

LÉPKIIRTÁSOK BANTI-KÓR ÉS BANTI-SYNDROMA ESETEIBEN.*

Írták: BORSAY JÁNOS dr. klinikai tanársegéd és BÉRCZY GYÖRGY orvostanhallgató.

A Banti-kór a tropikus és subtropikus égöv alatt, főleg a Földközi-tenger partországaiban gyakran észlelt megbetegedés. Szórványosan előforduló eseteivel azonban Magyarország területén is találkozunk. *Haynal* 1945-ben megjelent közleményében ellenőrizve a Banti-kór magyar irodalmát, 5 biztos és 2 kétes esetről számol be és azt írja, hogy a Délvidéken és Erdélyben a Banti-kór esetek nagyobb számban fordulnak elő, mint a Nagy-Magyar-Alföldön. *Haynalt* látszik igazolni az az adatunk, hogy Banti-kóros betegünk erdélyi születésű volt.

Banti 1894-ben írta le a róla elnevezett kórképet „Splenomegalia májcirrhosisal” címen. Szerinte főleg fiatal emberek betegednek meg s bár a fertőzések eredetét nem tartja kizártnak, egyik legfontosabb tünete, hogy kórszármazását nem ismerjük. A betegség kifejezetten idült lefolyású és klinikájában évekre, esetleg évtizedekre terjedő időszakok különböztethetők meg. Az általánosan használt anaemia splenica megjelölés az első időszak tüneteit öleli fel; az anaemia nem nagyfokú és jellemző az alacsony festődési index, a feltűnően nagy lép, amelynek felszíne síma, kemény, fájdalomtalan. A beteg panaszai ebben a szakban inkább általános jellegűek; gyengeség, fáradékonyság, orrvérzés. A második időszak rendszerint rövidebb, esetleg csak néhány hónapig tart és a májmegnagyobbodás dominálja. Az addig sápadt beteg színe piszkos-barnássá válik, a vizelet mennyisége megfogy, színe sötét, benne urobilinogen jelenik meg, sőt néha bilirubin is. A beteg panaszai ebben a szakban főleg a gyomor-bélrendszerre vonatkoznak; dyspepsia, hasmenés stb. A harmadik időszakban a megnagyobbodott máj zsugorodik és atrophias cirrhosis fejlődik ki ascitissal és icterussal. A betegségnek ebben az egy-másfél évig tartó szakában a betegek leromlanak, és vagy kachexia, vagy

* A szegedi Orvosszakszervezet tudományos ülésén 1947. június 6-án tartott előadás nyomán.

májelégtelesség, gyakran intercurrentis megbetegedés következtében elpusztulnak.

A máj szövettani vizsgálata *Banti* szerint a májsejtek torzulását és sorvadását mutatja. Állandó pathológiai elváltozás az interlobularis kötőszövet megszaporodása. A lép szöveti elváltozásaira jellemző az, hogy a Malpighi tüszők megfogytak, a centralis arteriola fala megvastagodott, a környező szövet fibrosus nyálábokból áll. A pulpában a normális adenoid szövet helyét szabálytalan, vastag, széles, szalagszerű és fibrilláris rostokból álló kötőszöveti hálózat foglalja el, melyet *Banti* a fibroadenia elnevezéssel jelölt meg.

E betegség klasszikus leírása óta számos közlemény jelent meg, melyek a tünettant kiszélesítették, mások figyelmen kívül hagyták a *Banti* által megállapított szöveti kritériumokat és teljeszűrzavart támasztottak. E miatt egyesek a *Banti*-kór létezését, mások önállóságát vonták kétségbe (*Cardarelli, Senator, v. Bergmann* stb.). *Moravitz* és *Eppinger* Középeurópában való előfordulását tagadják. Kiderült, hogy ismert kórszármazású betegségek lefolyhatnak *Banti*-kór képében (familiaris májcirrhosis, *Bastai*). *Chiari, Marchand, Cavazzani* és mások a veleszületett vagy szerzett lues szerepét állapították meg eseteikben. A nápolyi pathológiai iskola a málariának tulajdonít szerepet, míg mások a megelőző hurutos sárgaság, vagy az alkat (*Galdi*), vagy a fehérjeanyagcsere-zavar (*Unger*) jelentőségéről írnak. A tünettana bővült: leucopenia (*Senator*), eosinophilia (*De Marchis*), egyes esetekben thrombocytopenia, más esetekben thrombocytosis (*Rosenthal*), s főleg a harmadik időszakban a vérzések (nyelőcső, gyomor).

A lép és máj szövettani elváltozásait maga *Banti* sem tartotta specifikusnak és ezt a későbbi vizsgálók is megerősítették. Érthető tehát, hogy *Cesa Bianchi* és *Cellina* azt ajánlották, hogy *Banti*-kór helyett a tágabb értelmezésű ismert és ismeretlen kórszármazású, congestiv és sclerotikus splenomegaliákat is magában foglaló *Banti*-syndroma kifejezést használjuk. *Haynal* szerint az látszik helyesnek, ha *Banti* utasításának megfelelően az ismert kórszármazással nem bíró általa klinikailag, pathológiailag jól jellemzett kórképeket *Banti*-féle kórnak, vagy *Banti*-féle betegségnek nevezzük, s az ismert kórszármazással bíró (lues, málária, máltai láz stb.) hasonló kórképeket, s a congestiv splenomegaliákat, melyek a *Banti*-féle kórhoz hasonlítanak, de tőle elkülöníthetők. *Banti*-féle syndromának.

A kérdés jelenlegi helyzetét a pathológus szemével megvilágítandó, idézzük *Haranghyt*: „A *Banti*-kór részben klinikai, rész-

ben szövettani fogalom, amelynek önállóságát egyrészt a klinikai megfigyelés, másrészt a szövettani vizsgálat adatai biztosítják. Jellegzetes hepatolienalis megbetegedésnek tarthatjuk és úgy magyarázhatjuk, hogy a kórtüneteket kiváltó tényező egyidejűleg hat a májra, lépére és a csontvelőre s a kialakuló megbetegedést, vagy tünetsoportot a nevezett szervek functionalis egységének sajátos korrelációs zavara magyarázza.“



1. ábra.

I. eset: N. J. 22 éves, szilágynagyfalusi születésű (Szilágym.), jelenleg makói lakos, földműves. 1947 III. 6-án vétetett fel a szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Diagnosztikai klinikájára, ahonnan 1947 IV. 11-én tétetett át a Sebészeti klinikára. Szülei élnek, egészségesek. Hat testvére él, egészséges, egy meghalt. Gyermekbetegségekre nem emlékezik. Gyermekkorá óta igen gyakran volt gyomorrontása és hasmenése. Maláriáról, vagy más megbetegedésekről nem tud. Venereás megbetegedéseket negál. Nem dohányzik, alkoholt nem fogyaszt.

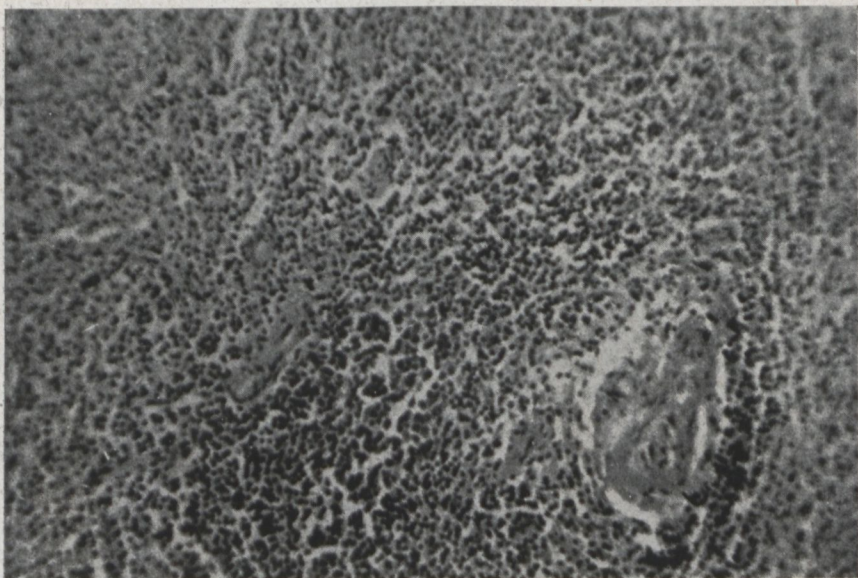
Jelen betegségét 16 éves korában fedezte fel, mikor véletlenül tojásnyi daganatot tapintott hasában. Emlékezik, hogy kb. 20 éves korában ez a daganat a tenyerét kitöltötte. A gyakori, hetente, néha naponta megismétlődő orrvérzésen kívül más panasza nem volt. Kb. fél év óta sápadt, gyengül, erős munka közben, vagy sietéskor fullad. Pár hete fájdalmai voltak a bal bordaív alatt. Bár étvágya volt, egyszerre csak keveset tudott enni. Néhányszor hányingere volt. Lázasnak nem érezte magát. Széklet, vizelet rendben.

Jelen állapot: közep magas, sovány, szőke férfi. Bőre és látható nyálkahártyái halványak. Bőre pigmentszegény, hámló. Nyirokmirigyek nem tapintathatók. A bal rekesz magasabban áll. Tüdők felett érdes légzés, sípolás-bűgás.

Szívcsúcs a IV. bal bordaközben, fél harántujjal a medioclaviculáris vonalon kívül. Aorta felett halk systolés zöreje. Pulsus feszes, percenként 66, vérnyomás 160/90 Hg.mm.

Has assymetriás, a bal epigastrium kitöltött. Máj nem tapintható. A lép felső határa a VII. borda magasságában van, lefelé két harántujjal terjed a köldök alá, befelé két harántujjal ér a középvonalon túl. Szabad hasúri folyadék nem észlelhető. Idegrendszer eltérés nélkül.

Vizsgálati lelete: vizeletben urobilinogen +, egyébként negatív. Wassermann, Küss, Meinicke reactio negatív. Vérvék: Vvt.: 4,200.000. Hgb.: 58%. Fvs.: 4200. Qualitatív vérvék: fiatal-magvú: 0, pálcikamagvú: 0, segmentált magvú 66%. Eosinophil: 5%, basophil: 0, monocyta: 3%, lymphocyta: 26%. Vörösvértestsüllyedés: 17 mm. 1 óra alatt Westergreen szerint. Takata reactio: ++++. Próbareggeli: histamin refracter anacid. Tejsav negatív. Maradék nitrogen: 44 mgr.%. Thrombocyta szám: 134.000. Alvadási idő 6 perc. Vvt. resistentia: 0.46—0.28% NaCl.



2. ábra.

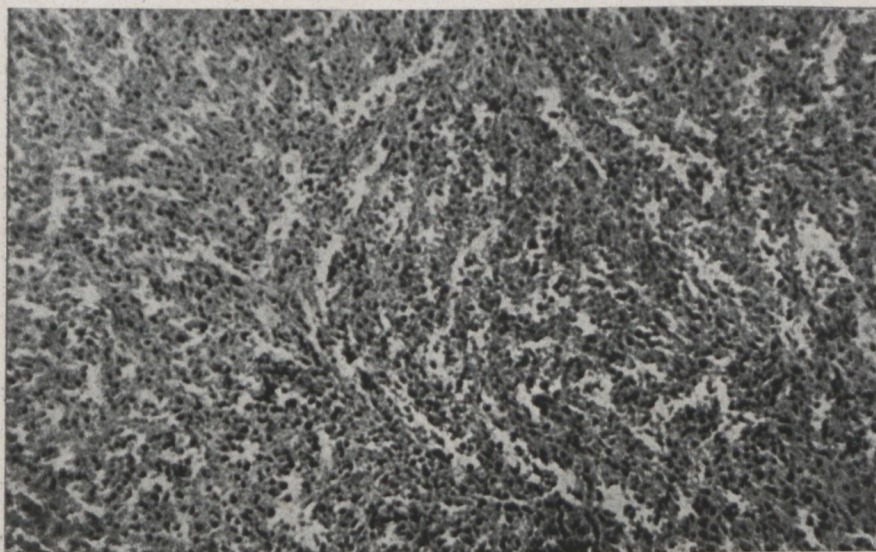
IV. 13. Próbakimetszés a lépből.

IV. 25. Vvt.: 3,500.000. Hgb.: 55%. Fvs.: 4000. Qualitatív vérvék: fi: 2%, pá.: 43%, se.: 27%, ly.: 20%, mo.: 2%.

Műtét 1947. IV. 17-én (dr. Prochnow): behatolás baloldali pararectalis metszésből a bordaívtól kiindulólág kb. 20 cm. hosszúságban. A hasüreg megnyitása után kiderül, hogy az emberfejnyi lép (1. ábra) teljesen kitölti a bal rekeszalatti tájat, részint szálagosan, részint lapszerint összenőtt a környezettel. Az összenövés oldása után sikerül a lépet kissé kiemelni és a hilst láthatóvá tenni. Nagy tágult vénák, két artéria lekötése után a lépet eltávolítjuk. A máj nem haladja meg a bordaívet, síma felszínű, színe normális, tapintata parenchymás. Réteges hasfalvarrat.

A beteg a műtétet jól tűrte. Megelőző napon 350 ccm., a műtét alatt 400 ccm., a műtét utáni napon 300 ccm. vért kapott.

A kiírtott lép kórszövettani lelete (Prof. Dr. Korpássy) a következő (2., 3., 4. ábra): 1090 gr. súlyú, $22 \times 13 \times 6$ cm. méretű lép küldetett be vizsgálatra. Felszíne síma, tokja nincs megvastagodva. Átmetszete barnás-vörös. A trabeculák megvastagodottnak látszanak. Szövettani vizsgálatra több részletet vágunk ki (festés: haem.-co., van Gieson, Mallory, Foot.). A görcsövi készítményekben csupán szórványosan találunk folliculusokat és azok is feltűnően kicsinyek. A folliculus artériákat néhol köpenyszerűen vastkos kötőszöveti nyálbók veszik körül, lumenük megszűkül. Jelentősen megvastagodott a pulpa reticuluma, a cavernosus vénák megszűkülésével, ezekben vörösvértestek és kissé duzzadt, levált sinusendothelsejtek. A pulpa eléggé sejtzegény, benne lymphocyták mellett szórványosan eosinophil sejtek is megfigyelhetők. A kötőszövetes gerendák kissé kiszélesedtek. A leírt szövettani kép Banti-kór felvételének nem mond ellent. Dg.: fibroadenia lienis.



3. ábra.

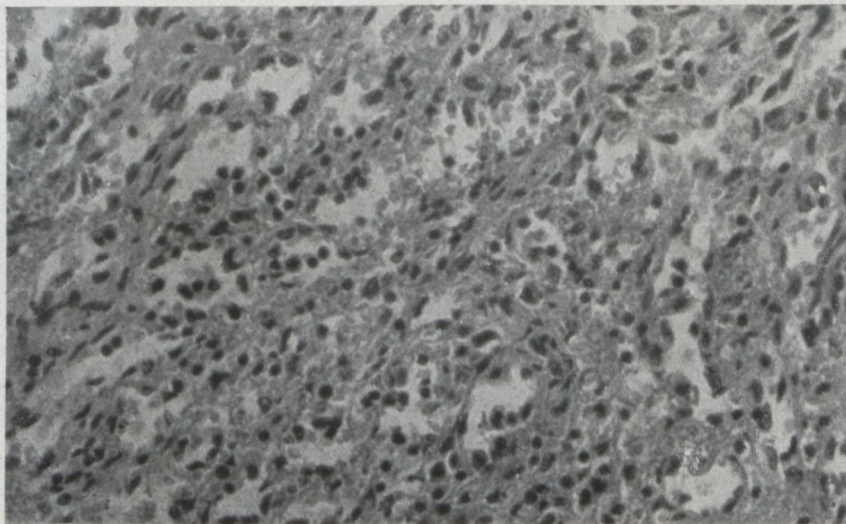
2. eset.: L. A. 14 éves, szegedi születésű és ugyanott lakó iskolai tanuló. 1945. IX. 25-től X. 16-ig feküdt a szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Diagnosztikai klinikáján kivizsgálás alatt. 1945. X. 18-án vettük fel a sebészeti klinikára műtét céljából. Szülei élnek, egészségesek. Egy bátyja él, egészséges; két fiú és egy leány testvére halva született. Mikor édesanyja vele teherben volt, VII. hónapig injectio kezelésben részesült a helybeli OTI-ban. Gyermekbetegség: bárányhimlő. Egy évvel felvétele előtt gyakori, orrfűvás után jelentkező orrvérzése volt. Három-négy hét óta gyenge és lázas, étkezés utáni gyomortáji fájdalomokról panaszskodik. Fogyott, hasmenései voltak.

Jelen állapot: közepesen fejlett és táplált leánybeteg. Bőre és látható nyálkahártyái halványak. Icterus, oedema, cyanosis nem észlelhető. A magasabb rekeszállástól eltekintve tüdők és szív részéről kóros eltérés nincs. Has igen elödomborodó, benne szabad folyadék. A máj nem tapintható. A lép-tömpulat felső határa a VII. borda alsó szélé. Lefelé a csípőtővisig ér, befelé eléri a kö-zépvonalat. Idegrendszeri eltérés nincs.

Vizsgálati leletek: vizeletben urobilinogen ++, egyébként negatív. Vvt.: 3.610.000. Hgb.: 88%. Fvs.: 4000. Qualitativ vérvkép: fi.: 0 pá.: 8%, se.: 57%, eo.: 6%, ba.: 0, mo.: 4%, ly.: 25%. Vörösvértestsüllyedés: 10 mm. 1 óra alatt Westergreen szerint. Haspunctio: Rivalta negatív. Wassermann, Kíss-reactio negatív.

A műtét előtti napon haspunctio: kb. két liter ascites folyadékot bocsájtunk le.

Műtét: 1945. X. 20-án aether narcosisban (dr. Prochnow): behatolás transrectalis metszésből kb. 30 cm. hosszúságban. A peritoneum megnyitása után kiderül, hogy az emberfejjyre megnőtt lép kitölti a bal rekeszküpot. Előre, léfelé terjedve eléri a középvonalat. Luxatiója után lekötjük a hílusban futó artériát és vénát, majd a cseplesz összenövéseket oldjuk. Így sikerül a lépét vérzés nélkül eltávolítani. A hasüregben közepes mennyiségű, tiszta transsudatum. A máj kicsi, göbös felszínű, szívós tapintatú. Pontos vérzéscsillapítás, sebzárás. A műtét után 300 ccm. vért transfundálunk.



4. ábra.

Zavartalan műtét utáni kórlefolyás, per primam gyógyulás. A műtét utáni 14. napon haspunctio: kb. más-fél liter ascites folyadékot bocsájtottunk le.

Kórszövettani lelet (dr. Degrell): a lép súlya 128 gr., nagysága $24 \times 17 \times 7$ cm., felszíne síma, metszlapja vöröses, szederjes, egynemű, kaparékot nem ad. A hílusi nyirokcsomók babnyira, diónyira megnagyobbodottak. Szövettanilag megállapítható, hogy a lép folliculusai megkevesbbedtek, igen kis számban találhatóak. A trabeculák megvastagodtak, kötegekben helyezkednek el, sok helyen kötőszöveti nyalábok láthatók. A pulpa is sejtsegregény, a kötőszövet javára megfogyott. Előfordulnak nagyszámban haemosiderin rögök. Dg.: fibroadenia lienis.

Első számú esetünket úgy a klinikai kép, mint a műtégi lelet, valamint a kórszövettani adatok alapján Banti-kórnak tartjuk. Ki kell térnünk a kórelőzményben szereplő gyermekkor óta tartó

gastro-intestinalis panaszokra. Már *Banti* felhívta a figyelmet néhány esetben megelőző bélfertőzésre (typhus), míg később *Silva*, *De Marchis*, majd *Greppi* tulajdonítottak jelentőséget a heveny, vagy idült bélfertőzésnek, melyet a lépmeagnagyobbodás, illetve károsodás elsődleges okaként említettek. *Patrassi* szavaival élve a Banti-kór pathológiáját a bihypochondralis mesenchyma pathológiájának nevezhetjük, mely *Gambigliani* és *Zoccoli* szerint konstitucionalis alapokkal bír. Ha hozzátesszük, hogy általában fiatal embereknél gyakoribb, feltehetjük, hogy veleszületetten dysplasiás a hypochondralis mesenchyma és a gyomor-bél fertőzések váltják ki azt a szöveti reakciót, amit fentebb vázoltunk.

Második számú esetünket a Banti-féle syndromák közé soroljuk. A negatív Wassermann-reactió ellenére veleszületett luesre gondolhatunk, mert 3 testvére halva született, s mert édesanyja a beteg születése előtt 7 hónapig injectiós (bismut?) kezelésben részesült. Bár a szülések a szegedi Tudományegyetem szülészeti klinikáján történtek, édesanyja kezelését a helybeli OTI-ban végezték, pontos adatokat egyik helyről sem kaptunk. Részben e miatt, részben, mert a közlemény terjedelme nem engedi meg, a Wassermann-reactió viselkedésére nem térünk ki. A betegnél a műtét után egyszer végeztünk punctiót hasvízkór miatt, azóta panaszmentes, a hasvízkór nem ismétlődött. Egészséges állapotára hivatkozva ellenőrző haematológiai vizsgálatokba nem egyezett bele. *Naegeli*, *Mayo* és *Giffin* közlése alapján a lueses eredetűnek tartott hepatolinealis megbetegedés léпкиirtásra történt gyógyulása nem meglepő.

Banti leírása óta a kórkép egyik legállandóbb jellemzőjévé vált az a körülmény, hogy a kórfolyamat léпкиirtásra gyógyulni látszik. Bár *Patrassi* szerint a léпкиirtást más műtéti eljárás nem pótolhatja, az idők folyamán mellette más, illetőleg egyesített műtéti eljárások is alakultak ki, melyek különösen a betegség második, illetőleg harmadik szakában nyertek jelentőséget. Míg a szerzők többsége az anaemiás-splenomegaliás szakban várja a legjobb eredményt a léпкиirtástól, egyedül áll *Morawitz* véleménye, aki a lépét benthagyja, ha az nem túl nagy, hosszabb megfigyelés alatt nem változik, jelentősebb panaszokat nem okoz, „tehát, ha az inkább állapot, mint betegség“. *Mayo* 500 splenektomisált betege közül 140 volt „anaemia splenica“. A műtét után a betegek 10%-a halt meg a kóriázban. Ugyancsak 10% halt meg az első 10 évben gyomorvérzésben. Szerinte nem lettek volna sokkal rosszabbak az eredmények Talma-műtét után sem, mely lényegesen kisebb beavatkozást jelent. A Talma-műtét volt az első, melyet azután mó-

desitott *Schiassi*, aki a csepleszt nem a fali peritoneumhoz, hanem az alatta fekvő izomzathoz varrta, melynek érellátása lényegesen jobb. *Schiassi* azon elgondolásból indult ki, hogy ha a lép vérmenyiségének egy részét a portakeringésből elvezeti, csökken a hypertensio a splanchnicus területen, a lép cirrhotogen toxinjainak elvezetésével a májcirrhosis lassúbbodik. Két új műtéti eljárást dolgozott ki; az egyik a splenopexia, melyben a lépét a fali peritoneumhoz rögzíti, az öltéseket a lépén, faliperitoneumon és a hasfal izomzaton át vezetve. A másik a splenokleisis, a splenopexia és a Talma—*Schiassi* műtét egyesítéséből áll. A Talma és a Talma—*Schiassi* műtét végezhető a lépkiirtással egyesítve, a splenopexia és a splenokleisis pedig az artéria lienalis lekötésével egyesítve. *Schiassi* műtétei Eck-sipoly mintájára a vena portae és a vena cava között létesítenek indirect összeköttetést. Javallatuk a következő: túl nagy lép, a lépkiirtást megnehezítő lépkörüli összenövések, súlyos általános állapot, ascites.

A lépkiirtást helyettesítő műtétek közül legnagyobb jelentőségűvé az arteria lienalis lekötése vált, különösen v. *Stubenrauch* óta, aki az arteria lienalis elágazódásait helyett a törzsét köti le az arteria gastro-epiploica sin. eredése felett és a vena lienalist megkíméli. A műtét után végzett haematologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy az eredmények azonosak a lépkiirtásával: a vörösvértestek megsaporodnak, resistentiájuk nő, kezdetben a leucocyta is megsaporodnak (átmeneti neutrophilia, gyakrabban lymphocytosis), a lép volumen kissebbedik. Javára írható a lépkiirtással szemben, hogy lényegesen kisebb műtéti traumát jelent, s a beteget megkíméli a lépkiirtás utáni viharos krisisektől. *Patrussi* és *Castiglioni* szerint javallata főleg olyan esetekre vonatkozik, ahol a lépét szoros és érdús összenövések rögzítik fészkében, mikor az mintegy lép-Talma fogható fel s ezen erek a vért a vena cava sup. területébe vezetve át a vena portae területe tehermentesül.

Ha azt vizsgáljuk, hogy a lépkiirtástól milyen eredményt, tartós, vagy végleges gyógyulást várhatunk-e Banti-kór és Banti-féle syndroma eseteiben, a legkülönbözőbb adatokkal találkozunk. Természetesnek látszik ez, ha tekintetbe vesszük, hogy a májcirrhosis küönösen lassú előrehaladást mutat és így hosszú megfigyelés szükséges annak megállapítására, hogy progrediál-e a májfolyamat lépkiirtás után és milyen mértékben? Míg nem ritkák azok a közlések, melyek egy-két, sőt három évtizedes gyógyulásról számolnak be, érdekességre tarthatnak számot *Galdi-Pianosi*, *Gamna*, *Lucchi* megfigyelései, hogy Banti-kóros betegek,

akiken a lépkiírtást bizonyos okokból nem végezték el, 10—20, illetve 43 évig éltek.

Összefoglalóan azt mondhatjuk *Patrassi* nyomán, hogy a lépkiírtásra az anaemia megszűnik, a portális keringés javul, a meglévő májfolyamat lassúbbodik, tehát, ha nem is végleges, de tartós gyógyulást érhetünk el. Ezen körülményt a beteg további ellenőrzésében és utókezelésében (életmód, diéta) nem hagyhatjuk figyelmen kívül.

ÖSSZEFOGLALÁS.

Jellegzetes Banti-kór és Banti-syndroma eset közlése kapcsán összefoglaltuk a Banti-kórra vonatkozó irodalmi adatokat és részletesen ismertettük a gyógyításban használatos műtéti eljárásokat.

ZUSAMMENFASSUNG.

In Zusammenhang mit je einem typischen Falle von Banti'scher Krankheit und Banti'schem Syndrom werden die diesbezüglichen Literaturangaben, sowie in der Therapie angewandten Operationsmethoden zusammengefasst.

SUMMARY.

In connection with each of a case of Banti's disease and Banti's syndrome published by the authors, pathology, symptoms and chiefly surgical methods of therapy are discussed.

Irodalom:

- Banti G.*: Beitr. path. Anat. 24. H. 1. 21—33. (1898.)
v. Bergmann u. Stroebe: Krankheiten der Leber und Gallenwege. Lehrb. inn. Med. 4. Aufl. Berlin. Springer, (1939.)
Brundberg R.: Acta chir. scand. 77. Suppl. 40. (1935.)
Csercy-Pechány A.: Magyar Sebésztársaság Munk. 1926.
Eppinger H.: Die hepatolienalen Erkrankungen. Berlin, Springer. 1920.
Eppinger H.: Die Leberkrankheiten. Berlin. Springer. 1937.
Entz G.: Magyar Sebésztársaság Munk. 1923.
Haynal I.: EME Orvosi Értesítő. 59. (1945.)
Haynal I.: EME Orvosi Értesítő. 58. (1945.)
Haranghy L.: EME Orvosi Értesítő. 56. (1943.)
Kovács J.: Magyar Sebésztársaság Munk. 1929.
Láng I.: EME Orvosi Értesítő. 53. kötet.
Morawitz P.: Klin. Wschr. 7. 16. (1928.)
Patrassi G.: Erg. inn. Med. u. Kindheilk. 62. (1942.)
Székely L.: Magyar Sebésztársaság Munk. 1925.
Szűcs M.: O. H. 76. 50. (1922.)
Verebély T.: Magyar Sebésztársaság Munk. 1923.