

नमूना बार्टोनेला उन्नत जानकारी
डॉक्टरों और मरीजों को मदद की पेशकश करने वाली
उनकी लंबित बार्टोनेला पाठ्यपुस्तक से

प्लस

बार्टोनेला और अवसाद, घबराहट और चिंता पर एकमात्र
शोध लेख।

दिलचस्प और *ठीक हुए मरीजों के आकर्षक विवरण पढ़ें*

लेखक:

जेम्स स्कॉलर, एमडी, मार्च
पर्सनलकंसल्ट.कॉम

*उनकी वेबसाइट पर CHAT का उपयोग करके उनसे संपर्क
करें।

*उन्होंने बेबेसिया, बार्टोनेला, बायोफिल्म्स और जड़ी-बूटियों
पर *14 किताबें लिखी हैं।*

*और 12 शीर्ष विज्ञान पत्रिकाओं में प्रकाशित

नमूना नई बार्टोनेला जानकारी मेरी लंबित बार्टोनेला पाठ्यपुस्तक के 600 पृष्ठों में से कुछ टिप्पणियाँ।

क्या बार्टोनेला दुर्लभ है?

एक मोटा अनुमान जनसंख्या के 2-8% के बीच है, जो व्यवसाय और काटने वाले कीड़ों और बाहरीबिल्लियों और कुत्तों के संपर्क पर निर्भर करता है।

विभिन्न रक्त दाता अध्ययनों में, रक्त देने के लिए पर्याप्त रूप से स्वस्थ महसूस करने वाले लोगों के रक्त में बार्टोनेला डीएनए 20% हो सकता है।

[एमआर ड्रमंड. और अन्य। प्लस नेगल ट्रॉप डिस. 2023 जून;17 (6)]।

बार्टोनेला के कारण क्या लक्षण हो सकते हैं?

बिल्कुल **सब कुछ** . क्यों? क्योंकि यह आपकी लाल रक्त कोशिकाओं के अंदर, उन कोशिकाओं के बाहर, सभी रक्त वाहिकाओं की दीवार और लसीका नलिकाओं में होता है। सब कुछ।

बार्टोनेला को क्या मार सकता है?

हम भोजन के साथ कई दवाओं, जड़ी-बूटियों और दुर्लभ खाद्य आवश्यक तेलों का उपयोग करते हैं। कम से कम बीस उपचार विकल्पों वाले चिकित्सकों और चिकित्सकों को चुनें।

"क्या बार्टोनेला संक्रमण उत्तेजना, आतंक विकार और उपचार-प्रतिरोधी अवसाद का कारण बनता है?" जेम्स एल. स्कालर, एमडी, एट अल द्वारा।

[personalconsult.com मेडिकल ब्लॉग से]।

"क्या बार्टोनेला संक्रमण उत्तेजना, आतंक विकार और उपचार-प्रतिरोधी अवसाद का कारण बनता है?"

जेम्स एल. स्कालर और अन्य द्वारा। बार्टोनेला संक्रमण और कुछ मानसिक लक्षणों के बीच संबंध का पता लगाता है।

इस भविष्यवाणी लेख के मुख्य बिंदु आप देख सकते हैं कि बार्टोनेला आपके मूड और विचारों को नुकसान पहुंचा रहा है। और जानें कि यह आक्रामकता, दीवारों पर मुक्का मारने, चीखने-चिल्लाने और कोसने का कारण बन सकता है--अतीत में ऐसा नहीं देखा गया...

1. बार्टोनेला संक्रमण उत्तेजना, घबराहट संबंधी विकार और उपचार-प्रतिरोधी अवसाद का कारण बन सकता है। मनोचिकित्सक कभी भी गैलेक्सी डायग्नोस्टिक्स, टीलैब्स , आईजीईएनईएक्स, या डीएनए कनेक्शंस पर इसका परीक्षण क्यों नहीं करते ? बड़ी राष्ट्रीय प्रयोगशालाएँ अधिकांश बार्टोनेला की कमी महसूस करती हैं।

2. बार्टोनेला संक्रमण मस्तिष्क की रक्त वाहिकाओं में होता है। ये बैक्टीरिया रक्त वाहिकाओं में सूजन और क्षति का कारण बनते हैं, रक्त प्रवाह कम हो जाता है और मस्तिष्क में ऑक्सीजनेशन कम हो जाता है।

3 निदान और उपचार के विकल्प साझा किए गए हैं।

मुख्य लेखक एक शोधकर्ता है जिसने पहले बार्टोनेला ग्रंथ लिखे थे क्योंकि कुछ भी अस्तित्व में नहीं था। इस वर्ष एक नई बार्टोनेला पाठ्यपुस्तक प्रकाशित की जाएगी।

उदाहरण के लिए, एक 30 वर्षीय व्यक्ति को टिक द्वारा काटे जाने के बाद गंभीर चिंता, उत्तेजना और अवसाद विकसित हो गया। मानक मनोरोग उपचारों से रोगी के लक्षणों में सुधार नहीं हुआ, लेकिन अंततः उसने एंटीबायोटिक दवाओं और मनोरोग दवाओं के संयोजन का जवाब दिया।

बार्टोनेला संक्रमण मस्तिष्क को प्रभावित करता है। वे एंडोथेलियल कोशिकाओं पर आक्रमण कर सकते हैं

और उनकी प्रतिकृति बना सकते हैं, जिससे रक्त वाहिका की दीवारों में सूजन और क्षति हो सकती है। इसके परिणामस्वरूप मस्तिष्क में रक्त प्रवाह कम हो सकता है और ऑक्सीजनेशन कम हो सकता है। यह संक्रमण संभावित रूप से मनोरोग संबंधी लक्षणों को जन्म देता है।

लेखकों का सुझाव है कि डॉक्टर और मरीज़ नीचे दी गई प्रयोगशालाओं जैसी विशेषज्ञ श्रेष्ठ प्रयोगशालाओं का उपयोग करके बार्टोनेला संक्रमण के परीक्षण पर विचार करें। यदि आप इसे वहन कर सकते हैं, तो वह सब कुछ प्राप्त करें जिसका मैंने नीचे उल्लेख किया है:

- a. **IgeneX** लैब्स--कई बार्टोनेला परीक्षण प्रदान करती है। उनके द्वारा प्रस्तावित सभी परीक्षण करने पर विचार करें। इसके अलावा, बार्टोनेला ग्रोथ कल्चर करने पर भी विचार करें। यह अधिकांश बार्टोनेला को मिस कर देगा, लेकिन यदि यह सकारात्मक है, तो आप 100% निश्चित हो सकते हैं कि आपके पास बार्टोनेला है। यदि आप

कम खर्च करना चाहते हैं तो पीसीआर या मछली न लें।

- b. **गैलेक्सी लैब्स-** अपने IFA परीक्षण करें। यदि सक्षम हो, तो उनके असाधारण डीडीपीसीआर परीक्षण के लिए तीन रक्त नमूने भेजें।
- c. **टीएलएबीएस** रक्त स्मीयर पर बार्टोनेला की कल्पना कर सकता है और बार्टोनेला, लाइम या टिक-बॉर्न रिलैप्सिंग फीवर द्वारा बनाई गई बायोफिल्म दिखा सकता है।
- d. **डीएनए कनेक्शन** कई टिक और पिस्सू संक्रमणों से डीएनए दिखाने के लिए फायदेमंद है। इसमें बार्टोनेला भी शामिल है। उन्हें मूत्र के नमूने की आवश्यकता होती है।

अवसाद, चिड़चिड़ापन, घबराहट और चिंता पैदा करने वाले बार्टोनेला पर # 1 लेख मेरा है।

यह आपके मरीजों के *आकर्षक* विवरण साझा करता है।

□□□ □□□□□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□
□□□□□□ □□ □□□□ □□ □

□□□□□□

□□□□□ □□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□ □□□
□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□ □□□□ □□□
□□□□□□□ □□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□
□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□
□□□□□□□□, □□□□□ □□ □□□□□□ □□
□□□□ □□□□□□ □□□□ □□□□□□□□□□□□
□□□□□□□ □□ □□□□□□□□ □□ □□□ □□□□□
□□□□□□□□□□ □□□□ □□ □□ □
□□□□□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□ □□
□□□□□□ □□□□□ □□ □□□□□□□ □□ □□ □□
□□□□ □□□ □□ □□ □□ □□ □□□□□□ □□
□□□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□ □□ □□□
□□ □□□□□□□□□□ □□□ □□□□ □□ □□□□□

□□□□□□

□□□□□□□ □□□ □□ □□□□□ □□□□ □□
□□□ □□□□□□□ □□ □□□□□ □□
□□□□□□□□□ □□□□□,
□□□□□□□□□□□□□□ □□
□□□□□□□□□□□□□□ □□ □□□□ □□□□□□
□□ □□□□□□□□ □□□□ □□□

□□□ □□ □□ □□□□□ □□□□□□□□□□□
□□□□□□□ □□ □□□ □□□□□□□□ □□□□□□□
□□□□ □□□, □□□□□ □□ □□ □□□□□□□□ □□
□□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□ □□□ □□
□□□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□□□
□□□□□□□ □□□ □□□□□□□□ □□□□□□□ □□
□□□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□ □□ □□□□□
□□□□ □□□□□ □□□□□□□□□□ □□□□□□□
□□□ □□ □□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□□
□□ □□□□ □□ □□□□ □□, □□□□ □□□□ □□
□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□□□ □□
□□□□□□□□ □□ □□□□ □□□□□□□□ □□□

जाओ:

परिचय

बार्टोनेला एक संक्रमण है जो दाने, बड़े हुए लिम्फ नोड, और अस्वस्थता और थकान का कारण बन सकता है जो कई हफ्तों में ठीक हो जाता है। [1, 2] कई जानवरों और कीड़ों में यह संक्रमण होता है। *बार्टोनेला* में कई वैक्टर और संक्रमण स्रोत होते हैं जिनमें पिस्सू, पिस्सू मल, बिल्ली चाटना या खरोचना, टिक्स, जूँ और काटने वाली मक्खियाँ शामिल हैं। [3 - 6] युवा आवारा बिल्ली के बच्चे अक्सर अपने पंजों पर पिस्सू के मल के कारण, या बिल्ली की

खरोंच, काटने या चाटने के कारण मनुष्यों को संक्रमित करने में सक्षम होते हैं। [7-10]

बाटोनेला शहरों, उपनगरों और ग्रामीण स्थानों में पाया जाता है, [11 - 14] और यह एक उभरता हुआ संक्रमण है। हाल के दशकों में, *बाटोनेला* शोध प्रकाशन बढ़ रहे हैं, लेकिन प्रथम विश्व युद्ध और द्वितीय विश्व युद्ध के सैनिकों में मनोरोग संबंधी विकारों को कम रिपोर्ट किया गया था। उदाहरण के लिए, प्रथम विश्व युद्ध में लगभग 10 लाख सैनिक *बाटोनेला क्रिटाना* से प्रभावित थे, [15] लेकिन चिकित्सा पत्रिकाओं ने इसके मनोवैज्ञानिक अभिव्यक्तियों के बारे में ज्यादा रिपोर्ट नहीं की।

पिछले 15 वर्षों में, 9 *बाटोनेला* बैक्टीरिया की पहचान की गई है जो मनुष्यों को संक्रमित करने के लिए जाने जाते हैं: *बी हेन्सेले*, *बी एलिज़ाबेथे*, *बी ग्राहमी*, *बी विंसोनीसबस्प*। *अरुपेंसिस*, *बी विंसोनीसबस्प*। *बेरखोफ़ी*, *बी ग्राहमी*, *बी वाशोएन्सिस*, और, हाल ही में, *बी कोहलेरा* और *बी रोचालिमा*। [16 - 20] वर्तमान में, सबसे बड़ी राष्ट्रीय प्रयोगशालाएँ केवल 2 प्रजातियों के लिए परीक्षण की पेशकश करती हैं [21 - 23] (*बी क्रिटाना* और *बी हेन्सेला*)।

कुछ *बार्टोनेला* मामलों में हफ्तों से अधिक समय तक चलने वाले संकेतों या लक्षणों के साथ "असामान्य" प्रस्तुतियाँ होती हैं, जिससे विविध चिकित्सा समस्याएं पैदा होती हैं। उदाहरण के लिए, *बार्टोनेला* दृष्टि संबंधी असामान्यताएं, लंबे समय तक बुखार, जोड़ों में दर्द, फेफड़ों में सूजन, श्वसन रोग और पूरे शरीर में ग्रैनुलोमा का कारण बन सकता है। यह कभी-कभी पेट दर्द, यकृत और प्लीहा ऊतक असामान्यताएं, थ्रोम्बोसाइटोपेनिक पुरपुरा, हड्डी में संक्रमण, पपल्स या पस्ट्यूल, मैकुलोपापुलर चकत्ते, गठिया, फोड़े, [20, 24 - 30] हृदय ऊतक और हृदय वाल्व की समस्याएं, [31 - 37] और का कारण बन सकता है। तंत्रिका संबंधी बीमारियाँ. [38-42]

परंपरागत रूप से, संज्ञानात्मक तंत्रिका विज्ञान कुछ मानसिक बीमारियों से संबंधित रहा है। " *बार्टोनेला* " और खोज शब्दों "अवसाद," "उन्माद," "द्विध्रुवी," "प्रमुख अवसाद," "अवसाद," "चिंता," "घबराहट," "आतंक हमला," "मनोविकृति," के साथ पबमेड की खोज और "सिज़ोफ्रेनिया" से नीचे सीमित जर्नल परिणाम प्राप्त हुए:

- . अवसाद
- . पागलपन

- . मस्तिष्क विकृति
- . हिंसक व्यवहार
- . भ्रम
- . जुझारू व्यवहार
- . मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकार [43-48]

कुछ लेख *बार्टोनेला* को मादक द्रव्यों के सेवन से जोड़ते हैं। घटिया जीवन स्थितियों की उपस्थिति में *बार्टोनेला* को बार-बार शराब की लत से जोड़ा जाता है। अंतःशिरा दवा उपयोगकर्ताओं में भी *बार्टोनेला* जीवोंके प्रति एंटीबॉडी का प्रसार बढ़ गया है और उनके संक्रमित होने का महत्वपूर्ण जोखिम हो सकता है। [49 - 53] नीचे वर्णित 3 मामले *बार्टोनेला* के कारण मनोरोग लक्षण पैदा करने की पिछली रिपोर्टों के अनुरूप हैं, और इन पिछली रिपोर्टों में और अधिक नैदानिक डेटा जोड़ें।

जाओ:

मामला एक

एक 41 वर्षीय पुरुष मंत्री के बारे में उनकी पत्नी, सबसे अच्छे दोस्तों और बच्चों ने बताया कि उत्तरी कैरोलिना में एक कैम्पिंग यात्रा के बाद उनके व्यक्तित्व में बदलाव आया

है। यात्रा के बाद, मरीज़ ने दाहिनी ओर छोटे "दर्द" वाले एक्सिलरी लिम्फ नोड का वर्णन किया और "बुखार" की सूचना दी। उन्होंने अपने पैर और कंधे से 3 Ixodes हिरण टिक हटा दिए। पांच हफ्ते बाद, उन्हें दाहिनी तरफ की एक्सिलरी लिम्फ नोड "बढ़ी हुई और बहुत परेशान करने वाली" हो गई, "अत्यधिक गर्मी", चिड़चिड़ापन, गंभीर अनिद्रा और नए सिरे से सनकी गुस्सा आने लगा। उनमें थोड़ी कष्टप्रद गंधों और ध्वनियों के प्रति नई अतिरिक्त संवेदनशीलता थी। उनका दोपहर का तापमान 98.7-99.9°F था, जिसे उन्होंने हर 3 दिन में दर्ज किया।

केस्ट डायग्नोस्टिक्स में किए गए रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र (सीडीसी) 2-स्तरीय निगरानी परीक्षण प्रक्रिया का उपयोग करके रोगी ने लाइम रोग के लिए नकारात्मक परीक्षण किया, और फिर भी उसके एकतरफा लिम्फ नोड लक्षण और इक्सोड्स लगाव से *बार्टोनेला पर संदेह किया गया था*। लिम्फ नोड दर्द की अवधि कम से कम 5 सप्ताह थी, इसलिए "असामान्य" *बार्टोनेला* को अंतर में माना गया था।

अन्य प्रयोगशाला परीक्षणों के साथ-साथ आईजीजी और आईजीएम बी हेन्सेला का आदेश दिया गया था। एकमात्र

सकारात्मक परिणाम 1:256 का आईजीएम था। 2 *बार्टोनेला प्रजातियों* के लिए एक पीसीआर परीक्षण नकारात्मक था, लेकिन दोहराया जाने पर *बी हेन्सेला* के लिए सकारात्मक था।

अगले 2 हफ्तों के दौरान, रोगी को गंभीर उत्तेजना, घबराहट के दौरे और प्रमुख अवसाद विकसित हुआ। उनके प्रमुख अवसाद को इन्वेंटरी टू डायग्नोज़ डिप्रेसन (आईडीडी) पैमाने द्वारा निर्धारित किया गया था। [54-56] उनकी आईडीडी 39 थी। यह मध्यम से गंभीर श्रेणी में है, इसलिए उन्हें प्रमुख अवसाद (एमडी) का निदान किया गया था। उन्हें बेक एंगज़ाइटी इन्वेंटरी (बीएआई) पैमाने पर 29 के साथ अतिरिक्त चिंता भी पाई गई, जिसमें कार्यात्मक सामान्य सीमा के रूप में 0-7 का उपयोग किया गया था। (जूडिथ बेक, व्यक्तिगत संचार, 1994)। [57-59]

वह इतना उत्तेजित था कि अपने जीवनसाथी के साथ बहस के दौरान, उसने रसोई के गिलास, एक बेसबॉल और एक कुर्सी जैसी वस्तुओं को अपने घर की ड्राइवॉल में फेंक दिया। पहले वह लोगों का अपमान करना या उन्हें अपशब्द कहना नहीं जानता था, और अब वह यह दोनों काम लगभग प्रतिदिन करता था। वह प्रति दिन 8-9 घंटे सोते थे, सामान्य

रूप से खाते थे, और उनकी भाषण गति और उच्चारण पैटर्न सामान्य थे।

एक मनोचिकित्सक ने उन्हें द्विध्रुवी विकार होने का निदान किया, इस तथ्य के बावजूद कि उनका कोई आनुवंशिक इतिहास या अवसाद या उन्माद का कोई पिछला इतिहास नहीं था। प्रतिदिन 1250 मिलीग्राम वैल्प्रोइक एसिड लेने पर मरीज का वजन 3 सप्ताह में 15 पाउंड बढ़ गया, इसलिए उसे लिथियम कार्बोनेट, नाश्ते, दोपहर के भोजन और रात के खाने में 300 मिलीग्राम, शाम को एक बार 600 मिलीग्राम (रक्त स्तर 1.1 mEq /L) देने की कोशिश की गई। इन दवाओं का रोगी की उत्तेजना, मनोदशा में उतार-चढ़ाव, या निराशा के साथ एंथेडोनिया पर कोई स्पष्ट नैदानिक प्रभाव नहीं पड़ा। कम से कम 3 सप्ताह के परीक्षण के बाद उन्हें रोक दिया गया।

सुबह, दोपहर में 12.5 मिलीग्राम और सोते समय 50 मिलीग्राम क्केटियापाइन के परीक्षण से 3 सप्ताह तक काफी मदद मिली, लेकिन फिर दवा ने उनकी उत्तेजना और अन्य बेकार व्यवहारों को नियंत्रित करना बंद कर दिया। सुबह में 25 मिलीग्राम क्केटियापाइन, दोपहर में 25 मिलीग्राम और बिस्तर पर 100 मिलीग्राम की उच्च खुराक सफल रही।

रोगी ने आश्चर्यजनक रूप से बताया कि उसे इन खुराकों पर इस दवा से "अच्छा" और "संतोष" महसूस हुआ।

इस बिंदु पर, रोगी के दाहिने हाथ के नीचे अभी भी एक बड़ा कोमल एकतरफा लिम्फ नोड, थकान और नए पपल्स थे। पपल्स के साथ लगातार बड़े एकतरफा लिम्फ नोड्स के विभिन्न कारणों को *बार्टोनेला* के निदान के लिए उपयुक्त माना गया।

एक संक्रामक रोग चिकित्सक के परामर्श के आधार पर, रोगी को 2 सप्ताह तक भोजन के साथ दिन में दो बार एज़िथ्रोमाइसिन 250 मिलीग्राम और दिन में दो बार रिफैम्पिसिन 300 मिलीग्राम दिया गया। मरीज़ की चिंता बढ़ गई और उसे 5 बार पैनिक अटैक का अनुभव हुआ। वह मानसिक रूप से बदतर हो गया: अत्यधिक प्रतिक्रियाशील, भावनात्मक रूप से अस्थिर और स्पष्ट रूप से चिड़चिड़ा। उनकी बढ़ी हुई रुग्णता पर तत्काल नियंत्रण पाने के लिए उनकी क्लेटियापाइन को नाश्ते और दोपहर के भोजन में 50 मिलीग्राम और शाम को एक बार 200 मिलीग्राम तक बढ़ाया गया था।

इस दोहरे एंटीबायोटिक उपचार पर 5 सप्ताह के बाद, रोगी को नींद आने लगी। उनकी क्लेटियापाइन की खुराक नाश्ते

के समय 25 मिलीग्राम और सोते समय 75 मिलीग्राम तक कम कर दी गई थी, जिससे कोई उत्तेजना या मूड अस्थिरता वापस नहीं आई।

हालाँकि, वह अभी भी दाहिनी ओर के एक्सिलरी लिम्फ नोड लक्षणों की शिकायत कर रहा था, इसलिए उसे इन एंटीबायोटिक्स पर अगले 3 सप्ताह तक इलाज किया गया। इस संदिग्ध *बार्टोनेला संक्रमण* के लिए एंटीबायोटिक दवाओं की आदर्श खुराक और उपचार की अवधि की तलाश में पबमेड की एक चिकित्सा साहित्य समीक्षा में कोई समान परिणाम नहीं मिला। हालाँकि, 8 सप्ताह की एंटीबायोटिक दवाओं के बाद मरीज की लिम्फ नोड की शिकायतें अचानक समाप्त हो गईं, और इसलिए उसकी दवाएं बंद कर दी गईं।

रोगी के मानसिक लक्षणों में काफी सुधार हुआ है, और वह अब एस्सिटालोप्राम 5 मिलीग्राम और केटियापाइन 6.5 मिलीग्राम सुबह और 25 मिलीग्राम क्यूएचएस पर रहता है। उनके जीवनसाथी और निकटतम मित्र के अनुसार, उनका व्यक्तित्व 90% आधारभूत लगता है। हमारा सुझाव है कि इस व्यक्ति की मनोरोग संबंधी समस्याएं *बार्टोनेला* प्रस्तुति का समर्थन करें। विशेष रूप से, उसके लक्षण तुरंत

एक स्पष्ट इक्सोड्स लगाव के बाद आए, इस लगाव के ठीक बाद एक नया एकतरफा और असुविधाजनक एक्सिलरी लिम्फ नोड दिखाई दिया, नए पपल्स का गठन हुआ, और उसने एक नया निरंतर "मामूली बुखार" महसूस किया, एक कम सकारात्मक बार्टोनेला सीरोलॉजी परिणाम, विरोधाभासी पीसीआर परिणाम, और दवा वर्गों से 2 एंटीबायोटिक दवाओं के प्रति सकारात्मक प्रतिक्रिया, जिन्हें *बार्टोनेला के खिलाफ विवो में प्रभावी माना जाता है*। इसके अलावा, उनके बढ़े हुए लिम्फ नोड के सामान्य होने के साथ-साथ उनका भावनात्मक सुधार भी हुआ।

जाओ:

केस 2

एक आश्रय स्थल से दो युवा बिल्लियों को गोद लेने के बाद, एक मेडिकल छात्रा ने अपनी जांघों पर एक "असामान्य दाने" की सूचना दी, जिसमें 4-9 सेमी मापने वाली 4 रैखिक रेखाएं थीं, जिनमें से प्रत्येक की चौड़ाई 0.5-1.0 सेमी थी, जो उसकी जांघ के ऊपर से चल रही थी। दूर से. कुशिंग सिंड्रोम, कापोसी सारकोमा और एचआईवी संक्रमण जैसे कई अन्य संभावित कारणों के उन्मूलन के बाद, अंततः एक

त्वचा विशेषज्ञ द्वारा इन चकतों को बेसिलरी एंजियोमैटोसिस के रूप में निर्धारित किया गया था।

रोगी में *बार्टोनेला* के लिए महत्वपूर्ण जोखिम कारक थे जिनमें एक आश्रय स्थल से बिल्ली के बच्चे को गोद लेना भी शामिल था। उसने पिस्सू के काटने की कई घटनाएं दर्ज कीं, पिछले वर्ष के भीतर उसके अपार्टमेंट में 2 बार "पिस्सू-बम" किया गया था, और उसने अपनी बिल्लियों को अपने बिस्तर पर सोने की भी अनुमति दी थी। उसने बताया कि उसकी बिल्लियाँ नियमित रूप से उसके हाथों को चाटती थीं, कभी-कभी उसके मुँह को चाटती थीं, और खेलते समय उसे खरोंचती थीं और नियमित रूप से धीरे से काटती थीं।

मरीज़ ने नए आतंक हमलों, गहरी बेचैनी और अवसाद की शिकायत की जो उसकी जांघ पर नए चकत्ते के समय शुरू हुई। वह बेंजोडायजेपाइन की नियमित खुराक या चयनात्मक सेरोटोनिन रीपटेक अवरोधकों की मानक खुराक से लाभ प्राप्त करने में विफल रही। उसने हृदय संबंधी चिंताओं के कारण ट्राइसाइक्लिक एंटीडिप्रेसेंट्स के परीक्षण से इनकार कर दिया, और वजन संबंधी चिंताओं के कारण उसने मिर्टज़ापाइन के परीक्षण से इनकार कर दिया। चिंता लाभ की अनुपस्थिति की संभावना के कारण

उसने ट्रांसडर्मल सेलेगिलिन और बुप्रोपियन को अस्वीकार कर दिया।

इसके आधार पर अनुशंसित खुराक से अधिक है। दवा पर अधिकांश शोध, लेकिन 3-सप्ताह के 20-मिलीग्राम परीक्षण की तुलना में इस खुराक ने उसकी निराशा को कम कर दिया। प्रति दिन 30 मिलीग्राम एस्सिटालोप्राम लेने पर उसकी आईडीडी 34 से घटकर 23 हो गई। उन्होंने हर सुबह 600 मिलीग्राम एसएएम-ई (एस-एडेनोसिलमेथिओनिन) भी स्वयं लिया। यह बाद वाली खुराक प्रमुख अवसाद के इलाज के लिए नियमित खुराक से कम है, जो मौखिक रूप से लेने पर प्रति दिन 1200-1600 मिलीग्राम है। मरीज़ को लगा कि यह उसके अवसाद को कम करने में "सहायक" था। [\[60 - 65\]](#)

मरीज़ को 2 एंटीडिप्रेसेंट के उपयोग से दौरे और सेरोटोनिन सिंड्रोम के खतरों के बारे में चेतावनी दी गई थी, जिनमें से 1 बहुत अधिक खुराक पर था, लेकिन एस्सिटालोप्राम की कम खुराक से ऐसा लगा जैसे "कुछ नहीं हो रहा था," और वह ऐसी खुराक चाहती थी जिससे लाभ हो। [\[66, 67\]](#)

8 सप्ताह में, एस्सिटालोप्राम की वृद्धि से उसके अवशिष्ट मध्यम अवसाद में कमी आई। उसे 10 सप्ताह में

एस्सिटालोप्राम 60 मिलीग्राम और एसएएम-ई 1200 मिलीग्राम तक बढ़ाया गया, जिसके परिणामस्वरूप उसका अवसाद 90% कम हो गया। उसमें मायोक्लोनस, कठोरता, हाइपररिफ्लेक्सिया, कंपकंपी, भ्रम, उत्तेजना, बेचैनी, रक्तचाप अस्थिरता, बुखार, मतली, दस्त, डायफोरेसिस, फ्लशिंग या रबडोमायोलिसिस जैसे कोई सेरोटोनिन लक्षण नहीं थे। उसे कुछ अवशिष्ट चिंता थी, और इसका इलाज क्लोनाज़ेपम 2 मिलीग्राम, 1 टैबलेट सुबह और दोपहर में एक बार और 2 क्यूएचएस के साथ किया गया, बिना किसी बेहोशी के दुष्प्रभाव के।

उसके पास अभी भी स्पष्ट सूचना-प्रसंस्करण सीमाएं, स्पष्ट रूप से खराब स्मृति, और कोई भी लाभ प्राप्त करने के लिए उच्च मनोरोग खुराक की असामान्य आवश्यकता थी। उसके मनोचिकित्सक ने कहा, “उसे एक फैला हुआ मस्तिष्क विकार हो सकता है, यानी, अज्ञात सूजन या संक्रामक स्रोत। उसकी असामान्य रंग की जांघ पर चकत्ते वाली छवियां महत्वपूर्ण लगती हैं। रोगी के नर्स प्रैक्टिशनर ने अतीत में बिल्ली खरोंच बुखार का एक मामला देखा था, और अनुमान लगाया था कि रोगी को *बार्टोनेला से बेसिलरी एंजियोमैटोसिस* था - बिल्ली खरोंच बुखार का संक्रामक कारण।

मरीज को दिन में दो बार सेफ़्यूरोक्सिम 250 मिलीग्राम और दिन में 3 बार एज़िथ्रोमाइसिन 250 मिलीग्राम दिया गया। सप्ताह 1 के दौरान, रोगी तेजी से उदास, चिड़चिड़ा और निराश हो गया, घबराहट के दौरे बढ़ने लगे जिससे क्लोनाज़ेपम में वृद्धि से राहत नहीं मिली। हालाँकि, दूसरे सप्ताह तक उसे अवसाद और व्याकुलता कम होने लगी। आश्चर्यजनक रूप से, सप्ताह 3 के दौरान, लगभग 16वें दिन, उसकी लाल जांघ पर चकत्ते चले गए, अनियमित पैटर्न के साथ अवशिष्ट सामान्य त्वचा का रंग रह गया।

8 सप्ताह में, रोगी के अवसाद और चिंता में सुधार हुआ। उसने अपनी दोनों दवाओं में भारी कमी को सहन किया, यानी, एस्सिटालोप्राम को प्रति दिन 25 मिलीग्राम तक कम कर दिया गया और हर सुबह, दोपहर और शाम को क्लोनाज़ेपम को 1 मिलीग्राम तक कम कर दिया गया। उसने अपना एसएएम-ई पूरी तरह बंद कर दिया। उसे चिकित्सकीय रूप से ठीक माना गया और केवल नियमित स्त्री रोग संबंधी परीक्षाओं के लिए निर्धारित किया गया।

6 महीने के बाद, बेसिलरी एंजियोमैटोसिस लगभग 50% वापस आ गया, और रोगी ने अनुचित क्रोध, अत्यधिक पारस्परिक संवेदनशीलता, गंभीर प्रीमेन्स्ट्रुअल डिस्फोरिक

विकार, चिड़चिड़ापन और उदासी की मध्यम वापसी की सूचना दी।

उसके चिकित्सक ने उसे *बार्टोनेलारिलैप्स* से पीड़ित माना और उसे 12 सप्ताह के लिए प्रति दिन 3 बार रिफैम्पिसिन 300 मिलीग्राम और प्रति दिन 3 बार सेफडिनिर 300 मिलीग्राम दिया गया। फिर उन्होंने 6 सप्ताह के लिए सेफ़डिनिर को एज़िथ्रोमाइसिन 500 मिलीग्राम प्रति दिन 1½ गोलियों से बदल दिया। इस उपचार के बाद, मरीज़ अपनी बेसलाइन पर वापस आ गया था और अब प्रति दिन केवल एस्सिटालोप्राम 10 मिलीग्राम लेता है, क्लोनाज़ेपम 0.5 मिलीग्राम सुबह और 0.75 मिलीग्राम शाम को एक बार लेता है - जो पहले की खुराक का एक अंश है। पारिवारिक चिकित्सक को लगता है कि एंटीबायोटिक्स मददगार थे, लेकिन संक्रमण हैंडबुक और मेडलाइन लेखों की उनकी समीक्षा के आधार पर, *बार्टोनेला* के लिए "सर्वश्रेष्ठ" एंटीबायोटिक प्रोटोकॉल के बारे में अभी भी अनिश्चित हैं।

जाओ:

केस 3

मिडवेस्ट के एक व्यवसायी ने नई वयस्क-शुरुआत सामाजिक चिंता, सामान्यीकृत चिंता विकार, आतंक हमलों और एमडी के लिए असफल उपचार की सूचना दी। एक ही सेवन सप्ताह में दो बार उनका आईडीडी अवसाद स्कोर 34 और 40 था। उनका बीएआई 29 वर्ष का था। उन्हें नया, मध्यम गंभीर दैनिक सिरदर्द भी था। कुछ महीने पहले फ्लोरिडा में कैंपिंग और शिकार यात्रा पर जाने तक वह मानसिक रूप से ठीक था। इसके बाद, उन्हें लगभग 9 दिनों तक "फ्लू" और "बुखार" जैसी भावनाओं का अनुभव हुआ। उनकी बाईं बांह के नीचे त्वचा के रंग के 3 नए दाने भी विकसित हुए। उसे कोई चकत्ते, टिक संलग्नक, स्पष्ट पिस्सू संपर्क, या कुत्ते या बिल्ली का संपर्क नहीं था। हालाँकि, उन्होंने शिकार करते समय और जंगल में घूमते समय जंगली झाड़ियों की शाखाओं और पत्तियों के साथ व्यापक संपर्क की सूचना दी। उन्होंने यह भी बताया कि उन्होंने वस्तुतः कभी भी टिकों के लिए स्वयं की जाँच नहीं की।

उनके कैंपिंग पार्टनर को एक अकेले स्टार टिक ने काट लिया था और इतिहास, स्थान, टिक के प्रकार और एक नए अंडाकार, गुलाबी, सजातीय टखने के दाने के आधार पर

लाइम या मास्टर्सन रोग के लिए एंटीबायोटिक दवाओं के साथ तुरंत इलाज किया गया था।

हमारा मरीज सीडीसी निगरानी मानदंडों के अनुसार लाइम के लिए लैब कॉर्प एलिसा और वेस्टर्न ब्लॉट परीक्षण दोनों में विफल रहा , लेकिन आईजीएम वेस्टर्न ब्लॉट पर 23 बैंड दिखा। उनके मैनुअल डिफरेंशियल ब्लड स्मीयर ने कुछ लाल रक्त कोशिकाओं (आरबीसी) से जुड़े कोकोबैसिली की सूचना दी, जो बैक्टीरिया के लिए एक दुर्लभ क्षमता है, लेकिन कुछ अमेरिकी *बार्टोनेला* प्रजातियों के संक्रमण में पाई जाती है। मरीज *बार्टोनेला* पीसीआर के लिए नकारात्मक था, लेकिन 1:128 पर आईजीजी टिटर के लिए सकारात्मक था। मेडलाइन के कुछ लेखों की समीक्षा से इंटरनिस्ट को पता चला कि *बार्टोनेला* पीसीआर परीक्षण हमेशा विश्वसनीय नहीं होता है। अन्य लेखों ने उच्च स्तर की विश्वसनीयता दिखाई। उन्होंने मरीज के उच्च टिक जोखिम, उसके दोस्त के टिक संक्रमण, मरीज के 3 नए पपल्स, मैनुअल रक्त स्मीयर और उसके असामान्य एंटीबॉडी टिटर के आधार पर *बार्टोनेला* का *इलाज करने का फैसला किया।*

इंटरनिस्ट ने मरीज को 3 सप्ताह तक दिन में दो बार डॉक्सीसाइक्लिन 100 मिलीग्राम देकर इलाज किया,

लेकिन सिरदर्द में मामूली कमी के अलावा कोई फायदा नहीं हुआ। इसके बाद उन्होंने 1 महीने तक दिन में दो बार रिफैम्पिसिन 300 मिलीग्राम और ट्राइमेथोप्रिम-सल्फामेथोक्साज़ोल 160 मिलीग्राम/800 मिलीग्राम की खुराक के साथ मिलाकर उसका इलाज किया।

इस अंतिम उपचार से रोगी को उल्लेखनीय लाभ हुआ और वह लगभग 85% अपने मनोरोग बेसलाइन पर वापस आ गया। उन्होंने अब किसी भी सामाजिक चिंता, सामान्यीकृत चिंता विकार, या आतंक हमलों का प्रदर्शन नहीं किया। उनका एमडी केवल 12 के आईडीडी (बॉर्डरलाइन सामान्य) के साथ हल्का था, और उनका इलाज प्रतिदिन 100 मिलीग्राम सेराट्रालाइन के साथ किया जाता था।

लगभग 14 महीनों के बाद, रोगी एक गंभीर मोटर वाहन दुर्घटना का शिकार हो गया और उसे अपनी स्थिरता वापस पाने के लिए अस्पताल में भर्ती होने और कई सर्जरी की आवश्यकता पड़ी। अपनी दुर्घटना के लगभग 7-12 सप्ताह बाद, उसके सभी मनोरोग संबंधी लक्षण फिर से उभरने लगे। उनके चिकित्सक ने *बार्टोनेलारिलैप्स* का निदान किया, जिससे मनोरोग संबंधी रिलैप्स उत्पन्न हुआ। मरीज को

प्रतिदिन 300 मिलीग्राम रिफैब्यूटिन और दिन में दो बार एज़िथ्रोमाइसिन 250 मिलीग्राम दिया गया।

4-5 सप्ताह में, उनके मानसिक लक्षणों में लगभग 50% सुधार हुआ, इसलिए अवसाद को छोड़कर सभी मनोरोग लक्षणों के निवारण के साथ उनका अतिरिक्त 5 सप्ताह तक इलाज किया गया, जिसका इलाज 100 मिलीग्राम सेरट्रालाइन के साथ किया जा रहा था। उनके सेरट्रालाइन रक्त स्तर की जाँच की गई, और समय के साथ उनका स्थिर-अवस्था सेरट्रालिन स्तर कम हो गया था, इसलिए उनकी खुराक प्रति दिन 100 मिलीग्राम से बढ़ाकर 150 मिलीग्राम कर दी गई, जिससे उनका मूड सामान्य हो गया।

[जाओ:](#)

परिणाम

पहले से चर्चा किए गए *बार्टोनेला* वाले रोगियों को सामान्य रूप से कार्य करने के लिए आमतौर पर एंटीडिपेंटेन्स, बेंजोडायजेपाइन या एंटीसाइकोटिक्स की उच्च खुराक की आवश्यकता होती है। खुराक कम की जा सकती है क्योंकि एंटीबायोटिक उपचार के बाद *बार्टोनेला* संक्रमण के अनुमानित लक्षण दूर हो जाते हैं। सभी रोगियों में

उल्लेखनीय सुधार हुआ और उन्होंने अपनी सामान्य, स्वस्थ आधारभूत मानसिक स्वास्थ्य स्थिति लगभग हासिल कर ली।

जाओ:

बहस

बार्टोनेला की चिकित्सा साहित्य में शायद ही कभी चर्चा की जाती है। इस लेख में, हमने नई स्पष्ट मानसिक रुग्णता, अचानक उत्तेजना, घबराहट के दौरों और उपचार-प्रतिरोधी अवसाद वाले रोगियों के मामले का अध्ययन प्रस्तुत किया है, जो संभवतः *बार्टोनेला* को जिम्मेदार ठहराया गया है।

उचित रूप से सम्मोहक और व्यापक डेटा ने इस लेख में शामिल करने के लिए सबूत प्रदान किए और इसमें शामिल हैं: स्थानिक क्षेत्रों और युवा बिल्लियों जैसे स्थानिक जानवरों के संपर्क में आना, स्पष्ट टिक काटने या संभावित पिस्सू संचरण, असामान्य लिम्फ नोड्स, एक "बुखार", एक सकारात्मक एंटीबॉडी परीक्षण, और अंततः सकारात्मक पीसीआर, एक्सिलरी पपल्स, बेसिलरी एंजियोमेटोसिस चकत्ते, कोई भी लाभ प्राप्त करने के लिए उच्च मनोरोग खुराक की असामान्य आवश्यकता, सूचना-प्रसंस्करण

सीमाएं, खराब स्मृति, और एक नया, मध्यम गंभीर दैनिक सिरदर्द।

बाटोनेला-प्रेरित मनोरोग लक्षणों की उपस्थिति आश्चर्यजनक नहीं होनी चाहिए। सबसे पहले, मनोरोग संबंधी विकार मस्तिष्क संबंधी विकार हैं, और *बाटोनेला* को कई विविध तंत्रिका संबंधी मस्तिष्क विकारों के कारण के रूप में प्रलेखित किया गया है। दूसरा, *बाटोनेला* संक्रमण आरबीसी से जुड़ा होता है, जो छोटे *बाटोनेला* बैक्टीरिया (आरबीसी आकार का एक अंश) को मस्तिष्क के संवहनी तंत्र में प्रवेश करने की अनुमति देता है। [68 - 83] ये *बाटोनेला*-संक्रमित आरबीसी संभवतः मस्तिष्क विकृति के कारण मानसिक रुग्णता का कारण बनते हैं, जैसा कि इस तथ्य से संकेत मिलता है कि कुछ *बाटोनेला* रोगियों में तंत्रिका संबंधी विकार होते हैं, जैसे कि दौरे, हेमटेरेगिया, इस्केमिक स्ट्रोक, अनुप्रस्थ मायलाइटिस और कई ग्रैनुलोमेटस घाव, जैसे साथ ही मेनिनजाइटिस और एन्सेफलाइटिस। [38, 84, 85]

अंत में, 9 प्रजातियों या उप-प्रजातियों के साथ जो मनुष्यों को संक्रमित कर सकती हैं, यह संभव है कि प्रजातियों की यह बड़ी संख्या संकेतों और लक्षणों की एक विस्तृत श्रृंखला

उत्पन्न कर सकती है - जिनमें से कुछ प्रकृति में मनोरोगी हो सकती हैं। *बार्टोनेला* संक्रमण के दौरान तीन नैदानिक मामलों में मनोरोग लक्षण थे। सभी 3 मामलों की पूर्वव्यापी जांच की गई। शोध के लिए किसी मरीज से आग्रह नहीं किया गया। किसी ने भी नैदानिक निदान करने के लिए अपने चिकित्सकों द्वारा आवश्यक से अधिक परीक्षण या परीक्षण नहीं कराया। चूंकि *बार्टोनेला* एक उभरता हुआ संक्रमण है, इसलिए एंटीबायोटिक उपचार के साथ देखभाल का कोई स्पष्ट मानक नहीं है, केवल 1 यादृच्छिक डबल-ब्लाइंड अध्ययन किया गया है जिसमें एज़िथ्रोमाइसिन का एक संक्षिप्त परीक्षण शामिल है। [86]

बार्टोनेला एक उभरता हुआ संक्रमण है जो उत्तर से अधिक प्रश्न उठाता है। इस उभरते संक्रमण के कारण मनोरोग विकृति की आवृत्ति अज्ञात है, और *बार्टोनेला* के खिलाफ सर्वोत्तम उपचार भी अभी भी उभर रहे हैं। विवो में वास्तविक मानव रोगियों में प्रयोगशाला निदान और उपचार पर साहित्य की समीक्षा से पता चलता है कि शोधकर्ता एक समान उपचार की पेशकश नहीं करते हैं, और *बार्टोनेला* उपचार पर अधिकांश लेख छोटे हैं और विभिन्न सीमाओं की विशेषता रखते हैं। इसलिए, हम *बार्टोनेला* के उपचार में इष्टतम एंटीबायोटिक्स, खुराक या उपचार की अवधि का

प्रस्ताव नहीं कर रहे हैं। हम केवल इन तीन मामलों में से प्रत्येक में उपयोग किए गए उपचारों की रिपोर्ट कर रहे हैं, जिनमें से प्रत्येक का साहित्य में कुछ समर्थन था।

बार्टोनेला संक्रमण का निश्चित प्रमाण नहीं देता है, लेकिन हम संभावना जताते हैं कि इन रोगियों को बार्टोनेला संक्रमण था और इसका उनके मानसिक स्वास्थ्य पर प्रभाव पड़ा।

[जाओ:](#)

निष्कर्ष

बार्टोनेला प्रजातियों की संख्या वर्तमान में बार्टोनेला प्रजातियों की संख्या से अधिक है जिनका परीक्षण शीर्ष राष्ट्रीय प्रयोगशालाओं द्वारा किया जा सकता है। कुछ एंटीबायोटिक दवाओं का प्रभाव प्रतीत होता है, लेकिन व्यापक साहित्य समीक्षा में खुराक और अवधि स्पष्ट रूप से स्थापित या इंगित नहीं की जाती है। इसके अलावा, नैदानिक सुधार और लक्षणों की समाप्ति हमेशा पूर्ण उन्मूलन का संकेत नहीं देती है। यानी, शरीर पर महत्वपूर्ण चिकित्सीय तनाव या प्रतिरक्षा प्रणाली की क्षमता में कमी के कारण रोगी के लिए यह दोबारा संभव हो सकता है। सबसे

महत्वपूर्ण बात यह है कि हमारा मानना है कि *बाटोनेला* मस्तिष्क में प्रवेश कर सकता है और न केवल अच्छी तरह से प्रलेखित तंत्रिका संबंधी विकारों का कारण बन सकता है, बल्कि कुछ मानसिक विकारों का भी कारण बन सकता है।

[जाओ:](#)

फुटनोट

[पाठक टिप्पणियाँ: क्या *बाटोनेला* संक्रमण उत्तेजना, घबराहट विकार और उपचार-प्रतिरोधी अवसाद का कारण बनता है?](#) इस लेख पर पाठकों की टिप्पणियाँ देखें और अपनी टिप्पणियाँ प्रदान करें।

पाठकों को प्रोत्साहित किया जाता है कि वे लेखक को moc.liamgrabme@rellahcsj पर या [पॉल ब्लूमेंथल, एमडी, मेडजेनमेड](#) के उप संपादक को केवल संपादक की नजरों से या मेडजेनमेड में वास्तविक पत्र के रूप में संभावित प्रकाशन के लिए ईमेल के माध्यम से प्रतिक्रिया दें: ude.drofnats@nemulbp

[जाओ:](#)

योगदानकर्ता सूचना

जेम्स एल. स्कालर, नेपल्स और टाम्पा, फ्लोरिडा लेखक का ईमेल: moc.liamgrabme@rellahcsj।

ग्लेन ए बर्कलैंड, टेम्पल यूनिवर्सिटी स्कूल ऑफ डेंटल मेडिसिन, फिलाडेल्फिया, पेसिल्वेनिया।

पीजे लैंगहॉफ़, हस्टिंफ़ोर्ड, विस्कॉन्सिन।

[जाओ:](#)

संदर्भ

। बच्चों में बार्टोनेलोसिस का विस्तारित स्पेक्ट्रम। उत्तरी अमेरिका के संक्रामक रोगों का क्लिनिक। 2005;19:691-711 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

2. मुराकामी के, त्सुकाहारा एम, त्सुनेओका एच, एट अल। बिल्ली खरोंच रोग: 130 सेरोपॉजिटिव मामलों का विश्लेषण। जे संक्रमित कीमोदर . 2002;8:349-352 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

3. जार्डिन सी, वाल्डनर सी, वोबेसर जी, लीटन एफए। जंगली रिचर्डसन की ज़मीनी गिलहरियों में बार्टोनेला संक्रमण पर प्रयोगात्मक एक्टोपारासाइट नियंत्रण का प्रभाव। जे वाइलडल डिस. 2006;42:750-758 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

4. स्नेटर - लैज़ ज़ेड, टॉर्नई के, सज़ेल ज़ेड, स्नेटर टी, मारियालिगेटी के. पिस्सू में बार्टोनेला संक्रमण (सिफोनैपटेरा: पुलिसिडे) और हंगरी से टिक्स (अकारी: इक्सोडिडे) में बार्टोनेला की कमी। फोलिया पैरासिटोल (प्राहा) 2006;53:313-316 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

5. ईस्टरब्रुक जेडी, कपलान जेबी, वानास्को एनबी, एट अल। बाल्टीमोर, मैरीलैंड, संयुक्त राज्य अमेरिका में नॉर्वे चूहों द्वारा ज़ूनोटिक रोगजनकों का एक सर्वेक्षण किया गया। महामारी संक्रमण. 2007;जनवरी 15:1-8. [[प्रिंट से पहले ईपीयूबी](#)] [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

6. इज़री ए, डेपाक्रेट जे, पारोला पी. [प्लेबोटोमाइन सैंडफ्लाइज़ और भूमध्यसागरीय बेसिन के आसपास रोग एजेंटों का संचरण] [फ्रेंच में लेख] मेड ट्रॉप (मार्स) 2006;66:429-435। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

7. विंसेंट जेएम, डेमर्स डीएम, बास जेडब्ल्यू। संक्रामक एक्सेंथम और असामान्य संक्रमण। एडोलेस्क मेड. 2000;11:327-358 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

8. विंसेंट जेएम, डेमर्स डीएम, बास जेडब्ल्यू। संक्रामक एक्सेंथम और असामान्य संक्रमण। एडोलेस्क मेड. 2000;11:327-358 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

9. मैसी एफ, मेसिना एफ, तालिनी आई, एट अल। सेरोडायग्नोस्टिक्स के माध्यम से मान्यता प्राप्त बार्टोनेला हेन्सेला संक्रमण के नैदानिक स्पेक्ट्रम का विस्तार । यूरो जे बाल रोग विशेषज्ञ । 2000;159:416-419 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

10. मिकोलाज्ज़िक एमजी, ओ'रेली केएल। बार्टोनेला हेन्सेला के रोगजनक तनाव से टीका लगाए गए बिल्ली के बच्चों में नैदानिक रोग । एम जे पशु चिकित्सक रेस. 2000;61:375-379 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

11. रीव्स डब्ल्यूके, जुमलास डीई, मोरियारिटी जेआर, एट अल। मिस्र के कृतकों और मवेशियों की जूँ (फिथिराष्टेरा) में जूँ-जनित जीवाणु रोगजनक । जे पैरासिटोल । 2006;92:313-318 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

12. रीव्स डब्ल्यूके, नेल्डर एमपी, कोरेकी जेए। दक्षिण कैरोलिना, यूएसए जे वेक्टर इकोल में स्तनधारियों से पिस्सू और जूँ में बार्टोनेला और रिक्टेड्सिया। 2005;30:310-315। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

। स्वीडिश अंतःशिरा हेरोइन नशेड़ी लोगों में बार्टोनेला एसपीपी एंटीबॉडी के फोरेंसिक नमूनों पर एक अध्ययन। एपीएमआईएस. 2003;111:507-513 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

14. कैटस्क्रेच रोग. ईमेडिसिन । यहां उपलब्ध है:

<http://www.emedicine.com/emerg/topic84.htm> 6 सितंबर 2007 को एक्सेस किया गया।

15. जैक्सन एलए, स्पैच डीएच। बेघर व्यक्तियों में बार्टोनेला क्विटाना संक्रमण का उद्भव । उभरता हुआ संक्रमण रोग। 1996;2:141-144 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

16. हेलर आर, कुबीना एम, मैरिएट पी, एट अल। बार्टोनेला अलसैटिका एसपी। नवम्बर, जंगली खरगोशों के खून से अलग की गई एक नई बार्टोनेला प्रजाति। इंट जे सिस्ट बैक्टीरिया . 1999;49(पं 1):283-288। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

17. मौरिन एम, राउल्ट डी. बार्टोनेला संक्रमण: निदान और प्रबंधन मुद्दे। कुर ओपिन इन्फेक्ट डिस. 1998;11:189-193 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

18. मैरी जेएल, फोरनियर पीई, रोलैन जेएम, ब्रिओलेंट एस, डेवौस्ट बी, राउल्ट डी. संग्रहित कृतक पिस्सू में बार्टोनेला क्विटाना, बी. एलिज़ाबेथे, बी. कोहलेरा, बी. दोशिया, बी. टेलरी, और रिकेट्सिया फेलिस की आणविक पहचान काबुल, अफगानिस्तान। एम जे ट्रॉप मेड हाइग । 2006;74:436-439 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

19. बोउलॉइस एचजे, चांग सीसी, हेन जेबी, कास्टेन आरडब्ल्यू, चोमेल बीबी। जूनोटिक बार्टोनेला संक्रमण के तेजी से उभरने से जुड़े कारक। पशुचिकित्सक रेस. 2005;36:383-410 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

20. वुकेलिक डी, बेनिक बी, बोज़िनोविक डी, एट अल। हेपेटोस्प्लेनिक कैट-स्क्रेच रोग वाले बच्चे में एक असामान्य परिणाम। वियेन क्लिन वोकेंसचर . 2006;118:615-618 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

21. लैब कॉर्प परीक्षण का नाम: बार्टोनेला एंटीबॉडी प्रोफाइल। टेस्ट नंबर 163162। यहां उपलब्ध है: <http://www.labcorp.com/dos/index.html> 6 सितंबर 2007 को एक्सेस किया गया।

22. क्वेस्ट डायग्नोस्टिक्स परीक्षण का नाम: रिफ्लेक्स टू टाइटर्स के साथ बार्टोनेला प्रजाति एंटीबॉडी (आईजीजी, आईजीएम)। कोड 34251। यहां उपलब्ध है: <http://cas2.questdiagnostics.com/scripts/webdos.wls?MGWLPN=QDCWS0209&wlpn=DOS&OrderCode=34251&SITE=26&SearchString=B%2A&tmradio=title> 6 सितंबर 2007 को एक्सेस किया गया।

23. फोकस टेक्नोलॉजीज। बार्टोनेला एंटीबॉडी पैनेल, आईएफए (सीरम) कोड 4020। और बार्टोनेला डीएनए, पीसीआर। कोड 47000. यहां उपलब्ध है: http://www.focusdx.com/focus/1-reference_laboratory/search_frame.asp?f=2 6 सितंबर 2007 को एक्सेस किया गया।

24. जिम्ससेन एफ, बार्टज़-श्मिट केयू, गेलिस्केन एफ। माध्यमिक एकतरफा मोतियाबिंद और न्यूरोरेटिनाइटिस : बिल्ली-खरोच रोग की असामान्य अभिव्यक्ति। जेपीएन जे ओपथाल्मोल । 2006;50:177-179 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
25. बेन-अमी आर, एफ्रोस एम, एविडोर बी, एट अल। बुजुर्ग मरीजों में कैट-स्क्रेच रोग। क्लिन इन्फेक्शन डिस. 2005;41:969-974 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
26. रेनॉल्ड्स एमजी, होल्मन आरसी, कर्न्स एटी, ओरेली एम, मैकक्रिस्टन जेएच, स्टेनर सीए। संयुक्त राज्य अमेरिका में बच्चों में कैट-स्क्रेच रोग के अस्पताल में भर्ती होने की महामारी विज्ञान। पीडियाट्र इंफेक्ट डिस जे. 2005;24:700-704 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
27. रिडर जीजे, बोएडेकर सीसी, टेक्नो-इहलिंग के, सैंडर ए. कैट-स्क्रेच रोग: ओटोलरींगोलॉजिक अभिव्यक्तियाँ और प्रबंधन। ओटोलारिंगोल हेड नेक सर्जरी। 2005;132:353-358 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
28. लैम्प्स एलडब्ल्यू, स्कॉट एमए। बिल्ली-खरोच रोग: ऐतिहासिक, नैदानिक, और रोग संबंधी दृष्टिकोण। एम जे क्लिन पैथोल । 2004;121(सप्ल):एस 71-80। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
29. मेट्ज़कोर -कॉटर ई, क्लेटर वाई, एविडोर बी, एट अल। बिल्ली खरोच रोग के रोगियों का दीर्घकालिक सीरोलॉजिकल विश्लेषण और नैदानिक अनुवर्ती। क्लिन इन्फेक्शन डिस. 2003;37:1149-1154 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
30. मुराकामी के, त्सुकाहारा एम, त्सुनेओका एच, एट अल। बिल्ली खरोच रोग: 130 सेरोपॉजिटिव मामलों का विश्लेषण। जे संक्रमित कीमोदर . 2002;8:349-352 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
31. हूपिकियन पी, राउल्ट डी. एक संदर्भ केंद्र में रक्त संस्कृति-नकारात्मक एंडोकार्टिटिस: 348 मामलों का एटियोलॉजिकल निदान। मेडिसिन (बाल्टीमोर) 2005;84:162-173 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
32. पेडर्सन बी.के. स्वीडिश ओरिएंटियर्स में अचानक हृदय की मृत्यु - एक रहस्य सुलझ गया? स्कैंड जे मेड साइंस स्पोर्ट्स। 2001;11:259 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
33. मेनिंगर जीआर, नाडास्टी टी, हूबन आरएच, बोलिंगर आरसी, बॉघमैन केएल, हरे जेएम। तीव्र बार्टोनेला हेन्सेला संक्रमण (बिल्ली खरोच रोग) एम जे सर्ज पैथोल के बाद क्रोनिक सक्रिय मायोकार्डिटिस । 2001;25:1211-1214 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
34. वेसलेन एल, एहरनबोर्ग सी, होल्म्बर्ग एम, एट अल। स्वीडिश ओरिएंटियर्स में सबस्यूट बार्टोनेला संक्रमण के कारण अचानक अप्रत्याशित हृदय की मृत्यु हो जाती है या घातक अतालता हो जाती है। स्कैंड जे इंफेक्ट डिस. 2001;33:429-438 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
35. मैकगिल एस, वेसलेन एल, हेजेलम ई, होल्म्बर्ग एम, रॉल्फ सी, फ्रिमन जी। बार्टोनेला एसपीपी की व्यापकता का सीरोलॉजिकल और महामारी विज्ञान विश्लेषण। स्वीडिश एलीट ओरिएंटियर्स में एंटीबॉडीज़ 1992-93। स्कैंड जे इंफेक्ट डिस. 2001;33:423-428 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

36. पेडर्सन बी.के. [बार्टोनेला जीवाणु को स्वीडिश क्रॉस-कंट्री धावकों के बीच अचानक मौत का कारण माना जाता है।] [डेनिश में लेख] उगेस्कर लेगर। 2001;163:2951 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
37. पोस्फ्रे बारबे के, जेग्गी ई, निनेट बी, एट अल। एक बच्चे में बार्टोनेला क्विटाना एंडोकार्डिटिस। एन इंग्लिश जे मेड. 2000;342:1841-1842 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
38. गेरबर जेई, जॉनसन जेई, स्कॉट एमए, मधुसूदन केटी। बार्टोनेला हेन्सेला बैक्टीरिया के कारण घातक मेनिनजाइटिस और एन्सेफलाइटिस। जे फोरेंसिक विज्ञान. 2002;47:640-644 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
39. [कोई लेखक सूचीबद्ध नहीं] मैसाचुसेट्स जनरल अस्पताल के केस रिकॉर्ड। साप्ताहिक क्लिनिकोपैथोलॉजिकल अभ्यास। केस 1-1998. 11 साल के एक लड़के को दौरा पड़ा। एन इंग्लिश जे मेड. 1998;338:112-119 . इरेटम इन: एन इंग्लिश जे मेड 1998;338:483 । इसमें टिप्पणी करें: एन इंग्लिश जे मेड। 1998;338:1549-1550 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
40. व्हीलर एसडब्ल्यू, वुल्फ एसएम, स्टाइनबर्ग ईए। कैट-स्क्रेच एन्सेफैलोपैथी। तंत्रिका विज्ञान. 1997;49:876-878 . इसमें टिप्पणी करें: न्यूरोलॉजी। 1998;51:1239 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
41. चैन एल, रीली केएम, स्नाइडर एचएस। बिल्ली खरोंच एन्सेफलाइटिस की एक असामान्य प्रस्तुति। जे इमर्ज मेड. 1995;13:769-772 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
42. रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र (सीडीसी) बिल्ली खरोंच रोग से जुड़े एन्सेफलाइटिस-ब्रोवार्ड और पाम बीच काउंटी, फ्लोरिडा, 1994। एमएमडब्ल्यूआर मॉर्ब मॉर्टल वीकली प्रतिनिधि 1994 ; 43:909 , 915-916। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
43. बेकर जे, रुइज़-रोड्रिगज़ आर, व्हिटफेल्ड एम, हेन वी, बर्जर टीजी। बैसिलरी एंजियोमैटोसिस: मानव इम्युनोडेफिशिएंसी वायरस संक्रमण में तीव्र मनोरोग लक्षणों का एक उपचार योग्य कारण। जे क्लिन मनोरोग. 1995;56:161-166 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
44. मार्स सी.एम. बार्टोनेला हेन्सेला संक्रमण की तंत्रिका संबंधी जटिलताएँ। कुर ओपिन न्यूरोल. 1995;8:164-169 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
45. हार्वे आरए, मिसेलबेक डब्ल्यूजे, यूफोल्ड आरई। बिल्ली-खरोंच रोग: लड़ाकू व्यवहार का एक असामान्य कारण। एम जे इमर्ज मेड. 1991;9:52-53 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
46. एंगिबॉड जी, बालगुए जेपी, लाफॉटन जेएफ। [बार्टोनेला हेन्साले एन्सेफैलोपैथी] [फ्रेंच में लेख] प्रेसे मेड। 2005;34:297-298 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
47. सिंघल एबी, न्यूस्टीन एमसी, बुडज़िक आर, एट अल। बार्टोनेला एन्सेफैलोपैथी में प्रसार-भारित चुंबकीय अनुनाद इमेजिंग असामान्यताएँ। जे न्यूरोइमेजिंग. 2003;13:79-82 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

48. तौयामा एम, उएजू के, नाकामोटो ए, एट अल। [एन्सेफैलोपैथी के साथ बिल्ली खरोंच रोग का एक मामला] [जापानी में लेख] कंसेंशोगाकु जस्सी । 2002;76:113-117 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
49. चमीलेव्स्की टी, पोडसियाड3वाई ई, टायलेव्स्का-विर्जबानोव्स्का एस. विभिन्न मानव आबादी में बार्टोनेला की उपस्थिति। पोल जे माइक्रोबायोल . 2007;56:33-38 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
50. बोरबोली एस, अफशारी एनए, वॉटकिंस एल, फोस्टर सीएस। बार्टोनेला क्विटाना से अनुमानित ऑकुलोग्लैंडुलर सिंड्रोम । ओकुल इम्यूनोल सूजन . 2007;15:41-43 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
51. रोलैन जेएम, अर्नोक्स डी, पारजी डी, सैम्पोल जे, राउल्ट डी। बार्टोनेला क्विटाना के साथ शराबी रोगियों से मानव एरिथ्रोसाइट्स का प्रायोगिक संक्रमण । एन एनवाई अकैड साइंस। 2003;990:605-611 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
52. ब्रेथनाच एएस, होरे जेएम, आइकिन एसजे। संस्कृति-नकारात्मक अन्तर्हृद्शोथ: बार्टोनेला संक्रमण का योगदान। दिल। 1997;77:474-476 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
53. कॉमर जेए, फ्लिन सी, रेगनेरी आरएल, व्लाहोव डी, चिल्ड्स जेई। बाल्टीमोर, एमडी आर्क इंटरन मेड में आंतरिक शहर के अंतःशिरा दवा उपयोगकर्ताओं में बार्टोनेला प्रजातियों के लिए एंटीबॉडी। 1996;156:2491-2495। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
54. ज़िम्मरमैन एम, कोरीएल डब्ल्यू। प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के निदान के लिए एक स्व-रिपोर्ट प्रश्नावली की वैधता। आर्क जनरल मनोरोग. 1988;45:738-740 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
55. ज़िम्मरमैन एम, कोरीएल डब्ल्यू। अवसाद का निदान करने के लिए सूची (आईडीडी): प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार का निदान करने के लिए एक स्व-रिपोर्ट पैमाना। जे परामर्श क्लिन साइकोल। 1987;55:55-59 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
56. ज़िम्मरमैन एम, कोरीएल डब्ल्यू, कोरेन्थल सी, विल्सन एस. प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के निदान के लिए एक स्व-रिपोर्ट पैमाना। आर्क जनरल मनोरोग. 1986;43:1076-1081 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
57. लेफ़र ओटी, रूबर्ग जेएल, वुड्रफ़-बोर्डेन जे। चिंता विकारों के लिए एक स्क्रीनर के रूप में बेक चिंता सूची और इसके कारकों की उपयोगिता की जांच। जे चिंता विकार . 2006;20:444-458 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
58. काबाकॉफ़ आरआई, सेगल डीएल, हर्सेन एम, वैन हैसेल्ट वीबी। वृद्ध वयस्क मनोरोग बाह्य रोगियों के साथ बेक चिंता सूची और राज्य-विशेषता चिंता सूची के साइकोमेट्रिक गुण और नैदानिक उपयोगिता। जे चिंता विकार . 1997;11:33-47 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
59. क्रीमर एम, फ़ोरन जे, बेल आर. एक गैर-नैदानिक नमूने में बेक चिंता सूची। बिहेव रेस थेर. 1995;33:477-485 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

60. गोरेन जेएल, स्टोल एएल, डेमिको केई, सरमिएंटो आईए, कोहेन बीएम। मनुष्यों में एस-एडेनोसिल-एल-मेथियोनिन (एसएएमई) की जैवउपलब्धता और विषाक्तता की कमी। फार्माकोथेरेपी। 2004;24:1501-1507 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
61. डेले चियाई आर, पंचेरी पी, स्कैपिचियो पी। प्रमुख अवसाद के उपचार में मौखिक और इंटरामस्क्युलर एस-एडेनोसिल-एल-मेथियोनीन 1,4-ब्यूटेनडिसल्फोनेट (एसएएमई) की प्रभावकारिता और सहनशीलता: 2 बहुकेंद्रीय अध्ययनों में इमिप्रामाइन के साथ तुलना। एम जे क्लिन न्यूट्र . 2002;76:1172एस-1176एस। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
62. मिशौलोन डी, फवा एम. अवसाद के उपचार में एस-एडेनोसिल-एल-मेथियोनीन की भूमिका: साक्ष्य की समीक्षा। एम जे क्लिन न्यूट्र . 2002;76:1158एस-1161एस। [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
63. डि रोकको ए, रोजर्स जेडी, ब्राउन आर, वर्नर पी, बोटिग्लिएरी टी. एस-एडेनोसिल-मेथियोनिन एक ओपन-लेबल क्लिनिकल परीक्षण में पार्किंसंस रोग के रोगियों में अवसाद में सुधार करता है। चाल विकार . 2000;15:1225-1229 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
64. विलियम्स एएल, गिरार्ड सी, जुई डी, सबीना ए, काटज़ डीएल। अवसाद के उपचार के रूप में एस-एडेनोसिलमेथियोनिन (एसएएमई): एक व्यवस्थित समीक्षा। क्लिन इन्वेस्ट मेड. 2005;28:132-139 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
65. अल्परट जेई, पापाकोस्टास जी, मिसचौलोन डी, एट अल। एस-एडेनोसिल-एल-मेथियोनिन (एसएएमई) प्रतिरोधी प्रमुख अवसादग्रस्तता विकार के लिए एक सहायक के रूप में: चयनात्मक सेरोटोनिन रीपटेक इनहिबिटर या वेनालाफैक्सिन के आंशिक या गैर-प्रतिक्रिया के बाद एक खुला परीक्षण। जे क्लिन साइकोफार्माकोल । 2004;24:661-664 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
66. बोडनेर आरए, लिंच टी, लुईस एल, काह्व डी. सेरोटोनिन सिंड्रोम। तंत्रिका विज्ञान. 1995;45:219-223 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
67. लेन आर, बाल्डविन डी. चयनात्मक सेरोटोनिन रीपटेक अवरोधक-प्रेरित सेरोटोनिन सिंड्रोम: समीक्षा। जे क्लिन साइकोफार्माकोल । 1997;17:208-221 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
68. मेहॉक जेआर, ग्रीन सीई, गेरार्डिनी एफसी, हैन टीडब्ल्यू, क्रॉस डीसी। बार्टोनेला हेन्सेला इन विट्रो में बिल्ली के समान एरिथ्रोसाइट्स का आक्रमण। प्रतिरक्षा को संक्रमित करें। 1998;66:3462-3466 । [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
69. कोर्डिक डीएल, ब्रेड्ट्सचर्ड्ट ईबी। बार्टोनेला हेन्सेला की अंतःएरिथ्रोसाइटिक उपस्थिति । जे क्लिन माइक्रोबायोल . 1995;33:1655-1656 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
70. मैडल टी, आइन्सेले एच, स्कॉलर एम, एट अल। बार्टोनेला हेन्सेले के साथ मानव CD34+ पूर्वज कोशिकाओं के संक्रमण के परिणामस्वरूप बी. हेन्सेले की अंतःएरिथ्रोसाइटिक उपस्थिति होती है । खून। 2005;106:1215-1222 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

71. मेडकोवा जेड. [बार्टोनेलोसेस] [चेक में लेख] क्लिन मिक्रोबिओल इंफेक्सी लेक. 2004;10:207-213 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
72. शिमड एमसी, शूलिन आर, डेहियो एम, डेनेकर जी, कैरेना आई, डेहियो सी। बार्टोनेला हेन्सेला की वीरबी प्रकार IV साव प्रणाली एंडोथेलियल कोशिकाओं के आक्रमण, प्रिनपलेमेटरी सक्रियण और एंटीऑप्टोपेटिक सुरक्षा में मध्यस्थता करती है। मोल माइक्रोबायोल . 2004;52:81-92 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
73. रोलैन जेएम, लोकाटेली सी, चैबैन एल, डेवौस्ट बी, राउल्ट डी. फ्रांस की घरेलू बिल्लियों में बार्टोनेला क्लेरिजिया और बार्टोनेला हेन्सेले की व्यापकता और इम्यूनोफ्लोरेसेंस द्वारा एरिथ्रोसाइट्स में जीवों का पता लगाना। क्लिन डायग्नोस्टिक लैब इम्यूनोल। 2004;11:423-425 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
74. सेउबर्ट ए, हिएस्टैंड आर, डे ला कूज़ एफ, डेहियो सी। रोगजनन के लिए भर्ती की गई एक जीवाणु संयुग्मन मशीनरी। मोल माइक्रोबायोल . 2003;49:1253-1266 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
75. रोलैन जेएम, मौरिन एम, मैलेट एमएन, पारजी डी, राउल्ट डी. मानव एरिथ्रोसाइट्स में बार्टोनेला क्लिटाना की संस्कृति और एंटीबायोटिक संवेदनशीलता। एंटीमाइक्रोब एजेंट कीमोदर । 2003;47:614-619 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
76. शूलिन आर, डेहियो सी. बार्टोनेला की VirB /VirD4 प्रकार IV साव प्रणाली इंटरएरीथ्रोसाइटिक संक्रमण स्थापित करने के लिए आवश्यक है। मोल माइक्रोबायोल . 2002;46:1053-1067 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
- मानव एरिथ्रोसाइट्स में रोलैन जेएम, फौकॉल्ट सी, गुइउ आर, ला स्कोला बी, ब्रूकी पी, राउल्ट डी. बार्टोनेला क्लिटाना । लैसेट. 2002;360:226-228 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
78. रोलैन जेएम, ला स्कोला बी, लियांग जेड, डेवौस्ट बी, राउल्ट डी. प्राकृतिक रूप से संक्रमित बिल्लियों में इंटरएरीथ्रोसाइटिक बार्टोनेला हेन्सेला का इम्यूनोफ्लोरेसेंट डिटेक्शन। जे क्लिन माइक्रोबायोल . 2001;39:2978-2980 । [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
79. कोएसलिंग जे, एबिसचर टी, फाल्च सी, शूलिन आर, डेहियो सी। अत्याधुनिक: इंटरएरीथ्रोसाइटिक माउस रोगजनक बार्टोनेला ग्राहमी द्वारा हेमोट्रोपिक संक्रमण की एंटीबॉडी-मध्यस्थता समाप्ति । जे इम्यूनोल. 2001;167:11-14 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
80. शूलिन आर, सेउबर्ट ए, गिले सी, एट अल। एरिथ्रोसाइट्स का आक्रमण और लगातार इंटरसेल्युलर उपनिवेशण। उभरते रोगजनक बार्टोनेला की एक अनूठी परजीवी रणनीति। जे ऍक्सप मेड. 2001;193:1077-1086 । [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]

81. गुण्टिल एल, वू सीसी, ग्लिकमैन एल, ट्यूरेक जे, स्लेटर एल, होगेनएस्च एच. एक्स्ट्रासेल्युलर बार्टोनेला हेन्सेला और प्रयोगात्मक रूप से संक्रमित बिल्लियों में आर्टिफिशियल इंटरएथ्रोसाइटिक स्पूडोइंक्लूजन । पशुचिकित्सक माइक्रोबायोल । 2000;76:283-290 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
82. बास जेडब्ल्यू, विसेंट जेएम, पर्सन डीए। बार्टोनेला संक्रमण का विस्तारित स्पेक्ट्रम: II. बिल्ली-खरोंच रोग. बाल रोग विशेषज्ञ रोग जे. 1997;16:163-179 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
83. कोर्डिक डीएल, ब्रेइट्सचर्ड्ट ईबी। बार्टोनेला हेन्सेला की इंटर-एरिथ्रोसाइटिक उपस्थिति । जे क्लिन माइक्रोबायोल . 1995;33:1655-1656 . [[पीएमसी मुक्त लेख](#)] [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
84. पुलिघेद्दु एम, गिआघेद्दु ए, जेनुगु एफ, गिआघेद्दु एम, मार्रोसु एफ. मिर्गी बिल्ली खरोंच रोग में पार्शियलिस कॉन्टुआ। जब्ती। 2004;13:191-195 . इरेटम इन: जब्ती। 2006;15:357 । [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
85. रोचा जेएल, पेलेग्रिनो एलएन, रीएला एलवी, मार्टिस एलटी। बिल्ली-खरोंच रोग से संबंधित तीव्र हेमटेरेगिया। ब्रेज़ जे इन्फेक्ट डिस. 2004;8:263-266 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]
86. कॉनराड डीए। बिल्ली-खरोंच रोग का उपचार. कुर राय बाल रोग विशेषज्ञ । 2001;13:56-59 . [[पबमेड](#)] [[गूगल स्कॉलर](#)]