is járt, egyetlen esetben sem láttunk azonban gingiva-vérzést. Fogászati okát ezen gingiva elváltozásnak nem találtuk.

Retroauricularis nyirokcsomó duzzanat minden betegen észlelhető volt. Az occipitalis, a fejbiccentő izom mögötti és a hónaljji nyirokcsomók megnagyobbodását is számos betegnél megállapíthattuk. A nyirokcsomók borsónyi-babnyi, ritkábban mogyorónyi nagyságúak, néha kissé érzékenyek voltak. Két betegünkénél a nyirokcsomóduzzanat látható nagyságot ért el.

Közepes tömörségű, nem érzékeny, 1—2 ujjnyi lépnagyobbodása 34 betegnek — puha, 1 ujjnyi, kissé érzékeny májnagyobbodása 38 betegünknek volt. E két szerv együttes megnagyobbodása 23 esetben fordult elő.

A mellkasi szervek részéről fizikális vizsgálattal kórosat nem találtunk. Egyszeri EKG-vizsgálat (végtagelvezetések) történt 35, kétszeri 20 és háromszori 15 betegen. Egész enyhe repolarisációs zavart (lapos T₂) észleltünk 5 esetben, minden panasz vagy fizikálisan észlelhető tünet nélkül.

Betegeink laboratóriumi leleteit összefoglalva, a következőket mondhatjuk: a vörsejt-süllyedés 1—10 mm között volt 54 betegnél, illetve 11—30 mm közt 16-nál;

a fehérvérsejtszám

4 000— 4 900 között	4 esetben
5 000— 5 900 között	24 esetben
6 000— 6 900 között	22 esetben
7 000— 7 900 között	9 esetben
8 000— 8 900 között	4 esetben
9 000— 9 900 között	2 esetben
10 000—10 800 között	3 esetben;

a qual. vérkép nem viselkedett egységesen, ezért 24 betegünk első ízben levett kvalitatív vérképét ismételten vizsgáltuk és értékeltük. A kapott átlagértékek a következők: fiatal magvú: 0,75%, pálcika magvú: 3,66%, karélyos magvú: 61,04%, eosinophil: 1,70%, basophil: 0,12%, monocyta: 2,83%, lympho-

cyta: 25,90%, atypusos mononuclearis sejt: 1,25%, plasmasejt: 2,70%. Megjegyezzük, hogy a 24 beteg közül 19-nek volt 2—9% közötti plasmasejt-szaporulata.

A thrombocyták száma a 10 vizsgált (köztük 2 petechiás) esetben 186 000 és 248 000 között volt.

A se. bi-t és thymol turbiditási, valamint aranysol reakciót 38 betegünk-nél vizsgáltuk meg. A se. bi. mindig 1 mg⁰/₀ alatt maradt, az összes aranysol reakciók negatívak voltak, de 11 betegnek 5—8 E közti thymol turbiditási reakciója volt. A serum glutaminsav — pyroszólósvav transaminase a vizsgált 9 esetben és a bromsulfalein reactio 4 esetben normális értékeket mutatott.

Ötvenöt beteg közül 12 betegnél a torokváladék tenyészetben a streptococcus haemolyticus, 3 esetben staphylococcus aureus és 1 esetben coli bacterium tenyésztett ki, egyszer sem szintenyészetben. A vizelet, a WaR és a mellkas Rtg. átvilágítás, valamint minden beteg diaszo reakciója a vizeletben normális volt.

Megbeszélés. Az előzőekben leírt panaszok, kezdeti tünetek, a kórlefolyás és a labor. vizsgálatok alapján úgy gondoljuk, hogy az észlelt kórkép vírus által okozott betegség és a rubeolához áll legközelebb. Emellett szól a többségében rubeolás jellegű exanthema, a minden betegnél észlelt retroauricularis lymphadenopathia és láz, a betegek zömén tapasztalt conjunctivitis, leukopénia, plasmasejtszaporulat, a betegek felénél észlelt máj- és lépnagyobbodás. Ismeretes, hogy a rubeola exanthemája lehet scarlatiniform is (1, 2). Ezt észleltük betegeink 20⁰/₀-ánál, ugyanakkor azonban a rubeola többi lényeges tünetei is megvoltak (lymphadenopathia, conjunctivitis stb.), ami nagymértékben szól az ellen, hogy ezek az esetek atypusos scarlatok lettek volna. Ezt a felfogást támogatja az is, hogy a betegek arcán rendszeresen észleltük a kiütést, minden betegünk vizeletének urobilinogen reakciója normális volt. A torok belöveltsége nem egy esetben scarlat-vörös színű volt, egészében a rubeolánál ismert belöveltségnél kifejezettebb pirt láttunk az esetek nagy többségében. Ez is egyik oka volt annak, hogy az esetek jelentkezésének elején scarlatiniform exanthema mellett, scarlat lehetősége is felmerült. Úgy gondoljuk, hogy az erősebben lobos torok, valamint a már említett 19 esetben előfordult köhögés és 12 betegnél észlelt nátha tulajdonképpen superponálódott és a hadseregben télen igen gyakori felsőlégúti hurut jelei lehetnek és tulajdonképpen függetlenek a lázas, exanthemás betegségtől. Tonsillitis follicularist mindössze 2 esetben észleltünk, mindkét betegnek rubeolás jellegű exanthemája volt. Nagymértékben szól scarlatina ellen a relative kis számban és sohasem szintenyészetben észlelt streptococcus haemolyticus a torokváladékban. Hat betegünk-nél gammaglobulinnal kioltási reakciót végeztünk, mindegyik negatív volt.

Szokatlan az az észlelésünk, hogy betegeink egyharmadának biztosan nem fogászati eredetű gingivitis volt. Ilyen arányban eddig egyetlen ragályos betegségnél sem talákoztunk gingivitissel. Az a tény, hogy a gingivitis az exanthemával kezdődött és vele együtt múlt el, valamint az, hogy ezen betegeink több, egymástól távol eső laktanyából kerültek osztályunkra, arra utal, hogy a gingivitis a betegség egyik nem túl gyakori nyálkahártya manifestációja.

Betegeink nagy többsége nem igényelt kezelést. Kezdetben a scarlatiniform eseteket a szokásos penicillin-therápiában részesítettük, de a penicillin a kórlefolyást nem befolyásolta és ezért a továbbiakban nem alkalmaztuk.

Minden betegünk egységesen 5—6 nap alatt gyógyult.

A járványtani vizsgálatokat a Honvéd Közegészségügyi és Járványtani Állomás végezte. A magunk részéről azt figyeltük meg, hogy a betegség incubációs ideje — egyik fertőzött alakulattól érkezett és más betegség miatt más osztályra felvett beteg ápolási ideje alapján — 14 napon túl van. Egy másik, családos tiszt betegünk gyermeke gyógyulása után 10 nappal kapta meg a betegséget. Ezen betegünk incubációs ideje is kb. 14—16 nap körül lehetett.

Rubeola átvészeltségre utaló adatokat egyetlen betegünk sem tudott szolgáltatni. A betegség létezéséről a betegek nagy többsége nem is tudott, amúgyis gyakran tapasztaljuk, hogy a betegek gyermekkori fertőző betegségeikre vonatkozó pontos felvilágosítással nem tudnak szolgálni. Több betegünk azonban határozottan állította, hogy kanyarón átesett. Ezen adataink, valamint a klinikai kép és a kórlefolyás alapján atypusos morbilli lehetőségét hamar elvetettük.

Feltűnő az, hogy osztályunkon az utolsó 14 évben összesen nem láttunk annyi rubeolát, mint amennyit ezen 2 hónap alatt, holott a fertőző vagy fertőzésre gyanús exanthemás betegeket a hadseregben kötelező kórházban elkülöníteni, ezt a rendelkezést mindig végre is hajtották.

Rubeola lehetőségén kívül felmerülhet még adenovírusok, ECHO és Coxsackie vírusok kórokozó szerepe is. Tudomásunk szerint az OKI virológiai osztálya polgári betegeknél nagy számban végzett ilyen irányú vizsgálatai ez ideig negatív eredménnyel jártak. Fel kell vetnünk annak lehetőségét is, hogy talán más, ismeretlen vírus hozza létre a betegséget.

Összefoglalás. Szerzők 2 hónap alatt a hadsereg különböző alakulataitól beszállított 70 olyan férfi beteget észleltek, akiknél hőemelkedés vagy láz, retroauricularis lymphadenopathia, conjunctivitis, 80%-ban rubeoliform, 20%-ban scarlatiniform exanthema, a betegek felénél nagyobb máj és lép, a vérképben plasmocyták felszaporodása és normális fehérvérsejtszám vagy leukopenia, normális vagy kissé fokozott vérsejtsüllyedés volt. Szokatlan, hogy az esetek egyharmadában gingivitis volt észlelhető. A betegség lefolyása 4—6 nap és spontán gyógyulással végződött. A betegséget vírus eredetűnek és klinikailag rubeolához közelállónak tartják, esetleg a rubeola egyik változatának. Megfigyelésük szerint az incubációs idő 14—16 nap körül van. Az elmúlt 14 évben együttesen nem észleltek annyi rubeoliform exanthemát az osztályon, mint amennyi ezen betegszériában 2 hónap alatt előfordult.

IRODALOM

1. *Kalocsay Kálmán dr.*: Heveny fertőző betegségek. Medicina 1962. Gyakorló orvos könyvtára. — 2. *Grumbach A. és W. Kikuth*: Die Infektionskrankheiten des Menschen und ihre Erreger. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1958.

Подполковник мед. службы д-р Э. Пинтер — подполковник мед. службы д-р Б. Келети — майор мед. службы д-р П. Штраус:

СЛУЧАИ КРАСНОХОВИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ В АРМИИ

В течение 2 месяца авторы наблюдали 70 мужчин, доставленных из разных войсковых частей, у которых отмечали повышение температуры, или лихорадку, внешнюю лимфаденопатию, конъюнктивит, в 80%-е краснوخовидную, в 20%-е скарлатиновидную экзантему, у половины больных увеличение печени и селезенки, в картине крови размножение плазмочит и нормальное количество лейкоцитов, или лейкопению, нормальное, или несколько увеличенное РОЭ. Интересным образом, в одной трети случаев наблюдали гингивит. По мнению авторов болезнь имеет вирусную этиологию и клинически

является близкой к краснухе, может быть одним из вариантов краснухи. Согласно их наблюдениям инкубационный период равняется прибол. 14—16 дней. Всего в течение 14 лет не встречались столько краснуховидных экзантем на отделении, сколько отмечали за 2 месяца в этой больничной серии.

Dr. Z. Pintér, Oberstl. d. Med. D., Dr. B. Keleti, Oberstl. d. Med. D., Dr. P. Strausz, Major, d. Med. D.:

VORKOMMEN EINER RUBEOLIFORMEN INFektionsKRANKHEIT BEI DEN TRUPPEN

Es wurden während 2 Monaten von verschiedenen Truppeneinheiten insgesamt 70 solch männliche Kranken eingewiesen, wobei Temperaturerhöhung oder Fieber, retroaurikuläre Lymphadenopathie, Konjunktivitis, im 80% rubeoliformes, im 20% jedoch skarlatiniformes Exanthem; bei 50% der Fälle ausserdem Leber- und Milzvergrößerung; im Blutbilde Vermehrung der Plasmozyten, dagegen Leukopenie oder normale Leukozytenzahl, und normale oder ein bischen erhöhte Blutkörperchensenkung festgestellt werden konnten. Bei einem Drittel der Fälle wurde als unerwöhnter Befund Gingivitis beobachtet. Verfasser erläutern die Ansicht, dass diese Krankheit durch Virusinfektion hervorgerufen und klinisch der Rubeola nahestehend, möglicherweise sogar eine Variationsform der Rubeola sei. Laut der Beobachtungen bewegt sich die Inkubationszeit zwischen 14—16 Tagen. An der Infektionsabteilung wurden während der letzten 14 Jahren insgesamt keine so vielen rubeolenartigen Exantheme beobachtet, als es sich im Zeitinterwall von 2 Monaten zeigte.
