

2. Dowdle, W. R., Nahmias, A. J., Harwell, R. W. *et al.* (1967): *J. Immunol.*, **99**, 974.
3. Monif, G. R. G. (1974): *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynaecology*, p. 50. New York: Harper & Row.
4. Nahmias, A. J. and Dowdle, W. R. (1968): *Progr. med. Virol.*, **10**, 110.
5. Rawls, W. E., Laurel, D., Melnick, J. L. *et al.* (1968): *Amer. J. Epidem.*, **87**, 647.
6. Schneeweis, K. E. (1967): *Dtsch. med. Wschr.*, **92**, 2313.
7. Nahmias, A. J., Josey, W. E. and Naib, Z. M. (1967): *J. Amer. med. Ass.*, **199**, 164.
8. Josey, W. E., Nahmias, A. J. and Naib, Z. M. (1968): *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **101**, 718.
9. Naib, Z. M., Nahmias, A. J. and Josey, W. E. (1966): *Cancer*, **19**, 1026.
10. Naib, Z. M., Nahmias, A. J., Josey, W. E. *et al.* (1969): *Ibid.*, **23**, 940.
11. Rawls, W. E., Tomkins, W. A. F., Figueroa, M. E. *et al.* (1968): *Science*, **161**, 1255.
12. Nahmias, A. J., Dowdle, W. R., Naib, Z. M. *et al.* (1969): *Brit. J. vener. Dis.*, **45**, 294.
13. Kine, A. and Verlinden, L. (1974): *New Engl. J. Med.*, **291**, 308.
14. Spittler, L. E., Glogau, R. G., Nelms, D. C. *et al.* (1975): *Amer. J. Med.* (in press).
15. Symoens, J. and Brugmans, J. (1975): *Brit. med. J.*, **4**, 592.
16. Churchill, W. H. and David, J. R. (1973): *New Engl. J. Med.*, **289**, 375.
17. Pabst, H. F. and Crawford, J. (1975): *Clin. exp. Immunol.*, **21**, 468.
18. Renoux, G. and Renoux, M. (1972): *Nature (New Biol.)*, **240**, 217.
19. Tennican, P. O. and Corey, L. (1977): *Med. Wld Newsl.*, **41**, 90.
20. Satoh, P. S., Fleming, W. E., Johnston, K. A. *et al.* (1977): *New Engl. J. Med.*, **1**, 54.
21. Thienpont, D., Vanparijs, O. F. J. and Raeymaekers, A. H. M. (1966): *Nature*, **209**, 1084.
22. Janssen, P. A. J. in Jucker, E., ed. (1976): *Progress in Drug Research*. Basle: Birkhauser Verlag.
23. Renoux, G. and Renoux, M. (1971): *C. R. Acad. Sci. (Paris)*, **272D**, 349.
24. O'Reilly, R. J., Chibbaro, A., Wilmot, R. *et al.* (1977): *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, **184**, 161.

Gedissemineerde *Herpesvirus hominis*-infeksie

'n Gevalbespreking

J. S. F. BRINK, E. SWART

SUMMARY

A case of disseminated *Herpesvirus hominis* (type I) in a 23-year-old White man with widespread eczema is reported. The grave prognosis of this disease is stressed.

S. Afr. med. J., **53**, 550 (1978).

Herpes simplex kan een van die verraderlikste virus-infeksies in die mens wees. Die gedissemineerde vorm van hierdie virusinfeksie het dikwels 'n fatale verloop, en die volgende gevalbespreking dien ter illustrasie daarvan.

GEVALBESPREKING

'n Drie-en-twintigjarige Blanke man is vanaf die platteland verwys met die volgende geskiedenis: as kind het hy septiese meningitis gehad en sedertdien was hy verstandelik vertraag. Na hierdie insident het hy 'n erge aanval van 'waterpokkies' gehad met uitgesproke littekenformasie. Die afgeelope paar jaar is hy behandel vir ekseem alhoewel geen familiegeskiedenis van atopie verkry is nie. Hy is behandel met steroïedrome waarop hy aanvanklik goed gereageer het, maar die laaste paar weke voor hospitalisering het die ekseem vererger. Waarskynlik het hy ook sekondêr tot die steroïedterapie 'n swaminfeksie van die lieste en die natale gleuf ontwikkel, wat verbeter het deur aanwending van 'n antifungusroom.

By opname in die hospitaal het die pasiënt wyd-

verspreide ekseem met sekondêre infeksie gehad. 'n Swaminfeksie van beide lieste en die natale gleuf is ook gevind. Tetrakosaktied (1 mg) is binnespiers toegedien, en die ekseem en sekondêre infeksie is behandel met 'n sistemiese antibiotikum en lokale aanwending van 'n antibiotikum-steroïedroomkombinasie. Hy het 'Halden's emulsifying base' as badseep gebruik en 'n verdunde steroïedroom is tweemaal per dag aan die minder aktiewe letsels aan die grootste gedeelte van die liggaam aangewend. Die swaminfeksie is met 'n antifungusroom beheer.

Twee dae na toelating het sy temperatuur begin styg. Met ondersoek kōn klinies geen duidelike oorsaak vir die hiperpireksie gevind word nie. 'n Röntgenopname van die borskas het geen afwyking getoon nie. 'n Keeldepper het slegs 'n groeisel van die normale bakteriële flora getoon. Proteïenbepalings en immunoëlektroforese was normaal en 'n volbloedtelting het 'n normale witseltelling, rooiselteeling, hemoglobien en besinkingsnelheid getoon. Die pasiënt het egter begin kla van diffuse liggaamspyne en 'n seer keel.

Oornag het sy veltoestand verander. In die uitgebreide ekseemareas het 'n uitslag ontwikkel wat gekenmerk was deur veelvuldige, klein geūmbilikeerde vesikels op 'n eriteemagtergrond. Op hierdie stadium was nog geen aantasting van slymvliee waarneembaar nie. Sy temperatuur was nou konstant 40°C en hy het duidelik 'n miositis gehad. Blasievog, bloed- en stoelgangmonsters is gestuur vir virologiese ondersoek.² *Herpesvirus hominis* tipe I is vanuit die vesikelvog en huidskraapsels afgesonder na kweking van 3 dae in 'n aapnier-selkultuur. Hierdie virus is ook in 'n bloedmonster aangetoon en elektronmikroskopie van die vesikelvog het die teenwoordigheid daarvan verder bevestig. 'n Midstroom urienmonster het 'n groeisel van *Escherichia coli* getoon wat volgens sensitiwiteit behandel is.

Departement van Dermatologie, Universiteit van Stellenbosch en Tygerberg-hospitaal, Parowvallei, KP

J. S. F. BRINK, M.B. CH.B., *Kliniese Assistent*
E. SWART, M.MED. (DERM.), *Hoof*

Ontvangsdatum: 29 Julie 1977.

Die vogniname en -uitskeiding van die pasiënt was deurgaans bevreëdigend. 'n Velbiopsie het die volgende getoon: fokale infarsie van die epidermis en geringe onderliggende dermale vaskulitis, asook plaveiselepiteelselle met



Afb. 1. Pasiënt se gesig is oortrek met geümbilikeerde vesikels, en korsvorming is ook reeds teenwoordig. Op hierdie stadium was die mondslymvlies ook aangetas.



Afb. 2. Wydverspreide aantasting van liggaam as gevolg van *Herpesvirus hominis* tipe I.

groot, onreëmatige intranukleêre insluitingsliggaampies. 'n Diagnose van gedissemineerde *H. hominis*-infeksie is gemaak en die pasiënt is geïsoleer en simptome verpleeg met koorswerende middels. Sy algemene toestand het binne ure innig versleg: die mondslymvlies was nou oortrek met klein oppervlakkige ulkuse, die hele liggaam was bedek met geümbilikeerde vesikels (Afb. 1 en 2), hy het geweldige spierpyne gehad en sy koors was konstant 40°C. 'n Tasbare teer lewer het ontwikkel, maar geen miltvergroting is gevind nie. Hy het nooit konvulsies, nekstyfheid of neurologiese uitvaltekens gehad nie, maar is na 5 dae oorlede. Toestemming tot nekropsie is nie verkry nie.

BESPREKING

In gedissemineerde *H. hominis*-infeksie is 'n hoë koors dikwels die enigste presenterende simptom. Soms word dit gevolg deur 'n wydverspreide uitslag van geümbilikeerde vesikels op 'n eriteemagtergrond. Viremie en visserale aantasting mag volg op 'n gingivostomatitis of vulvovaginitis. Dit gaan soms gepaard met 'n veluitslag soos reeds beskryf. Konvulsies mag voorkom. Tekens van enkefalitis of hepatitis mag die hele beeld oorheers.

Sekere mense is meer vatbaar vir die ontwikkeling van ernstige herpesmanifestasies, bv.:¹ pasgeborenes (veral premature babas); erg ondervoede pasiënte (veral kwasjiorkor); pasiënte met sekere infeksies (veral masels);² pasiënte met onderliggende velprobleme soos ekseem (die sogenaamde eczema herpeticum of Kaposi se varicelliformuitslag); pasiënte met brandwonde; pasiënte met 'n defektiewe T-sel sisteem soos gevind in die Wiskott-Aldrich sindroom; pasiënte met limfoom; en pasiënte wat immunosuppressiewe terapie ontvang.

In die geval van ons pasiënt is 'n vorige geskiedenis van 'waterpokkies' verkry. Die vraag ontstaan of dit wel waterpokkies of moontlik 'n vorige *H. hominis*-infeksie was.

Nadat die diagnose van 'n gedissemineerde *H. hominis*-infeksie bevestig is, verkeer die dokter gewoonlik in 'n dilemma met betrekking tot die korrekte behandeling, veral in lewensbedreigende gevalle. Die doeltreffendheid en effek van gammaglobulien, idoksuridien, interferoninduseerders, transfusie met gesensitiseerde limfosiete en entstowwe bly nog steeds 'n netelige kwessie wat wye meningsverskil uitlok. Die essensie van behandeling lê daarin om die virus ongestoord sy normale gang te laat gaan sonder inmenging of terapeutiese aanslag.^{3,4} Sitosien-arabinosied of die minder toksiese adenien-arabinosied word ook aanbeveel. Die mortaliteit van hierdie siekte varieer tussen 10% en 25%, maar dit is nie bekend wat dit in die uitsluitlik volwasse groep van pasiënte is nie.

Voorheen is daar slegs 1 pasiënt met 'n soortgelyke infeksie in ons afdeling behandel, en wel in 1965. Dit was 'n middeljarige Blanke vrou met 'n agammaglobulinemie van onbekende oorsaak, wat ook aan die toestand beswyk het. Sy het geen ekseem gehad nie.

VERWYSINGS

1. Sutton, A. L., Smithwick, E. M., Seligman, S. J. *et al.* (1974): *Amer. J. Med.*, **56**, 545.
2. Kipps, A., Becker, W., Wainwright, J. *et al.* (1967): *S. Afr. med. J.*, **41**, 647.
3. Miller, D. R., Hanshaw, J. B., O'Leary, D. S. *et al.* (1970): *J. Pediat.*, **76**, 409.
4. Nahmias, A. J. (1970): *New Engl. J. Med.*, **282**, 684.