

dr. Fogel Mária:

Adatok a nyelőcsőbetegségek röntgendiagnosztikájához:
gyulladásos szűkületek.

Adatok a nyelőcsőbetegségek röntgendiagnosztikájához:
gyulladásos szűkületek.

Disszertációm tárgyául azért választottam a stricturáló nyelőcsőgyulladást, mert a III. Sebészeti Klinika röntgenintézetben 1952-től 1961-ig alkalmas volt a Klinika nagy nyelőcsőbeteg anyagán többszáz röntgenvizsgálatot végezni. Ebből a változatos anyagból szűrtem ki azokat az eseteket, amelyek pathogenetikailag a gyulladás különböző típusát képviselik és amelyek helyes kórismézése, infiltráló daganattól való elkülönítése sok esetben nehéz feladatot jelentett a sebésznek és a röntgenesnek egyaránt.

A felmerült diagnosztikai kérdésekkel kapcsolatban néztem át a megfelelő szakirodalmat és meg kellett állapítanom, hogy a nyelőcső gyulladásos megbetegedése a röntgendiagnosztika mostoha területe. A tankönyvekben a kórképet rendszerint csak röviden tárgyalják, a szakfolyóiratokban szórványosan jelennek meg közlemények, amelyek főleg egyes esetek ismertetésére szorítkoznak. A röntgendiagnosztika tehát nem tartott lépést a nyelőcsősebészet utóbbi két évtizedben bekövetkezett fejlődésével, hanem messze mögötte maradt.

A kórképre vonatkozó bővebb adatokat, klinikai megfigyeléseket, kísérletes munkákat a sebészi és gastroenterológiai irodalomban találtam.

Röntgenanatomia. Élettan.

A nyelőcső közvetlenül a cricoid porc alatt a 6. nyaki csigolya magasságában kezdődik és a 11-12. háti csigolya magasságában szájadzik a gyomorba. Nyaki és felső thoracalis szakaszán a középvonaltól kissé balra fut le, egészen a bal főhörgőig, itt enyhe ívben jobbra veszi útját, majd kb. 3-4 harántujjal a rekesz fölött ismét balra tart és a cardiáig ezt az irányt követi. A nyaki szakaszon a tracheával, a mellkasi szakaszon a hátsó mediastinumban a trachea alsó részével, az aortaívvel, a bal főhörgővel, a pericardiummal és az aorta descendessel kerül érintkezésbe. Ennek a tájanatomiai helyzetnek az aortatágulat, rendellenes erek, tágabb bal pitvar és a hátsó mediastinumban levő terimemegnagyobbodások felismerésében van jelentősége.

Kórtani szempontból fontos a nyelőcsövön levő négy physiologiás szűkület: 1./ a cricoid porc magasságában közvetlenül a szájadéknál, 2./ az aortaív, 3./ a bal főhörgő, 4./ a hiatus magasságában.

A nyelőcső falát a többrétegű laphámmal borított mucosa, a submucosa, a belső körkörös és a külső erőteljesebb hosszanti izomzatból álló izomréteg alkotja. Nyaki és mellkasi szakaszán laza kötőszövet veszi körül, serosa csak a pars abdominalis mellső felszínét borítja. Mirigyek a proximalis és distalis szakaszban vannak, főleg nyákot termelnek: a cardiánál levők a gyomormirigyekre emlékeztetnek.

A vérellátás nagyjából segmentalis: a nyaki

segmentumot az arteria thyreocidea inferior, a három mellkasi segmentumot az arteriae tracheales, arteriae bronchiales és közvetlenül az aorta látja el. A felső mellkasi szelvény szegényesen vascularisált, ennek bebérszi szempontból van jelentősége. A hasi szakasz az arteria gastrica sinistrából és az arteria diaphragmatica inferiorból kapja vérellátását. A vénás vér a nyaki szakaszon a véna thyreocidea, a mellkasi szakasz vénái a véna azygos és hemiazygosba szájadzanak, az alsó szakasz visszerei a véna gastrica sinistrában szedődnek össze, tehát a portális keringésbe kerülnek.

A nyelőcsövet a vagus és a sympatikus innerválja, ezek adnak le impulzusokat a falban levő plexusoknak. Terracol szerint a sympatikus a nyelőcső tónusát és a cardia zárását, a vagus a peristaltikát és a cardia nyitását tartja fenn.

A nyelőcsövet körülvevő laza kötőszövet teszi lehetővé, hogy a nyelési aktushoz szükséges mozgásokat, a légzési kitéréseket el tudja végezni. Átveszi a szív és az aorta lüktetését és némileg a test helyzetváltozásait is követi: jobb és bal oldalhajlásban bizonyos fokig jobbra, illetve balra kitér, hasfekvésben pedig a sagittalis irányban végez minimális kitérést.

Megfigyelésünk szerint a pars abdominalison is észlelhető légzéssel és helyzetváltozással járó csekély mozgás: mély légzésben a nyelőcső kissé közeledik a gerinchez, kilégzés-

ben távolodik. Ezt a mozgást olyankor lehet megfigyelni, amikor a hasi szakasz elég hosszú, tehát főleg astheniás egyéneknél. A hasi szakasz elmozdulásának kis cardia tumorok felismerésében lehet jelentősége.

Röntgenkynematographiás vizsgálatokkal megállapítható, hogy a nyelőcsővön primaer és secundaer peristaltikus mozgás van /Turano/. A primaer peristaltikát a nyelési aktus váltja ki centrálisan, a secundaer peristaltika a nyelési aktustól függetlenül a nyelőcső falában levő autonom plexusokban váltódik ki olyankor, ha a primaer peristaltika nem elég erőteljes ahhoz, hogy a tartalmat továbbszállítsa. A secundaer peristaltika magasan az aortativ fölötte kezdődik. Nemour Auguste úgy véli, hogy a másodlagos peristaltika tulajdonképpen a primaer peristaltikának egy későbbi fázisa.

Némely esetben a nyelőcső distalis felén más típusú motorikus aktivitás is észlelhető, amelynek a transzportálás szempontjából nincsen effektusa. Némely szerző ezt tertiaer peristaltikának minősíti. Turano szerint segmentalis kontrakciókról van szó, amelyeknek pathophysiologiai jelentőségük van. Ezek felelnek meg azoknak a funkcionális állapotoknak, melyeket Bársony, később Teschendorf funkcionális diverticulumoknak, az angolszászok curlingnek, a németek Kräuselung-nak, Korkzieherösophagusnak, a franciák spasmes étágés-nek neveznek.

Funkcionális képlet a nyelőcső distalis szaka-

szán megfigyelhető ampulla epiphrenica is /Zdansky/. Az ampulla úgy jön létre, hogy mély belégzésben a nyelőcső-tartalom némi késleltetéssel jut át a hiatuson; a hiatus fölött kontrakció keletkezik, hogy az ürülést elősegítse. A kontrakciós gyűrű és a hiatus között a nyelőcső körülírtan, ampullaszerűen kitágul.

Vantroppen és munkatársai, Fyke és munkatársai, Hightower, valamint Turano megfigyelése szerint az ösophagus alsó harmadán kettős funkcionális tagozódás figyelhető meg: az ampulla epiphrenica és az ampullától distalisan a vestibulum gastro-ösophageale, amelynek epies subdiaphragmális része van. Buchheim és Maurer sorozatfelvételeken a vestibulum gastro-ösophagealet állandó funkcionális képletnek találták, míg az ampullát nem minden esetben tudták észlelni.

Röntgenátvilágítás alkalmával az ampulla epiphrenicát elég gyakran lehet megfigyelni; főleg fekvő helyzetben történő vizsgálatkor alakul ki, mert álló helyzetben az ürülést a kontrasztanyag sulya is elősegíti. Az ampulla epiphrenica csuszamlásos herniával téveszthető össze. Az elkülönítés rendszerint nem okoz nehézséget: az ampulla ismételten visszatérő, de nem állandó jellegű képlet, a röntgenernyő alatt olyan fázis is megfigyelhető, amelyben ez a szakasz teljesen kiürül.

Fenti szerzők által megfigyelt kettős tagozódást átvilágítással nem tudtuk megkülönböztetni.

Sok vita tárgyát képezte - és a vita még ma sincs lezárva - a cardia zárómechanizmusa. Az idevonatkozó irodalmi közlemények számosak, a felfogások különbözők. Magának a cardiának az anatómiai meghatározása is eltérő. Egyes szerzők a hiatusban levő nyelőcsőszakaszt cardia superiornak, mások epicardiának, a hasi szakaszt antrum cardiacumnak vagy vestibulumnak, a gyomorba való átmenetet pedig cardia inferiornak vagy cardiának nevezik. A röntgenológiai gyakorlatban a nyelőcső hiatus alatti részét pars abdominalisnak jelöljük, cardia alatt pedig a nyelőcső gyomor átmenetet értjük.

A cardia zárómechanizmusára vonatkozóan a legtöbb anatómus véleménye megegyezik abban, hogy anatómiai értelemben vett záróizom, sphincter nincsen. A cardia zárását több tényező koordinált együttműködése biztosítja. Ezek a tényezők: a rekeszszárak, a nyelőcsőről a rekeszre húzódó membrana ösophagodiaphragmatica vagy Laimer féle fascia, melynek rekesz feletti és rekesz alatti részében gyakran izomrostok is találhatóak /Rouget, Juvara/, a nyelőcső ferde beszájadzása által keletkezett incisura cardiaca vagy His-féle szöglet, ennek a szögletnek a csúcsán a gyomor lumenébe nyúló nyálkahártyaizomredő /Gubaroff/, mely ventilyszerűen működik, a gyomor "U" alakú izomrostjai, valamint a nyelőcső-gyomorátmenetnél levő körös izomréteg. Ehhez a mechanizmushoz még hozzájárul a gyomorlégőlyag, amely az intraventricularis nyomás fokozá-

sakor nekifekszik a nyelőcső bal falának, ezáltal a Hiszöglet élesebb lesz.

Az utóbbi években a nyelőcső distalis szakaszán végzett nyomásmérésekkel vélték bizonyítani, hogy van egy u.n. "intrinsic sphincter", amelynek a zárómechanizmusban jelentősége van. Ennek a sphincternek a jelenlétére utal, hogy a nyomás a distalis szakaszon fokozott /Tristan és munkatársai/. Pierce közvetlenül a hiatus feletti területet "pressure barrier"-nek nevezi és azon a véleményen van, hogy inspiriumban tulajdonképpen ez a barrier tartja vissza rövid ideig a nyelőcsőtartalmat és nem a rekesz. Ennek a vélt sphincternek nemcsak a zárómechanizmusban, hanem a cardiaspasmus pathomechanizmusában is jelentőséget tulajdonítanak.

Lehetséges, hogy az ampulla képzésben szereplő kontrakciós gyűrű és a Tristan által leírt intrinsic sphincter tulajdonképpen azonos funkcionális képletek.

Gahagan a cardia sphinctermechanizmusának tisztázására állatkísérleteket végzett. Kutyákon az ösophagus hiatus feletti részén 4-5 cm-es szakaszon eltávolította az izomréteget, a hiatus és a membrana ösophago-phrenica megtartásával. Egy másik csoportban a gyomor "U" alakú izomrostjait vágta át, amelyek részben a cardia körül, részben a kigömbület mentén haladnak. A hiatus és a membrana ösophago-phrenicát itt is igyekezett megkímélni. Ösophagoscopiánál és a néhány hét után elvégzett boncolásnál kide-

rült, hogy csak azokon az állatokon lehetett refluxot és súlyos refluxösophagitist kimutatni, amelyeknél ezeket az izomrostokat vágta át. A cardia zárómechanizmusában tehát ezeknek az izomrostoknak van jelentőségük. A kísérletből azt a gyakorlati következtetést lehet levonni, hogy Heller-féle cardiomyotomiánál, a reflux elkerülésére, ezeket az izomrostokat kimélni kell.

Kórtan.

A nyelőcsőgyulladás nem olyan ritka kórkép, mint azt feltételezik. Bartels 6000 boncolt esetben 82-nél, Butt és Winson 3032 boncolt esetben 213-nál talált in vivo keletkezett acut ulceráló ösophagitist. A klinikai diagnosztikában a kórkép azért olyan ritka, mert a gyulladások nagy része felületes és mint ilyen, elkerüli a figyelmet. A panaszok átmenetiek, nem súlyosak, nem jellegzetesek, könnyen félreismerhetők, rendszerint cardialis, spondylosis, gyomoreredetű vagy funkcionális panasznak minősítik.

Kaufmann-Staemmler a nyelőcsőgyulladások következő formáit különbözteti meg: acut, chronikus, katarrhalis, álhártyás-nekrotizáló, pustulozus, phlegmonozus gyulladás. Specifikus gyulladás: tbc., lues, aktinomykosis, soor. Külön csoportba sorolja a lúgos-savas gyulladást.

Klinikai röntgendiagnosztikai szempontból az irodalomban közölt és saját eseteink alapján a pathogenesist

és a pathomechanizmust figyelembevéve a szükületet okozó nyelőcsőgyulladások a következő csoportba sorolhatók:

- I. Refluxösophagitis, pepticus nyelőcsőfekély.
- II. Felső hasi gyulladáshoz szövődő nyelőcsőgyulladás.
- III. Mechanikai, kémiai, thermikus toxicus ártalom, vénás pangás, ürülési zavar talaján keletkezett gyulladás.
- IV. Specifikus, sarjadzósos gyulladás: tuberkulózis, lues, mykosis.
- V. Bőr és nyálkahártya-, valamint haematologiai alapbetegség: scleroderma, epidermiolysis bullosa, agranulocytosis, sideropeniás dysphagia szövödményeként keletkezett ösophagitis.
- VI. A környezetről a nyelőcsőre terjedő gyulladás.
- VII. Ismeretlen eredetű gyulladás.

I. Gyakoriság szempontjából az első helyen áll a refluxösophagitis, a nyelőcső distalis szakaszán előforduló körülírt gyulladás, amelynek keletkezésében a cardia-insufficienciának, a regurgitáló gyomor-, epe- vagy pankreas nedvnek van jelentősége.

A cardiainsufficiencia leggyakribb oka:

- 1./ a csuszamlásos hernia és a Sweet által leírt vegyes hernia. Mindkét típusban a cardia a mellkasban van, a Hiszöglet a normálisnál jóval nagyobb.
- 2./ Ritkább a Lortat-Jacob, Robert és Hoffmann által leírt cardiaanomalia, amelyben a gyomor és nyelőcső függesztő szalagainak kongenitalis hiánya vagy gyengesége áll fenn;

a fornix tölcészerűen megnyult, a cardia magasra kerül, a His szöglet nagyobb, a hiatus insufficiens, emiatt a fornix időnként a mellkasba csuszik. A zárómechanizmus fontos tényezői a hegyes His szöglet és a hiatus kiésnek. Az elváltozás tulajdonképpen a csuszamlásos hernia előstádiuma

3./ Rövid ösophagus. Kórbonctanilag két típus különböztethető meg: a./ endobrachyösophagus, amelyben csak a gyomor nyálkahártyarétege nyulik fel magasan az ösophagusba, b./ valódi rövid ösophagus: a nyelőcső rövid, a gyomor egy része a mellkasba felhuzott, a herniált gyomrot peritoneum borítja.

A rövid nyelőcső kongenitalis eredetét ujabban kétségbevonják; Allison, Johnstone, Royce a rövidülést másodlagosnak, gyulladással eredetűnek tartják.

4./ Insufficienssé válik a cardia fokozott intraabdominalis nyomásnál, daganat, ascites következtében, a graviditás utolsó hónapjaiban, fokozott intragastricus nyomásnál; pylorusstenosisban. Nem ritkán figyelhető meg regurgitatio gyomorresectio után, főleg, ha a csont kicsi és az ürülés nem egészen zavartalan.

5./ Regurgitatio keletkezik minden olyan műtét után, amelyben a cardiát resecálják vagy megkerülik. Igen kínzó regurgitatioiban szenvednek azok a betegek, akiknél régebben, cardiaspasmus miatt ösophago-fundostomiát végeztek.

Quincke és Langhans már 1879-ben leírták a distalis nyelőcsőgyulladást, amelyet önemésztésnek tulajdoni-

tottak és már akkor cardiainsufficienciában keresték a gyulladás okát. Jackson 1919-ben ismerteti a pepticus ösophagus fekélyt.

Winkelstein /1935./ az ösophagitist és nyombélfekélyt egységes megbetegedésnek tartotta. Allison /1943./ a hiatus herniát a distalis ösophaguson lévő gyulladást és ulcushajlamot mint külön kórképet izolálta. Sweet mindezek mellett heterotopiás gyomornyálkahártyának is jelentőséget tulajdonít. Barrett /1950./ mutatott rá, hogy az ösophagusban vélt széli fekély tulajdonképpen mindig gyomornyálkahártyában keletkezik. Kórbonctanilag, illetve szövettanilag kimutatható, hogy ezekben az esetekben a gyomornyálkahártya nem a cardián végződik, hanem magasan a nyelőcsőbe nyúlik és a fekély ebben a gyomornyálkahártyában jön létre.

Allison megfigyelése szerint a refluxösophagitis kezdetben heveny, felületes formában kezdődik. A gyomornedv izgató hatására a gyulladás idültté válik; felszínes fekélyek keletkeznek, melyekből az esetek egy részében mély chronikus fekély fejlődik ki. Minél hosszabb ideje áll fenn a folyamat, annál mélyebbre terjed, a fal összes rétegeit megtámadja. A fekélyek elhegeseznek, fibrosis keletkezik, következményes szűkülettel, rövidüléssel. A gyulladás a nyirokutak mentén, a periösophagealis szöveteket is beszűri, ott is fibrosis jön létre, amely hozzájárul a nyelőcső falának jelentékeny megvastagodásához.

Moersch és munkatársai a Mayo klinikán 1946-tól

1956-ig 36 operált esetet vizsgáltak kórbonctanilag és kórszövettanilag. Vizsgálataik alapján a refluxösophagitis négy típusát különböztetik meg.

1./Széli fekélyesedés /marginal ulceration/, ez a leggyakoribb lelet, az esetek 64 %-ában fordul elő. Az elváltozás rövid szakaszra terjed, közvetlenül a cardia felett van, elég felületes, ritkán terjed a muscularis propriára.

Mikroszkoposan acut és chronikus gyulladás található: ödéma hyperaemia, nekrosis, lymphocytás beszűrődés fibrosissal. A mucosán helyenként hámregeneratio, helyenként hengerhám látható, melyet metaplasiának lehet minősíteni. Az elég felületes gyulladás ellenére mindig stenosis, illetve strikturával gyógyul. Minden esetben hiatus hernia is kimutatható.

2./ Kiterjedt "linearis" ösophagitis, az esetek 25 %-ában. A gyulladás ennél a formánál is felületes, a hámra és a lamina propriára szoritkozik, az izomréteg szabad. A gyulladás több cm-es szakaszra terjed. Négy, ebbe a csoportba tartozó betegnek nyombélfekélye is volt. A régebbi anamnesisben hányások is szerepeltek. Ennél a típusnál is megtalálható a hiatus hernia.

3./ Solitaer széli fekély, melyről nem lehetett szövettanilag sem megállapítani, hogy nyelőcső vagy gyomornyálkahártyából indult-e ki.

4./ Gyomornyálkahártyában levő jellegzetes pepticus fekély: Barrett ulcus. Ilyen eset csak egy volt.

A refluxösophagitis főleg gyermek- és idősebb korban fordul elő; eseteink 43-74 év közötti korban voltak. Willich 79 hiatus hernia miatt műtött gyermeknél 21 esetben talált heges stenosisal járó ösophagitist, akiknél a panaszok már kisgyermekkorban kezdődtek.

Pepticus fekély nemcsak a nyelőcső distalis szakaszán, hanem magasabban, a középső harmadon is előfordul. Keletkezésére vonatkozóan különböző feltevések vannak: heterotopiás gyomornyálkahártya, gyakori hányás, alkoholfogyasztás, centrális okok /Cushing/. Terracol - Sweet szerint a magas nyelőcsőfekélyt ugyanazok az okok idézik elő, mint a gastro-duodenalis ulcust.

A gyomorsavnak csak a pepticus fekély létrejöttében van jelentősége. Refluxösophagitis olyan esetben is előfordul, amelyben a gyomornedv hypacid vagy normacid. Megfigyeltek refluxösophagitist teljes gyomorkiirtás után is. Ilyen esetben a gyulladást a regurgitáló epének és pankreasnedvnek tulajdonítják.

A semantica nem egységes: reflux-, regurgitációs ösophagitis, pepticus ösophagitis elnevezéssel találkozunk az irodalomban. A pepticus megjelölést általában akkor használják, ha gastro-duodenális ulcus is van. Ha a nyelőcsőben fekély mutatható ki, akkor ulcus pepticum ösophagi-nak nevezik a kórképet.

II. Hasi szervek gyulladásánál a nyelőcsővön reflektorikus úton funkcionális elváltozások jöhetnek létre

Bársony szerint az általa leírt funkcionális diverticulumok is hasi szervek betegségeinek következményei: reflektorikus izomspasmusok és izomdepressziók.

Megfigyeltek ösophagitist az epeutak, az epehólyag betegségeiben. Hurst és McKeown gyomorresectio után keletkezett stricturáló ösophagitisről számolnak be. A szonda 36 illetve 48 órán át volt a betegekben, nem volt valószínű, hogy ez okozta volna a gyulladást. Straus szerint a műtétet követő steril hasi gyulladás, az azzal járó thrombophlebitis, lymphangitis retrograd a nyelőcsőre terjedhet, miután az alsó szakasz vénái a véna coronaria magnában szedődnek össze és a nyirokerek is ezt az utat követik.

Straus felfogását mi is meg tudjuk erősíteni: két ulcusos betegünknel gyomorperforatio miatt végzett műtét után 3-4 héttel kezdődtek a dysphagiás panaszok. Öt hónap után röntgenvizsgálattal a nyelőcső distalis felén organikus szűkületet lehetett kimutatni. Egyik beteg nyelési panaszai olyan nagyfokúak voltak, hogy műtétet is kellett végezni.

Ebben a két esetben a felső hasi gyulladás kétségtelenül fennállt, az ösophagitis pathogenesisét erre lehetett visszavezetni.

Lovász is közöl egy esetet, akinél szintén ulcus miatt végzett resectio után egy hónappal keletkeztek nyelési panaszok. Röntgenvizsgálattal nagyfokú szűkületet lehetett kimutatni. Szerző a műtétet követő pleuro-pneumoniának tulajdonítja az ösophagitist.

A III. csoportba tartoznak azok a gyulladások, amelyek kémiai, mechanikai, thermikus, toxicus ártalom, vénás pangás, ürülési zavar következtében jönnek létre. Az ide tartozó esetek jelentékeny százalékát a lug és savmérgezés utáni gyulladások, illetve strikturák teszik ki, amelyek rendszerint a fiziologias szűkületek magasságában keletkeznek. Az anamnézis ismeretében nem okoznak diagnosztikai problémát, éppen ezért ezek tárgyalását mellőzöm.

Elakadt idegentest, diagnosztikus vagy therapiás célból alkalmazott műszeres beavatkozás utáni fali sérülés, perforatio reaktiv gyulladással jár, amely az esetek egy részében az antibioticumok alkalmazása óta maradéktalanul gyógyul. Fertőzőses szövődmény esetében azonban a gyulladás a mélyebb fali rétegekre terjedhet, a fal hegesen zsugorodhat.

Nyelőcső műtétek utáni lokális ösophagitis, peri-ösophagitis striktura kialakulására vezethet.

Gyomorműtétek után bevezetett tartós szonda nyomása, az azzal járó gyakori hányás, regurgitáció is gyulladást okozhat. Ha a szondát nem távolítják el idejében, decubitalis fekély jön létre, amely szintén hegesedéssel, szűkülettel gyógyul.

Haubrich kyphoscoliotikus egyéneknél a kyphosis magasságában a nyelőcső mellső falán mutatott ki gyulladást, illetve fekélyt, amelyet a kyphosissal járó mechanikus ürülési zavarnak, illetve a nyelőcső megtöretésének tulajdonít.

Daganat vagy külső nyomás által okozott akadály fölött a megrekedt nyelőcsőtartalom gyulladást válthat ki, amely rendszerint felszínes, de a gyulladást kísérő spasmus jelentősen fokozhatja a nyelőcsőben a retentiót. Rosszul ürülő divertikulum nyomást gyakorolhat a nyelőcsőre, a nyomás és a pangás miatt divertikulitis, ösophagitis, striktura keletkezhet.

A cardiaspasmus vagy achalasiai esetek egy részében a cardián gyulladással organikus szűkület is található. A gyulladás műszeres tágítás vagy a pangás következménye lehet. Lovász szerint a cardia gyulladása más hasi szervek, illetve a has- és mellhártya gyulladással megbetegedésekor lymphogen uton keletkezik, miután a hiatus tájék a hasi szervek nyirokutainak a gyűjtőközpontja.

IV. Specifikus gyulladás: tuberkulozis, lues, mykosis ritkán fordul elő. Sectios anyagban a nyelőcső tuberkulozis egy-két ezreléket tesz ki.

Mint az emésztőtraktus többi szakaszán, a nyelőcsővön is a tuberkulozis három kórbonctani formája ismeretes:

1./ ulceráló, 2./ hypertrophiás-produktív és 3./ granularis forma. A fekélyes típusnál rendszerint csak a felszínes réteg, a mucosa betegszik meg, a fekélyek felületesek, ritkán érik el a submucosát vagy a belső izomréteget. A nagyon ritka szemcsés típusnál a gümők szintén a mucosában keletkeznek. A produktív tuberkulozis a fal minden rétegét támadja meg, ugyanugy, mint a vékony-, vagy a vastagbélben.

Proliferatív gyulladás, kötőszövetzaporulat keletkezik, amely hegesedéssel gyógyul. A heges zsugorodás miatt a nyelőcső ürtere erősen beszűkül, a szűkület rövidebb-hosszabb szakaszra terjedhet. A specifikus gyulladás legtöbbször a nyelőcső középső harmadán, a bifurcatio magasságában keletkezik. A környéki nyirokcsomók is résztvesznek a gyulladásos folyamatban.

Annak ellenére, hogy a nyelőcső gyakran kerül közvetlen érintkezésbe a Koch bacillussal, feltűnően ritka az inoculatio nyelőcső tuberkulózis. Haematogen, lymphogen fertőzés is igen ritkán fordul elő, súlyos tüdőfolyamatoknál rendszerint praeterminálisan. Az irodalomban szórványosan közölnek egy-egy esetet.

Incze 1934-ben ismertet egy beteget, akinél lagos striktura szövődött tuberkulózissal, amelyből milliáris szórás keletkezett. Petrovszky 1949-ben közöl egy esetet: 34 éves férfi, akinél évekkel azelőtt distalis nyelőcső szűkületet találtak, amit carcinomának tartottak. Röntgenbesugárzást kapott, amely után lényeges javulás állt be. Három évvel a besugárzás után a nyelési panaszok kiújultak, ekkor a nyelven fekélyek keletkeztek, amelyekben Koch bacillust mutattak ki. Miután előzőleg röntgenre jól reagált, ismételt besugárzást kapott. Rövid remissio után panaszai fokozódtak. Ösophagoscopiával heges szűkületet lehetett kimutatni. Welin egy körülírt ösophagitis esetében hasonlóan jó eredményről számol be röntgenbesugárzás után, a javulás azonban csak tüneti volt, a szűkület nem változott.

Baron és munkatársai, Rubinstein és munkatársai, Lüdin, Hawes, Audouin és mások súlyos tüdőtuberkulozis végstádiumában figyelték meg invasív vagy haematogén nyelőcsőgyulladás. Schürmann a lübecki gyermekfertőzések kapcsán észlelt két primaer nyelőcsőtuberkulozist.

Gyakoribb a környezetről a nyelőcsőre terjedő specifikus gyulladás, amelyre a későbbiekben térek ki.

A nyelőcsőlues igen ritka. Az utóbbi évtizedben a számomra elérhető irodalomban mindössze egy esetet találtam, amelyet Stone és Friedberg közöltek. A lues a második, harmadik stádiumban támadhatja meg a nyelőcsövet, körülírt, specifikus sarjadzósos gyulladást, majd szűkülettet okoz. A régebbi kevészámú közlemény alapján /Avery, Schinz, Mayer-Bothling, Hudson, Haed/ főleg a középső harmadra lokalizálódik. A diagnózis csak pozitív serológiai leletek vagy más lueses tünetek és biopsia alapján lehetséges.

Aktinomykosis ugyancsak ritkán fordul elő, csak kórbonctani irodalomban és Terracol-Sweet monográphiájában találtam rá utalást. A fertőzés vagy elsődlegesen a nyelőcsőben történhet vagy a környezetről; a garatról, a tüdőről, a pleuráról terjed a sugárgomba által okozott gyulladás a nyelőcsőre, haematogén szórás is előfordul. A betegség megjelenési formája ugyanolyan, mint a bélben: multiplex tályogok keletkeznek, amelyek szétesnek, a mélybe terjednek, a környezetbe penetrálnak és sipolyképződésre vezetnek. Az aktinomykosis is heges szűkülettel gyógyul.

Már a régebbi irodalomban is beszámolnak candida albicans eredetű gyulladásról, melyet diffus vagy körülírt formában főleg súlyos állapotban levő gyermekeken észleltek.

Az utóbbi években a széles spektrumu antibioticumok alkalmazása óta egy-egy kazuisztikai közlemény jelent meg Cortison és Tetran therápia után keletkezett nyelőcsőgyulladásról, amely nagy fájdalommal, nyelési panaszokkal jár, a mélyebb rétegeket is megtámadja és rövidebb-hosszabb szükülettel gyógyul. /Bloch, Kaufmann és munkatársai, Eban és munkatársai, Andrén és Theander, Uhtgenannt./ A soor általában felszínes gyulladást okoz, Uhtgenannt úgy véli, ahhoz, hogy a mélybe terjedjen, csökkent szöveti ellenállásra van szükség, amelyet valamely vérképzőszervi megbetegedés hoz létre. Saját esetében az alapbetegség agranulocytosis volt, amelyet Cortisonnal és Tetranal kezelt.

A közölt esetekben a diagnózist az anamnézisben szereplő antibioticum therápia, valamint az eredményesen alkalmazott antimykotikus kezelésre alapozták.

Uhtgenannt esetéhez azt lehetne hozzáfűzni, hogy agranulocytosisban is előfordul gyulladásos nyelőcsőszükület. Erről a későbbiekben lesz szó.

Gyulladással szövődhet a nyelőcső sclerodermás elváltozása is. A visceralis szervek között a nyelőcső betegszik meg a leggyakrabban sclerodermában. Az elastikus rostok elfajulnak, a fal merevvé válik; a lumen tatóngó.

A peristaltika a fali merevség miatt csaknem teljesen megszűnik. Ennek ellenére a legtöbb esetben nincsen komoly ürülési akadály; a nyelési panaszokat inkább az okozza, hogy a betegség a nyálmirigyeket is megtámadja /Sjögren syndroma/, kevés nyákot termelnek, emiatt és a peristaltika hiánya miatt a szilárd étel nehezen halad át a nyelőcsövön. 56 általunk megfigyelt scleroderma beteg közül csak egy esetben találtunk a cardián olyan szükületet, amely ürülési akadályt okozott.

V. Gyulladásnak minősítik a Plummer-Vinson syndromában előforduló sideropeniás dysphagiát is. A betegség főleg nőkben fordul elő 50-60 éves korban. A kórképre jellemző a nyelőcső kezdeti szakaszának körkörös beszűkülése, amelyet egy diaphragmaszerűen a lumenbe bedomborodó nyálkahártyával fedett kötőszövetes lemez okoz. Ez a képlet feltehetően gyulladásos kötőszövetburjánzás következménye. Kezdeti stádiumban ösophagoscopiával leukoplakia észlelhető. A nyelési panaszok igen kifejezettek lehetnek. A kórkép aetiológiájában a vasanyagcsere zavarának tulajdonítanak jelentőséget; a szervezet nem képes a vasat beépíteni. A vérképben rendszerint hypochrom anaemia mutatható ki. Vannak olyan feltevések is, amelyek szerint a megbetegedés hormonális eredetű. Vanotti B₁ B₂ vitaminhiánynak tulajdonítja. Brunton és Eban három esetben férfiaknál észleltek ilyen természetű dysphagiát, akiknél teljes gyomorkiirtás történt. Szerzők úgy vélik, hogy a gyomor

hiánya miatt keletkezett vasháztartási zavar vezetett a kórkép kialakulására. Általunk észlelt, elég jelentős számu agastricus betegeken ilyen elváltozást nem találtunk.

Agranulocytosisban is előfordul körülírt nyelvcsőgyulladás. Terracol-Sweet számolnak be néhány esetről, amelyet sectionál fedeztek fel. Egy élőben diagnosztizált esetet közölnek: a betegnél nagymennyiségű sulfathiazol adagolás után keletkezett az agranulocytosis, amely nagyfoku szűkületet okozó nyelvcsőgyulladással szövődött.

Hadley és Mac Donald, Sonneck és Haentschen epidermiolysis bullosa után észleltek gyulladással nyelvcsősztrikturát.

VI. A környezetről a nyelvcsőre terjedő gyulladások rendszerint tuberkulotikus eredetűek. Megnagyobbított nyirokcsomó nyomást gyakorolhat a nyelvcsőre, sajtos nyirokcsomó usurálhatja a falat, hörgőbetöréshez hasonlóan a nyelvcsőbe perforálhat. Az is előfordul, hogy a nyirokcsomó egyidejűleg a tracheát vagy a főhörgőt is perforálja, mediastino-ösophagealis, tracheo-ösophagealis, broncho-ösophagealis sipoly keletkezik.

Mindezen szövődmények mellett reaktív gyulladás jön létre kötőszövet szaporulattal, a fal megvastagodásával, amely később hegesedésbe, zsugorodásba mehet át a nyelvcső ürterének a beszűkülésével. A tuberkulotikus periösophagitis rendszerint a bifurcatio magasságában kezdődik és körülírt szakaszra terjed.

Spondylitis tuberkulosában a paravertebrális tályog terjedhet a nyelőcsőre. A gyulladás vagy a csigolyafolyamat magasságában kezdődik vagy miután a tályog gyakran a rekeszig süllyed, a periösophagitis is mélyebbre terjedhet. Az alsó mellkasi szakaszt rendszerint megkíméli a gyulladás, mert ott a nyelőcső már a hiatus felé tart, távolodik a gerinctől.

Az elváltozás eredetére a nyelőcső, illetve a szűkület közelében levő elmeszesedett nyirokcsomók, a carieses csigolya, a széles paravertebrális lágyrészárnyék vagy esetleg a tüdőben kimutatható tuberkulotikus folyamat utal.

Előfordulhat nyelőcsőszűkület előrehaladott spondylosis deformansban is, amelyben a mellső szalagok megvastagodtak, elcsontosodtak, a csigolyák peremén csőr-szerű osteophyták keletkeztek. Forestier és Rotès 1950-ben "Hyperostose ankylotisante vertebrale senile" néven ismelták a kórképet, amely dysphagiával szövődhet. Dysphagiát főleg a nyaki szakasz elváltozásainál írtak le /Forestier - Rotès, Patterson, Byerly, Lackner/. Mélyebben a háti gerinc magasságában ilyen eredetű nyelési panasz csak igen ritkán fordul elő. Hall és Osborne egy esetet közölnek, melyben a megnagyobbodott sziv a nyelőcsövet hátrafelé dislokálta és ezáltal az osteophyta nagyobb nyomást tudott kifejteni a nyelőcsőre.

A szűkület pathogenesisére, pathomechanizmusára vonatkozóan különböző feltevések lehetnek: 1./ az osteophyta nyomást

gyakorol a nyelőcsőre, ez okozza a dysphagiás panaszokat. 2./ Az osteophyta nyomása miatt pangás, gyulladás keletkezik és ennek a következménye a striktura. 3./ Az is lehetséges, hogy a mellső szalagok gyulladása terjed a nyelőcsőre. Schüller szerint /Schmorl Junghans által idézve/ spondylosis deformansnál a szalagok csontosodását mindig gyulladás előzi meg, ugyanugy mint a Bechterev kóránál.

Az időskori spondylosis gyakorisága mellett a nyelőcső szövődmény csak igen ritkán fordul elő.

Tüdőfolyamatoknál régebben diagnosztikus és therápiás célból olajos anyagokat használtak, amelyekről utólag kiderült, hogy súlyos szövetkárosodást okoznak. Endes és munkatársai extrapleurális olajplomb után kiterjedt periösophagealis sarjadzások gyulladást észleltek, amely a nyelőcsövet olyan mértékben szűkítette, hogy teljes nyelési képtelenség keletkezett.

Hasonló esetet közölt Krauss.

Mi is észleltünk egy beteget, akinél 30 év előtt olajos kontrasztanyaggal végeztek bronchographiát. A kontrasztanyag jelentős része nyilván a tüdőben levő kóros folyamat miatt nem ürült ki. Az alsólebenyben visszamaradt kontrasztanyag tüdőfibrosist, pleuralis megvastagodást és periösophagealis szövetburjánzást okozott, amely a nyelőcsövet annyira beszűkítette, hogy csaknem teljes nyelési képtelenség állt fenn.

Röntgen: vizsgálati módszer és tünettan.

A nyelőcső a tápcsatornának az a része, amely csak a táplálék transportálására szolgál. A fal elastikus, a lumen tágulékony. Normális viszonyok között a kontraszt-suspensio álló helyzetben gyorsan végighalad a nyaki és mellkasi szakaszon. A passage a proximalis harmadon a leggyorsabb, a röntgenernyő alatt alig követhető. Az arcus aortae magasságában az ürülés lassabb, a legtöbb esetben azonban a kontrasztanyag pillanatok alatt eléri a hiatus, amely felett belégzésben pillanatokig időzik, kilégzésben azonnal átjut. A hig báriumsuspensio normális körülmények között nem vált ki észrevehető peristaltikát, a folyadék saját súlyánál fogva halad át a nyelőcsövön. Fekvő helyzetben az ürülés lassabb, főleg, ha a fal tonusa csökkent, öregeknél, kyphoskoliotikusoknál; ilyenkor a kontrasztanyag a distalis harmadban időzik és rendszerint csak a következő korty viszi tovább. Ugyancsak lelassult az ürülés sűrű kontrasztpép nyelésekor, amely hosszabb ideig megtapad a falon. Ha a beteg egyidejűleg levegőt is nyel, a nyelőcső hosszirányu nyálkahártyaredőit a kettős kontrasztanyaggal jól lehet ábrázolni. Megfigyelésünk szerint ez a vizsgálati módszer alkalmas a nyelőcső varixok kimutatására is.

A fal finomabb mozgásának a megítélésére a kymographiás és radiokynematographiás vizsgálat szolgál. Szovjet

szerzők ezzel az eljárással kísérelik meg a tumorok korai felismerését, a gyulladás és tumor elkülönítését.

Teichmann és munkatársai, valamint mások is pneumomediastinummal kombinálva vizsgálják a nyelőcső fal elváltozásait. A levegőt vagy közvetlenül vagy retroperitonealis insufflatioval juttatják a gátorüregbe. Az eljárás elvben azonos a Porcher és munkatársai által gyomor vizsgálatára alkalmazott módszerrel. A nyelőcsőbe és környezetbe juttatott levegő segítségével a fal láthatóvá válik, így meg lehet állapítani normális vagy megvastagodott voltát. A levegő eloszlásából vagy a mediastinalis telődés hiányából, megfelelő vizsgálattal, következtetni lehet a nyelőcső és környezete viszonyára, adhaesiok jelenlétére, a periösophagealis szövetek beszűrődésére.

Több száz kóros nyelőcső észlelése alapján osztályunkon a következő vizsgálati eljárás bizonyult a legmegfelelőbbnek: néhány korty kontrasztsuspensio itatásával álló és fekvő helyzetben dorso-ventralis, ventro-dorsalis irányban és a különböző ferdekben megfigyeljük a nyelőcső helyzetét, az ürülési viszonyokat. Ezután csapott kávéskánálnyi sűrű kontrasztpépet adunk, amely lassan halad át a nyelőcsövön, miközben egy része finoman bevonja a nyelőcső falát, azon megtapad és elég idő áll rendelkezésre, hogy nyilirányban és a két ferdeben átnézeti felvétel készüljön. A felvételek alapján tájékozódunk a kóros vagy kóros elváltozásra gyanus nyelőcső részlet helyéről, kiterjedéséről.

A vizsgálatot különböző testhelyzetben készült célzott felvételekkel egészítjük ki. Fontos, hogy a báriumpép kismennyiségű legyen, mert a vastag báriumoszlop egyrészt a nyálkahártya képet elfedi, másrészt ha a nyelőcső bizonyos fokon túl tágul, a nyálkahártyaredők elsimulnak. Kontrasztép nyelésekor peristaltica is megfigyelhető, ez azonban gyors és átmeneti jellegű, az észlelés sohasem olyan megbízható, mint a gyomron.

Kontrasztanyagként bárium purumot használunk, speciális báriumkészítményekre nincsen szükség. Egy időben megkíséreltük a Gianturco és Zaino által ajánlott olajos báriumot, amely azonban nem bizonyult jobbnak, mint a báriumpép önmagában.

Pneumomediastinumot nem végeztünk, olyan megfontolások alapján, hogy a fal megvastagodása gyulladásnál és infiltráló tumornál egyaránt fennáll, így a pneumomediastinummal kimutatható vastagabb fal a két körkép elkülönítésére nem alkalmas. Az endo- és exophytikus tumoroknak jellemző röntgenképük van, a megfelelő ferdében a légtartó tüdő vetületébe hozhatók, így a tumor önárnyéka gyakran pneumomediastinum nélkül is ábrázolódik.

Organikus szűkület és spasmus elkülönítésére, valamint annak a felismerésére, hogy a szűkületben mennyi az organikus és mennyi a funkcionális tényező, görcsoldókkal egészítjük ki a vizsgálatot. A gyógyszerek sorát kipróbálva, az utóbbi években ganglionbénítót, Buscopant

használunk. /20 ml intravénásan vagy intramuscularisan/. A vizsgálatot intravénás beadás után 10 perccel, intramuscularis beadás esetében 20 perc után végezzük. Az az észlelésünk, hogy ennyi idő után a spasmus oldódik, a nyelőcső atoniássá válik. Az atoniát egy idő után fokozott peristaltika váltja fel.

A röntgenirodalomban elég későn jelentek meg a nyelőcső gyulladással betegségeivel foglalkozó közlemények. Palugyay 1931-ben megjelent monographiájában azt írja, hogy a nyelőcsőgyulladás igen ritka, főleg másodlagosan keletkezik, stenosisban, diverticulumban és ektáziás ösophagusban. 1933-ban Schatzki leírja az ösophagitis röntgenológiai tüneteit, amelyek a redők kiszélesedésében, merevségében, szemcsés strukturában és spasmusban nyilvánulnak meg.

1938-ban Ross Golden tankönyvében közöl egy stenotizáló nyelőcsőgyulladást, amelyet igen ritka kórképnek tart. 1940-ben Lüdin egy eset kapcsán írja le a nyálkahártya-relief megváltozását chronikus nyelőcsőgyulladásban. 1946-ban Sölve Welin Akerlund intézetéből 9 ugynevezett elhatárolt /limited/ ösophagitist közöl. Az esetek 1940-től 1946-ig terjedő időben kerültek vizsgálatra.

A radiológiai irodalomban jelentősebb számú közlemény csak az 1950-es évek után jelent meg, ezek főleg reflux-, pepticus ösophagitissel foglalkoznak. Az utóbbi években egy-egy monilia eredetű nyelőcsőgyulladás került ismertetésre.

Hazai viszonylatban az 1958 évi sebész nagygyűlésen Rubányi számolt be a klinika 528 esetet felölelő nyelőcső-anyagáról, amelyben néhány ösophagitis is előfordult.

Ugyanezen alkalommal Molnár János 3 sideropeniás nyelőcső-szűkületet ismertet.

1961-ben Lovász a Magyar Sebészetben közöl egy gyulladással cardiatáji szűkületet.

Az 1961 júniusi nemzetközi radiológiai nagygyűlésen számoltunk be a gyulladással nyelőcsőszűkületekről és azok elkülönítéséről az infiltráló tumoroktól.

1961. novemberében jelent meg a Magyar Radiológiában Hutás Imre: A gastroösophagealis reflux és refluxösophagitis c. munkája.

Röntgentünetek.

Az akut gyulladás felismerése az ösophagoscopia feladata. A röntgenológiai tünetek bizonytalanok. A körbontani elváltozás hyperaemia, vérzékenység, ödéma; ennek megfelelően a röntgenképen a redők körülírtan szélesebbek, kanyargósak, fibrines lepedék jelenlétében a kontur finoman egyenetlen. Ezekhez a morfológiai tünetekhez funkcionális zavarok járulnak, mint tonusváltozások, ellazulás vagy spasmus dyskinesis, rendellenes kontrakciók vagy a peristaltika teljes hiánya, késleltetett ürülés.

A röntgenvizsgálatnak elsősorban a chronikus körülírt nyelőcsőgyulladások felismerésében és infiltráló tumortól való elkülönítésében van jelentősége.

A röntgentünetek morfológiai és funkcionális tünetekben nyilvánulnak meg. A legszembetűnőbb elváltozás a szűkület, amely néhány mm-től több cm hosszú szakaszra terjedhet. A szűkület körkörös vagy excentrikus. Az épből a kórosba való átmenet lehet hirtelen vagy fokozatos; előbbi esetben a szűkület csőszerű, utóbbiban tölcsérialaku. Ha a szűkület kislefokú, csak oly módon lehet kimutatni, hogy a beteggel nagyobb korty báriumot itatunk; kevés kontrasztanyag nyelésekor a nyelőcső ürtere a szűkülettel azonos tágasságu marad és így a szűkület elkerüli a figyelmet. A szűkület mértékéről nem mindig lehet következtetni a nyelési akadály az ürülési zavar fokára. Ha a szűk lumen nyálkahártya megvastagodás következménye, akkor a röntgenképen látható jelentős szűkület ellenére is csaknem akadálytalanul haladhat át a sűrű kontrasztpép is. Ilyenkor báriummal átítatott kenyérdarabot etetünk a beteggel, annak a megítélésére, hogy a szilárd étel mennyire okoz nyelési akadályt. Donner és Teschendorf különböző nagyságu báriumcapsulát használ a szűkület mértékének a meghatározására.

A strictura alsó határát nem mindig lehet pontosan megállapítani; ha a szűkület nagyfokú, a kontrasztanyag csak lassan szivárog át és nem elegendő ahhoz, hogy a normális tágasságu szakaszt kitöltse. Némely esetben azonban az átiszivárgott kontrasztanyag finoman bevonja a falat, az ép nyálkahártyarelief kirajzolódik és ezáltal a kórostól elkülöníthető.

Teljes ürülési akadálynál természetesen csak az elváltozás felső határát lehet felismerni.

A szűkület fölött a nyelőcső többé-kevésbé tágul. A tágulat mértéke az ürülési zavar fokától, fennállásának idejétől függ. Bizonyos befolyása a kornak is van: fiatal egyéneknél a nyelőcső izomzata hosszabb ideig képes az akadályt legyőzni. Az a megfigyelésünk, hogy a tágulat annál nagyobb, minél magasabban van a szűkület. Sideropeniás dysphagiánál például a nyelőcső kezdete, a hypopharinx extremen tágulhat. A nyelőcső hosszirányban is megnyulik és szinte ráborul a szűkületre. A lelet ilyenkor Zenker divertikulumra emlékeztet. Ha a szűkület mélyebben van, a tágulat hosszabb nyelőcsőszakaszra oszlik el, tehát mérsékeltebb, rendszerint nagyobb, mint tumoros szűkületek fölött, de sohasem olyan nagyfoku, mint cardiaspasmusban.

A kontur vagy sima vagy finoman fogazott. A fogazottság szemcsés nyálkahártya hypertrophia, fibrines lepedék következménye lehet, egyes szerzők periösophagitisnek tulajdonítják. Némely esetben a kontur hasonlít arra a képre, amelyet chronikus bronchitisben a tágult mirigyjáratok mutatnak a bronchographiás felvételen. Feltehető, hogy a fal hegesedésekor a mirigyjáratok a nyelőcsőben is tágulnak, ösophagitis cystica keletkezik, amely finoman fogazott konturt adhat. A szűkület kezdetén az ép fal orálistan kiboltosuló konvex széllel határolódik el, ellentétben a

tumoros szükülettel, amelynél az átmenet az épbe vagy egyenesvonalu vagy a tumor felhánt szélének megfelelően konkáv szélü, esetleg félárnyékos. Ennek a tünetnek a laposan infiltráló tumortól való elkülönítésben van jelentősége.

A gyulladás vagy a nyirokutakon vagy per continuitatem a periösophagealis szöveteket is megtámadja. Gyulladásos kötőszövet szaporulat következtében a fal erősen megvastagszik. Némely esetben a megfelelő ferdében a megvastagodott fal önárnyéka a tüdő vetületében látható. A nyelvcső kiterjedt periösophagitis esetén bizonyos fokig rögzített; a test helyzetváltozásával járó kitérések, a légzési kitérések korlátozottak lehetnek. Hosszabb szakaszra terjedő szükületnél fibrosis, hegesedés következtében a nyelvcső erősen megrövidül, hurszerűen kihuzott lesz, a physiologiás hajlatok eltűnnek. A rövidülés olyan mértékü lehet, hogy a fornix a cardiával együtt a mellkasba huzódik, tölcsérszerűen megnyulik és ezáltal annyira megkeskenyedik, hogy csak a parallel redők megszaprodott száma utal arra, hogy ez a rész már a gyomornak felel meg. Ilyenkor csaknem lehetetlen röntgenologiailag megítélni, hogy vajon kongenitalis brachyösophagus áll-e fenn és annak a következménye a gyomor dislokációja, megváltozott alakja és az ösophagitis vagy pedig a gyulladás a primaer és a rövidülés következményes. Sweetnek az a véleménye, hogy nagyfoku rövidülés csak kongenitális lehet.

Hosszabb szakaszra terjedő gyulladást főleg a középső harmadban találtunk igen kifejezett szűkülettel. Némely esetben a röntgenkép a megtévesztésig hasonlított a lúgos striktura röntgenképére, amelyet azonban a megfelelő anamnesis hiányában ki lehetett zárni.

A funkcionális tünetek ürülési zavarokban, szabálytalan peristaltikában, dyskinesisben, tertiaer kontrakciókban, majd atóniában nyilvánulnak meg. Kezdetben a nyelőső fala fokozott peristaltikával igyekszik az akadályt legyőzni; mély sűrű hullámu peristaltika, sőt ritkán antiperistaltika is megfigyelhető. Distalis szűkületeknél funkcionális diverticulumszerű, curlingszerű lefűződéses is keletkezhetnek. Egy idő után az izomzat kimerül, a fal elernyed, atóniássá válik. A szűkület felett az atóniás nyelőső nyugalmi helyzetben is tátongó lehet, hasonlóan a sclerodermás nyelősőhöz. Blanquist és munkatársai a tátongó, levegővel telt nyelősövet adhaesioknak tulajdonítják.

A chronikus gyulladás okozta szűkület fölött pangás miatt acut gyulladás keletkezhetik, amelyet rendszerint spasmus kísér, a spasmus az ürülési akadályt fokozza. A remissiot követő exacerbatio a legtöbbször ilyen acut gyulladás következménye. Eléggé meg nem rágott vagy keményebb falat a szűkület felett elakadhat és átmenetileg teljes nyelési képtelenséget okozhat. Hirtelen rosszabbodásnál ezt a lehetőséget is figyelembe kell venni. A szűkület

felső határa ilyen esetben az idegentest alakjának megfelelő, egyenetlen félárnyékos lehet.

Differenciáldiagnózis: 22 betegből 9 tumor ösophagi diagnózissal került beutalásra, műtét vagy műtét előtti ellenőrző kivizsgálás céljából. Ebből is következik, hogy a hangsúly a gyulladásos szűkület és a daganat elkülönítésén van.

Az endophytikus, a lumenbe domborodó daganatok nem jelentenek diagnosztikai problémát. A betegek rendszerint akkor kerülnek orvoshoz és így röntgenvizsgálatra is, amikor már nyelési panaszok vannak. Ez azt jelenti, hogy a tumor olyan nagy, hogy ürülési akadályt okoz. A nyelőcső fala tágulékony, elég hosszú ideig kompenzálni tudja a daganat által beszűkített ürteret. Nyelési panaszok tehát mindig előrehaladott stádiumot jelentenek, amikor a röntgen tünetek már jellegzetesek: a telődés hiányos, a nyálkahártya relief megszakad, a kontur egyenetlen, kirágott, a fal merev.

Nagyobb nehézséget jelent az infiltráló tumortól a skirrhustól való elkülönítés. A morfológiai tünetek gyulladásnál és ennél a tumornál nagyon hasonlóak lehetnek. Gondos vizsgálattal különböző fevdékben és különböző testhelyzetben végzett célzott sorozatfelvételeken az apró tünetek figyelembevételével a diagnózist meg lehet közelíteni. Amint azt már a tünettanban említettük, nagyon fontos az elváltozás szélének, az épbe való átmenetnek a gondos

elemzése. A tumoros fal merevebb, mint a gyulladással, nagyobb korty nyelésekör vagy pharmonok hatására nem tágul a lumen. Spasmus csak akkor figyelhető meg, ha a pangás miatt a tumoros szűkület felett gyulladás keletkezik. A tágulat rendszerint nem nagyfokú, mert a dagasztos beszűrődés merev csővé alakítja a nyelőcsövet. Magasan levő tumoroknál ugyanugy, mint gyulladásnál a tágulat kifejezettebb, mint a mély tumorok fölött. Ha a dagasztat túlterjed a szerv falán és a környezetet is infiltrálja, akkor a nyelőcső kitérései korlátozottak.

A kórtörténeti adatokból főleg az időnek van jelentősége. Évekre visszanyúló, remissióval váltakozó panaszok tumor ellen szólnak. Természetesen előfordul, hogy gyulladással folyamat egy idő után malignusan elfajul. Jackson megfigyelése szerint ez az esetek négy százalékában következik be. A nyelőcsődagasztat főleg középkorú és idősebb férfiak betegsége, nőkben ritkábban fordul elő. Statisztikák szerint a férfiak és nők közötti megoszlás 85-90%: 15-10%. A III. Sebészeti Klinika beteganyagán is kb ez volt az arány. A differenciáldiagnózisban a remissiók hiánya, a beteg általános rossz állapota, rövid idő alatt bekövetkezett nagy testsúlycsökkenés is mértékadó. Anaemia, okkult vérzés, fokozott süllyedés mind tumornál, mind gyulladásnál előfordul, de előbbinél gyakoribb. Természetesen minden esetben elvégzendő az ösophagoscopia és ha lehetséges, a biopsia is. Tapasztalatunk szerint a

szövetteni vizsgálat csak akkor értékelhető, ha a kivett szövetdarabban tumorsejtet lehet kimutatni. Negatív vagy gyulladásos szövetteni lelet nem zárja ki teljesen a tumort, mert lehetséges, hogy az excisio az ép szövetben vagy a tumort környező gyulladt szövetben történt. Az is lehetséges, hogy a daganatos beszűrődés nem érte el a mucosát, az excisio pedig érthető okokból a felületes rétegben, a nyálkahártyában történt.

Az elkülönítő diagnosishoz a pneumomediastinum, a parietographia nem nyújt lényeges segítséget. Ha a tumor már a környezetre terjed, akkor a levegő beáramlása a gátorüregbe akadályozott, nem veszi körül a nyelőcső falát, így az nem is ábrázolódik. Ha a környezet szabad, a fal megvastagodását ki lehet ugyan mutatni, de mint említettük, a legtöbbször a gyulladásos fal is megvastagodott.

Rendellenes erek, mint baloldalon eredő jobb arteria subclavia - dysphagia lusoria -, magas állású jobb-
oldali aortaív, elongált, alsó szakaszán jobbra kanyarodó aorta - rechter Tiefstand - coarctatio, valamint megnagyob-
bodott nyirokcsomó által okozott benyomat is téves diagno-
zisra adhat okot.

A refluxösophagitis egyes formáinál differenciál-
diagnosztikai szempontból számításba jöhet a Schatzki és
Gary által leirt "lower esophageal ring", a distalis öso-
phaguson lévő körkörös szűkület. Ujabban vannak olyan fel-
fogások, hogy ez a gyűrűszerű lefűződés az ösophago

gastrikus átmenetet jelzi olyankor, mikor a cardia a thoraxban van; tehát tulajdonképpen kis csuszamlásos herniának felel meg. /Schatzki, Gary, Ingelfinger, Krammer, Longin, stb./ Emellett szólna az a tény is, hogy a gyűrűszerű lefűződés alatt rendszerint már több redő látható. Van olyan vélemény is, mely szerint a lefűződés gyulladáisos eredetű. /Bugden, Delmonico./ A röntgenkép jellegzetes: egész rövid szakaszra terjedő koncentrikus, éles szélű behuzódás a nyelőcső distalis szakaszán közvetlenül a hiatus fölött.

Az elkülönítő diagnózisban meg kell emlékezni a nyálkahártyaprolapsusról is. Mint a pyloruson, az ileo-coecalis átmeneten, úgy a nyelőcső gyomor átmenetnél is előfordul nyálkahártya előreesés. Wells 1947-ben közölt egy esetet, melyben a nyelőcsőbe prolabált nyálkahártya intususcepciot okozott nagy fájdalmakkal, vérzéssel. A lelet műtétilag bizonyított. Palmer három esetben talált nyálkahártya előreesést, amit ösophagoscopia segítségével reponálni tudott. Anterograd és retrograd tipust különböztet meg aszerint, hogy a nyelőcső nyálkahártyája prolabál a gyomorba vagy fordítva. Lorimier és munkatársa 1960-ban a müncheni kongresszuson hat ilyen esetet ismertettek. Feldman gyomornyálkahártya invaginatioját írta le a nyelőcsőbe.

A teljesség kedvéért még megemlítjük a nyelőcső distalis szakaszán előforduló izomhypertrophiát, melyet

Johnstone irt le. Szerző az elváltozást neuromuscularis eredetűnek, a vagus hyperfunkciójának tartja. Organikus nyelőcsőszűkülettel téveszthető össze.

A gyulladáshoz nyelőcsőszűkület klinikai tünetei.

Legjellemzőbb tünet a dysphagia, amely kezdetben átmeneti jellegű, olyankor keletkezik, ha a beteg nagyobb falatot, túl száraz vagy nem jól megrágott ételt nyel vagy túl gyorsan eszik. A beteg úgy érzi, hogy a falat elakad, ami kínzó nyomást okoz; a nyomást öklendezés, nyáladás, hányás kísérheti. Más esetben a beteg görcsös fájdalomról panaszkodik a szegycsont mögött, ami a hátába is sugárzik. Amint a falat lecsuszik, a beteg megkönnyebbül, a fájdalom megszűnik. A nyelési panaszok kezdetben csak szilárd étel fogyasztásakor jelentkeznek változó intenzitással; vannak teljesen panaszmentes időszakok is. Ez nyilván attól függ, hogy mennyi a spasticus tényező. A szűkület progressziójával a panaszok is fokozódnak, a remissiók rövidebbek, a nyelési panaszok súlyosabbak lesznek, majd állandósulnak és már nemcsak a szilárd étel, hanem a pépes és a folyékony táplálék is elakad.

Refluxösophagitisben ezekhez a panaszokhoz pyrosis is társul, amelyet a betegek a nyelőcső mentén lokalizálnak. A pyrosis független az étkezéstől, főleg fekvő helyzetben, tehát az éjszakai órákban jelentkezik. Némely esetben a betegek övszerű fájdalomról panaszkodnak. A fekélyes for-

mákban vérzés is előfordul. A pepticus fekély ritkán a környezetbe penetrálhat, perforálhat.

Magas szűkületekben tulcsorgás következtében félrenyelés, aspiratio pneumonia is előfordul.

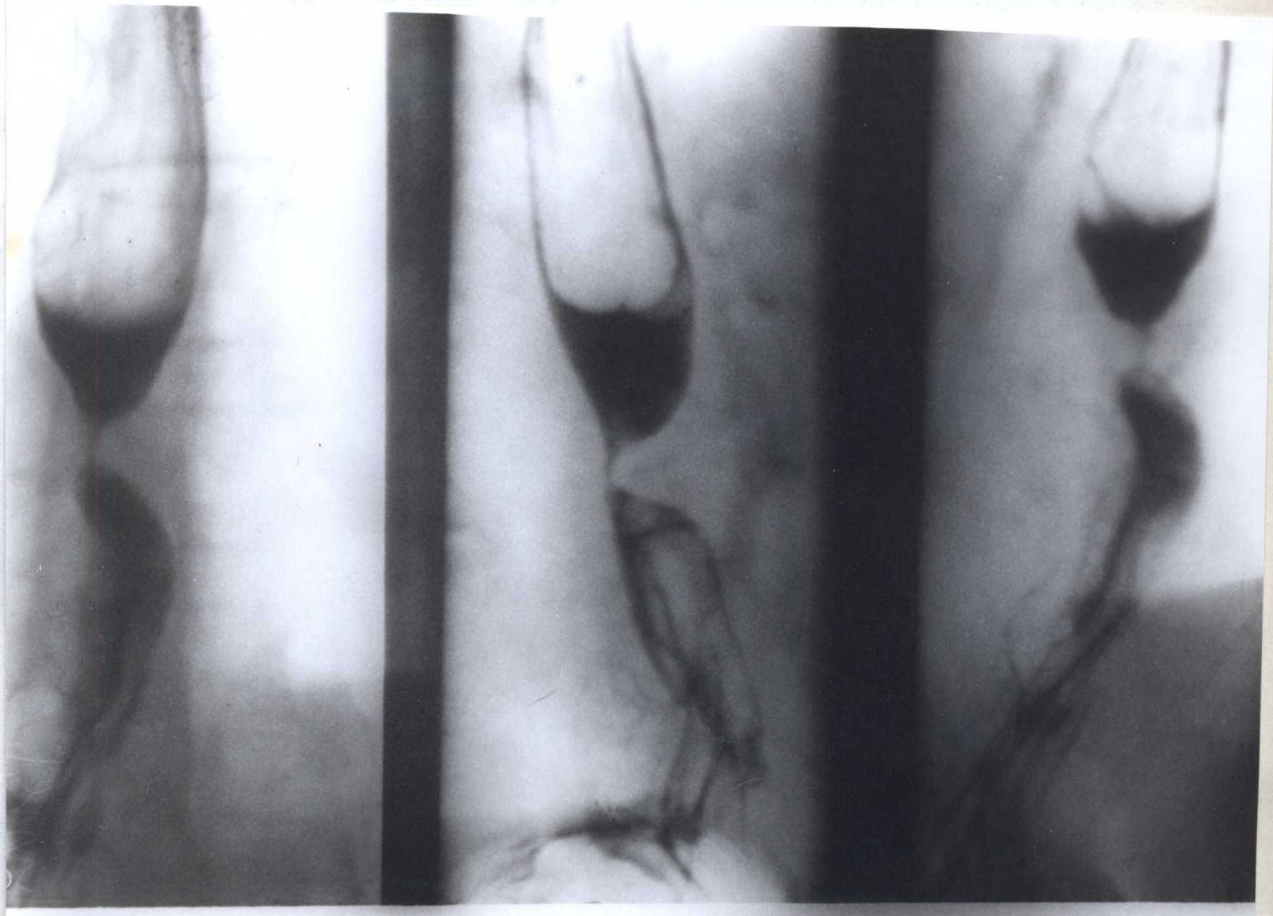
Magas szűkületeknél a betegek az elakadás helyét rendszerint megfelelően lokalizálják, a középső szakaszon levő szűkületekben a lokalizáció bizonytalan, az alsó harmad strikturájánál a nyomást az epigastriumban érzik.

Eseteink.

1. B.J. 59 éves férfi. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi.

Több éve vannak periodikusan jelentkező gyomorpanaszai, gyomorégése. A nyelési panaszok két hónap előtt kezdődtek, a szilárd étel elakadt. Nem fogyott lényegesen. Rendszeresen fogyaszt alkoholt. Próbareggeli nem történt.

Röntgenvizsgálat: az ösophagus rövidebb. A bariumsuspensio akadálytalanul halad végig a nyelőcsövön, distalisan kb 1 cm-es szakaszon a lumen néhány mm-re beszűkült, a szűkület nagyobb korty nyelésekor némileg tágul. A kontur éles, az átmenet az épből a kórosba convex szélű. Oralisan a nyelőcső mérsékelten tágabb. A cardia 2.5 - 3 cm-rel a szűkület alatt van.



1.a ábra.

Buscopanra a lelet nem változik.

Gyomorröntgen: léghólyag nyelés közben alakul ki. Fekvő helyzetben kis csuszamlásos hernia észlelhető, amelyből kevés kontrasztanyag a nyelőcsőbe regurgitál. A gyomron, a duodenumon fekély, deformitás nem mutatható ki. /1.a, 1.b ábra./

Röntgenológiai diagnózis: kis csuszamlásos hernia, reflux-ösophagitis.

Ösophagoscopia: a fogsortól 34 cm-re szűkület látható, melynek nyálkahártyája vérzékeny.

Biopsia. Szövettaní lelet: gyomor-nyálkahártya lobos beszűrődéssel.

Rekonstrukcios műtét történt. A szűkület gyulladásnak bizonyult. A herniát visszahelyezték, a hiatust szűkítették, a His szöglet helyreállítására a nyelőcső bal falát



1.b ábra.

a fornixhoz erősítették. A beteg panaszai műtét után lényegesen javultak.

2. W.J-né, 70 éves. Beküldő diagnózis: tumor ventriculi. Egy év előtt melaenája volt. Négy hónapja hány, étvágytalan, fogyott. Cardialisan decompensált. Nyelési panaszai néhány hónapja állnak fenn; kezdetben a szilárd étel akadt el, az utóbbi időben a pépes és folyékony táplálék is nehezen megy le. Retrosternalis fájdalom. Régen gyomorfekélyre utaló panaszai voltak, röntgennel azonban fekélyt sohasem lehetett kimutatni. Próbareggeli nem történt.

Röntgenvizsgálat: a barium-suspensio a nyelőcső alsó harmadáig akadálytalanul végighalad. A középső harmadban kb 2x4 cm nagyságu nyeles diverticulum látható, amelyben a kontrasztanyag egy ideig pang. A diverticulum alatt a nyelőcső kb 3 cm-es szakaszon erősen beszűkült. A szűkület excentrikus, a kontur enyhén fogazott, nyálkahártyarajzolat nem differenciálható. Oralisan az épbe való átmenetnél a fal előbóltosul, rajta kisebb diverticulumszerű képlet látható, amelyet valószínűleg a periösophagealis adhaesio



2.a ábra.

okoz. A gyomorforrix a mellkasban van, a hernia csuszamlásos típusu. Fekvő helyzetben gastroösophagealis reflux észlelhető. A gyomorredők durvábbak, fekély sem a gyomron, sem a duodenumon nem mutatható ki. /2.a, 2.b ábra./

Röntgendiagnózis: csuszamlásos hernia, refluxösophagitis, diverticulum ösophagi.

Ösophagoscopia: a fogsortól 30 cm-re szalmavékonyságú szűkület látható.

A nyálkahártya egyenetlen felszínnű, vérbő, tumorra gyanus. Próbaexcísió. Szövetteni lelet: gyulladásos sarjszövet leukocytás lepedékkal.

Műtéti exploratio: a cardia fölött a nyelőcső gyulladásosan megvastagodott, kiterjedt adhaesiokkal. A nagyfoku szűkület miatt gastrostomiát végeztek.



2.b ábra.

3. T.S. 53 éves nőbeteg. Beküldő diagnózis: cardiaspasmus.
Öt éve vannak nyelési panaszai. Retrosternalis fájdalom.
Kezdetben csak a szilárd étel akadt el, utóbbi időben a
pépes és a folyékony is. 16 éve sokizületi gyulladása van,
amely miatt ágyhoz kötött. Gerince teljesen merev, ülni sem
tud. Gastrotestes próbareggeli: hyperacid.



3. ábra.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső distalis végén a lumen kb
2.5 cm-es szakaszon elkeskenyedik, a telődés a keskeny

szakaszon belül hiányos, mintha a kontrasztanyag valamit körülfolyna. A kontur éles. Az elváltozás fölött a nyelőcső mérsékelten tágabb. A gyomron durva nyálkahártyaredők. Fekvő helyzetben préseléskor kis hiatus hernia alakul ki. Hasonfekvő helyzetben kevés kontrasztanyag a nyelőcsőbe regurgitál. A gyomron és a duodenumon fekély nem mutatható ki.

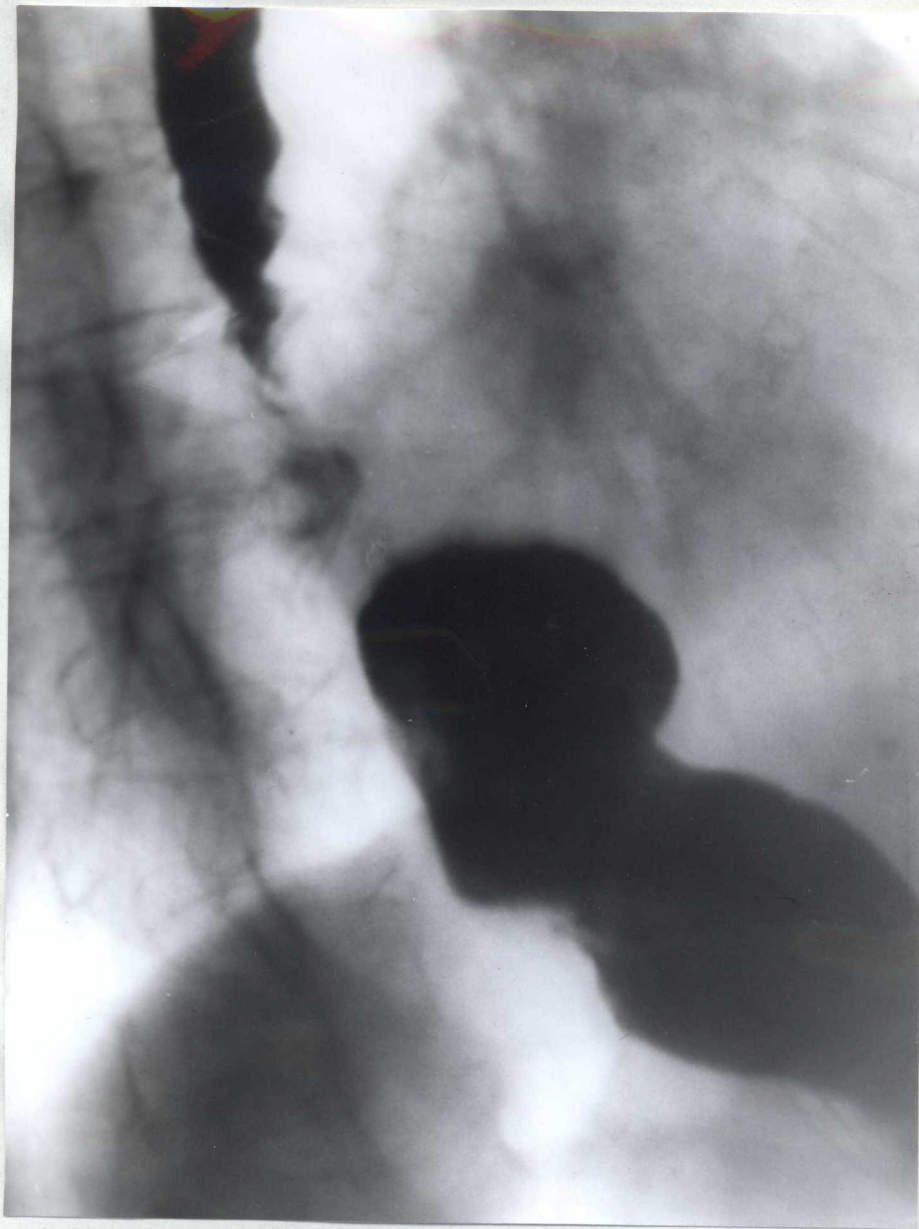
A szűkületben látható telődési hiány elakadt idegentestre vagy nyálkahártyaprolapsusra gyanus. /3. ábra./

A két hét múlva megismételt vizsgálatkor azonban a lelet változatlan volt.

A telődési hiány tisztázására óvatos ösophagoscopiát kíséreltek meg, amely a beteg nagyfoku kyphosisa miatt nehezen volt keresztülvihető. Az ösophagoscop bevezetésekor a nyelőcső kezdeti részén perforatio keletkezett. A nyaki szakaszt műtétilag feltárták és drainálták. Egyidejűleg gastrostomiát végeztek. A mediastinitis teljesen meggyógyult. Néhány hét után a gastrostomiát megszüntették. A beteg nyelése lényegesen javult. Hat hónap után végzett kontrollvizsgálatnál a kontrasztsuspensio akadálytalanul haladt végig, a morfológiai lelet azonban változatlan maradt.

Röntgendiagnózis: csuszamlásos hernia, refluxösophagitis.

4. R.B-né, 74 éves. Egy éve vannak nyelési panaszai, főleg szilárd étel fogyasztásakor. Állandó jellegű epigastrikus fájdalmai és szegycsont mögötti égése van. Gyakran hány. Cardialisan decompensált.



4. ábra.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső alsó harmada fokozatosan elkeskenyedik, nagyobb korty nyelésekor a lumen némileg tágul. A kontur éles. A szűkület felett szabálytalan,

helyenként pseudodiverticulumszerű kontrakciók láthatók. A cardia, a fornix már álló helyzetben is a mellkasban helyezkedik el. Fekvő helyzetben bőséges regurgitatio észlelhető a nyelőcsőbe. /4. ábra./

A gyomron és a duodenumon fekély nem mutatható ki.

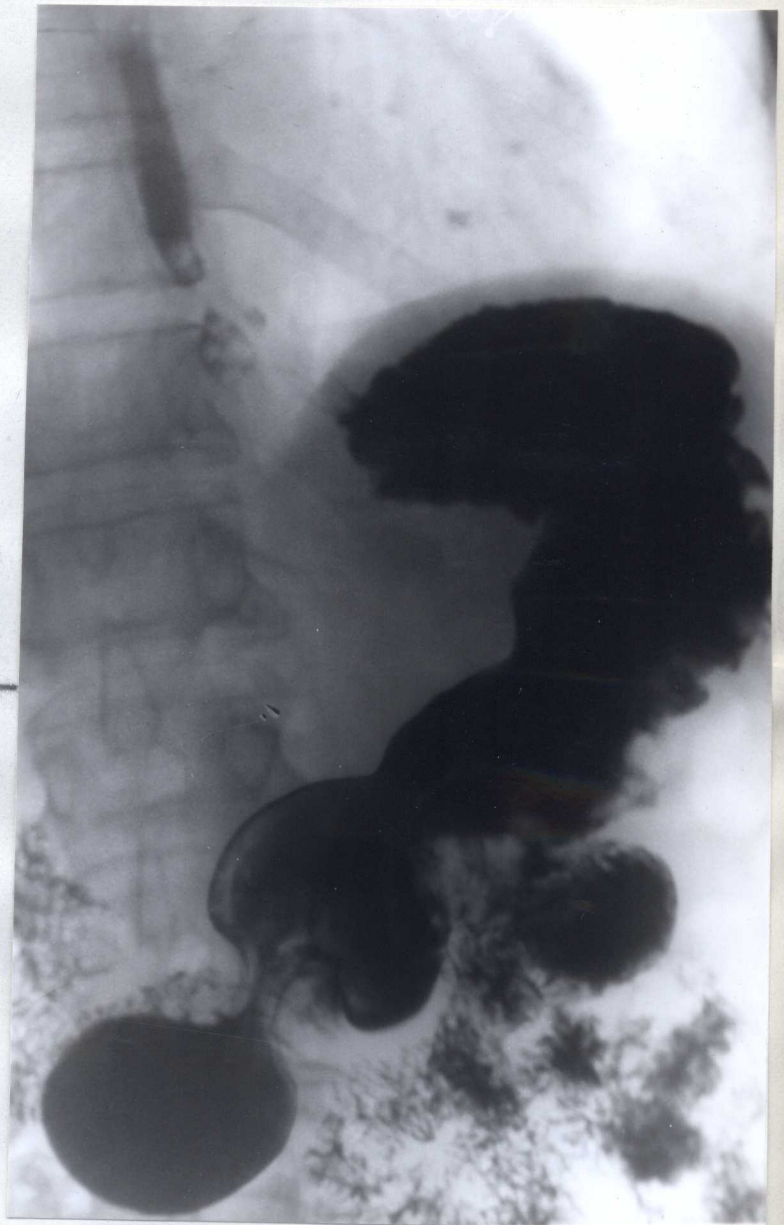
Az elváltozás refluxösophagitisnek felel meg.

Próbareggeli, ösophagoscopia a beteg korára és cardialis állapotára való tekintettel nem történt.

5. Á.A-né, 68 éves. Nyelési panaszai már 28 év előtt kezdődtek.

Egy alkalommal elakadt szőlőszem teljes nyelési képtelenséget okozott, emiatt gastrostomiát végeztek, amelyet azonban rövid időn belül zártak. Nyelési panaszai azóta is időnként kiujulnak, de szondával való tágitás után rendszerint javulnak vagy megszűnnek. Jelenleg panaszmentes.

Röntgenvizsgálat /fekvő helyzetben/: a nyelőcső nem tágabb. A kontraszt-



5. ábra.

suspensio és a sűrű kontrasztpép akadálytalanul végighalad. Nagyobb korty nyelésekor a nyelőcső alsó szakaszán éleskonturu rövid, körkörös lefűződés látható, amely alatt több redő differenciálható. A hiatus alig tágabb. Reflux műfogással sem váltható ki. Gyomor-duodenumröntgen: negativ.

/5. ábra./

Ösophagoscopia: a nyelőcső distalis végén oedémás vérzékeny nyálkahártya látható. Biopsia nem történt. A hosszú anamnesis és a röntgenlelet alapján malignitás kizárható.

Röntgendiagnózis: kis csuszamlásos hernia. Refluxösophagitis.

6. B.M. 69 éves férfi. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi. Két éves nyelési panaszok, melyek kezdetben csak időnként, nagyobb falat nyelésekor jelentkeztek. A panaszok lassan fokozódtak, az utóbbi időben szilárd ételt egyáltalán nem tud nyelni és némelykor a folyékony és pépes étel is nehezen megy le. Időnként hányingere és a szegycsont mögött égő jellegű fájdalmai vannak. Néhány kg-ot fogyott. Próba-reggeli: összaciditás 47, szabad sósav 34.

Röntgenvizsgálat: a kontrasztsuspensio csaknem akadálytalanul halad végig a nyelőcsővön. Az ösophagus rövid, a cardia magasan a mellkasban van. A nyelőcső distalis részén, kb 3 cm hosszú szakaszon a lumen beszűkült, a falak simák, merevek, nyálkahártyarelief nem rajzolódik ki. A beszűkült szakasz enyhe, hátrafelé convex ívben halad, a szív pulsatioját átveszi, de a test helyzetváltozását nem követi, rögzített. Az elváltozás az ép felé convex széllel határolt. Oralisan a nyelőcső mérsékelten tágabb.

A fornix tölcsérszerűen megnyult, keskeny, a redők hosszirányban rendeződnek. Incisura cardiaca nincsen, a fornix a nyelőcső egyenes folytatásában van. Fekvő helyzetben regurgitatio észlelhető. A gyomron eltérés nem mutatható ki. /6.a, 6.b ábra./

A röntgenlelet rövid ösophagusban keletkezett gyulladás mellett szól.

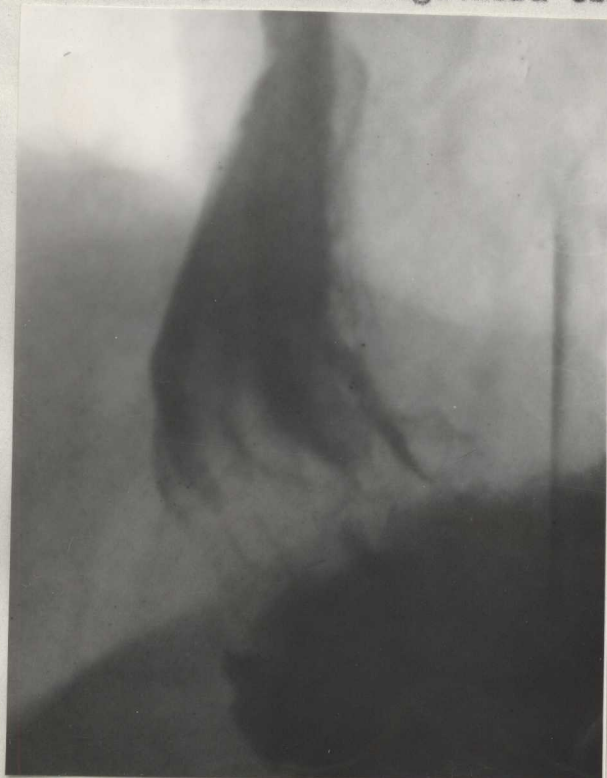
Ösophagoscopia: A fogsortól 30 cm-re tumorra gyanús, gyöngyfűzérszerűen bedomborodó képlet látható. Biopsia. Szövetteni lelet: idült gyulladás.

A beteget két éven át figyeltük.

Nyelési panaszai tágitásra csak



6.a ábra.



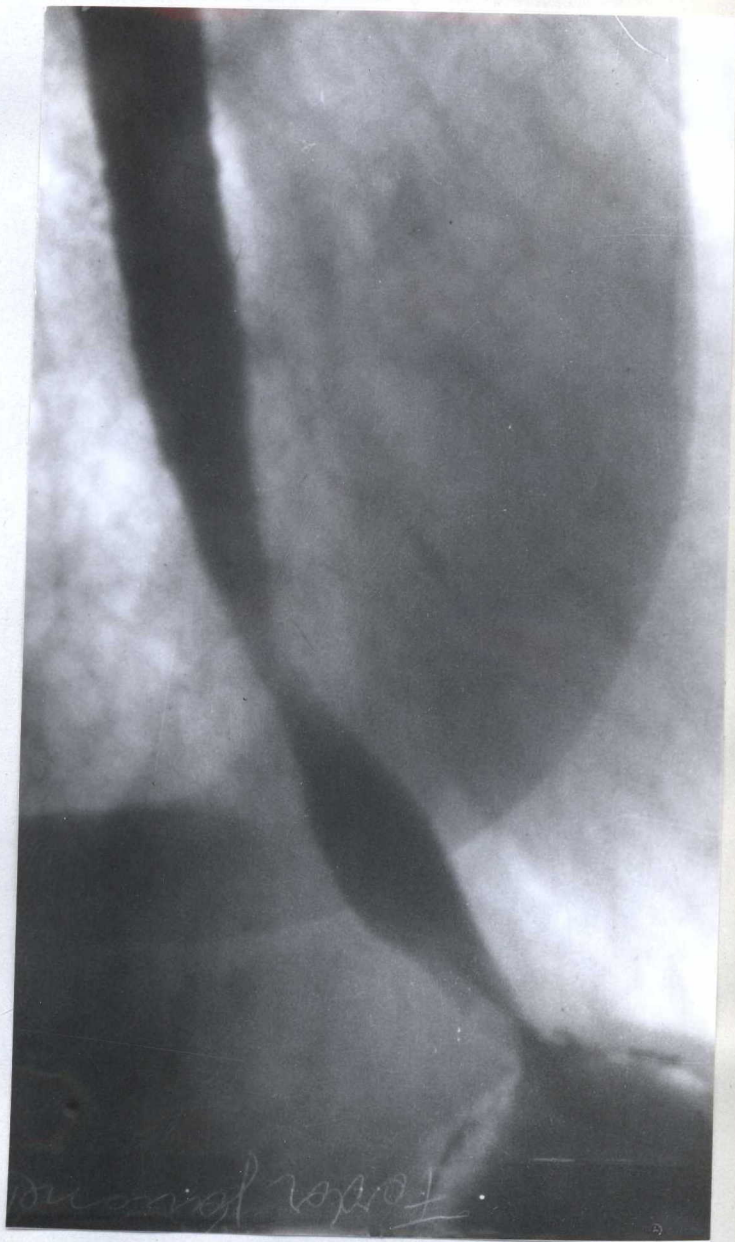
6.b. ábra.

átmenetileg javultak. Az utóbbi időben sokat fogyott. A röntgenlelet nagyjából változatlan maradt. Műtét: a nyelőcső fala erősen megvastagodott. Kiterjedt periösophagealis adhaesio van, amelyet csak részben lehet oldani. A műtéti lelet az elváltozás gyulladásos eredetét megerősítette.

7. F.J-né, 52 éves. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi. Egy éves nyelési panaszok. Kezdetben a szilárd étel időnként elakadt és csak folyadékkal ment le, később a panaszok állandósultak, csak pépes és folyékony ételt vagy nagyon jól megrágott szilárd ételt tudott lenyelni. Időnként kinzó, égő fájdalom, amely az epigastriumtól a garatig sugárzik. Három napja a folyadék is elakad. Cardialisan decompensalt. Próbareggeli: kifejezetten hypacid.

Ösophagoscopia: negativ.

Röntgenvizsgálat: a kontrasztsuspensio 2-3 harántujjal a rekesz felett elakad és csak minimális kontrasztanyag szivárog át a gyomorba. Vizsgálat közben a beteg ételmaradékot hány, ezután a kontrasztanyag akadálytalanul ürül. Most már megállapítható, hogy a nyelőcső distalis szakasza fokozatosan elkeskenyedik. A konturok élesek, nyálkahártya-relief nem differen-



7.a ábra.

ciálható. A nyelőcső a test helyzetváltozásait követi. Adhaesiora utaló tünet nincs. Fekvő helyzetben, préselés-kor regurgitatio észlelhető. A cardia magasan szájadzik a fornixba, a His szöglet nagyobb, a reflux valószínűleg ennek a következménye. A gyomron, a duodenumon más eltérés nem mutatható ki. /7.a ábra./

Tágításra a panaszok javulnak. Két hónap után újból jelentkeznek, nehezen nyel.

Kontrollröntgenvizsgálat: a szűkület fokozódott, hosszabb szakaszra terjed a lumen ceruzabélvékonysága.

/7.b ábra./

Röntgendiagnózis: refluxösophagitis. A reflux oka valószínűleg cardiaanomalia.

Műtét nem történt.

A nyelés ismételt tágításra lényegesen javult.



7.b ábra.

8. Sz.B-né 60 éves. Beutaló diagnózis: *ulcus ventriculi*.

Többéves panaszok. A szegycsont mögött égő, nyomó fájdalmat érez, amely a hátába is sugárzik. Vannak periodusok, amikor a fájdalmak nyeléskor fokozódnak. Többször volt haematemesise és melaenája. Regurgitációs panaszai vannak, az ételt időnként visszaöklendezi. Gastrotestes próbaregge-
li: hyperacid.

Röntgenvizsgálat: a nyelés akadálytalan, a nyelőcső egészében inkább tág, atoniás, distalis szakaszán a jobb falon babnyi *ulcusfészek* látható, melynek magasságában a nyelőcső keskenyebb. A cardia, a fornix álló helyzetben is a mellüregben helyezkedik el. Bőséges regurgitatio látható. A gyomron, a duodenumon fekély nem mutat-
ható ki. /8.a ábra./

Röntgendiagnózis: *ulcus pepticum ösophagi*.

Egy év után kontrollvizsgálat: a fekély valamivel kisebb lett.



8.a ábra.

Két év után a beteg ismét jelentkezett. Panaszai kiújultak, a fájdalmak övszerűek és a hátába sugároznak.

Gyakran van retrosternalis égése. Időnként a nyelésnél is fájdalmat érez. Hányások.

Ujabb röntgenvizsgálat: az ulcus nagyobb lett, benne a kontrasztanyag hosszú ideig megtapad. Körülötte duzzadt nyálkahártyasánc van. A redők a nyelőcső alsó harmadában szélesebbek. A gyomornak csaknem egyharmada a mellkasba herniált. A hiatus széles. A gyomorredők durvábbak. A bulbus alakja szabályos, fekély sem a gyomron, sem a duodenumon nem mutatható ki. /8.b ábra./



8.b ábra.

9. J.I. 45 éves férfi. A betegnél cardiaspasmus miatt tíz év előtt ösophago-fundostomiát végeztek. Műtét után a nyelés rendeződött, azonban súlyos regurgitációs panaszai vannak, amelyek főleg fekvő helyzetben igen kinosak. Gyakran van retrosternalis égése.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső erősen tágult, elongált, alsó szakasza könyökszerűen meghajlik. A kontrasztanyag a nyelőcsőben felgyűlt nyákkal keveredik, felhigul. Peristaltika nem figyelhető meg. A fundus a mellüregbe felhuzott, az ürülés az ösophago-fundostomián át akadálytalan. Már álló helyzetben nagyfokú regurgitatio észlelhető. A nyelőcső vízszintesen haladó distalis szakasza keskenyebb, az alsó falon kis babnyi fekélyfészek látható, amelyben a kontrasztanyag megtapad. A gyomor kispörcsületén látható körülírt kiboltosulás a régi cardiának felel meg. /9. ábra./

Radiológiai diagnózis: reflux eredetű ulcus ösophagi.



9. ábra.

10. Sch.J. 59 éves férfi. 1952-ben lugos striktura miatt operálták: a nyelőcső distalis harmadát resecálták, a gyomrot felhúzták a mellkasba és magas ösophago-gastroanastomosist végeztek. Utána éveken át a nyelés zavartalan volt. Két év óta a szilárd ételt nehezen nyeli le, retrosternalis fájdalma, nyomása, időnként égése van. A belgyógyász nem tudja kizárni, hogy a retrosternalis fájdalmak nem cardialis eredetűek-e? Próbareggeli: normacid.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső felső és középső harmadának határán ösophago-gastroanastomosis látható. Az anastomosis fölött a nyelőcső lumene kb 4 cm-es szakaszon erősen beszűkült. A szűkület fölött jelentékeny tágulat van.



10. ábra.

A kontrasztanyag a szűkületen át lassan ürül. A felhúzott gyomor redői jól láthatók, hosszirányban rendeződnek. Már álló helyzetben bőséges regurgitatio észlelhető. /10. ábra./

Radiológiai diagnózis: refluxösophagitis.

Ösophagoscopia: a fogsortól 25 cm-re jelentős szűkület látható. Biopsia nem történt.

11. G.I. 49 éves férfi. 24 éve vannak gyomorpanaszai, már 15 év előtt duodenalis ulcust mutattak ki röntgenvizsgálattal. Hat hónap előtt perforatioja volt, amely után gyomorresectiot végeztek. Egy hónappal a műtét után nyelési panaszok kezdődtek; a szilárd ételt nem tudta lenyelni, a nyelési panaszokat öklendezés, hányás kísérte. Kezdetben csak nyákot hányt, később az étel is visszajött a nyelőcsőből. Próbareggeli: hypacid.

Röntgenvizsgálat

/5 hónappal a műtét után/: a nyelőcső a bifurcatio alatt lefelé fokozatosan elkeskenyedik, a rekesz fölött már csak ludtollnyi tágasságu. /11. ábra./ Gyomor: kb 1/3-os gyomorcsont, amelynek redői durvák, az ürülés jó.

Ismételt vizsgálatkor a lelet változatlan.



11. ábra.

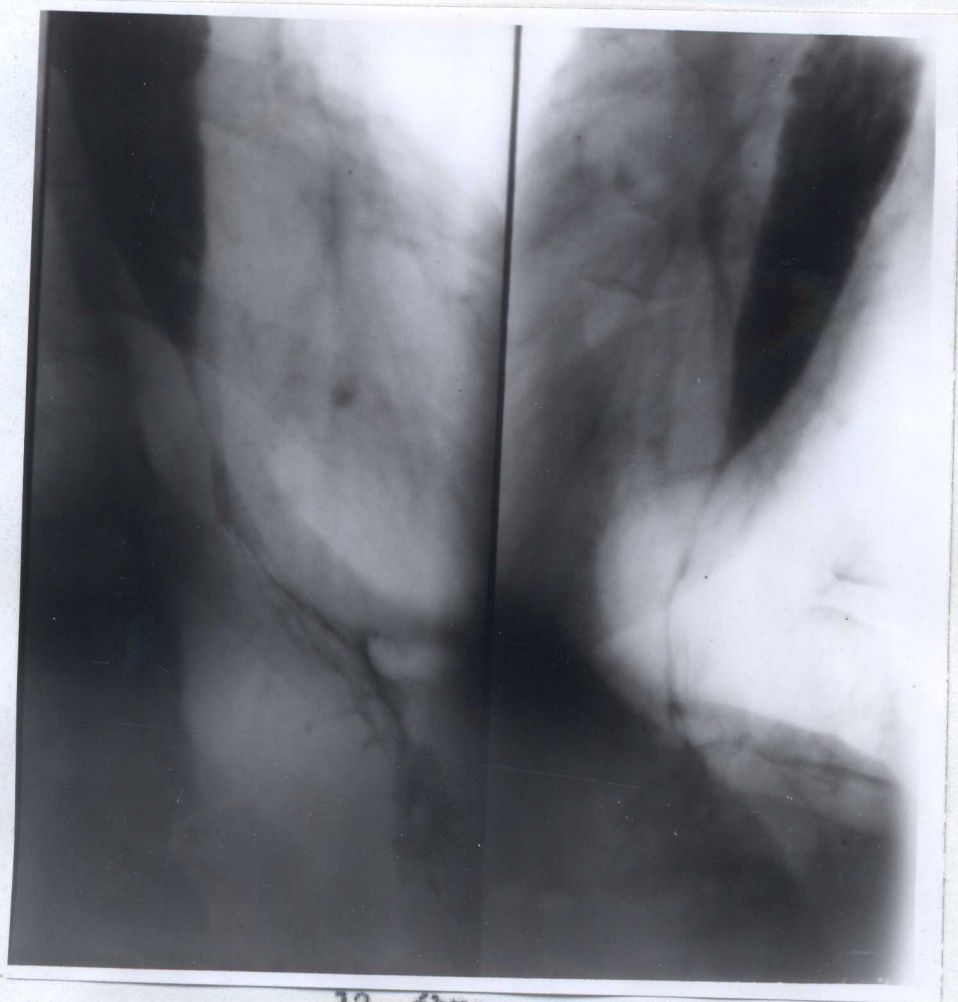
Röntgendiagnózis: ösophagitis.

Ösophagoscopia: 32 cm-re a fogsortól a nyelőcső ürtere beszűkül, fibrines lepedék látható, amely alatt a nyálkahártya oedemás, vérbő. Ösophagoscopos diagnózis: ösophagitis.

Biopsia nem történt.

12. G.F. 48 éves férfi. Beküldő diagnózis: tumor cardiaae.

Husz éve vannak gyomorpanaszai. Félév előtt gyomorperforatioja volt. Műtétkor a fekélyt a pylorus előtt találták, elvarrták, resectio nem történt. Műtét után hetekig lázas volt. Három hét után kezdődtek nyelési panaszai: a szilárd étel elakad, csak pépeset és folyékonyat tud nyelni. Éhgyomorral égése van a szegycsont mögött. Próbareggeli: kifejezetten hypacid. Occult vérzés: negativ.



12. ábra.

Röntgenvizsgálat /5 hónappal a panaszok kezdete után/: a nyelőcső distalisan fokozatosan szalmavékonyágura beszűkül, a szűkült szakaszon a kontur éles, nyálkahártyarajzolat helyenként differenciálható. Peristaltika nem figyelhető meg. A szűkület felett a nyelőcső tágabb, a kontrasztanyag a pangó nyelőcsőtartalommal és nyálkával keveredik. Hernia fekvő helyzetben sem látható, reflux műfogással sem váltható ki. /12. ábra./ Gyomorröntgen: a gyomor redőzete durvább. A kispöbületen ^aprepylorikusán - nyilván a régi sutura helyén - állandó behuzódás észlelhető. A duodenumon deformitás, fekély nincsen.

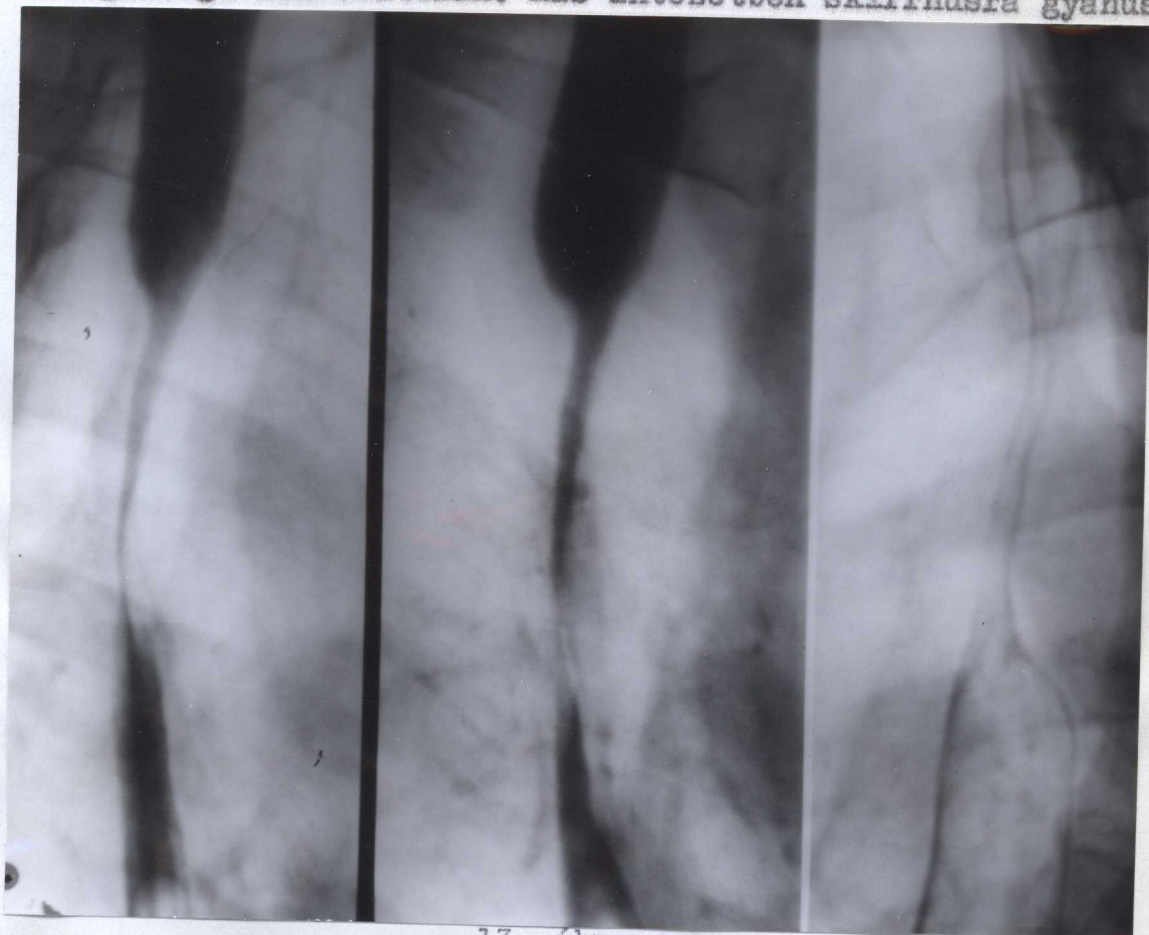
Ösophagoscopia: a fogsortól 37 cm-re tumoros jellegű lepedéssel fedett beszűrődés van. Biopsia. Szövetteni lelet: a nyelőcső laphám bélése nem ismerhető fel. A belső réteget hegesedő, lobos szövet alkotja. A hossz- és harántizomrétegben lymphocytákból és leukocytákból álló lobsejtes beszűrődés van. Diagnózis: ösophagitis chronika fibrosa.

Miután a beteg nyelése tágitásra nem javult, műtét történt. Műtéti lelet: a nyelőcső a cardia fölött kb 8 cm-es szakaszon hegesen beszűkült, a fal erősen megvastagodott, környezetével összekapaszkodott. A szűkület gyulladáshoz hegesedés következménye. Ösophago-fundostomiát végeztek. /A műtét 8 év előtt történt./

13. M.M. 53 éves férfi. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi. 20 éves gyomorpanaszok. 1945-ben perforatio miatt gyomorresectiót végeztek. 1958-ban recidiv fekélyt mutattak ki röntgenvizsgálattal, emiatt újabb gyomorműtét. Ebből az

alkalomból cholecystectomiát is végeztek. Három évvel a második gyomorműtét után újabb gyomorvérzés. Jelenlegi panaszai három hónap előtt, három évvel a második műtét után kezdődtek. A szilárd étel a szegycsont felső részének magasságában elakad, vizivásra sem megy le, visszaöklendezi. A panaszok változó intenzitásúak. Gyomorfájdalmi vannak. Frakcionált próbareggeli: hypacid gyomornedvet mutat. Occult vérzés ++++.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső az aortagomb magasságában jelentékenyen beszűkül. A szűkület az aorta benyomat magasságában kezdődik, de lefelé mélyebbre terjed. Jóval túlér az aortaiven. A szűkületen belül egyes felvételeken redők is differenciálhatók. A kontur sima. Buscopánra a nyelőcső tágassága nem változik. Más intézetben skirrhusra gyanus-



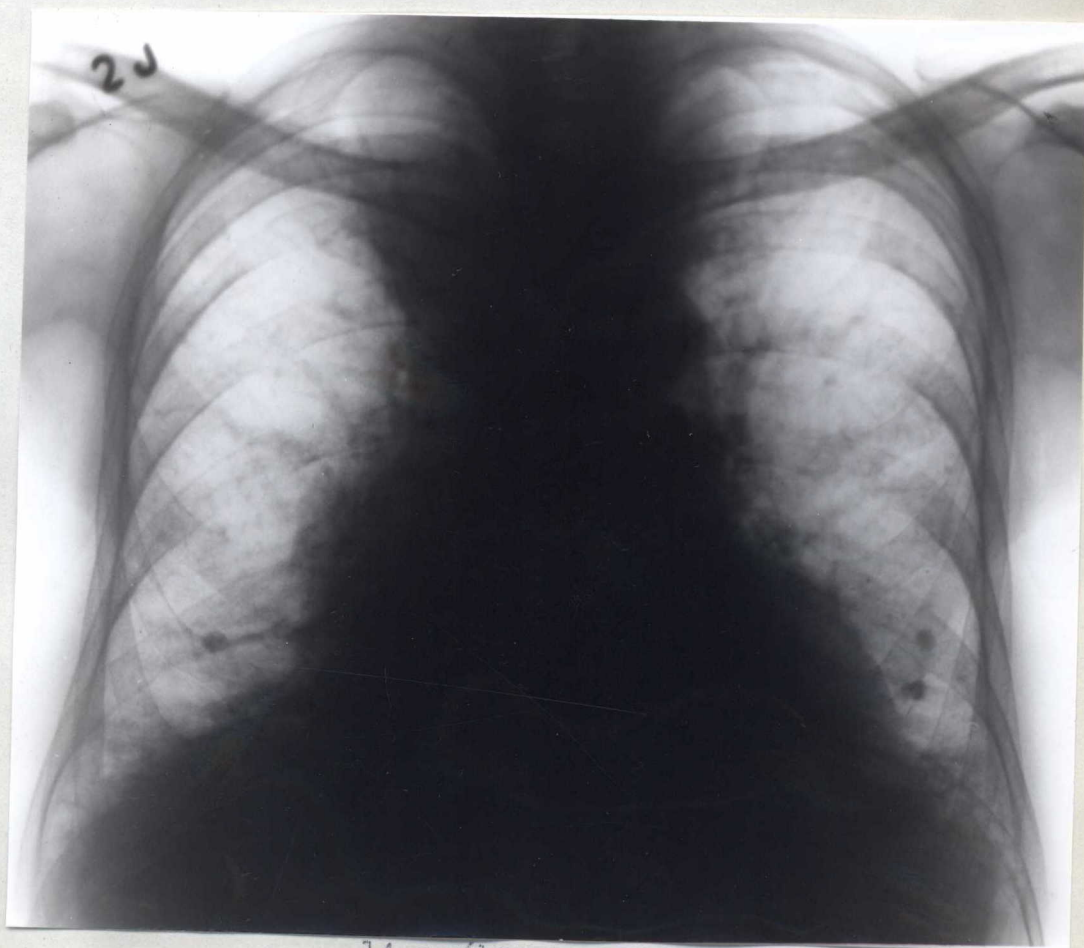
13. ábra.

nak találták az elváltozást. A kontrasztsuspensio a szükületen lassan halad át, a nyelőcső orális szakasza mérsékelten tágabb. /13. ábra./

Gyomor: egyharmados gyomorcsanak, amely jól ürül. Az odavezető kacs, sőt a duodenum, a bulbus duodeni is telődött, deformált. Röntgendiagnózis: ösophagitis.

Ösophagoscopia: a fogsortól 20 cm-re szükület látható, amelyen belül ép nyálkahártya van. A cardia tájékon a redők durvák. Biopsia nem történt.

14. V.J.-né 70 éves. 9 éve van sclerodermája, amely a tipusos helyen a végtagok distalis részén, az arcon kifejezett. Nyelési panaszai három évvel ezelőtt kezdődtek. A szilárd étel elakadt és csak folyadékkal tudta lenyelni. Időnként a folyadékot visszaöklendezte. A panaszok változó inten-



14.a ábra.

zításuak; vannak periodusok, amikor alig van nyelési zavar, cardialisan decompensált.

Röntgenvizsgálat. Mellkasfelvétel: szélesebb hilusok, felszaporodott köteges rajzolat, a kötegek egészen peripheriánisan követhetők. Mindkét bázison több, egymás mellé helyezett kerek, élesfalú cysta látható. /14.a ábra./

Radiologiai diagnózis: scleroderma eredetű tüdőfibrosis polycystás degeneratioval.

Nyelőcsővizsgálat: a nyelőcső erősen tágult, elongált. Az intraabdominalis szakaszon, a cardián a lumen kötöttű vékonyágura beszűkült. A kontrasztanyag a szűkületen át lassan, folyamatosan ürül. Félóra után már csak kevés kontrasztanyag látható a szűkület fölött. A kontur éles, az elhatárolódás az ép felé convexszélű. /14.b ábra./

Ösophagoscopia, biopsia nem történt; a scleroderma miatt szűk szájnnyíláson a műszert nem lehetett bevezetni.



14.b ábra.

15. B.F-né, 65 éves. Öt hét előtt három hétig tartó magas lázzal, majd torokfájással járó betegsége volt, amelyet antibioticumokkal kezeltek. A torokfájás után fokozatosan nyelési panaszok kezdődtek. A nyelés nagyon fájdalmas volt, a szilárd étel elakadt. Occult vérzés: +++

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső az arcus aortae magasságában fokozatosan beszűkül, a fal kissé egyenetlen. A szűkület felső határa convex széllel megy át az épbe, az alsó határ nem differenciálható el. A kontrasztsuspensio igen lassan halad át a szűkületen.

Oralisan a nyelőcső alig tágabb.

/15.a ábra./

A nyelési panaszok egyre fokozódtak, teljes nyelési képtelenség alakult ki, ezért a betegnél gastrostomiát végeztek és néhány hét után a gastrostomián át retrograd tágítást kezdtek el.

Ösophagoscopia: a fogsortól 23 cm-re nagyfoku szűkület látható. Próbaexercisio. Szövetteni lelet: gyulladáisos sarjszövet.

A betegnél a tágítást hónapokon át folytatták.

Kontrollvizsgálat egy év után:

az aortaiv alsó falának magasságában a nyelőcső lumene hirtelen excentrikusan beszűkül. A kontrasztanyag egész



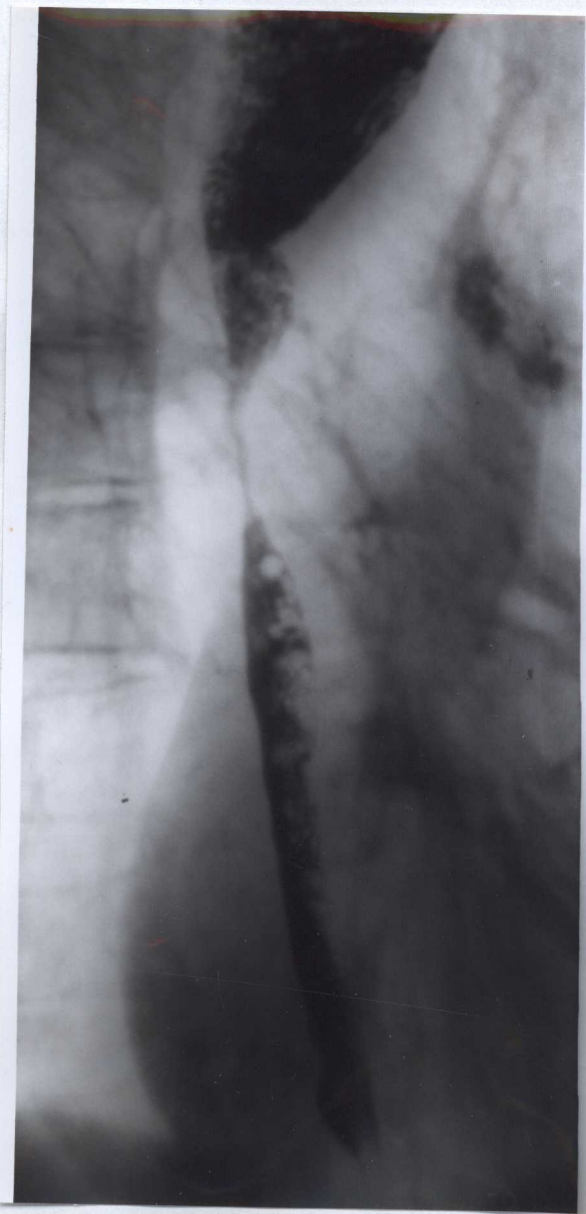
15.a ábra.

keskeny csikban halad át, emiatt a szűkület alsó határa nem állapítható meg. A kontur éles. Oralisan az átmenet az épből a kóros részbe convex szélű. /15.b ábra./

Ujabb ösophagoscopia és biopsia. Szövetteni lelet: lobos beszűrődés.

Két év után újabb röntgenvizsgálat: a szűkület fokozódott, a lumen ceruzabél vékonysága. A nyelőcső húr-szerűen kihuzott, rögzített.

Röntgendiagnózis: strikturáló ösophagitis.



15.b ábra.

16. K.J.-né, 43 éves. A betegnél 1958-ban uterusexstirpacio történt, tumor miatt. Utána röntgenbesugárzást kapott. Vidéki kórházban, mint utólag tudomásunkra jutott, szintén tumor miatt gyomorresectiot végeztek. Nyelési panaszai már a műtét előtt kezdődtek. Jelenleg a darabos ételt nem tudja lenyelni. Panaszai időnként spontán javulnak.

Röntgenvizsgálat: mellkasfelvételen valamint a mediastinumról készült rétegfelvételeken kóros eltérés nem volt kimutatható.

Nyelési vizsgálat /7 hónappal a panaszok kezdete után/ az aortaív alatt a nyelőcső sima fallal tölcészerűen beszűkül, lumene kötöttü vékonyoságú. A szűkület hossza kb 6 cm. A hosszirányu redőzet felismerhető. A szűkület fölött a nyelőcső valamivel tágabb, benne ételmaradék van. Az elváltozástól lefelé a nyelőcsőlelet normális. /16. ábra./

Ösophagoscopia: a fogsortól 26 cm-re szűkület, felette tágulat van, a nyálkahártya vaskos, vérbő. Tumorra utaló elváltozás nem található.

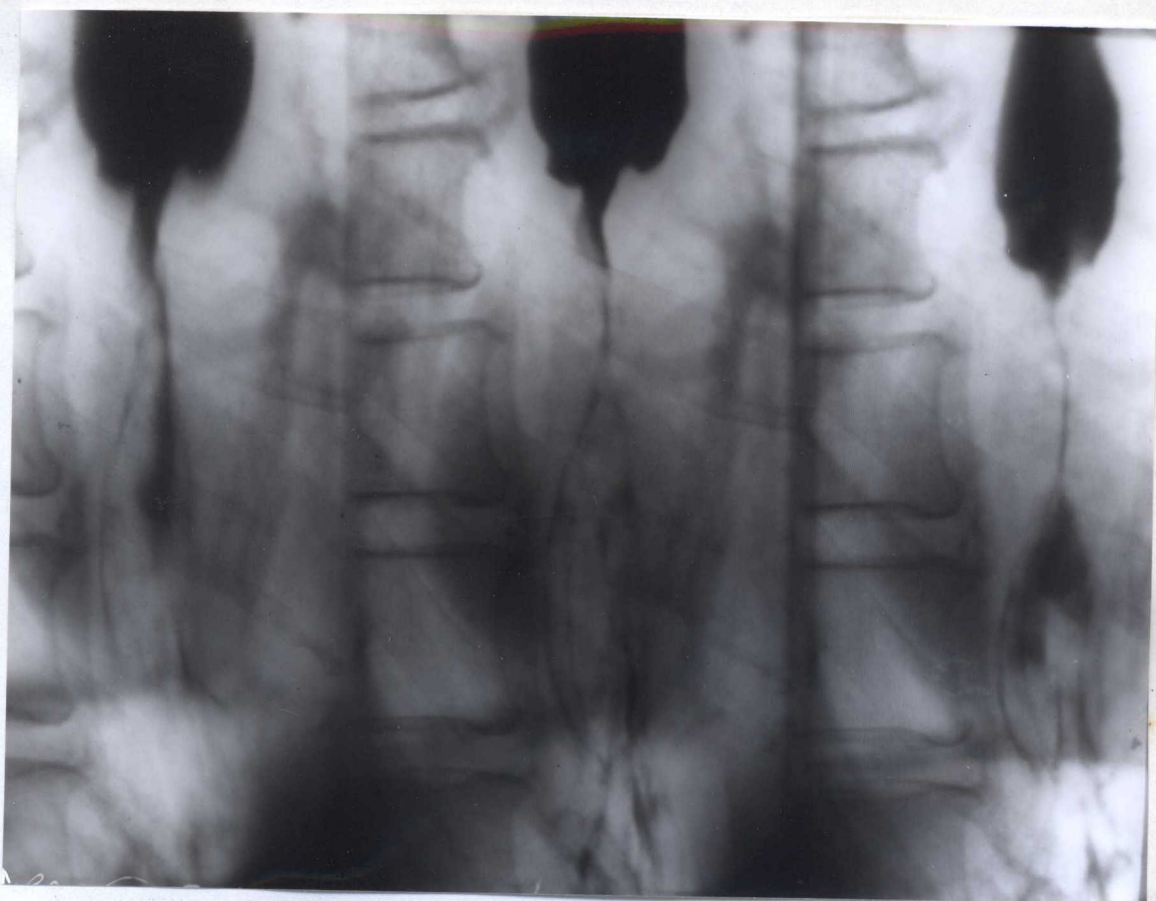


16. ábra.

Egy hónap után kontroll ösophagoscopia az előbbivel azonos állapotot mutatott. Próbaexcisio. Szövetteni lelet: többrétegű, el nem szarusodó laphámrészetek, melyek felépítése szabályos. Sem tumoros, sem specifikus gyulladásra utaló elváltozás nem található. Az ösophagoscopiát, a próbaexcisiót újból megismételve a lelet azonos. A betegen nyelvcsőtágítást végeztek, amely után nyelése valamivel jobb lett. Ujabb kontroll röntgenvizsgálatnál azonban a lelet változatlan volt.

Röntgendiagnózis: nyelvcsőgyulladás.

17. Gy.J. 60 éves férfi. Felvételi diagnózis: tumor ösophagi. Négy éve vannak nyelési panaszai, amelyek egészen tipusosak: kezdetben a szilárd étel akad el és csak vízzel együtt tudta lenyelni, később már csak pépes és folyékony ételt tudott fogyasztani. Nem hány. Retrosternalis fájdalma van. Keveset fogyott. Próbareggelit nem lehetett végezni.
- Röntgenvizsgálat: a bifurcatio tracheae magasságában a nyelvcső hirtelen erősen beszűkül, a lumen kötöttvékonyosága. A szűkület 3-4 cm-es szakaszra terjed. A fal sima. Az elváltozás fölött a tágult oralis nyelvcső szakasz lefelé convex éles széllel határolódik el. A szűkülettől aboralisan a keskeny sávban átszivárgó kontrasztanyag a nyelvcső hosszirányu redőzetét finoman bevonja. Az ösophagus hurszerűen kihuzott, az elváltozás magasságában rögzített, a test helyzetváltozásait nem követi. /17. ábra./ A gyomor duodenum röntgenvizsgálata nem mutatott eltérést. Mellkasvizsgálatkor emphysemás tüdőket találtunk.



17. ábra.

Ösophagoscopia: a fogsortól 28 cm-re nagyfoku szűkület, heges sápadt nyálkahártya. Biopsia nem történt.

A hosszú anamnesis és a röntgenlelet gyulladás mellett szól. Rendszeres tágítások után a panaszok lényegesen javultak.

18. E.J. 52 éves férfi. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi. A betegnek 1934-ben luesa volt, amit kezeltek. Jelenleg Wassermann reakció a serumban, valamint a társreakciók negatívak. Egy hete vannak nyelési panaszai és fájdalmai az epigastriumban, amelyek főleg nyelés után jelentkeznek. Két nap óta a folyadékot is kihányja. Nem fogyott. Próba-reggeli nem történt. Occult vérzés negatív.

Röntgenvizsgálat: a kontrasztsuspensio akadálytalanul halad végig a nyelőcsövön. A középső harmadban a lumen fokozatosan elkeskenyedik, a konturok élesek. A szűkület kb 3 cm-es szakaszra terjed, bizonyos fokig változik; nagyobb korty nyelésekor a nyelőcső ürtere tágabb lesz. /18. ábra./

Röntgendiagnózis: ösophagitis, periösophagitis.

A háti csigolyákon előrehaladott spondylosis van, a nyelőcsőszűkület magasságában csőrszerű felrakódások, kapocsképződés, szalagmeszesedés látható.

Ösophagoscopia: a fogsortól 25 cm-re excentrikus szűkület látható fellazult nyálkahártyával. Próbaexcisio.

Szövetteni lelet: szabályos, többrétegű laphámmal fedett szövetdarabok, kóros eltérés nélkül.

Tágítás után a panaszok javultak. Három hónap után kontroll röntgenvizsgálat: a beteg most jól nyel, a röntgenlelet azonban változatlan.



18. ábra.

19. B.L. 24 éves férfi. Beküldő diagnózis: diverticulum öso-
phagi. Két éve vannak nyelési panaszai. Először husevés
közben akadt el a falat, erős nyomást, fájdalmat érzett
a szegycsont mögött. 1948-ban "tüdőgyulladás" volt,
utána sokat fájt a gerince. Három hónapig feküdt!
Röntgenvizsgálat: a bifurcatio magasságában a nyelőcső
excentrikusan, hirtelen erősen beszűkül, a lumen csak
3-4 mm tágasságu. A szűkület hossza kb 3 cm. A fal éles-
konturu. Baloldalon kis megtöretés látható: adhaesio.
Az ép fal a kórostól oralisan convex széllel határolódik
el. A szűkület fölött a nyelőcső tág, aboralisan rendes
tágasságu. Az elváltozás magasságában a nyelőcső rögzit-
tett, a test helyzetváltozásával járó kitérések hiányoznak.



19.a ábra.

A nagyfoku szűkület ellenére a hig kontrasztanyag akadálytalanul halad át a nyelőcsövön. /19.a ábra./

Ösophagoscopia: a fogsortól 25 cm-re ép nyálkahártyával fedett excentrikus szűkület látható. Próbaexcisio. Szövetteni lelet: többrétegű laphámmal fedett nyálkahártya, gyulladás nélkül.

A mellkas röntgenvizsgálatakor a jobb tüdőben elmeszesedett primaer komplexust találtunk.

Oldalirányu rétegfelvétel a háti gerincről: az 5-6 csigolyák blokkot képeznek; az 5. csigolya alacsonyabb. A 6-7 csigolyák közti porcrés erősen beszűkült, a 7. csigolya strukturája tömör, felső zárólapja egyenetlen, hiányos. Az elváltozással szomszédos csigolyákon spondylosis elváltozások vannak.

A felvételen jól látható a nyelőcső kezdeti szakaszának levegősávja, amely

a csigolyaelváltozás magasságában teljesen megszakad.

/19.b ábra./

Radiologiai diagnózis: spondylitis tuberculosa /sanata?/,
ösophagitis, periösophagitis.



19.b ábra.

Rendszeres tágitás után a beteg panaszai lényegesen javultak.

Félév után kontroll röntgenvizsgálatot végeztünk: a morfológiai elváltozás nagyjából azonos maradt. /19.c ábra./



20. Sz.J-né, 58 éves. Két év előtt kezdődtek nyelési panaszai. A szilárd étel elakadt, retrosternalis nyomása volt. Akkor röntgenvizsgálattal a nyelőcső alsó harmadában kisdíónyi diverticulumot találtunk, amelyben a kontrasztanyag órákon át meg-

19.c ábra.

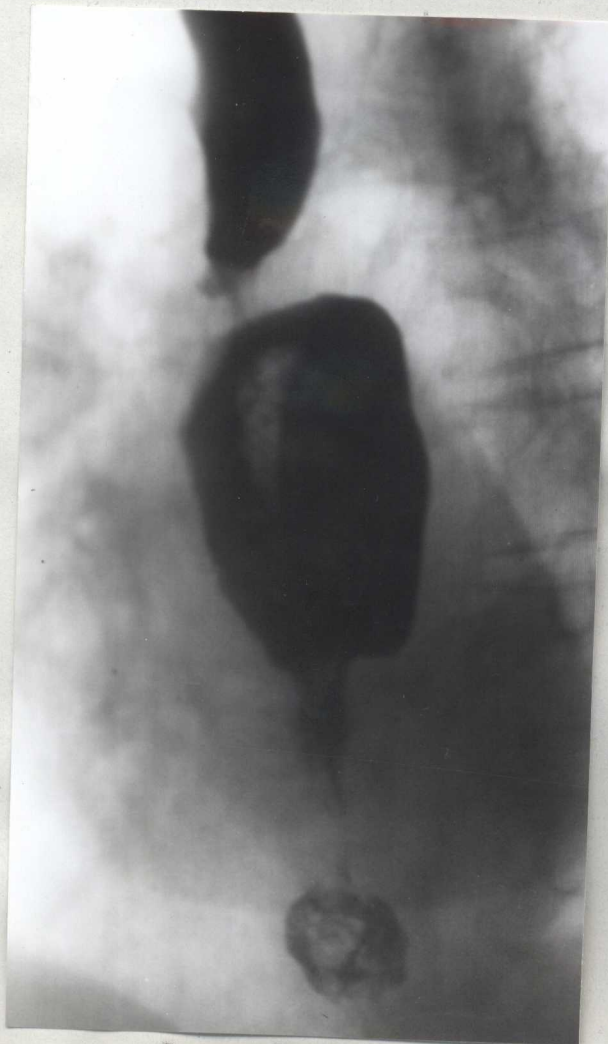
maradt. A nyelési panaszok miatt műtétet javasoltak. Műtét-nél a nyelőcső környezetét nagyon hegesnek találták, a diverticulum a hilusképletekkel összenőtt, a bal véna pulmonalisról kellett leválasztani. Leválasztás közben a nyelőcső izomrétege a diverticulum fölött, a hilus magasságában megsérült. A diverticulum nyakát diathermiás késsel átvágták, a nyelőcsövet kifordított varratokkal elzárták. A praeparatum szövettani lelete: idült gyulladás.

Műtét után néhány napig tartó lázas állapot és jobboldali pleuritise volt. /A műtéti behatolás a jobboldalon történt./ Műtét után nyelési panaszok maradtak vissza, a beteg a szilárd ételt nehezen tudta lenyelni.

Röntgenvizsgálat /3 1/2 hónappal a műtét után/: a nyelősó középső harmadán, valószínűleg az izomsérülés helyén, nagyfoku körkörös szűkület látható, a mellső falon lenesényi kiboltosulás van. A szűkülettől aboralisan a nyelősó körülírt szakaszon kifejezetten tág. Distalisan élénk kontrakciók láthatók. /20.a ábra./

Kontrollvizsgálat két év után: a beteg nyelési panaszai enyhültek, a szilárd ételt azonban most is csak jól meg-rágva tudja lenyelni.

Röntgenvizsgálat: a szűkület változatlanul fennáll, a telősó többlet eltűnt, a körülírt tágulat fokozódott, aneurysmaszerű, distalisan a lumen rendes tágassága. /20.b ábra, Buscopan i.v. adása után a lelet változatlan maradt.

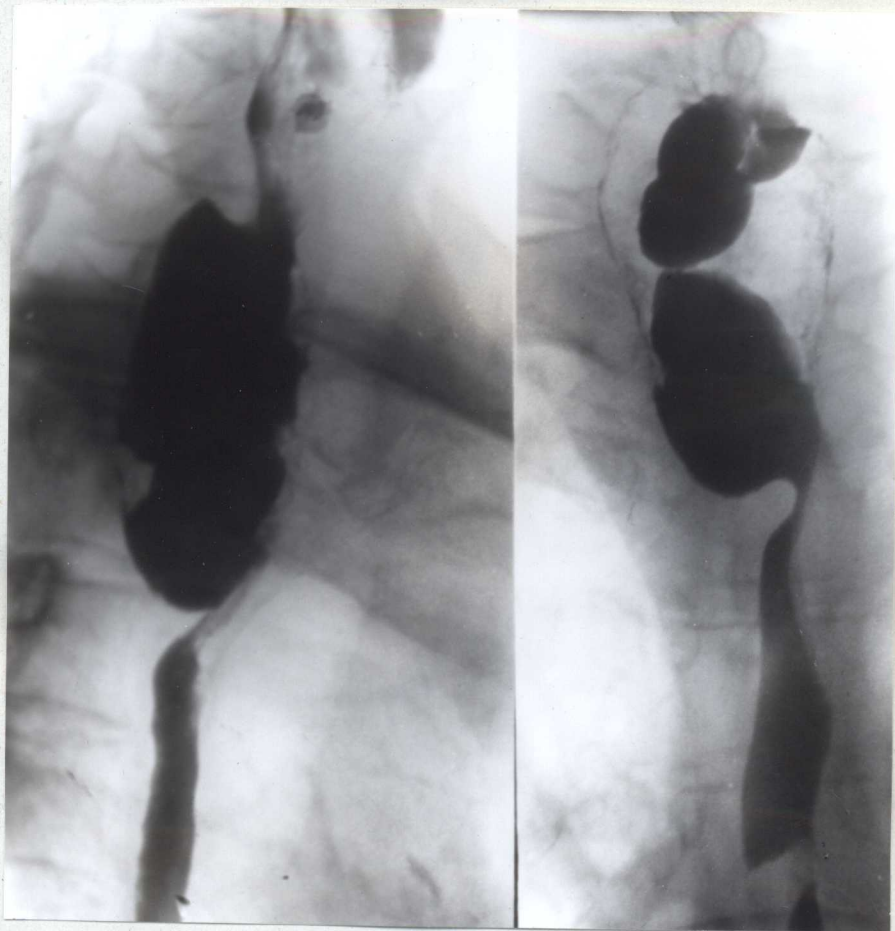


20.a ábra.



20.b ábra.

21. F.S-né, 59 éves. 1947-ben strumectomián esett át, amely szövődményesen suppuratioval gyógyult. Nyelési panaszai három évvel a műtét után kezdődtek. A darabos étel magasan a nyelőcsőben elakadt, csak pépeset és folyékonyat tud nyelni. Sokat fogyott. Vértkép: vvs: 3,400.000, Hgb.: 71%. Próbareggeli nem történt.



21.a ábra.

Röntgenvizsgálat /3 évvel a panaszok kezdete után/: a jugulum alatt a nyelőcső excentrikusan erősen beszűkül. A szűkület mindössze 1 cm hosszú, a konturok élesek. Az elváltozás fölött a nyelőcső kezdeti szakasza, a hypopharynx tágult, a kontrasztanyag benne meggyűlik és nyelési aktusnál a kontrasztanyag egyrészét visszadobja. A tágulat a

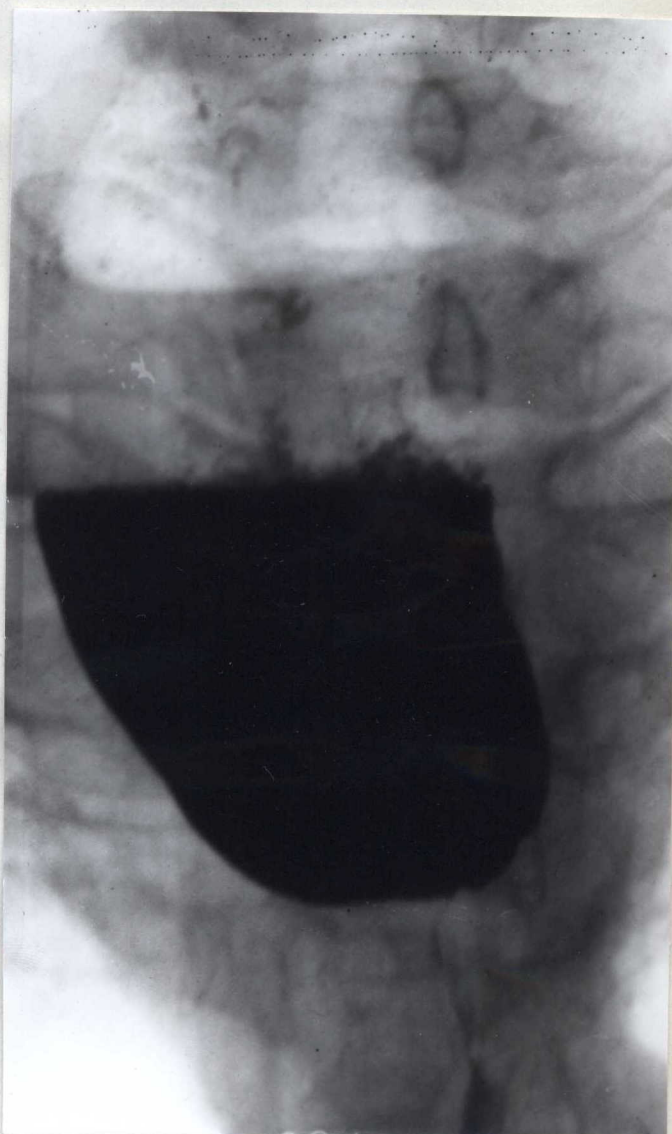
szűkület felé convex szélllel határolódik el. A nyelőcső többi szakasza rendes tágasságu. /21.a ábra./

Ösophagoscopia: a fogsortól 22 cm-re nagyfoku szűkület látható bedomborodó nyálkahártyával. Próbaexcisio. Szövettani lelet: polypus?

Miután a beteg panaszai tágításra nem javultak, mütét történt. Feltárás a nyakon a m. sternocleidomastoideus mögött mindkét oldalon: strumectomia utáni kiterjedt összenövéssek láthatók, amelyek azonban a nyelőcsövet nem érintik. Külső megtekintésre a nyelőcső épnek látszik, mögötte bizonytalan hosszanti képletet tapint a sebész.

Mütét után újabb tágítás, amely után a panaszok átmenetileg enyhülnek.

Kontroll röntgenvizsgálat 1 év után: a nyelőcső kezdeti szakasza erősen tágult, a jugulum alatt hirtelen beszűkül. A kontrasztanyag keskeny sávban szivárog át a szűkületen. A zsákszerűen tágult felső szakaszban a kontrasztanyag hosszú ideig pang, felette folyadék réteg gyűlik meg.



21.b ábra.

22. R.J-né 70 éves. Beküldő diagnózis: tumor ösophagi. Hat hete vannak nyelési panaszai; a szilárd falat elakad. Két hete a pépes és folyékony ételt is nehezen tudja lenyelni. Vérbkép: vvs: 3,200.000, Hgb.: 70%, Serum vas: normális.



22. ábra.

Röntgenvizsgálat: a nyelőcső oralis harmadán a jugulum alatt rövid körkörös lefűződés látható. A kontur éles. A lefűződés fölött a nyelőcső alig tágabb. /22. ábra./

Ösophagoscopia: 19 cm-re a fogsortól heges koncentrikus szűkület látható halvány bedomborodó nyálkahártyával.

Biopsia nem történt.

Tágításra a panaszok lényegesen javulnak, jól nyel.

| A beteg kora | Subjektív tünetek | Próba- reggeli | A panaszok kezdete | Beutaló diagnózis |
|--------------------------|---|---|--------------------|--|
| 1. B.J. 59 év ♂ | Nyelési panaszok,gyomor- égés | - | 2 hó | Tumor ösophagi |
| 2. W.J. 70 év ♀ | Nyelési panaszok,retro- sternali fájdalom, melaena | - | 4 hó | Tumor ventricul |
| 3. T.S. 53 év ♀ | Nyelési panaszok,retro- sternalis fájdalom | Gastrotest: hyperacid | 5 év | Cardia- spasmus |
| 4. R.B. 74 év ♀ | Nyelési panaszok,szegy- csont mögötti égés, epigastrikus fájdalom, hányás | - | 1 év | - |
| 5. Á.A. 68 év ♀ | Periodikus nyelési panaszok | - | 28 év | Nyelőcső- striktura |
| 6. B.M. 69 év ♂ | Progrediáló nyelési pa- naszok,retrosternalis égbő fájdalom,hányinger | Összacidi- tás 47, szabad só- sav 34 | 2 év | Tumor ösophagi |
| 7. F.J. 52 év ♀ | Nyelési panaszok, az epigastriumtól a gara- tig terjedő égbő fáj- dalom | Hypacid | 1 év | Tumor ösophagi |
| 8. Sz.B. 60 év ♀ | Retrosternalisan égbő, nyomó,a hátba sugárzó periodikus fájdalmak, amelyek nyeléskor foko- zódnak.Haematemesis, melaena. | Gastrotest: hyperacid | Több év | Ulcus ventricul |
| 9. J.I. 45 év ♂ | Regurgitatio panaszok, retrosternalis égés | - | 10 év | Status pos ösophago- fundostomi |
| 10. Sch.J. 59 év ♂ | Progrediáló nyelési za- varok,retrosternalis fájdalom,égés | - | 2 év | Status pos ösophago- g restomiam propter st turam öso |
| 11. G.I. 49 év ♂ | Nyelési panaszok | Hypacid | 5 hó | - |

| Röntgen diagnózis | Ösophagoscopia | Szövetteni diagnózis | Műtéti lelet |
|---|---|--|--|
| Csuszamlásos hernia.Reflux- ösophagitis | Gyulladásos szükü- let | Gyomornyálkahár- tya lobos beszü- rődéssel | Hiatus hernia. Ösophagitis, periösophagitis |
| Csuszamlásos hernia,diver- ticulum öso- phagi,reflux- ösophagitis | Szükület,egyenet- len felszinü,tu- morra gyanus nyálkahártya | Gyulladásos sarjszövet, leukocytás le- pedékkel | Hiatus hernia. Ösophagitis, periösophagitis |
| Csuszamlásos hernia.Reflux- ösophagitis | Kísérlet történt, perforatio | - | - |
| Csuszamlásos hernia.Reflux- ösophagitis | - | - | - |
| Kis hernia. Refluxöso- phagitis | Oedemás,vérzékeny nyálkahártya | - | - |
| Brachyösopha- gus,reflux- ösophagitis | Tumorra gyanus gyöngyfűzészerü- en bedomborodó képlet | Idült gyulla- dás | Brachyösophagus Ösophagitis, periösophagitis |
| Cardiaanomalía Refluxöso- phagitis | Negativ | - | - |
| Ulcus ösophagi. Hiatus hernia | - | - | - |
| Ulcus ösophagi. | - | - | - |
| Refluxösopha- gitis | Nagyfoku szükü- let | - | - |
| Ösophagitis. | Szükület,oedemás, vérbő nyálkahár- tya,fibrines le- pedék | - | - |

| A beteg kora | Subjektív tünetek | Próba reggeli | A panaszok kezdete | Beutaló diagnózis |
|-------------------------|---|---------------|--------------------|---|
| 12. G.F. 48 év ♂ | Nyelési panaszok,retrosternalis égés | Hypacid | 5 hó | Tumor cardiae |
| 13. M.M. 53 év ♂ | Nyelési panaszok,occult vérzés | Hypacid | 3 hó | Tumor ösophagi |
| 14. V.J. 70 év ♀ | Periodikus nyelési panaszok | - | 3 év | Scleroderma |
| 15. B.F. 65 év ♀ | Progrediáló nyelési panaszok,retrosternalis fájdalmak,occult vérzés | - | 5 hét | - |
| 16. K.J. 43 év ♀ | Nyelési panaszok | - | 7 hó | - |
| 17. Gy.J. 60 év ♂ | Progrediáló dysphagia,retrosternalis fájdalom | - | - | Tumor ösophagi |
| 18. E.J. 52 év ♂ | Nyelési panaszok,epigastrikus fájdalom,hányás | - | 1 hét | Tumor ösophagi |
| 19. B.L. 24 év ♂ | Dysphagia,retrosternalis fájdalom | - | 2 év | Diverticulum ösophagi |
| 20. Sz.J. 58 év ♀ | Dysphagia,retrosternalis nyomás | - | 2 hó | Status post operationem propter diverticulum ösophagi |
| 21. F.S. 59 év ♀ | Progrediáló dysphagia,hypochrom anaemia | - | 4 év | - |
| 22. R.J. 70 év ♀ | Dysphagia,hypochrom anaemia | - | 6 hét | Tumor ösophagi |

| Röntgen diagnózis | Ösophagoscopia | Szövettani diagnózis | Műtéti lelet |
|--|--|---|--|
| Ösophagitis | Tumoros jelle- gű, lepedékkal fedett beszű- rődés | A nyelőcső laphám bélé- se nem ismerhető fel, a belső réteget hegesedő lobos szövet alkotja. Az izomrétegben lympho- cytákból, leukocyta- kból álló lobsejtes beszű- rődés | Sclerotisalo ösophagitis, periösopha- gitis |
| Ösophagitis | Szűkület, ép nyálkahártya | - | - |
| El- változás alap- on keletkezett stricture | - | - | - |
| Ösophagitis | Nagyfoku szű- kület | Gyulladásos sarjszövet | - |
| Stricture | Szűkület, vaskos, vérbő nyálka- hártya | Többrétegű el nem sza- rusodó laphám részletek, tumoros és gyulladásos elváltozás nélkül | - |
| Ösophagitis, periösopha- gitis | Szűkület, heges, sápadt nyálka- hártya | - | - |
| Ösophagitis, periösopha- gitis? | Excentrikus szű- kület, fellazult nyálkahártya | Szabályos többrétegű laphámmal fedett szövet- darab, kóros eltérés nélkül | - |
| Stricture. Ösophagitis, periösopha- gitis/ | Ép nyálkahár- tyával fedett excentrikus szű- kület | Ép, többrétegű laphám- mal fedett nyálkahártya, gyulladás nélkül | - |
| Stricture phagi | - | - | - |
| Periösophagitis phagia? | Nagyfoku szűkü- let, bedomborodó nyálkahártyával | Polypus? | Külső falon kóros elválto- zás nincs |
| El- változás? Side- peritis dys- phagia? | Koncentrikus szűkület, halvány, bedomborodó nyálkahártyával | - | - |

Az esetek tárgyalása.

Az ismertetett 22 esetből 12 nő, 10 férfi. A betegek kora egy kivétellel 43-74 év között volt. A gyulladássos szűkület 13 esetben a nyelőcső distalis végén, 7-ben a középső harmadon, 2-ben a kezdeti szakaszon volt, közvetlenül a szájadék alatt.

Pathogenesis: a distalis szűkületek jelentős része cardia insufficiencia miatt keletkezett refluxösophagitis, két esetben pepticus ösophagus fekély volt. A cardia insufficiencia oka 6 esetben csuszamlásos hiatus hernia, /1, 2, 3, 4, 5, 8.sz. eset/ 1 kongenitalis rövid ösophagus, 1 Lortat-Jakob, Hoffmann által leirt cardia anomalia /anomalie cardiotubérositaire/, 1 magas ösophago-gastrostomia, 1 ösophago-fundostomia.

A reflux a legtöbbször már fekvő helyzetben észlelhető volt, némely esetben műfogással lehetett csak kiváltani préseléssel, Trendelenburg helyzetben. 1 betegnél, akinek igen kis hiatus herniája volt, a refluxot nem tudtuk kimutatni.

Hill és Chapman a nyelőcső distalis részében végzett nyomásméréssel és pH meghatározással állapítják meg a regurgitációt. Szerintük ez az eljárás megbízhatóbb, mint a röntgenvizsgálat.

A III. sz. Sebészeti Klinika nagy hernia anyagán a csuszamlásos hernia jóval gyakoribb volt, mint a paraösophagealis. Az arány kb 3 : 1.

Wolf, Marshak és Som megfigyelése szerint csuszamlásos herniában a felületes refluxösophagitis elég gyakori /50-75%/, strikturáló gyulladás azonban csak ritkán fordul elő. A reflux mellett tehát feltételezni kell még valamilyen más ártalmat is, amely a nyelőcső nyálkahártyájának ellenállását a regurgitaló gyomornedvvel szemben csökkenti és amely miatt a gyulladás a fal mélyebb rétegeit is megtámadja. Sweet és Allison a reflux mellett ulcusos hajlamnak, heterotopiás gyomornyálkahártyának tulajdonítanak jelentőséget. Sweet a refluxösophagitisek 38 %-ában mutatott ki gastro-duodenalis ulcust.

Eseteink között csak egynek volt ulcusos anamnézise negatív röntgenlelettel. Heterotopiás gyomornyálkahártyát egy esetben lehetett biopsiával, illetve szövettani vizsgálattal kimutatni. Számításba kell azonban venni, hogy némely esetben a nyelőcső hámbélése már nem ismerhető fel, és azt is, hogy a próbaexcisio nem mindig történhet a gyulladt, beszűkült szakaszon.

Több esetben találtunk a reflux mellett olyan ártalmat, amely a strikturáló, mély gyulladás kifejlődéséhez hozzájárulhatott: két beteg éveken át cardialisan decompensált, egy betegnek mélyen ülő, rosszul ürülő nagy diverticuluma volt, a szűkület közvetlenül a diverticulum alatt keletkezett, egy beteg rendszeresen fogyasztott alkoholt, egy betegünk 16 éve polyarthritiben szenvedett, ágyhoz kötött, merev gerince miatt évek óta csak fekvő helyzetben táplálkozik.

Az 5. sz. beteg panaszai 28 évre nyulnak vissza. A hiatus hernia egészen kicsi, csak műfogással alakult ki. A morfológiai lelet emlékeztet a Schatzki és Gary által leírt alsó ösophagus gyűrűre - "lower esophageal ring" - . A hosszú anamnézis, a panszok jellege, a panaszmentes intervallumok és a viszonylag kis kiterjedésű elváltozás is e mellett szól. Refluxot nem lehetett kiváltani.

Egy esetben /6. sz. beteg/ az alapelváltozás brachyösophagus volt. A fornix magasan a bifurcatio alatt helyezkedik el, tölcsérszerűen megnyult, keskeny és csak arról ismerhető fel, hogy a redők száma nagyobb mint a nyelőcsőben. Bár Allison, Royce, Johnstone és mások is kétségbevonják a brachyösophagus congenitalis eredetét, ezt az esetet annak tartjuk, mert ilyen mértékű rövidülést még többszörös lúgos stricturában sem volt alkalmunk megfigyelni.

A 7. sz. eset cardiaanomaliának minősíthető: a nyelőcső a fornix legmagasabb pontján szájadzik a gyomorba, incisura cardiaca nincsen, a hiatus tágabb, fekvő helyzetben regurgitációt lehet észlelni.

Két ulcus ösophagi esetünk volt. A 8. sz. beteg két éven át állt megfigyelésünk alatt. Az elváltozás chronikus pepticus fekélynek felel meg tipusos panaszokkal, ismételt haematemesissel, melaenával, periodikus fájdalmakkal, hyperaciditással. Ösophagoscopia, biopsia nem történt, így nem lehetett tisztázni, hogy vajon heterotop gyomor-

nyálkahártyában keletkezett-e a pepticus fekély. A 9. sz. esetben az ulcus ösophagi cardiaspasmus miatt végzett ösophago-fundostomia után keletkezett, a nyelőcső distalis szakaszán, közel az anastomozishoz. Ez a műtéti megoldás a legtöbb esetben kinzó regurgitatioval, felszínes gyulladással jár, jellegzetes pepticus fekélyt csak ebben az egy esetben tudtunk kimutatni.

A 10. sz. esetben magas ösophago-gastroanastomosis felett keletkezett a gyulladós strictura. Általában az a tapasztalat, hogy magas anastomosisban ritka a refluxösophagitis. Lehetséges, hogy ebben az esetben a nyelőcső nyálkahártyája, a lügmérgezés miatt, a felső szakaszon sem volt intact és ezért vezetett a reflux mély, stricturáló gyulladás kifejlődésére. A beteg panaszai, a retrosternalis nyomás stenocardiás fájdalmakra emlékeztettek. Negatív EKG mellett a fájdalmakat a nyelőcsőszűkülettel meg lehetett magyarázni.

Három esetben az alaphetegség gastro-duodenalis ulcus volt /11, 12, 13.sz./. Ebből két betegnél perforatio, illetve perforatio miatt végzett sutura, gyomorresectio előzte meg az ösophagitist. Az egyiknél négy héttel a resectio után kezdődtek a nyelési panaszok. Röntgenvizsgálattal /öt hónappal a műtét után/, megállapítható volt, hogy a szűkület a cardiánál kezdődik és nagyobb szakaszra, csaknem a középső harmadig terjed.

A másik ulcusos betegnek pyloricus fekélye perforált,

emiatt suturát végeztek, resectio nem történt. A postoperatív szakban lázas volt. Dysphágiás panaszai három héttel a műtét után kezdődtek. Az öt hónap után történt röntgenvizsgálatnál a nyelőcső distalis szakaszán nagyfokú szűkületet lehetett kimutatni. Refluxa nem volt.

A harmadik betegnél recidív fekély miatt két esetben végeztek gyomorresectiot. Nyelési panaszai három héttel a második műtét után kezdődtek. A szűkület a nyelőcső orális felében az aortagomb magasságában volt.

Hurst és McKeown közölnek két-két esetet, amelyeknél szintén hetekkel az ulcus miatt végzett műtét után keletkezett a strikturáló ösophagitis. Hurst egyik esetében a műtét után kis csuszamlásos herniát lehetett kimutatni refluxszal, a másik esetben refluxot nem észlelt, a gyomornedv hypacid volt.

McKeown két betege is achlorhydiás volt, a cardián sem anatómiai sem funkcionális elváltozást nem lehetett kimutatni.

Lovász, Gaillard és Chessebeuf szintén postoperatív ösophagitisről számolnak be.

A gastro-duodenalis fekély miatt végzett műtétek után keletkezett ösophagitisek pathogenesisére vonatkozóan különböző feltevések lehetségesek:

1. A bevezetett szonda nyomása és a vele járó regurgitatio okozza a nyelőcsőgyulladást. Hurst és McKeown által közölt esetekben a szonda 48 órán át volt a betegben, a mi esetekben 24 és 36 órán át. A legtöbb esetben azonban sokkal hosszabb ideig bentlévő szonda sem okoz ösophagitist.

2. A gyomorcsanak az első 10-14 napban rosszul ürül, ilyenkor a fokozott intragastrikus nyomás miatt regurgitatio keletkezik.

3. Straus szerint lehetséges, hogy a gastro-duodenalis ulcus, a műtéti trauma és az ezt követő felső hasi gyulladás miatt keletkezett thrombophlebitis, thrombangitis terjed retrograd a nyelőcsőre. Ezt a feltevést az anatómiai viszonyok alátámasztják; az alsó szakasz vénái a véna coronariában szedődnek össze és a nyirokerekek is ezt az utat követik.

Fentiek alapján két ulcusanos betegünk postoperatív ösophagitise, amelyet perforatio és lázas postoperatív állapot előzött meg, Straus, Lovász elgondolásával volna magyarázható. A harmadik beteg magasan ülő stricturája, amely három évvel a második műtét után kezdődött, nem annyira a műtéttel, mint az ulcusbetegséggel hozható összefüggésbe. A nyelőcső orális felében is előfordulhat pepticus fekély, amelyet röntgennel rendszerint nem lehet kimutatni, a klinikai tünetek sem jelentősek és az első nyelési panaszokat a hegesedés, a keletkezett szűkület váltja ki.

Ezzel ellentétben áll Wangensteen és Leven megfigyelése. Szerzők 6 esetet közölnek, négy betegnek gastro-duodenalis ulcusa szövődött strikturáló ösophagitissel, egy betegnek rövid ösophagusa és nyelőcsőstrikturája, egy betegnek csak ösophagitise volt. A betegek rendszeres tágitásra szorultak. Gyomorresectio után a panaszok annyira

javultak, hogy a további tágitásra nem volt szükség. A röntgenvizsgálat is lényeges javulást mutatott.

Rudström hat hasonló esetében vagotomiát végzett; az eredmény nem volt olyan kielégítő, mint resectio után.

Wangensteen annak a véleményének ad kifejezést, hogy a fekélyes gyomorban keletkezett hypersecretio, a pylorus spasmus ép anatómiai viszonyok mellett is cardia insufficienciát, illetve refluxot hozhat létre, következményes pepticus ösophagitissel. Resectio után a savtermelés csökken, a gyomorcsonk gyorsan kiürül, a savas regurgitatio lehetősége megszűnik.

14. sz. esetben az alapbetegség scleroderma volt. A röntgenkép, a megnyult, erősen tágult nyelőcső a ceruzabélvékonyoságú cardia achalasiára emlékeztet. 56 sclerodermás betegünkben 22-nél találtunk elváltozást a nyelőcsővön, ilyen természetű szűkületet azonban csak ebben az esetben. A pathomechanizmus szempontjából három feltevés lehetséges: 1./ sclerodermás alapon kifejlődött nyelési akadály másodlagos gyulladásra vezetett. 2./ A sclerodermás fal elváltozás miatt a cardia insufficienssé vált, az ösophagitis reflux eredetű. 3./ Lehetséges, hogy ugyanugy, mint a tüdőben /Szinay/, a nyelőcsőben is előfordul a scleroderma primaer gyulladásos formája.

A középső harmad gyulladásos szűkületeinek pathogenesisise különböző, nem minden esetben tisztázható. Morphologiailag hasonlítanak a lügos strikturához és az

infiltráló tumorhoz, a scirrhusoz. Előbbiektől az anamnesis alapján, utóbbiaktól az általános részben leírt klinikai, röntgenológiai és ösophagoscopos, illetve biopsiás lelet alapján különíthetők el. Mint azt az előbbieken említettük, ritkábban erre a szakaszra lokalizálódik az *ulcus pepticum ösophagi* is.

15. 16. 17. számú esetek csaknem azonos morfológiai képet mutatnak. A 15. számú beteg hetekig tartó lázas állapot miatt sok antibioticumot kapott. Még a lázas szak alatt intenzív nyelési fájdalmak, nyelési nehézségek jelentkeztek; a fájdalmak egy idő után enyhültek, a nyelési akadály azonban egyre fokozódott. A lázas anamnesis, a sok antibioticum miatt felvetődött utólag a *monilia* gyulladás lehetősége. Feltevésünket nem tudjuk bizonyítani, mert az acut szakban nem történt ösophagoscopia, később pedig, amikor a beteg klinikánkra került, ösophagoscopiával és biopsiával, illetve histológiai vizsgálattal csak a sarjadzósos gyulladást lehetett kimutatni. A szükület olyan mértékű volt, hogy teljes nyelési képtelenség keletkezett, emiatt a betegnél gastrostomiát kellett végezni. A három éves megfigyelés alatt rendszeres retrograd tágitás történt, amely után a beteg állapota annyira javult, hogy a gastrostomiát zárni lehetett.

A 16. számú betegnél vidéken, mint utólag kiderült, tumor miatt, gyomorresectiot végeztek. Nyelési panasz már a műtét előtt fennállott. Tüdőlelete negatív volt.

A mediastinumban megnagyobbodott nyirokcsomókat, rétegfelvételen sem lehetett kimutatni. Az ismételt röntgenvizsgálat, az ösophagoscopia és a biopsia, valamint az anamnesis gyulladás mellett szólt. Az ethiologiát nem tudtuk tisztázni.

Ugyancsak tisztázatlan a pathogenesis 17. számú betegnél. A nyelőcsőszűkület a középső harmadon van, a gyomor duodenum röntgenvizsgálata negatív, a tüdőkön specifikus elváltozás, meszes mediastinalis nyirokcsomók nem mutathatók ki. A hosszú anamnesis, a röntgenkép gyulladásnak felelt meg. Biopsia nem történt.

Ezek az ismeretlen eredetű gyulladások vetették fel azt a gondolatot, vajon nem lehetséges-e, hogy a Crohn féle betegség nemcsak a belet, hanem a nyelőcsövet is megtámadja? A szűkület itt is nagyfoku, a nyelőcső hurszerűen kihuzott hasonlóan az ileumhoz ileitis terminalisban. Műtéti, kórbonctani adatokból ismeretes, hogy a nyirokerek, a nyirokcsomók, a periösophagealis szövetek ugyanugy részt vesznek a gyulladásban, mint a Crohn által leírt kórképben a mesenterium és a mesenterialis nyirokcsomók. Ezt a feltevést csak kórszövetteni vizsgálatok alapján lehetne bizonyítani.

A 18. számú betegnél a háti csigolyákon előrehaladott spondylitis volt kimutatható. A nyelőcsőszűkület magasságában csőryszerű osteophyták láthatók. Feltételezhető, hogy az osteophytának a nyelőcsőre gyakorolt nyomása járult

hozzá az elváltozás keletkezéséhez, vagy a mellő szalagok gyulladása terjedt a periösophagealis szövetekre és a nyelőcsőre. Az anamnézisben régi lues szerepel, a Wassermann reakció, a társreakciók a serumban negatívak, más lueses tünet sem mutatható ki. Ennek ellenére a szűkület lueses eredetét nem lehet teljesen kizárni.

A 19. számú betegnek régi spondylitis tuberculosa volt. A gerincfolyamat klinikailag és röntgenológiai-
lag gyógyultnak volt tekinthető, süllyedékes tályog tüne-
teit sem tudtuk kimutatni. A beteg két éves nyelési panaszokkal került röntgenvizsgálatra. A körülírt, nagyfoku szűkület a lezajlott spondylitis magasságában van; a gerinc rétegfelvételén jól látható, hogy a levegővel telt nyelőcső árnyéka a csigolyaelváltozás magasságában megszakad. Ebből a tényből arra lehet következtetni, hogy a két kóros elváltozás között összefüggés van, a gerincfolyamat terjedt a periösophagealis szövetekre és a nyelőcső falára. A biopsiás lelet ép nyálkahártyát mutatott. A gyulladás tehát a nyelőcső mélyebb rétegeiben zajlott le.

Süllyedékes tályognál a nyelőcsövön rendszerint periösophagealis adhaesiokra utaló elváltozások láthatók: a nyelőcső rögzített, a test helyzetváltozásait nem követi, a lumen nyugalmi állapotban is tátongó, levegővel telt.

Körülírt szűkület csak ritkán fordul elő; Mallet közöl egy hasonló esetet.

A 20. számú beteg strikturája műtéti szövődmény

következménye. A műtéti jegyzőkönyvből kiderül, hogy a környezet nagyon heges volt, a nyelőcsövet a hilusképletekről kellett leválasztani. A szűkület nyilván az izomsérülés helyén keletkezett. Lehetséges, hogy a telődési többletet a sérülés helyén, vagy a varratok között pseudodiverticulumszerűen kitüremkedő nyálkahártyában megtapadt kontrasztanyag adja, a szűkület pedig gyulladás, hegesezés következménye. Azt sem lehet kizárni, hogy a telődési többlet fekélynek felel meg. A klinika anyagában két olyan eset volt, amelynél a cardián való műtéti ténykedés - ösophagofundostomia - után acut ulcus keletkezett a duodenumban. Az egyik beteg ulcusából elvérzett. A fekély keletkezését a vagus sérülésével lehetett összefüggésbe hozni. A szűkület alatt a nyelőcső körülirtan tág, anélkül, hogy distalisan ürülési akadály lenne. A tágulat okát a fal csökkent ellenállásában kell keresni, amelyet a diverticulum műtét, a periösophagealis adhaesiok oldása, az idegelemek átvágása okozott. A tágulat emlékeztet a vagotomizált gyomor atóniás állapotára azzal a különbséggel, hogy a nyelőcsőtágulat a segmentalis innervationnak megfelelően körülirt, segmentalis.

Hasonló tágulatot láttunk más esetben is a nyelőcsövön, diverticulum, benignus tumor exstirpatioja után.

A csaknem két év után történt kontroll röntgenvizsgálathoz a telődési többlet már nem mutatható ki, a szűkület megmaradt, alatta a tágulat kifejezettebb, aneurysmaszerű.

A nagyfoku szűkület ellenére a beteg a jól megrágott szilárd ételt is le tudja nyelni.

Két esetben a szűkület a nyelőcső felső harmadán, közvetlenül a szájadék alatt volt.

A 21. számú beteg strumaműtéten esett át, amely szövődményesen, suppuratioval gyógyult. Nyelési panaszai három évvel a műtét után kezdődtek. Első feltevésünk az volt, hogy a szűkület a műtéti szövődmény miatt keletkezett periösophagitis. A beteg műtétre került: a nyelőcsövet a nyakon mindkét oldal felől feltárták, azonban sem periösophagitist, sem fali megvastagodást nem lehetett kimutatni. A fal kívülről épnek látszott. Ezután merült fel a sideropeniás dysphagia gyanuja. A beteg neme, kora, a lokalizáció, a szűkület rövid körkörös volta és az a tény, hogy műtétnél a nyelőcső külső fala intakt volt, erre a körképre engedett következtetni. A vérkép hypochrom anaemiát mutatott. A Plummer Vinson syndroma más nyálkahártya tünetei hiányoztak. Serum vas értéket nem vizsgáltunk. Terracol, Sweet szerint vannak olygosypntomás formák, amelyekben csak hypochrom anaemia áll fenn. A körkörös szűkület megfelel a sideropeniás dysphagiára jellemző diaphragmaszerű hártvaképződésnek. Az ösophagoscopos lelet nem volt típusos, de gyakran előfordult, hogy a diaphragmaszerű képletet ösophagoscoppal nem lehet látni. Szövettani lelet: polypus, polyposusan megvastagodott nyálkahártya?

A szűkületet tágitással kezelték, ennek ellenére az egy év

után végzett kontrollvizsgálathoz a nyelési panaszok fokozódtak, a székület feletti tégulat kifejezettebb lett.

A 22. számú eset röntgenlelete kongenitalis hártvaképződésre emlékeztet. A székület egész rövid, koncentrikus, felette a nyelőcső alig tégabb. A panaszok azonban igen előrehaladott korban kezdődtek; a beteg 70 éves, a dysphagia hetek óta áll fenn. Bár vannak olyan irodalmi közlemények, amelyek szerint ilyen kongenitalis elváltozás csak idős korban okoz panaszokat, a székület lokalizációja, jellege alapján számításba jön a sideropeniás dysphagia is. A diagnózist a röntgenlelet mellett a hypochrom anaemiával lehet alátámasztani. Ennek a betegnek sem voltak nyálkahártya tünetei. A serum vas normális értéket mutatott. Néhány tágitási művelet után a beteg panaszai teljesen megszűntek.

Összefoglalás:

A stricturáló nyelősőgyulladás aránylag ritka kórkép. A III. Sebészeti Klinika ötszáz nyelősőbetege között 6 év alatt összesen 22 esetet volt alkalmam megfigyelni. A nemek közötti megoszlás: 12 nő és 10 férfi. A betegek kora, egy kivételével, 43 és 74 év között volt, tehát az a kor, amelyben a tumor a leggyakoribb.

1. Klinikai diagnosztikai szempontból célszerűnek bizonyult saját eseteinket és az irodalomban közölt eseteket az etiologia, pathogenesis és pathomechanismus alapján a következőképpen csoportosítani:
 - a./ Reflux-, pepticus ösophagitis, pepticus nyelősőfekély,
 - b./ felső hasi gyulladáshoz szövődő nyelősőgyulladás,
 - c./ chemiai, mechanikus, thermikus, toxicus ártalmak, vénás pangás, ürülési zavar talaján keletkezett gyulladás,
 - d./ specifikus, sarjadzások gyulladás: tuberkulozis, lues, mykosis,
 - e./ bőr és nyálkahártya, valamint haematologiai megbetegedés: scleroderma, epidermiolysis bullosa, Plummer-Vinson syndroma, agranulocytosis szövődményeként létrejövő gyulladás,
 - f./ a környezetről a nyelősőre terjedő,
 - g./ ismeretlen eredetű gyulladás.

2.

Leggyakoribb a refluxösophagitis, ami az irodalmi adatokban is kifejezésre jut; a között esetek jelentős része ebbe a kategóriába tartozik.

22 esetünkben le stricturáló refluxösophagitis volt. A reflux, illetve cardiainsufficiencia leggyakoribb oka csuszamlásos hernia, ritkábban rövid ösophagus, Lortat-Jacob-Hoffmann által leirt cardiaanomalia, melyben a nyelőcső és a gyomor függesztő szalagainak kongenitális gyengesége vagy hiánya áll fenn. Reflux figyelhető meg minden olyan műtét után, amelyben a cardiát resecdlják vagy működését kiiktatják. Reflux jöhet létre fokozott intragastricus nyomásnál pylorusstenosisban, valamint tumor, ascites vagy graviditas miatt megnövekedett hasüri nyomásnál. Saját megfigyelésem szerint reflux keletkezik gyomor-resectio után, ha a csenk kicsi és az ürülés nem egészen zavartalan, vagy a csenket tultöltik.

A csuszamlásos hernia gyakorisága mellett, a stricturáló nyelőcsőgyulladás aránylag ritka. Allison, Sweet úgy vélik, hogy a regurgitatio mellett más tényezőnek - ulcusbetegségnek, ulcusra való hajlannak, heterotopiás gyomornyálkahártyának - is része van a gyulladás keletkezésében.

Eseteinkben röntgenvizsgálattal gastro-duodenalis ulcuset nem találtam, viszont különböző más ártalmat lehetett kimutatni, amely a nyelőcső nyálkahártyájának ellenállását a regurgitaló gyomornedvvel szemben csökkentette.

3. Három betegünkben ulcus miatt végzett műtét után keletkezett a szükületet okozó nyelőcsőgyulladás. Két betegnél perforatio után sutura, illetve resectio történt, a nyelési panaszok 3 - 4 héttel a műtét után kezdődtek. Tekintettel arra, hogy mind a két esetben perforatio előzte meg a nyelőcsőgyulladást, valószínűnek tartom, hogy a keletkezett felső hasi gyulladás a nyirokutak mentén vagy thrombophlebitis útján retrograd terjedt a nyelőcsőre. A harmadik operált beteg ösophagitise 3 évvel a második resectio után kezdődött, a nyelőcső középső harmadára lokalizálódott. Az elváltozás ebben az esetben nem annyira a műtéttel, mint inkább a fekélybetegséggel hozható összefüggésbe.
4. A nem reflux eredetű gyulladáshoz vezető szükületek pathogenesise, amint az a csoportosításból kiderül, különböző. Jelentős részüket a lügos stricturák, továbbá elakadt idegen test, műszeres perforatio, nyelőcső műtétek utáni szövődés, tartós szonda által okozott decubitalis gyulladás teszi ki.
5. Specifikus gyulladás: tuberkulozis, lues, mykosis ritkán fordul elő. A klinika nagy specifikus tüdősebészeti anyagában egy olyan esetet sem találtam, amelyben a primaer tuberkulotikus eredetet szövettanilag bizonyítani lehetett volna. Aránylag kevésbé ritka a periösophagitis tuberculosa. A szervi lues a tuberkulozishoz képest ritkább.

A gyakori felületes monilia ösophagitis mellett, az utóbbi években, a széles spektrumu antibioticumok alkalmazása óta, néhány monilia eredetű mély nyelőcsőgyulladásról számolnak be, melyet főleg Cortison és Tetran egyidejű adagolása után észleltek.

6. Idősebb nőbetegek felső nyelőcsőszükülete sideropeniás dysphagiára gyanus. Terracol-Sweet szerint léteznek olygosymptomás formák, melyeknél csak hypochrom anaemia áll fenn, a Plummer-Vinson syndroma nyálkahártyatünete hiányozhat.

A scleroderma a parenchymás szervek között a tüdőt és a nyelőcsövet támadja meg a leggyakrabban. A fal sclerosisa miatt a nyelőcső tátongó, az ürülés kissé elnyújtott, számottevő ürülési akadály azonban rendszerint nincsen. 56 sclerodermás betegünkön csak egy esetben találtam organikus szükületet, amely jelentős nyelési panaszokat okozott. A nagyfoku szükületet, sclerodermás alapon kifejlődött primaer vagy secundaer gyulladásnak tartom.

Epidermiolysis bullosában, agranulocytosisban előforduló esetek kevészámúak. Terracol-Sweet egy élőben diagnosztizált és néhány sectioval felderített agranulocytosis eredetű ösophagitist ismertet.

7. A környezetről a nyelőcsőre terjedő gyulladás rendszerint tuberkulotikus eredetű. A pathogenesisre az elmeszesedett nyirokcsomók vagy a spondylitis tuberculosa és a kíséző paravertebralis tályog utalnak.

Dysphagia spondylosis deformansban is előfordul.

A szűkületet vagy az osteophytának a nyelőcsőre gyakorolt nyomása, vagy a nyomás miatt kialakult pangás, következményes gyulladás, hegesedés okozza. /Forestier és Rotès, Lackner, stb./ Schüller szerint spondylosis deformansban a szalagok csontosodását mindig gyulladás előzi meg, lehetséges tehát, hogy a mellső szalagokról a gyulladás a nyelőcsőre terjed. Az időskori spondylosis gyakorisága mellett, ez a szövődmény aránylag ritka.

8. Vannak esetek, amelyeknek a pathogenesisét nem lehet tisztázni. Ezekben vetettem fel a gondolatot, hogy vajon nem lehetséges-e, hogy a Crohn féle betegség a nyelőcsövet is megtámadja? Erre vonatkozó kórbonctani, kórszövetani leletek azonban hiányoznak.

9. Saját eseteinken tett megfigyeléseim és a kevészámú szakirodalmi közlemény alapján megállapítható, hogy a stricturáló nyelőcsőgyulladásnál olyan morphologiai és funkcionális röntgentűneteket lehet kimutatni, amelyek segítségével az esetek jelentős részében a helyes diagnózis felállítható.

10. A reflux ismeretében a refluxösophagitis, a pepticus nyelőcsőfekély nem okoz diagnosztikai problémát. Minden nem reflux eredetű szűkületet elsősorban infiltráló tumortól, scirrhistól kell elkülöníteni; 22 betegünk közül kilencet cc. ösophagi vagy cc. cardiae diagnózissal utaltak be.

11. A differenciáldiagnózisban lúgos strictura, megnagyobbodott nyirekcsomó által okozott benyomat, rendelkezés ér által okozott lefűzés, kongenitalis nyálkahártya anomalia jönnek számításba. Distalis szűkületeknél gondolni kell a Johnstone által ismertetett, körülírt idiopathiás izomhypertrophiára és a gyomornyálkahártyaprolapsus lehetőségére is.

12. A diagnózisban a röntgenvizsgálat mellett az anamnézisnek, az ösophagoscopiának, a biopsiának, illetve a szövettani leletnek van jelentősége. A szövettani lelet értékelésénél azonban számításba kell venni, hogy negatív vagy gyulladásra utaló lelet nem zárja ki teljesen a tumort, mert az excisio az ép szövetben, a tumor feletti reaktív gyulladáson szövetben, vagy submucosus tumor esetében a felszínes, normális nyálkahártyarétegben történhet.

Fentiekből következik, hogy gyulladáson szűkületek felismerésében és tumortól való elkülönítésében a hangsúly a röntgenvizsgálaton van. Munkámban a röntgendiagnózishoz igyekeztem methodikai, morphologiai és funkcionális adatokat szolgáltatni.

I r o d a l o m .

- Abalichin A.: Fortschr. Röntgenstr. 82. /Referálva
Breckoff által./
- Allison R.P.: Surg. Gyn. Obst. 92. 1951.
- Allison R.P.: Thorax 3. 20. 1948.
- Andren L., Theander G.: Acta Rad. 46. 1956.
- Audouin J., Poulain J.: Presse Med. 1949.
- Avery Ph.S.: Radiology 27. 1936.
- Baron F., Venisse C., Legal G.: Ann. Otolaryng. Paris 78.
1961.
- Barrett N.R.: Brit. Med. J. 2. 247. 1960.
- Barrett N.R.: Proc. Roy. Soc. Med. 53. 1960.
- Bayer O.: Fortschr. Röntgenstr. 82. 4. 1955.
- Bársony T.: Orvosképzés Verebély füzet 1934.
- Bársony T., Koppenstein E.: Röntgenpraxis 2. 1935.
- Bársony T., Koppenstein E.: Acta Rad. W. XIV. 4. 80. 1933.
- Bernay P., Houwer A.: Arch. Mal. Appar. Dig. 50. 233. 1961.
- Berridge F.R., Gregg D.: Brit. J. Radiol. 31. 369. 1958.
- Bjork H.: Acta Otolaryng. Suppl. 158. 1960.
- Bloch C.: J. Mt. Sinai Hosp. 26. 2. 1959.
- Boros E.: Amer. J. Gastroent. 32. 1959.
- Brombart M.: Münch. Med. Wschrft. 101. 1959.
- Brombart M., Segers M.: J. Radiol. Elektrol. 33. 1952.
- Brunton F.J., Eban R.E.: Clin. Radiol. 11. 1. 1960.
- Buchheim E., Maurer H.J.: Fortschr. Röntgenstr. 95. 5.
1961.

- Butt H.R., Vinson P.P.: JAMA 106. 1936.
- Carter R.D., Ashley C.A.: Surg. Clin. N. Amer. 40. 1960.
- Carver G.M.jr.: Surg. Gyn. Obst. 106. 1. 1958.
- Creamer B., Pierce J.W.: Proc. Roy. Soc. Med. 53. 1960.
- Creamer B., Harrison G., Pierce J.W.: Thorax 14. 1959.
- Cross F.S., Kay E.B.: Ann. Surg. 143. 3. 1956.
- Devito R.V., Listerud M.B. et al.: Amer. J. Surg. 98.
1959.
- Diebold O., Junghans H., Zuckschwerdt L.: G. Thieme
Stuttgart, 1961.
- Dubecz S., Dávid Gy., Juhász J.: Magyar Sebészet XIII.
5. 1959.
- Eberl J.: Fortschr. Röntgenstr. 79. 6. 1953.
- Ellis F.H.jr., Andersen H.A., Clagett O.: AMA Arch. Surg.
73. 1956.
- Endes P., Schimert A., Takács-Nagy L., Siklós I.:
O. H. 1952. XCIII. 19.
- Erdélyi M., Lábas Z.: Fortschr. Röntgenstr. 90. 5. 1959.
- Feldman M.: Amer. J. Med. Sc. 222. 54. 1951.
- Ferguson D.J., Sanchoz-Palomera E., Sako Y., Clatworthy W.,
Toon R.W., Wangensteen O.H.: Surgery 28. 1950.
- Fischer L.: Fortschr. Röntgenstr. 78. 5. 1953.
- Flood Ch.A.: JAMA 172. 4.
- Franke H.: Arch. Klin. Chir. 287. 1957.
- Franklin R.H., Taylor S.: J. Thor. Surg. 19. 2. 1950.
- Friedman A.I.: Ann. Int. Med. 49. 1. 1958.
- Gahagan Th.: Surg. Gyn. Obst. 114. 3. 1962.

- Gaillard J., Chessebeuf L.: Ann. Otolaryng. Paris.
78. 1961.
- Gasparow A.: Fortschr. Röntgenstr. 82. 1. /Referálva./
- Gimes B.: IX. th. International Kongress of Radiology,
G. Thieme Stuttgart, 1961. Vol. I.
- Golden R.: Diagnostic Roentgenology, Th. Nelson New York
- Goldenberg I.S., Smitt H.: J. Thor. Cardiovasc. Surg.
41. 1961.
- Green A.E., Brogdon B.G., Crow E., Swearingen: Amer. J.
Roentgenol. 82. 1959.
- Hadley M., Mac Donald A.F.: Brit. J. Radiol. 33. 394. 1960.
- Hall G.H., Osborne G.: Brit. J. Radiol. 31. 371. 1958.
- McHardy G., McHardy R.J., Craig-Head C.C.: Gastroenterology
34. 5. 1958.
- Harris L.D., Kelly J.E., Kramer P.: New-Engl. J. Med.
263. 1960.
- Haubrich R.: Fortschr. Röntgenstr. 78. 1953.
- Hawes L.E.: Amer. J. Roentgenol. 11. 51. 1944.
- Hayward J.: Thorax 16. 1961.
- Helsingen N.: Acta Chir. Scand. 120. 5. 1961.
- Helsingen N., Oystese B.: Acta Chir. Scand. 120. 5. 1961.
- Helsingen N.jr.: Acta Chir. Scand. Suppl. 273. 1961.
- Hill L.D., Chapmann K.W., Morgan E.H.: J. Thor. Cardio.
Surg. 41. 60. 1961.
- Hillemand P., Roux P., Valla A., Bernard: Sem. Hop. Paris.
36. 1960.
- Hoffmann T.: Arch. Klin. Chir. 287. 1957.
- Hoffmann T.: Deutsche Med. Wschr. 82. 40. 1957.
- Hoffmann T.: Beitr. Klin. Chir. 196. 1. 1958.

- Holle F., Viehweiger G.: Fortschr. Röntgenstr. 90. 5. 1959.
- Holt C.J., Large A.M.: Ann. Surg. 153. 555. 1961.
- Huber P.: Wien. Klin. Wschr. 71. 1959.
- Hudson T.B., Head J.R.: J. Thor. Surg. 20. 23. 1950.
- Hutás I.: M. Rad. 1961. XIII. 6.
- Incze I.: Virchows Archiv. 293. 1934.
- Ingelfinger F.J.: Ann. Arch. Int. Med. 105. 8. 1960.
- Ingram P.R., Keswani R.K., Müller W.H.: Surg. Gyn. Obst. 111. 1960.
- Jankelson O.M., Jankelson I.R.: Amer. J. Gastroent. 35. 329. 1961.
- Johnstone A.S.: Brit. J. Radiol. 33. 1960.
- Johnstone A.S.: Radiology 73. 1959.
- Johnstone A.S.: Proc. Roy. Soc. Med. 53. 5. 1960.
- Kaiser E.: Schweiz. Med. Wschr. 14. 1960.
- Kamieth H.: Fortschr. Röntgenstr. 84. 6. 1956.
- Kaufmann S.A., Scheff I., Levene G.: Radiology 75. 1960.
- Kaufmann S.A., Levene G.: Ann. Int. Med. 49. 3. 1958.
- Kaufmann H.J.: Radiology 75. 1960.
- Kaufmann E.-Staemmler M.: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie I.B. 2. H.W. De Gruyter et Co, Berlin 1955.
- Kelly H.D.: Proc. Roy. Soc. Med. 53. 1960.
- McKeown K.C.: Brit. Med. J. 819. 2. 1958.
- Kleinfeld H., Longin P.: Fortschr. Röntgenstr. 95. 5. 1961.
- Konrad R.M., Rotthoff F.: Brun. Beitr. Klin. Chir. 198. 1959.
- Kothe W.: Zbl. Chir. 86. 312. 1961.

- Kramer Ph., Holländer W.: Gastroenterology 29. 5. 1955.
- Krauss H.: Thoraxchirurgie 8. 1960.
- Kraus R., Hübner B.: IX. th. International Kongress of Radiology G. Thieme Stuttgart, 1961. Vol. I.
- Lackner J.: Fortschr. Röntgenstr. 91. 1. 1959.
- Mac Lean C.D.T.: Brit. J. Radiol. 31. 369. 1958.
- Lissner J.: Fortschr. Röntgenstr. 91. 1959.
- Lorimier A.E., Warren J.P.: IX. th. International Kongress of Radiology G. Thieme Stuttgart, 1961. Vol. I.
- Lovász L.: Magyar Sebészet XIV. K. 1961.
- Lüdin M.: Röntgenpraxis 12. 1940.
- Lüdin M.: Schweiz. Zeitschr. f. Tuberk. 4. 4. 1947.
- Mahlo A.: Fortschr. Röntgenstr. 86. 3. 1957.
- Mac Mahon H.E., Schatzki R., Gary J.E.: New-England J. Med. 259. 1. 1958.
- Mainget P., Marsico G.: Ann. Radiol. /Paris/ 2. 249. 1959.
- Mallet P.: Lyon Chir. 56. 1960.
- Marsh A.P.: Amer. J. Roentgenol. 82. 1959.
- Mason L.B., Ausband J.R.: Surgery 32. 1. 1952.
- Messer B., Sielaff H.J.: Fortschr. Röntgenstr. 92. 1. 1960.
- Michaud P., Saubier E., Viard H., Termet H., Cuilleret J.: Arch. Mal. Appar. Dig. 50. 1961.
- Milstein R.B., Edwards B.A., Berridge F.R.: The mechanism of the Cardia Symposium. Brit. J. Radiol. 34. 404. 1961.

- Moersch R.N., Ellis F.H., McDonald J.R.: Surg. Gyn. Obst. 108. 1959.
- Molnár J.: Diaphragmaszerű szűkület a nyelőcsővön Plummer-Vinson szindrómával. Sebész nagy-gyűlés referátum 1958.
- Monges H., Monges A.: Arch. Mal. Appar. Dig. 48. 9. 1959.
- Németh É.: Chronikus ösophagitis kapcsán keletkezett retentio cysták. Sebész nagy-gyűlés referátum 1958.
- Nissen R.: Schweiz. Med. Wschrft. 85. 28. 1955.
- Nissen R., Rossetti R.: Die Behandlung von Hiatushernien und Refluxösophagitis mit Gastropexie und Fundoplikatio, G. Thieme Stuttgart, 1959.
- Noelle H.: Aerztl. Wschr. 13. 11. 1958.
- Novotny Z.: CSL Rentgenol. 15. 3. 1961.
/Idézve: Excerpta 16. 4. 1961./
- Osborne G., Savage P.T., Strange S.L.: Clin. Radiol. 11. 4. 1960.
- Palmer E.D.: AMA Arch. Int. Med. 94. 364. 1954.
- Palmer E.D.: Amer. J. Gastroenterol. 23. 530. 1955.
- Panebianco G., Manara E.: Ann. Ital. Chir. 36. 1959.
- Patterson H.A., Byerly G.: Ann. Surg. 147. 6. 1958.
- Peter E.T.: Surgery 48. 1960.
- Peters P.M.: Thorax, London 10. 269. 1955.
- Petrovsky B.: Problemü Tuberkuleza 1949.
- Pierce J.W.: IX. th. International Kongress of Radiology G. Thieme, Stuttgart, 1961. Vol. I.
- Rieder J.A., Moeller H.C.: AMA Arch. Int. Med. 107. 1961.
- Robert F., Hoffmann Th.: Fortschr. Röntgenstr. 81. 3. 1954.
- Róka G., Berkovits L.: O.H. 99. 18. 1958.

- Rossetti M.: Schweiz. Med. Wschrft. 89. 49. 1959.
- Rossetti M.: Deutsche Med. Wschr. 85. 1960.
- Rossetti M.: Langenbeck Arch. Klin. Chir. 296. 1960.
- Rossetti M.: Arch. Klin. Chir. 286. 1957.
- Rubányi P.: A nyelöcső sebészetének időszerű kérdései.
Sebész nagy-gyűlés referátum 1958.
- Rubinstein B.M., Pastrana T., Jacobson H.G.: Radiology
70. 3. 1958.
- Rudström P.: Acta Chir. Scand. 107. 404. 1954.
- Sarasin R., Hoch A.: Schweiz. Med. Wschrft. 49. 1951.
- Savchenkov I.I.: Vestn. Rentg. i. Radiol. 35. 5. 1960.
- Schatzki R., Gary J.E.: Amer. J. Roentgenol. 70. 6. 1953.
- Schatzki R.: Acta Rad. Suppl. 18. 1933.
- Schinz R.H., Baensch E., Friedl E., Uehlinger E.:
Lehrbuch der Röntgendiagnostik,
G. Thieme Stuttgart, 1952.
- Schönheinz W.D.: Fortschr. Röntgenstr. 80. 1954.
- Sielaff H.J.: Fortschr. Röntgenstr. 77. 6. 1952.
- Slander T., Carlens E.: Acta Chir. Scand. Suppl. 245. 1959.
- Som M.L., Wolf B.S., Marshak R.H.: Gastroenterology 39.
1960.
- Sonneck H.J., Haentzschel K.: Hautarzt. 12. 1961.
- Spiro M.: Brit. J. Radiol. 31. 371. 1958.
- Stemmer E., Adams W.E.: AMA Arch. Surg. 81. 1960.
- Stewart J.D., Chardak W.M., Alfano: Ann. Surg. 141. 1955.
- Stone J., Friedberg S.A.: JAMA 177. 711.
- Straus G.D.: Arch. Otolaryng. 51. 165. 1950.
- Sutherland J.M., Wood J.C.: Brit. J. Radiol. 27. 1954.

- Svoboda M.: Radiol. Clin. 27. 3. 1958.
- Sweet R.H.: Surgery 40. 1956.
- Szabó L., Karácsonyi S., Pataky Z.: Zbl. Chir. 86. 1961.
- Teichmann V., Valko P.: Ref. Zentralblatt 1960.
- Terracol J. - Sweet R.H.: Diseases of the Esophagus,
W. B. Saunders Co. Philadelphia-
London 1958.
- Thelen P.O.: Fortschr. Röntgenstr. 88. 6. 1958.
- Thomas M.A.: Amer. J. Roentgenol. 57. 2. 1947.
- Thomsen G.: Acta Radiol. 32. 2 - 3. 1949.
- Tristan. Th.A., Koerner H.J., Watson S.J., Weinberg S.:
IX. th. International Kongress of
Radiology G. Thieme, Stuttgart,
1961. Vol. I.
- Tuccu Tewelde M.: Presse Med. 68. 1960.
- Turano L.: Fortschr. Röntgenstr. 90. 1959.
- Tuttle S.G., Bettarello A., Grossmann M.I.: JAMA 176.
6. 1961.
- Uthgenannt H.: Fortschr. Röntgenstr. 94. 5. 1961.
- Vesin S.: IX. th. International Kongress of Radiology
G. Thieme, Stuttgart, 1961. Vol. I.
- De Vito R.V., Listerud M.B., Nyhus L.N., Merendino K.A.,
Harkins: Amer. J. Surg. 98. 1959.
- Wandall H.H.: Acta Med. Scand. Suppl. 266. 142. 1952.
- Wangensteen O.H., Leven N.L.: Surg. Gyn. Obst. 88. 1949.
- Watkins D.H.: Surg. Gyn. Obst. 113. 3. 1961.
- Welin S.: Acta Rad. W. XXVII. F. 3.-4. 1946.
- Wellens P., Brys A.: J. Belge Radiol. 42. 2. 1959.
- Wells K.: Amer. J. Roentgenol. 58. 194. 1947.

- Willich E.: Deutsche Med. Wschrft. 12. 79. 86. 1961.
- Wolf B.S., Marshak R.H., Som M.L. et al: Gastroenterology
29. 1955.
- Wolf B.S., Marshak R.H., Som M.L.: Amer. J. Roentgenol.
79. 5. 1958.
- Wolf B.S., Cohen B.R.: Radiology 76. 6. 1961.
- Wolf B.S., Marshak R.H., Som M.L., Brahms S.A.,
Greenberg: J. Mt. Sinai Hosp. 25. 2. 1958.
- Wulf H.B., Malm A.: Acta Chir. Scand. 120. 1960.
- Zaino C., Poppel M.H., Blazsik Ch.F.: Amer. J. Digest.
Dis. 22. 121. 1955.
- Zaino C.: Amer. J. Roentgenol. 67. 6. 1952.
- Zaino C., Poppel M.H., Jacobson H.G., Lepow H., Osturk.:
Amer. J. Roentgenol. 84. 1960.
- Zimmer J.: Acta Rad. 57. 2. 1962.

Tartalomjegyzék:

| | |
|----------------------------|----|
| Bevezetés | 1 |
| Röntgenanatomia és élettan | 2 |
| Kórtan | 8 |
| Vizsgálati módszer | 24 |
| Röntgentünetek | 28 |
| Differencialdiagnózis | 33 |
| Klinikai tünetek | 37 |
| Eseteink | 39 |
| Az esetek tárgyalása | 74 |
| Összefoglalás | 87 |
| Irodalom | 93 |