

Adatok az amoebás májtályoghoz.

Írta: Erdélyi László dr. és Máté Károly dr.

Trópusi, szubtrópusi vidékeken gyakoriságánál fogva az amoebás dysenteria okozta solitár májtályognak igen nagy jelentősége van. Ez a betegség gyakran fordul elő Indiában, Indokínában, Kínában, a Fülöp-szigeteken, Észak- és Közép-Afrikában, Egyesült Államok déli részén, Dél-Amerikában, Európa északi részén (Szovjetunió, Norvégia, Németország) és ritkán Angliában. Koreai gyakoriságát mutatja, hogy 10 hónap alatt kórházunkban 20 amoebás májtályogos beteget operáltunk. Eseteink, illetve tapasztalataink megbeszélése előtt célszerű röviden összefoglalni az amoebiásisra és az amoebás májtályogra vonatkozó ismereteinket.

Bélamoebiasis. Az emberi bélben számos amoeba fajta fordulhat elő. Pathogenetikai jelentősége csak az entamoeba hystoliticának van. A betegséget 1878-ban Loesch pétervári orosz orvos írta le először és májtályogból az amoebát, ugyanebben az évben Koch Róbert mutatta ki (Stitt). Néhány évtized telt el, míg az amoeba pathogenetikai szerepe tisztázódott. Az amoebának két megjelenési formája van. Egyik a trophozoita alak, mely a szöveteket oldva submucosusan tályogokat, úregeket képez, ezek egymással összefolyva a jellegzetes dysenteriás bélfekélyeket hozzák létre. A kórokozó csaknem kizárólag a vastagbélben (ascendens, sigma, rectum) telepszik meg, de az utolsó ileum részletben is előfordulhat. Colitises vagy dysenteriás kórképet hozhat létre. Ha a kórokozó a bélfalból kikerül, betokolódik és a másik fő típus, a cysta alak jön létre. Ez a forma a környezettel szemben ellenálló (2—4 hétig életképes), a szokásos vízfertőtlenítő klór koncentráció nem öli meg, másik szervezetbe kerülve megbetegedést okozhat, miután ismét trophozoitává alakul vissza. A fertőzés terjesztésében a forratlan ivóvíz, szennyezett élelmiszer, legyek játszanak főszerepet. A betegség könnyen chronicussá válik. 10 év alatti gyermekeknél igen ritka. A bennszülött lakosság között a morbiditás viszonylag kisebb, mint a külföldieknél. A bél más fertőzései (bacteriális dysenteria, enterocolitisek), étkezési excessusok, alkohol abusus elősegítik a fertőződést, vagy a recidivát, illetőleg a szövődmények kifejlődését. Ezek közül a fontosabbak: bélösszenövések, strikturák, perforáció, peritonitis, májtályog, tüdő-tályog, agytályog, tályog perforáció.

Az amoebás dysenteria leggyakoribb szövődménye a májtályog, mely a betegség prognózisát nagy mértékben rontja. Kartulis adatai szerint 500 amoebás dysenteriás beteg sectioja kapcsán 55 százalékban találtak májtályogot. Kezeletlen vagy elégtelenül kezelt esetekben találkozunk vele a leggyakrabban. Különböző szerzők adatai szerint a májtályog előfordulása amoebás dysenteriás betegeknél 10—30 százalék között ingadozik. Kim Szi Can közlése szerint Koreában a lakosság 5—10 százaléka fertőzött amoebával és az amoebás dysenteriás betegek egy harmadánál lép fel májtályog. A tályog többnyire solitár és hosszabb ideje fennálló fertőzés után fejlődik ki. Előfordul azonban, hogy az anamnézisben nem találunk dysenteriára utaló adatot, sőt azt is leírták, hogy sectionál sem találtak bélelváltozást amoebás májtályog egyes eseteinél. Míg az amoebás dysenteriás betegeknél a férfiak—nők aránya 5:1, addig tályognál 10:1. A ma elfogadott álláspont szerint az amoeba a mesenteriális

Sorszám	Kor	Nem	Felvételei hó	Anamnezisben : dysenteria, has- menés, j. o. mell- kast, májtáji fájd- alom	Lázmenet	Rtg. tünetek (j. o.)	Leuko- cyta- szám	Vvs. súly.	Punctatum laborató- riumi vizs- gálata	Kompli- kációk műtét előtt	Műtét neve	Aplási napok száma
1.	13	fi	III.	dysent. hasm. fájd.	septic.	magas, alig mozgó rekész	13.000	30 mm	nem volt	peritonitis, ileus	laparotomia + tampon	25
2.	33	fi	VII.	dysent. fájd.	38°-ig	magas, nem mozgó rekész	11.000	110 mm	szokásos	∅	lapar. + tam- pon	48
3.	23	fi	VIII.	hasm. fájd.	septic.	magas, reny- hén mozgó rekész	6.200	55 mm	nem volt	perf. a subphr.-ba és bór alá	incis. inter- cost. + drain	27
4.	20	fi	VIII.	dysent. fájd.	subfebr.	neg.	8.000	8 mm	nem volt	∅	" "	23
5.	42	fi	IX.	hasm. fájd.	lázatlan	magasabb, kor- látolt mozgású rekész	4.400	90 mm	szokásos	∅	" "	50
6.	46	fi	IX.	dysent. fájd.	subfebr.	neg.	6.000	106 mm	amoeba: +	perf. pariet. abd.	incis. + tamp.	11
7.	34	nő	IX.	hasm. fájd.	septic.	magas, kor- látolt rekész- mozgás. Inter- lob. exs.	9.000	60 mm	amoeba: +	∅	lapar. + tamp	1 (+)
8.	48	fi	IX.	hasm. fájd.	38°-ig	neg.	5.500	70 mm	nem volt	absc. abd.	lapar. + drain	8 (+)
9.	21	fi	X.	dysent. többször fájd.	septic.	magas, nem mozgó rekész	6.800	90 mm	szokásos	absc. pulm.	incis. inter- cost. + drain	30

10.	34	fi	XI.	hasm. fájd.	subfebr.	neg.	7.000	65 mm	szokásos	Ø	incis. intercost. + drain	25
11.	33	fi	XI.	fájd.	látatlan	magas, renyhény mozgó rekesz	13.000	65 mm	szokásos	abs. subphr.	lapar. + drain	23
12.	43	fi	XI.	dysent. fájd.	néha 38°-ig	magas, renyhén mozgó rekesz	11.000	142 mm	szokásos	Ø	incis. intercost. + drain	21
13.	45	fi	XI.	hasm. fájd.	látatlan	magas, nem mozgó rekesz	8.100	30 mm	szokásos	Ø	incis. intercost. + drain	82
14.	21	fi	XI.	hasm. fájd.	septic.	kissé magasabb rekeszállás	7.400	85 mm	szokásos epés	absc. abd.	lapar. + drain	45
15.	38	fi	XII.	dysent. fájd.	septic.	magas, alig mozgó rekesz	8.400	20 mm	szokásos	Ø	lapar. + drain	52
16.	27	fi	XII.	hasm. fájd.	septic.	magas, nem mozgó rekesz	12.600	85 mm	amoeba: +	Ø	incis. intercost. + drain	kezelés alatt
17.	33	if	XII.	fájd.	septic.	magas, nem mozgó rekesz	4.500	70 mm	amoeba: +	absc. subphr.	lapar. + drain	46
18.	45	fi	XII.	fájd.	septic.	neg.	4.000	120 mm	amoeba: +	Ø	incis. intercost. + drain	27
19.	55	fi	I.	hasm. fájd.	subfebr.	magas, nem mozgó rekesz	5.400	130 mm	szokásos	Ø	pleura előzetes kivarrása	kezelés alatt
20.	33	fi	I.	fájd.	septic.	magas, alig mozgó rekesz	12.400	66 mm	szokásos	absc. subphr.	incis. intercost. + drain	„
											lapar. + drain	„

venák és a vena portae keresztül — tehát a véráram útján — jut a bélfekélyből a májba. Ez megfelelő magyarázatot ad arra is, hogy a tályog kb. 75 százaléka a máj jobb lebenyében helyezkedik el, közel a felszínhez. Van olyan feltevés is, mely szerint az amoeba kijut a szabad hasüregbe és a colon felszínén aktív mozgással jut el a májig. Ezzel próbálják magyarázni egyesek, hogy ritkán a tályog a máj alsó és elülső felszínén helyezkedik el. Az előző és sokkal valószínűbbnek látszó feltevés mellett szól az is, hogy előfordulhat az amoebás májtályog fertőzöttsége egyéb kórokozóval, mely szintén a vena portae útján juthat a májba.

Ha a kórokozó a májba kerül, ott körülírt hystolitikus folyamatot és gyulladást indít meg. Az esetek egy részében ez a folyamat először úgynevezett praesuppuratív hepatitis képeben zajlik le. A hepatitis megfelelő specifikus és általános kezelésre teljesen meggyógyulhat. Kezeletlen, vagy elégtelenül kezelt esetekben beolvadás jön létre és kialakul a solitár vagy ritkán multiplex májtályog. Mi két ilyen praesuppuratív stádiumban lévő hepatitiszt észleltünk, mindkettő beolvadás nélkül gyógyult. A diagnózist az anamnesis, az általános és székletvizsgálat, egyik esetben májpunctio, másik esetben májexcisio bizonyította.

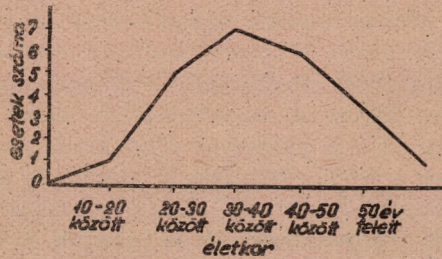
A májtályogra vonatkozó részletesebb ismereteinket a továbbiakban saját észleléseink és a világirodalmi adatok összehasonlítása alapján kívánjuk tárgyalni.

Anamnestikus adatok. A májtályog annyira tünetmentesen fejlődhet ki, hogy rupturája, perforációja lehet a betegség első komoly jele. Az esetek többségében azonban az anamnesisben rövidebb-hosszabb ideig tartó, főleg hasi panaszokat találunk. Az általános tünetek közül az étvágytalanság, bizonytalan jellegű gyomorpanaszok, fáradékonyság, és rossz közérzet szerepel. Az esetek többségében a beteg beszámol dysenteriáról, vagy legalábbis hosszabb ideig tartó hasmenésről. Húsz esetünk közül ez az adat csak néhányban hiányzott (1. táblázat). Minden beteg anamnesisében szerepel a fájdalom, melyre jellemző, hogy állandó és igen intenzív. Lokalizációja az esetek többségében a májtájéék, vagy annak körülírt része, de elég gyakori a jobb mellkasfél és főleg a jobb scapulatájék fájdalmassága is. Ugyancsak minden beteg, mint panaszt említi, hogy nagyobbnak érzi a máját. A betegek kb. fele panaszkozik köhögéssről, fulladás érzésről.

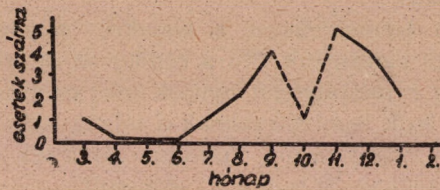
A *klinikai tünetek* közül a legjellemzőbb a rendkívül nyomásérzékeny és megnagyobbodott máj. Legtöbb esetben a máj felfelé is, lefelé is megnagyobbodik, tömött tapintatú. A jobb mellkasfél légzési kitérése kisebb, kopogtatásnál magas rekeszállást találunk, a diaphragma fixált vagy renyhén mozog. A májduzzanat olyan méretű lehet, hogy a hasat, sőt a bordaívet is elődomborítja. Az esetek többségében kisebb-nagyobb fokú leromlást találunk. A *lázmenet* nem jellemző. Kétségtelen az, hogy a májtályog kialakulásakor a hidegrázás és a láz gyakori, későbbi időszakban azonban még kezeletlen esetekben is elég gyakran találkozunk subfebrilis, sőt teljesen lázmentes állapottal. Eseteink felében a lázmenet septikus jellegű volt. Ezek általában a súlyosabbak voltak. Már itt utalunk arra, hogy eredményes műtéti és gyógyszeres kezelésre 10 napon belül a septikus láz lytikus oldódását láttuk.

Lépmegnagyobbodás májtályognál nincs. Keringési zavar csak egyes súlyosabb septikus esetekben volt. Pleuritist csak egy betegnél észleltünk. Icterust egyszer sem találtunk. Adataink általában az irodalmi adatokkal megegyezők (*Manson—Bahr, Brown, Chen, Cort*).

Kórházunkban 1955. március és 1956. február között 20 olyan beteget operáltunk, akiknél gyakorlatilag biztos volt a májtályog amoebás eredete. A betegek közül 2 halt meg a műtét utáni első, illetőleg nyolcadik napon. A már gyógyult esetek közül 9 beteg 30 napon belül (legrövidebb 11 nap), 7 beteg pedig 30 napon túl gyógyult (leghosszabb 82 nap). 20 eset közül csupán egy nő volt. Világirodalmi adatok szerint 20 és 40 év között leggyakoribb a májtályog. Eseteink közel egyharmada volt 40 évnél idősebb (3. sz. ábra).



Az évszakos megoszlás jellemzően mutatja, hogy a májtályog a fertőzés vagy recidiva után kb. 2—4 hónappal alakul ki (4. sz. ábra). A nyári hónapok után fokozatosan emelkedik a jelentkező tályogos betegek száma, az év végén éri el a tetőpontot és a koratavaszi hónapokban újra csökken.



A májtályog kezelése a sebész feladata, azonban megfelelő belgyógyászati, illetve gyógyszeres kezelés is szükséges. Az amoebás hepatitis — tehát a prae-suppuratív stadium — gyógyszeres kezeléssel meggyógyítható, de kialakult tályognál ez nem lehetséges. Ezenkívül az irodalmi utalások és saját tapasztalataink alapján is szükséges a megfelelő műtéti előkészítés, hogy a beteget lehetőleg detoxicáljuk, láztalanná tegyük és amennyire lehetséges, felerősítsük műtét előtt. Ezáltal a gyógyulás gyorsabb és valószínűbbé válik. A konzervatív kezelésben a jódtartalmú gyógyszerek (Yatren, Enterovioform, a magyar gyártmányú dyscural), valamint az emetin specifikusan hatnak. Általában előbbiekből 3x1 tablettát adunk 10—12 napig és extraenteralis fertőzőeszkor emetin injecciót (napi adag 0,06 gramm). Szovjet szerzők ugyanezeket a gyógyszereket négy, három napos ciklusban adják úgy, hogy közben 4—4 nap szünetet tartanak (*Balgyna*). Az emetinnek toxicus mellékhatásai lehetnek: hányinger, hányás, hasmenés, általános vagy localisált izomgyengeség, collapsus. Gyerekeknek, szívbetegeknek lehetőleg ne adjuk. Újabban emetin helyett chloroquint adnak, mely igen jó hatása mellett nem is toxicus. Adagja 2 napig napi egy gramm, utána három hétig napi fél gramm. Ezek mellett penicillint és streptomycint adunk a vegyes fertőzés lehetősége miatt. Fontos az általános kezelés: vitaminnok adása, só és vízháztartás egyensúlyba hozása, transfúziók.

A műtét megválasztásában igyekeztünk a lehető legkisebb beavatkozást végezni és ezért előzőleg a tályogot pontosan lokalizáltuk. A behatolás lehetőség szerint a tályog elhelyezkedésének megfelelően történt (intercostalis, vagy hasi). A lokalizációnál segít a röntgenvizsgálat és a punctio, melyet minden operált betegünkön elvégeztünk a műtét előtt. Punctiót csak osztályon elhelyezett betegnél helyes végezni, mert nem veszélytelen és fel kell készülni arra, hogy esetleg közvetlenül utána műtét szükséges. A punctiót bordaközben csak összenőtt pleurák mellett szabad végezni empyema veszélye miatt. Ha a tályog elől fekszik, a has felől pungálunk, mindig a bordaív alatt, mert különben nagyobb májsérülést okozhatunk. A punctio általában arról ad felvilágosítást, hogy van-e genny a punctio helyén, mert a zárt tályogban az amoeba ritkán mutatható ki. A májtályog feltárása a lokalizáció helye szerint történik. Így a hátul és a felül elhelyezkedő tályognál, a sebphreniumba tört tályognál a hátsó hónaljvonalban a IX—XI-ik bordaközben hatolunk be. Ha az intercostalis rés szűk, kis bordaresectiót is végzünk. Ezután punctióval ismét meggyőződünk a tályog helyéről, majd trókérral behatolunk és ezen keresztül gumi-draint vezetünk be. Az elől elhelyezkedő tályogoknál a behatolás paramedian transrectalis. A további technika azonos. A drain-cső végét szabadon hagyjuk, a bőrhöz rögzítjük. A feltárást lehetőleg kis metszéssel csináljuk a lehető legkisebb májsérülést okozva. Utókezelésnél, ha sok a genny, a tályogüreget időnként átöblítjük physiologiás konyhasó oldattal, vagy enyhe fertőtlenítő oldattal (pl. polytricinnel).

Perforáció esetén természetesen a kialakult tályogot kell megnyitni, a májtályog ürülését így biztosítjuk. Ha a tüdőbe is áttört a tályog, jobb megoldásnak látszik, hogy a májtályogot nyitjuk meg és azon keresztül draináljuk a tüdőtályogot. Így látszik legbiztosabbnak a tályog kiürülése. Mi egy esetünkben mindkét tályogot megnyitottuk, felváltva szivattuk és így biztosítottuk a teljes ürülést. Ez a betegünk 30 nap alatt gyógyult.

Összefoglalás: Az irodalmi adatok és eseteink tapasztalata alapján tehát a kérdést röviden a következőkben foglalhatjuk össze. Az amoebás dysenteria trópusi és subtrópusi vidékeken, így Koreában is gyakori megbetegedés. Kezletlen vagy elégtelenül kezelt esetekben leggyakoribb és igen veszedelmes szövődmény a májtályog. Kiderítetlen septikus lázas állapotokban, indokolatlan leromlás esetén, gondolnunk kell rá.

A felismerésben fő segítségünk a jó anamnezis, a klinikai vizsgálatok, a röntgen és döntő a pozitív punctió's lelet. A kialakult tályog kezelése sebészi, azonban fontos a pontos lokalizálás és a jó előkészítés. A műtéttel lehetőleg várunk, míg a beteg detoxikált és láztalan lesz.

E helyen is megköszönjük Rostás Juditnak a laboratóriumi anyagok gondos feldolgozását.

IRODALOM:

A. J. Balgyina: Szovjetszkaja Medicina. 1949, 4, 17. — P. S. Brown, C. H. Hodgson: Am. J. Med. Sci. 1938, 196, 305. — P. W. Brown, C. H. Hodgson: Liver Abscess. J. A. M. A. 1938. — S. M. Chen, G. W. Van Gorder, J. K. Juan: Amoebic Abscess of the Liver. Nat. Med. J. China. 1931, 17, 393. — E. C. Cort: J. A. M. A. 1928, 90, 200. — Kim Szi Can: Csoszon Uszja. 1955, 7. — P. H. Manson—Bahr: The dysenteric Disorders. 1939. — E. R. Stitt: Diagnosis, prevention and treatment of Tropical Diseases, 1943. The Blakiston Company. Philadelphia.

Д-р Л. Эрдейи и д-р К. Матэ:

ДАННЫЕ К АМЕБНОМУ АБСЦЕССУ ПЕЧЕНИ

На основе литературных данных и собственных наблюдений вопрос подытоживается авторами следующим образом. Амебная дизентерия является частным заболеванием на тропических и субтропических территориях, напр. в Коре. В совсем не или недостаточно лечебных случаях наиболее частым и опасным осложнением является абсцесс печени. На это можно подозревать при неясных септических лихорадочных состояниях, в случае немотивированного ухудшения.

При установлении диагноза наибольшую помощь дают хороший анализ, клинические исследования, рентген и решительным образом позитивный результат пункции. Оформленный абсцесс решается хирургически, однако большое значение имеют точная локализация и хорошая подготовка операции. Последняя производится лишь тогда, когда больной находится в детоксикационном и безлихорадочном состоянии.

Dr. L. Erdélyi und Dr. K. Máté:

BEITRÄGE ZUR KLINIK DES AMOEBENABSZESSES DER LEBER.

Auf Grund von Literaturangaben und eigener Erfahrungen werden folgende Feststellungen gemacht:

Die Amoebendysenterie kommt in tropischen und subtropischen Gegenden, unter anderen auch in Korea, häufig vor. Als häufigste und gefährlichste Komplikation kann bei den unbehandelten, bzw. unzureichen behandelten Fällen der Leberabszess angesehen werden. Diese Möglichkeit sollte bei allen ungeklärten septischen Zuständen, sowie bei scheinbar unbegründeter Verschlechterung des Allgemeinzustandes in betracht gezogen werden.

Zur Diagnose führt auch hier die gute Anamnese, die klinische und Röntgenuntersuchung. Von entscheidender Bedeutung ist der positive Punktionsbefund. Die Behandlung des Abszesses ist chirurgisch, wozu eine gute Lokalisierung und Vorbereitung notwendig ist. Der Eingriff soll womöglich nach der Entfieberung erfolgen.

További adatok a haemorrhagias nephroso-nephritis hazai előfordulásához*

Írta: **Losonczy György** dr. orvosalezredes, **Nikodémusz István** dr. orvos-
őrnagy, **Ormay László** dr. orvosszázados, **Rostás György** dr. orvosszázados
és **Aradi Mátyás** tudományos kutató.

A haemorrhagias nephroso-nephritist (h. n. n.) hazánkban először 1953-ban írták le Vas és Máté (1), továbbá Trencsényi, Keleti és munkatársaik (2). 1954-ben hasonló jellegű járványok léptek fel, ezért az év őszén a leginkább járvány-sújtotta területre nagyobb arányú kiszállást szerveztünk, hogy a betegséggel kapcsolatos környezetet kismélységben és parazita faunáját felderítsük és ennek alapján a lehetőségek szerint a betegség etiológiájával és patogenezisével kapcsolatban adatokat gyűjtsünk.

Ennek a kiszállásnak az eredményeit a Katonaorvosi Szemle 1955. májusi számában részletesen ismertettük [Keleti, Ormay, Lóránd, Losonczy (3); Szunyoghy (4); Balogh, Rostás (5); Nikodémusz, Ormay (6); Haranghy, Dévai, Kovács (7); Babos, Derzsy (8)], ezért ezekre itt most nem térünk ki. Utalnunk kell azonban arra, hogy a kismélységben és parazitafauna tekintetében jelentős hasonlatosságot tapasztaltunk saját adataink, valamint amerikai szerzők (9) által a koreai járványterületen végzett gyűjtés adatai között. Ez az úgynevezett ökológiai vikariálás néven ismert jelenség (egy genuszba tartozó, de különböző specieszű állatok helyettesítik egymást) arra utal, hogy a h. n. n. előfordulása egy meglehetősen körülírt faunához mint feltételhez van kötve, ami egyúttal az ilyen környezeti összetétel esetén a fellépés lehetőségét, valószínűségét is magában hordja. Az ökológiai vikariálást igazoló legfontosabb adatokat az I. sz. táblázatban foglaltuk össze.

Az 1954 őszi kiszállás a járványkörzet tanulmányozása szempontjából azonban csak pillanatfelvételt jelentett, ezért szükségessé vált, hogy az 1955. évben meghatározott évszakokban újabb adatgyűjtéseket végezzünk. Előljáróban megjegyezzük, hogy ezeket a további kiszállásokat minden esetben gyakorlatilag azonos, nagy számú csapdával és azonos gyakorlottságú személyekkel szerveztük meg, az eljárás egyöntetűségének biztosítása végett.

Első kiszállásunkat az úgy a hazai, mint külföldi adatok szerint (9) járványmentes kora tavaszi időszakban, március közepén hajtottuk végre. Öt gyűjtési nap alatt mindössze 5 db *Apodemus flavicollis*-t sikerült találnunk, amelyekről 10 db *Laelaps* atkát szedtünk le. E jellegzetesen megbetegedésmentes időszakban tehát valóban a feltűnően kis rágcsaló- és parazitaszám volt igazolható.

* A Magyar Mikrobiológiai Társaság 1955. nov. 3-i Kongresszusán elhangzott előadás nyomán.

A röntgentünetek nagyon jellemzőek. A jobb rekesz magasan áll, fixált, vagy renyhén mozog. Az esetek egy részében a tályog elhelyezkedésének megfelelő bedomborodás jól látható. Ezek a tünetek csak akkor hiányoznak, ha a tályog a máj elülső vagy alsó felszínén helyezkedik el. Az üres hasi átvilágításnál természetesen a máj megnagyobbodása is jól látszik. A subphreniumba való ruptura esetén az ennek megfelelő röntgen eltérés található. Pontos lokalizálás céljából a májpunctionál levegő vagy kontrasztanyag befecskendezésével tájékozódhatunk a tályog elhelyezkedéséről és nagyságáról.

Laboratóriumi leletek. Leukocytosis csak eseteink közel felében volt, de általában nem haladta meg a 15.000-et. A vvs. süllyedés viszont egy eset kivételével (8 mm) emelkedett és csak három esetben volt 50 mm alatt (1. táblázat). A punctióval vagy feltárással nyert genny ugyancsak jellemző. A genny lehet sűrű (kisebb tályog) vagy híg (nagyobb tályog), sárgás vagy barnászötös színű. Ez utóbbi a gyakoribb. Lehet zöldes színű a hozzákeveredett epétől. A gennyet mindig natív eosinos készítményben (az amoeba kimutatására) és fixált, festett készítményben vizsgáljuk (egyéb esetlegesen meglévő alakelemek kimutatására). Mikroszkópos vizsgálattal leukocyta nem, vagy csak igen kevés látható. Sok leukocyta vegyes fertőzésre utal. Ezenkívül felpuffadt, degenerált májsejtek, szövettörmelék, zsírcseppek, vörösvérsejtek, cholesterin és Charcot—Leydenkristályok láthatók a kenetben. Ezt jelöljük az 1. táblázatban „szokásos” leletnek. Amoeba rendszerint csak a feltárást követően 3—5 nap múlva mutatható ki, amikor már levegő jutott be a drain-csővön. Az amoeba addig az ép májszövet határára helyezkedik el, mivel életfeltétele az oxigén. Vegyes fertőzésnél a megfelelő baktériumok is láthatók.

Differenciális diagnosztikai szempontból fontosabb májbetegségek adatait a 2. táblázatban foglaljuk össze. A cirrhosis okozta májmegbetegedés elkülönítése nem szokott nehézséget okozni. A paragonimus Westermanni által okozott májduzzanat és gyulladás klinikailag nagyon hasonló lehet és elkülönítés szempontjából gondolni kell rá distoma endémiás vidéken. A differenciálás a jellemző tüdőlelet és a kórokozók kimutatása útján történik. A klinikai tünetek bizonyos fokú hasonlósága miatt a pleuritis exsudativa l. d. és a jobb alsó tüdőlebeny abscessusa is szóba jöhet differenciális diagnosztikus szempontból.

A májtályog szövödményei. A kezeletlen tályog növekszik, rupturálhat, perforálhat. Mivel a tályog leggyakoribb localisatiója a máj jobb lebenyének felső-hátsó része, ennek megfelelően az áttörés a subphreniumba, a pleura ürbe, vagy a jobb tüdő alsó lebenyébe történik. Az elől és alul elhelyezkedő tályogok a hasüregbe, vagy a hasüri szervekbe törhetnek át. Így előzetes összenövések után a hasüri tályog, szabad perforáció esetén pedig mindig halálos kimenetelű diffus peritonitis keletkezik. Leírtak már perforációt gyomorba, bélbe, vesébe, vena cava inferiorba, epevezetékbe, pericardiumzsákba. Szerencsés esetben bőr alá is perforálhat a tályog. Kórházunkban észleltünk egy olyan halálos kimenetelű szövödményt, melyhez hasonlót a rendelkezésünkre álló irodalom nem említ. Érdekessége miatt röviden közöljük.

34 éves férfit, felvételét megelőzően fél évvel egy másik kórházban májtályog miatt operálták. Felvételekor tályog recidiva tünetei észlelhetők. A beteg a szokásos műtéti előkészítést kapta a belső tályogban. Bentfekvése hatodik napján a beteg meghalt, anélkül, hogy szobatársai vagy a nővér észrevette volna. Sectiós lelet: a májban kb. gyermekfejnyi tályogüreg gennyes, véres tartalommal. Több nyitott érlumen. A vérzés betört a ductus hepaticusba az epehólyag, epeutak, a vékony és részben a vastagbél vérrrel telt. A beteg tehát a ductus choledochuson keresztül elvérzett a bélbe.