

Dr. Strausz Pál orvosalezredes, dr. Répássy Gábor t. alhadnagy

A tonsillitis follicularis

Összefoglalás.

Szerzők egy expozív tonsillitis follicularis járvánnyal kapcsolatban összefoglalják az t. f. járványtani sajátosságait és klinikai képét. Utalnak a t. f. következményeire: a komplikációkra és a „második betegsége”. Felhívják a figyelmet arra, hogy a t. f. járványosan is felléphet, és hogy a rheumás láz előfordulását a t. f. adaequat kezelésével csak csökkenteni lehet, de teljesen megakadályozni nem.

A tonsillitis follicularis (t. f.) a csapatoknál mindennapos kórkép. Egész évben előfordul. Az esetek zömét a csapatorvosok kezelik. Ezért ez a megbetegedés katonai szempontról igen jelentős. Jelentőségét még fokozza, hogy nemcsak sporadikusan, hanem járvány formájában is előfordul. Típusos t. f. járványt a hadseregben is észleltek az elmúlt 20 év alatt 3 ízben (8.), de ezek nem kerültek közlésre. Ezért tartjuk érdemesnek jelen járvány publikálását.

A t. f.-t a gyakorló orvosok általában jelentéktelen megbetegedésnek tartották. De amióta tudjuk, hogy az önálló megbetegedésként fellépő eseteket általában streptococcusok (str.) idézik elő, és hogy az esetek 0,3–3%⁰-ban (10. 16.) „második betegség”-hez vezet, mely következményeiben sokkal komolyabb az eredeti megbetegedésnél, nagyobb jelentőséget tulajdonítunk a t. f.-nak. A t. f. csökkenéséről nincsenek ugyan adataink, de a „második betegség” csökkenő tendenciát mutat (9. 12. 15. 16. 19.). *Buzás* (2.) 1968–72 között az 5–15 éves iskolásoknál a rheumás láz (rh. l.) incidenciájának 96 százalékról 26 százalékre való csökkenését figyelte meg. Irodalmi adatok alapján a rh. l. morbiditás abban az országban mondható jónak, ahol 100 000 lakosra az incidencia 20 körül van. A morbiditási vizsgálatok alapján már országosan is megközelítettük ezt az értéket (16.). A megbetegedés szövődményeként jelentkező szívhiba gyakorisága is csökkent (10. 16.). A rh. l. és a következményes vitium kialakulása ugyan csökkent, de e kérdés aktualitását még nem vesztette el. A t. f. megelőzését, felismerését, komoly betegséggé váló kezelését még ma is széles körben kell propagálnunk, bár az alapellátást biztosító orvosok ezen betegség fontosságát mindjobban felismerik. Ezt szemléltetik *Vizer* (20.) és *Simon* (16.) adatai is. *Vizer* (20.) közlése szerint 1970-ben a körzeti orvosok 26%⁰-a, míg *Simon*

(16.) szerint 1975-re már 75%-a tett eleget optimálisan a t. f. kezelésének.

A t. f. önálló kórkép, de más betegségek kísérő jelenségeként is előfordulhat. A garat nyirokszövetének, főképp a tonsilla palatinának acut bacterialis infectiója. A kórfolyamat többnyire nemcsak a nyálkahártya felszínén zajlik, hanem a kryptákban is. A gyulladási folyamat súlyosbodásával a mélyben apró tályogok keletkeznek, melyek a tonsillák felszínére törnek, s ezek adják a típusos follicularis-képet. A lacunák összefolyva az egész tonsillát beboríthatják (tonsillitis confluens), de néha álhártya is képződhet (angina pseudomembranacea).

A megbetegedés létrejöttében valószínűleg a szervezet resistenciáját csökkentő tényező — megfázás — is közrejátszik, és ilyenkor a szájüreg saprophyta baktériumai pathogénné válnak. *Jakab* (6.) úgy véli, hogy a torok bakteriológiai flórája nem egyedül döntő, mert a str.-hordozás egészséges egyéneknél is előfordulhat. A szervezet pillanatnyi dispositiójának tulajdonít jelentőséget és Selye adaptációs teóriája értelmében a tonsilla nyirokszövetének resistencia-csökkenését tételezi fel.

A betegség incubatiója 2—4 nap. A kórokozó *Str. pyogenes*, de ritkán lehet *Str. viridans*, pneumo- vagy staphylococcus, esetleg vírus is. *Pintér és munkatársai* (13.) 143 t. f. beteg közül 126 torkából tudtak baktériumot kimutatni, ebből 104 betegnél volt *Str. haemolyticus non haemolyticus* és *viridans*, nagyrészt más baktériumokkal együtt. 17 esetben kórokozó baktérium nem tenyésztett ki a torokváladékból. *Binder és munkatársai* (1.) 365 tonsillitiszes betegének torokváladéka 63,4%-ban bakteriológiailag sterilnek bizonyult, bár ezen betegek 79%-a már előzőleg kisebb-nagyobb mennyiségű antibiotikus kezelésben részesült. A 36,6%-os pozitív tenyésztésből 21%-ban találtak *Str. haemolyticust*, a többi esetben pedig *Staphylococcus aureust*, *Escherichia colit*, klebsiellát és pneumococcust.

A t. f. a gyermek- és ifjúkor betegsége; 50 év felett ritka, ami a lymphaticus gyűrű sorvadásával állhat összefüggésben. Sporadicus és epidémiás előfordulást lehet megkülönböztetni. A legtöbb szerző (10. 11. 13. 14. 17.) az őszi szezonaritást tartja jellemzőnek. Ezzel szemben *Lüscher* (7.) úgy látja, hogy az anginás megbetegedések nem mutatnak szezonaritást. Cseppinfectióval terjed. A cseppinfectio mechanizmusából következik, hogy az ily módon terjedő megbetegedések száma egyenes arányban áll a kórokozónak a levegőben elért koncentrációjával, a fogékony népesség arányával és a belégzés időtartamával.

Télen a kórokozók koncentrációjának növekedése miatt fokozódik a cseppinfectiók betegségek terjedési sebessége. A cseppinfectio útján létrejött fertőzések szezonális, endémiás és epidémiás ifejklődéséhez, számos más tényező is szerepet játszik. A légúti megbetegedések nemcsak kizárólag cseppinfectióval, hanem direkt kontaktussal, a száj, az orr és sebek váladékával, evőeszközökkel, rhaneművel is terjednek. Szennyezett tárgyak, ételek is jelentős szerepet játszhatnak továbbításukban. Járványtani szempontból különösen az abortív formában lezajló str. infectiók jelentősek. Egészséges népességben a coccusgazdák száma 1—2%-tól 80%-ig változik, tehát igen széles határok között ingadozik (11).

Gelfgat (4.) vizsgálatai szerint az anginás megbetegedések maximuma újoncoknál szeptember hónapra esik. Feltételezi, hogy ez nem az évszak-

kal, hanem a kollektívába való beérkezéssel függ össze. Adatai arra utalnak, hogy az öreg katonák str. törzsei, melyekkel szemben ezek már többé-kevésbé immunisak, fertőzik meg az újoncokat. Ezt támasztaná alá az a megfigyelés is, hogy az elsőéves katonáknál a t. f. 2,7-szer, a felsőlégúti hurut 1,5-szer gyakoribb, mint a több éve szolgálóknál. Hasonló következtetésre jutott *Gottsegen* (5.) is az ipari tanulóknál. Adatai amellet szólnak, hogy a járványgörbe őszi maximuma nem a hideg és nedves időjárással, hanem a szeptemberi iskolakezdéssel áll összefüggésben *Slater és Rosenbaum* (18.) is azt találták, hogy a fiatal katonák 1—3 hónappal a bevonulást követően betegszenek meg a legnagyobb számban tonsillitisben. *Czoniczer* (3.) a t. f. és a rh. láz járványos fellépe között is összefüggést talált. Megállapította, hogy a rh. lázas megbetegedések száma, tapasztalat szerint, ott és akkor halmozódik, ahol és amikor előzőleg a str. okozta felsőlégúti megbetegedések járványszerűen jelentkeznek. A tél végi járványokat pl. rendszeresen követi a tavaszi hónapokban a rh. lázas megbetegedések halmozódása. Ugyanez tapasztalható kollektívákban — tanulóotthonokban, katonaságnál —, ahol hüléses megbetegedések tömeges fellépését néha valóságos rh. l. járvány követi.

A t. f. hirtelen, nagyon gyakran hidegrázással, borzongással jelentkezik. Jellegzetes a 39—40°-os láz, a levertség, a torok- és végtagfájdalom. Néha vakbél-táji fájdalom is van. A mandulák duzzadtak, vörösek és rajtuk előbóltosuló, szeparált, gomobostűfejnyi, sárgás-fehér gennycsapok láthatók. A tüszők összefolyhatnak. A nyelv rendkívül fájdalmas. A uvula duzzadt. A nyaki nyirokcsomók is duzzadtak, fájdalmasak.

Az adequat therápiában részesített beteg láza általában a 3—4. napon megszűnik és a 4. naptól kezdve a tüszők is eltűnnek. Amennyiben nem lép fel szövődmény, a beteg panaszmentessé válik.

Az esetek mintegy felében magasabb süllyedést, magasabb fvs. számot találunk, ill. a str. fertőzést követően magasabbá válik az ASO titer.

A *szövődmények* lehetnek koraiak és későiek. A bakteriális és toxikus eredetű korai szövődmények közé tartozik az otitis media, a peritonsillaris tályog, a nyaki nyirokcsomók elgennyesedése, a vena facialis thrombophlebitise, a korai arthritis, a sepsis és a toxikus carditis.

Az ún. „második betegség” — a rh. l., az ac. glomerulonephritis — saját adataink alapján a betegséget átlag 12 nap után követi. (19)

A t. f. elkülönítése más betegségekétől általában nem nehéz. A mononucleosis infectiosát kísérő tonsillitis lehet follicularis, de confláló is. Támponat elsősorban a lép- és nyirokcsomó megnagyobbodás, esetleg májduzzanatot nyújt. Bizonyítékot a vérkép és a Paul-Bunnell reactio szolgáltat. A Plaut-Vincent angina piszkos — sárgás lepedéke agyoldali, alapján vérző ulceratiók vannak, a lehelet bűzös, az általános tünetek enyhék. A diphtériában, amely ma már igen ritkán fordul elő, a hidegrázás, a magas láz rendszerint hiányzik; a lepedék a tonsillára erősen tapad, leválasztásakor alapja vérzik. A folyamat ráterjed a tonsilla környezetére is, a lepedék szaga kellemetlen, édeskés. A syphilis primer affectiója előfordul a tonsillán is, de ez nem t. f. a szó igazi értelmében. Haemoblastosisok első tünete nem ritkán a tonsillák necrosissal járó elváltozása.

Therápia.

A t. f. adequat therápiája 6 napig 800 000 E ($2 \times 400\,000$ E) Penicillin adása. A súlyosnak látszó betegeknek még napi 1 gr. Streptomycint is célszerű adni (13). Enyhébb formáknál a 4. naptól 3×1 Maripennel is beérjük. Penicillin érzékenység esetén 6 napig adunk napi 2 gr. Tetrant, vagy Erythromycint. Az MNKK fertőző osztályán 245 tonsillitises közül 42 beteg kapott még Streptomycint a Penicillin mellett, 14 fő pedig Tetrant, ill. Erythromycint, Penicillin-érzékenység miatt (13). Emellett napi $3 \times 1 - 2$ gr. Salicylalat adunk, enyhe hashajtóval (10). Bőséges teáztatásról sem szabad megfeledkeznünk.

Beteganyag és klinikai kép.

A honvédség egyik budapesti laktanyájában elhelyezett alakulatánál 1974. 11. 11-én tonsillitis járvány lépett fel. A járvány legérdekesebb vonása az volt, hogy minden megbetegedés 11-én történt. Sem az előzőekben, sem utána nem volt újabb eset. A 45 beteg közül 10-et az MNKK-ba utaltunk be, 35-öt pedig az alakulatnál kezeltünk. E járványos tonsillitis klinikai képe a sporadicus esetekben megszokottól nem különbözött. Lefolyása is szokványos volt.

Betegeink 6 napig napi $2 \times 800\,000$ E Promtcillint kaptak, az alakulat egészséges tagjai pedig 4 napig 3×1 tbl. Maripent megelőzés céljából.

A betegek a 3—4. napon leázatlanodtak, s a 6. nap után folytathatták a kiképzést.

8 esetben történt ASO-vizsgálat a betegség után 2—3 héttel, mind a 8-nál 500—800 E közötti értéket kaptunk. Ez a str. fertőzést igazolta. Egy beteg kapott típusos rh. lázat, egy másik beteg 46 mm-es vvs. süllyedése, izom- és ízületi fájdalmai, hőemelkedése, ASO-emelkedése meglepően 1 hét alatt elmúlt. Nagyon valószínű, hogy ez is rh. lázban szenvedett. A járvány 4. és 8. napján 1—1 ac. appendicitises beteget kellett megoperáltatnunk.

Járványtan és megbeszélés.

Egyik budapesti alakulatunk laktanyájában késő ősszel exploziv tonsillitis járvány lépett fel. Járványtani szempontból figyelmet érdemel, hogy az összes megbetegedés — 45 fő 20 év körüli katona — egyetlen napon történt. Az alakulat szokványos kiképzésben részesült, nagyobb megterhelés nélkül. Az alakulathoz újoncok nem kerültek, áthelyezés sem történt. A járványban a különböző idő óta szolgáló katonák körülbelül egyforma arányban betegedtek meg. A szolgálati idejének első harmadában 17; a másodikban 15, a harmadikban 13 beteg volt, tehát a fertőzés nem függött a szolgálati idő tartamától. A 6 hálókörletben közel egyforma volt a betegek száma. A megbetegedés klinikai képe, lefolyása és következménye nem különbözött a szokványosan előforduló sporadicus esetektől. A járvány minden bizonnyal egyidejű légúti fertőzésből adódott. A fertőzés forrása ismeretlen maradt. Annak ellenére, hogy az első naptól a betegek 6 napos Penicillin kezelésben részesültek, a 45 megbetegedésből 2 rh. lázas eset adódott, amely elég magas érintettséget jelent ($4,5^0/0$). Ez azt bizonyítja, hogy az rh.

1. előfordulását a t. f. Penicillin kezelésével csak csökkenteni tudjuk, de teljesen megakadályozni nem. Szokatlannak tűnik a 2 appendicitises eset előfordulása a gyógyulás után. Lehet, hogy ez véletlen coincidentia, de az is lehet, hogy az appendix körüli nyirokrendszer érintettségével függ össze, és szövődménynek tekinthető.

Annak ellenére, hogy t. f. nem súlyos megbetegedés, járványos jelentkezéssel, komplikációval és utóbetegségekkel is számolni kell. Ezért katonai szempontból fokozott figyelmet érdemel, valamint azért, mert elsősorban a csapatorvos észleli és kezeli.

Ezúton köszönjük meg dr. Keleti Béla o. ezds. segítségét és útmutatását.

Irodalom

1. Binder L., Békési Zs., Géczi E., Szanyi E.: Ztschr. für die gesamte Inn. Med. 1961. 16. 511. — 2. Buzás E., Diósszilágyi G.: Orv. Hetil. 1974. 115. 2103. — 3. Czoniczer G., Waltner, K.: A gyak. orv. könyvtára. Medicina, 1958. — 4. Gelfgat, V. J.: V. M. Zs. 1965. 5. 77. — 5. Gottsegen Gy., Maklári E., Matheides P.: Orv. Hetil. 1962. 103. 2466. — 6. Jakab J.: Orr-fül- és gégegyógyászat. 1959. 5. 148. — Lüscher E.: Lehrbuch der Nasen — und Halsheilkunde. Spinger Verlag, Wien, 1956. — 8. Keleti B.: Szóbeli közlés. — 9. Kórházi betegségi statisztika fontosabb adatai. I—II. 24—25. p. 166—167 p. 1961—65. Eü. Min. 1968. Bp. — 10. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai, IX. kiadás. Medicina, Bp., 1974. — 11. Petrilla A.: Részletes járványtan. Medicina, Bp., 1961. — 12. Péntek E.: Orv. Hetil. 1974. 115. 1705. — 13. Pintér Z., Keleti B., Strausz P.: Honvédorvos 1963. XV. 4. 318. — 14. Priz N. F.: Zh. Microbiol. Epidemiol. Immunobiol.: 1950. 5. 132. — 15. Rusznyák M.: Orv. Hetil. 1973. 114. 2903. — 16. Simon T.: Orv. Hetil. 1975. 116. 609. — 17. Szaposnikov E. A.: Gig. Sanit. 1961. 26. 18. — 18. Slater I. D. H., Rosenbaum S.: Arm. rheum. Dis. 1929. 18, 285. — 19. Strausz P., Kenedi P.: Honvédorvos 1968. XX. 3. 275. — 20. Vizer Gy.: Népegészségügy 1970. 6. 3179.

Штраус П., подполковник м/с:

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЙ ТОНЗИЛЛИТ

В связи с эпидемической вспышкой фолликулярного тонзиллита освещаются эпидемиологические особенности и клиническая картина фолликулярного тонзиллита. Приведены отдаленные последствия: осложнения и «второе заболевание». Обращается внимание на то, что фолликулярный тонзиллит может наступать и в форме эпидемии, и что адекватное лечение уменьшает, но полностью не предотвращает опасность развития ревматического полиартрита.

Dr. P. Strausz, Oberstltn. des Med. Dienstes:

DIE TONSILLITIS FOLLICULARIS

Im Zusammenhang mit einer explositen Epidemie der Tonsillitis follicularis erörtert Verfasser die epidemiologischen Eigenschaften und die klinischen Aspekte der Tonsillitis follicularis. Es wird auf die Folgen der Tonsillitis follicularis, die Komplikationen und die „sekundäre Krankheit“ hingewiesen. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit darauf, daß die Tonsillitis follicularis auch epidemisch auftreten kann und daß ein Vorkommen des rheumatischen Fiebers durch eine adäquate Therapie der Tonsillitis follicularis zwar nur vermindert, vollkommen aber nicht gehemmt zu sein kann.



DEPERSOLON

kenőcs

A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glyco-corticoid hormonszert. Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül –, valamint a dermatitis különféle változatai esetén.

KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest