

Surg., 101, 1961, 428. — Viljavin G. D.: Ref. Honvédorvos, 3, 1951, 697. — Wallace, cit. *Larsan D. L.*, munkatársai: Surg. Gynec. Obstetr., 112, 1961, 577. — Zoltán J., Ritoók L.: Magy. Traumat. 5, 1962, 110.

Майор м/с. Янош Новак:

Видоизмененный способ открытого лечения ожогов.

ВИДОИЗМЕНЕННЫЙ СПОСОБ ОТКРЫТОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ

После вскрытия пузырьков автор покрывает раневую поверхность однослойным куском марли, пропитанной перувианским бальзамом. В результате образуется эластичная корка, благодаря которой станут возможными амбулаторное лечение больного и проведение лечебной физкультуры суставов. Поэтому данным методом можно использовать и при ожоговых поражениях кистей.

Dr. J. Novák, Major d. Med. D.:

EIN MODIFIZIERTES VERFAHREN ZUR OFFENEN BEHANDLUNG DER BRANDWUNDEN

Nachdem Verfasser die Bullen der Brandwunden abgeschoren hat, bedeckt er die Wundoberfläche mit einem einschichtigen, durch Perubalsam durchgetränkten Gazeband. Somit entstehen elastische Schorfe, die eine ambulante Krankenbehandlung und Turnübungen der Gelenke erlauben. Demnach ist das Verfahren auch bei Brandwunden der Hände verwendbar.

Adatok a fiatalkorúak fekélybetegségéhez

Írta: Válfy Frigyes dr. orvosalezredes—Beczán Judit dr.

A fekélybetegség ma már szinte áttekinthetetlen irodalmában viszonylag kevés azon közlemények száma, melyek a fiatalkorúak fekélybetegségének adatait tartalmazzák. Az idevonatkozó közlések elsősorban katonabeteg-anyagon tett megfigyelésekről számolnak be.

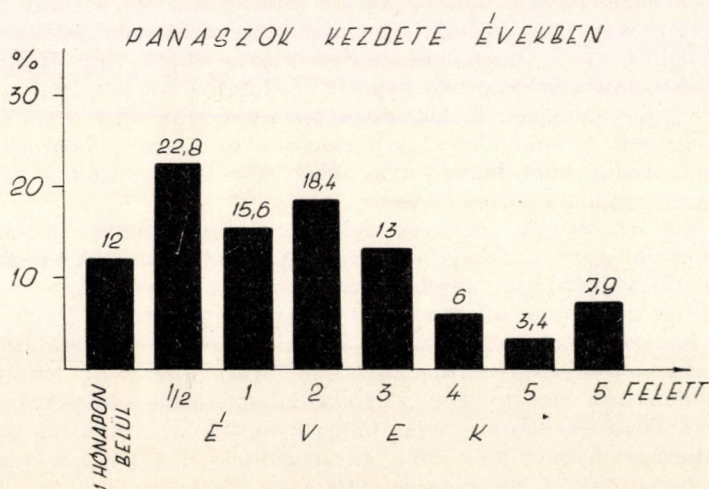
Hazai irodalomban *Farádi* 676, 18—25 év közötti férfi beteggel kapcsolatos észleléseit közli. Részletesen tárgyalja a „gastritis syndroma” kritériumait, összefüggését a fekélybetegséggel, és rámutat a fiatal korban a duodenalis fekély domináló előfordulására. *Erőss* a Központi Katonai Kórház belosztályának 1 éves gastritises-ulcusos forgalmát tanulmányozta, különös tekintettel a katonai szolgálat megterheléseire, a polgári betegekkel szemben. A külföldi irodalomban *Laverdant* és *Toorette* egy észak-afrikai kórházban kezelés alatt állott 340 katonai szolgálatot teljesítő gastroduodenalis fekélybetegségben szenvedő fiatal egyén, *Patlan* 150, 22 év alatti sorköteles, *Teitelbaum* 120, 20 éven aluli beteg adatait elemezte. *Baron* és *Vaughan* az angol légierő és flotta fekélybetegeiről számolt be. Korcsoportok szerint elemezték a fekélybetegség megjelenési formáját és összehasonlítást tettek az egyes fegyvernemek közötti előfordulásról. Beteganyaguk nem kórházi kezelés alatt állókból tevődött össze, hanem hadseregben történt szűrés alkalmával észlelték fekélybetegeiket. Megemlítendő még *Szmurikov*, *Litvinenko*, *Tidow* közleményei, akik részint sta-

tisztikai adatokkal, részint a katonai szolgálat és fekélybetegség összefüggésével, valamint a fiatalkori fekélybetegség röntgenmorphologiai elváltozásaiával foglalkoztak.

Jelen közleményünkhöz a Központi Katonai Kórház belosztályain gyógykezelt 1500 fekélybeteg kórlapjait tanulmányoztuk át az alábbi szempontok szerint:

1. Nyombél- és gyomorfekély előfordulási aránya.
2. Panaszok kezdete és tünetei.
3. Periodicitás.
4. A betegség első tünete.
5. Fizikális status eltérései.
6. Családi anamnézis értékelése.
7. Savviszonyok.
8. Nikotin—alkohol-probléma.
9. Vércsoportok.
10. Foglalkozás szerinti megoszlás.
11. Röntgenjelek értékelése.
12. Szövödmények.
13. Therapia-dietotherapia kérdései.

Betegeink életkora 20—22 év között volt. Anyagunkban 95,4⁰/₀-ban fordult elő nyombélfekély, 4,3⁰/₀-ban gyomorfekély, 4 esetben észleltük a kettő együttes előfordulását, 1 betegünkönél pedig kettős nyombélfekélyt diagnosztizáltunk. A nyombél- és gyomorfekély előfordulási arányát 22,4:1-hez találtuk. A fekélybetegség két megjelenési formája a századforduló óta jelentős változáson ment keresztül, ha figyelemmel kísérjük a statisztikai adatokat. Kezdetben a duodenalis fekélybetegségben szenvedők száma igen elenyésző volt. A II. világháború előtti időszakban számuk megszorodott — a gyomorfekély betegeknek a többszöröse lett. A háború alatti és utáni években a legtöbb szerző észlelése szerint előfordulásuk kiegyenlítődött, kb. az 1:1 arány felé. Ezt bizonyítja *Hetényi* statisztikája is, aki 1922—1936 között 12:1, 1946—1952 között viszont 1,9:1 arányt állapított meg a nyombélfekély javára. Hasonlóak *Eusterman* észlelései az Egyesült Államokban és ugyancsak a duodenalis fekély arányszámának változásait közli *Kalk* is Németországból. *Westphal* hannoveri anyagában is csökkent



a duodenalis fekélybetegek aránya a háború utáni időszakban. Hasonló a szegeci és pécsi I. Belklinika előfordulási aránya is. A saját statisztikánkban észlelt magas arányszámot azzal magyarázzuk, hogy betegeink fiatalok, kivétel nélkül azonos csoportba tartoznak, akiknél a nyombélfekély betegség dominál, míg az idősebb korcsoportoknál mindinkább a gyomorfekély betegség kerül előtérbe. Észleléseinket *Farádi* adatai is bizonyítják, aki 676 beteg értékelésénél 25:1, *Baron* és *Vaughan* 12,3:1, *Laverdant* és *Toorette* 9:1 arányban találták a nyombél-, illetve a gyomorfekély előfordulását. *Baron* és *Vaughan* korcsoportok szerint bontott statisztikájában, az idősebb korosztályok felé azonban szembe-tűnő az arányszám fokozatos csökkenése.

Ha a *panaszok kezdetét* kísérjük figyelemmel, a fiatalkor ellenére is több hónapos, illetőleg több évre terjedő anamnézist találtunk.

Az anamnézis terjedelmétől függetlenül a fájdalom kivétel nélkül minden esetben szerepelt a panaszok között. A 100%-osan előforduló fájdalom 37%-a volt éhségfájdalom, 23%-nál jelentkezett az étkezés után 1 órával, 14%-nál lépett fel 1—4 óra között és 26%-a panaszkodott étkezéstől független fájdalomról. A fájdalom mellett 58%-ban észleltünk hányingert, hányást, 44%-ban jelentkezett gyomorégés, 30%-ban kísérte felbőfögés a panaszokat. Jelentős számban fordult elő étvágytalanság és fogyás. Az előbbi 36, az utóbbi 47%-ban. A fogyás általában az 5 kg-ot nem haladta meg.

A betegségre jellemző *periodicitást* az anamnézis alapján csupán 19%-ban jelezték betegeink, ennek ellenére feltűnően nagy számban kerültek felvételre a tavaszi-őszi hónapokban.

A betegség kezdetét jelentő *első tünetek* között döntő többséggel: 74%-ban az epigastriális fájdalom jelentkezett. Lényegesen kevesebb panaszt okozott kezdeti tünetként a gyomorégés: 15%, és elenyésző azon betegek száma, akiknél a betegség első tünete a hányinger, hányás, esetleg teltségérzés, felbőfögés volt. 1500 betegből csupán 4 esetben észleltük a betegség első tüneteként a perforációt, 2 betegünkönél a fekélybetegség vérzéssel kezdődött. Adataink lényegében megegyeznek *Patlan* statisztikájával.

A fekélybetegség társulását egyéb kórképpel gyakorlatilag nem észleltük, ennek következtében a *fizikális vizsgálattal* talált elváltozások is a fekélybetegséggel állottak összefüggésben. 88%-ban volt epigastriális nyomásérzékenység, mely az esetek 1/4-ben a jobb bordaív alá is kisugárzott. Lényegesen kevesebb volt azon betegek száma, akik a fájdalmat a bal bordaív alá, illetőleg a köldök környékére lokalizálták. Az emésztőszervi megbetegedéseket általában kísérő lepedékes nyelv, betegeink felénél megtalálható volt. Rutin vizsgálatként elvégzett májfunkciós próba negatív eredménye mellett is 10%-ban észleltünk májmegnagyobbodást. Érdekességgel emlíjtük meg csupán, hogy amíg *Patlan* betegeinek 2%-nál észlelt hypertoniát, *Laverdan* és *Toorette* egy esetet sem találtak, addig saját beteg-anyagunkban 6%-ban találtuk a hypertonia és fekélybetegség együttes előfordulását.

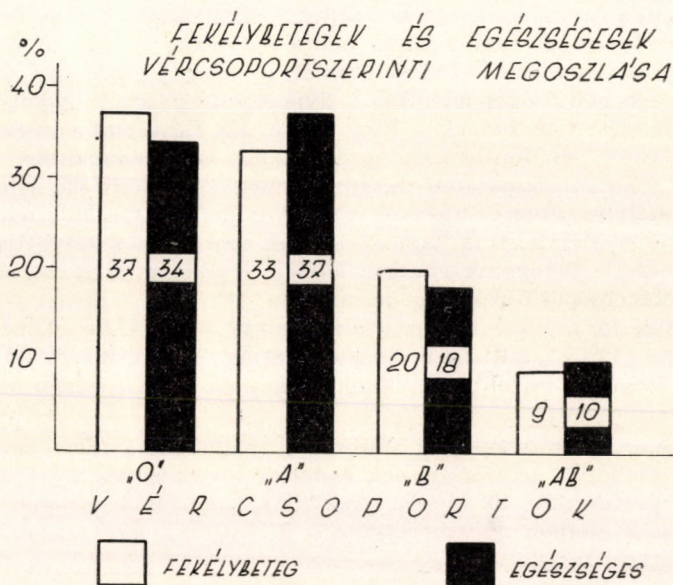
A *családi anamnézis* elemzése felkeltette figyelmünket a hozzátartozók között előforduló gyakori fekélybetegségre. 23%-nál találtunk családi előfordulást, döntő többségben apai, kisebb százalékban anyai részről.

Vizsgáltuk a gyomor *savviszonyait* is. Túlnyomórésztben fractionált próbareggelivel, kis számban gastrotestes eljárással történtek a vizsgálatok. 57%-ban észleltünk hyperaciditást, normaciditás 18%-ban kísérte a fekélybetegséget. E két eredményünk megegyezik az irodalomban közölt adatokkal. Meglepő az eddig ismert közlések alapján saját beteganyagunknál a relatíve magas százalékban előforduló hypaciditás: 14%, és anaciditás: 4%, melyek inkább a gyomorfekély betegségénél ismereteseek. (*Hetényi, Kalk.*)

A *nikotin* szerepét illetően igen eltérőek az irodalmi adatok. A szerzők nagy része azonban megegyezik abban, hogy a nikotinnak, ha oki szerepe nincs is a fekélybetegség keletkezésében, de mint károsító tényező, komoly szerepet játszik a panaszok fokozásában. Betegeink 71%-a dohányzott. Általában napi 20–30 cigarettát szívott. A fennmaradó 29% egyrésze soha nem dohányzott, másrésze pedig részben a panaszok, részben egyéb ok miatt leszokott.

Alkoholfogyasztás 31%-ban fordult elő. Mennyisége a különböző problémáktól, időjárási viszonyoktól függően változott. Rendszeres nagymennyiségű alkoholfogyasztót relatíve kis számban találtunk.

Az utolsó években számos közlemény jelent meg hazai és külföldi szerzők tollából a *vércsoportok* és fekélybetegség összefüggéséről. A sokakat foglalkoztató probléma és talált eredmények késztettek bennünket arra, hogy betegein-



ken megfigyeljük a fekélybetegség — kisszámú gyomorfekély betegünk miatt — gyakorlatilag a nyombélfekély betegség és vércsoportok összefüggését. Az eredmények exaktabbá tétele miatt összehasonlítást tettünk 1000 egészséges ugyancsak fiatalokú 20–22 éves egyénnel.

Clarke, Baumgartner, Aird, Fraser—Roberts, valamint magyar szerzők közül *István* és *Szell* vizsgálatai a „O”-csoport gyakori előfordulását erősítették meg fekélybetegségben. Betegeinknél ugyan szignifikáns differenciát nem észleltünk a „OAB”-vércsoporton belül, de a „O”-csoport vezető szerepe 37%-kal, kétségtelen. 33%-ban találtunk „A”-csoportúakat, lényegesen kevesebb a „B”-csoport 20%-os előfordulása és csak 10%-ban észleltünk fekélybetegeink között „AB”-vércsoportú egyént. Az egészségesek megoszlása ezzel gyakorlatilag megegyező, itt azonban az „A”-csoportbelieknél észleltünk minimális túlsúlyt a „O”-csoportbeliekkel szemben.

A fekélybetegség vegetatív aetiológiáját ismerve, a stressz-hatások, psychés megterhelések, életmód döntő szerepét figyelembe véve vizsgáltuk meg bete-

geink foglalkozás szerinti megoszlását, illetőleg a különböző foglalkozáscsoportok között a fekélybetegség előfordulását. Eredményeink nem tükrözték dominánsan az idegrendszer megterhelését jelentő foglalkozások, mint pl. a gépkocsivezetők, és a lényegesen nyugodtabb munkakört jelentő földművesek közötti különbséget. Betegeink 17,6%-a volt gépkocsivezető, 18%-a gyári munkás különböző munkakörben és 14%-a folytatott földművelést. A bányász, vājár munkakörben dolgozók relatív kis százaléka (3,5) abból adódik, hogy a többi szakmához viszonyítva összlétszámuk is kevesebb. A szellemi dolgozóknál észlelt 7%-os előfordulás a sorköteles állomány összetételét tekintve, nem értékelhető, mert alacsony a bevonultatottak között a szellemi dolgozók létszáma. Adataink megegyeznek *Demol* foglalkozás szerint bontott statisztikájával.

A fekélybetegség diagnózisa a gyakorló orvosok, klinikusok, röntgenesek számára még ma is számtalan esetben jelent nehézséget és problémát a fejlett röntgenteknika és endoscopos lehetőségek mellett is, mint erre *Demol* „A duodenum fekélybetegsége fekély-laesio nélkül” c. cikke is utal. A fekélybetegség biztos jele, a kimutatható telődési többlet, a betegek csak egy részénél található; különösen nehézséget jelenthet a hypertoniás gyomor nyombélfekélyének, illetőleg a telődési többletének a kimutatása. Ha figyelembe vesszük a fekélybetegségnél különösen fontos anamnézis adatait, a hyperaciditást, vagy hypersecretiót, a *röntgen-vizsgálattal* észlelt, esetleg csak indirekt jeleket, vagy a chronicus fekélybetegsége jellemző organikus deformitásokat; telődési többlet nélkül is diagnosztizálhatjuk tapasztalataink szerint a fekélybetegséget, vagy annak aktivitását. Betegeink röntgen-leleteit értékelve 82%-ban diagnosztizáltuk a fekélybetegséget direkt rtg.-jel alapján, 18%-ban indirekt jelek értékelésével állítottuk fel a fekélybetegség diagnózisát. A fiatalkor ellenére feltűnően nagy számban (40%) találtunk bulbuse deformitást. Figyelemreméltó, hogy 6,4%-ban olyan betegeken észleltük, akiknek a panaszai még 1 hónap óta sem álltak fenn.

A fiatalkorú fekélybetegség chronicus megjelenési formájának aránylag nagy száma mellett a *szövődmények* észlelése a ritkaságok közé tartozik. 1500 betegből 18 perforatiót, 10 vérzést észleltünk, stenosis 1 betegnél fordult elő. A panaszokat 3 esetben gyomorpolyposis, 3 betegnél helminthiasis, 2 betegnél lambliasis súlyosbította.

Therapia, dietoherapia kérdése. A modern funkcionális pathologiai szemlélet és a fekély pathogenezisének beható tanulmányozása lehetővé tette egységes szemlélet kialakulását a betegség lényegéről. A fekélybetegséget azonos eredetű kórképnek tekintjük, legyen az gyomor-, vagy nyombélfekély, vagy a kettő átmenetét képező pylorus-lokalizáció. A therapiában is egységes elvek érvényesülnek. Ha figyelembe vesszük azt, hogy a fekélybetegség a vegetatív kórképek csoportjába tartozik; *Hetényi*-féle izgalmi és nyugalmi periodusokkal, akkor a therapiás elvek is a tünetekkel és panaszokkal tele aktív szakhoz, illetve a tünetmentes inaktív periodushoz igazodnak. A betegség rendkívül hajlamos spontán remissiókra. Ha a beteg teljes kikapcsolódását biztosítjuk és ezt még megfelelően alkalmazott ún. belgyógyászati psychotherapiával egészítjük ki, gyógyszeres kezelés nélkül is az aktív szak megszűnését érhetjük el. A therapiában mindig szem előtt kell tartanunk azt az elvet, hogy általános megbetegedésről van szó, melynek a fekély csak helyi megnyilvánulása. A beteg nyugalmának, kikapcsolódásának biztosításával, testi, lelki kondíciójának javításával az általános érvényű szempontoknak eleget tettünk, megteremtettük a lehetőséget a helyi kezelésre — a fekély begyógyítására. Betegeinknél a fekélybetegség komplex therapiáját alkalmaztuk. Rendszeresen kaptak görcsoldókat.

A különböző hazai és külföldi készítmények között értékelhető különbséget megfigyelni nem tudtunk. Secretio-csökkenésre, ahol erre szükség volt, atropin-kezelést alkalmaztunk jó hatással. Savközömbösítés céljából hyperacid betegeink a szokásos alkaliák helyett Roter-port kaptak, néhány esetben, ahol a fájdalom nem volt jelentős, önállóan is görcsoldók nélkül. A betegek panaszai a kezelés második hetében lényegesen csökkentek, a továbbiakban általában meg is szűntek. Alkalmazott therapiánkat minden esetben sedativumokkal egészítettük ki. A klasszikus nyugtatóktól a modern tranquillansokig e gyógyszerek széles skáláját alkalmaztuk, ahol szükségesnek látszott, kombináltuk, vagy felcseréltük. Szerves részét jelentette therapiánknak a dieto-therapia is, bár döntő jelentőségét a fekélybetegség gyógykezelésében éppúgy nem láttuk, mint a csak gyógyszeres kezelésnek, melynek döntő bizonyítéka az utolsó évek placebo-therapiás kísérletei. Betegeink döntő többsége felvételkor az ún. „ulcus II.” diétában részesült, mellyel az erős görcsökkel járó kezdeti szakban, vagy az esetleges occult vérzés tisztázásának idejére a szigorúbb előírásokat és fokozott kíméletet tudtuk biztosítani. Néhány napos pihenés és gyógyszeres kezelés után tértünk át az „ulcus II.” diéta adására, mely összetételét tekintve könnyű-vegyes jellegű étkezést biztosított betegeink számára. Az étlap összeállításánál tekintetbe vettük azt, hogy a fekélybetegeknek általában panaszt okozó savanyú ételeket, nyers készítményeket és gyümölcsöket a betegség természetének megfelelően — a hyperaciditást és velejáró gyomorégést figyelembe véve — párolt formában adjuk, vagy az étlapból kihagyjuk. Kísérletképpen a betegek egy csoportjánál az előzőekben ismertetett diéták helyett egyéni választás alapján szabad étkezést biztosítottunk. Egyenként beszélünk meg betegeinkkel előre megadott ételsorok alapján másnapi menüjüket, melyet — orvosi ellenőrzés mellett — egyéni ízlésükhöz, szokásaikhoz, toleranciájukhoz alkalmazkodva rendeltünk meg a kórház diétás konyhájáról. (Természetesen a megadott pénzkeret és évszakos ingadozások figyelembevételével.) Ezen csoport panaszai — ha ez egyáltalán konkrét formában lemérhető, mivel szubjektív véleményekre tudtunk csak támaszkodni — még rövidebb idő alatt rendeződtek, mint az ulcus-diétát fogyasztó betegeinké. Étvágyuk rohamosan javult, híztak is. Feltétlenül előnyös volt psychés szempontból is, mert az étkezéssel kapcsolatos problémák megbeszélése még szorosabbá tette a gyógyító személyzet és beteg kapcsolatát, a fokozott törődés, mely felítlenül túlmént a vizit és gyógyszerkiosztás keretein, megszilárdította a beteg-orvos-nővér közötti bizalmat és teljesült az a rég óhajtott vágy is, hogy a diétás nővér közvetlen kapcsolatban álljon betegeivel, ismerje betegségüket, mely feltételek a modern dieto-therapia fontos alapját kell hogy képezzék.

ÖSSZEFOGLALÁS:

Rövid összefoglalónkban a fiatakorban gyakori fekélybetegség problémájához kívántunk néhány adatot szolgáltatni. Megfigyeléseink a betegágy mellett, kifejezetten a klinikai tünetek értékelésére szorítkoztak.

Hetényi értelmezésében a vegetatív betegségekre jellemző periodikus lefolyást, a vegetatív idegrendszer működésével való összefüggést (izgalmak befolyása) éppúgy megtaláltuk betegeinknél, mint a jellemző tüneteket: a fájdalmat, hyperaciditást, secretios zavarokat. Domináló jelleggel találtuk a nyombél-fekély előfordulását, nagy számban a fiatakor ellenére is a chronicus megjelenési formát és feltűnően kevés szövödményt. Figyelemre méltónak tartjuk a nagyarányú familiáris előfordulást.

IRODALOM

- Aird J. H. H.* és mtsai: Brit. Med. J. 1953. 1. 799. — *Aird J. H. H.* és mtsai: Brit. Med. J. 1954. 2. 315. — *Baron J. H.—Vaughan J. R.*: Brit. Journ. Prev. and Soc. Med. 1960. 1. 44. — *Baron J. H.—Vaughan J. R.*: Brit. Journ. Prev. and Soc. Med. 1961. 7. 126. — *Benkő Gy.*: Orvosi Hetilap 1951. 5. 151. — *Bergmann G.*: Handbuch der Innerenmedizin. III/1. Springer Verlag. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1953. — *Buchvalter J. A.* és mtsai. J. A. M. A. 1956. 123, 840. — *Buchvalter J. A.* és mtsai. J. A. M. A. 1956. 162, 1210. — *Buchvalter J. A.* és mtsai. J. A. M. A. 1956. 162, 1215. — *Chaumerliak H.*: Arch. Mal. App. Dig. 1960. 4. 470. — *Clarke C. A.* és mtsai.: Brit. Med. J. 1955. 2. 643. — *Clarke C. A.* és mtsai.: Brit. Med. J. 1956. 2. 275. — *Clarke C. A.* és mtsai.: Brit. Med. J. 1956. 5. 725. — *Clarke C. A.* és mtsai.: Lancet 1957. 1. 212. — *Clarke C. A.* és mtsai.: Brit. Med. J. 1959. 1. 758. — *Demling L.*: Moderne Therapie der Verdauungskrankheiten. Verlag von Urban Schwarzenberg. München, Berlin. 1961. — *Demole M.*: Referat Schweiz. Ges. für Gastroenterologie. Luzern. 1941. — *Demole M.*: Arch. Mal. App. Dig. 1960. 4. 426. — *Erőss J.*: Honvéddorvos. 1951. 5. 390. — *Eusterman—Balfour*: The Stomach and Duodenum. Philadelphia. 1936. — *Farádi L.*: Katonaorvosi Szemle. 1956. 8. 625. — *Fraser Roberts J. A.*: Brit. Med. J. 1954. 2. 315. — *Glatzel H.*: Ärztl. Wschr. 1962. 44. 1039. — *Haftner E.*: Praktische Gastroenterologie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 1962. — *Hetényi G.*: Orvosi Hetilap. 1938. 23. — *Hetényi G.*: A fekélybetegség időszerű kérdései. Akadémiai Kiadó. 1954. — *Horváth E.*: Vércsoportok, az Országos Vértranszfúziós Szolgálat kiadványa. 1959. — *István L.*: Orvosi Hetilap. 1961. 5. 202. — *István L.; Széll K.*: Orvosi Hetilap. 1961. 21. 986. — *Ivy*: Peptic ulcer. Philadelphia. 1950. — *Kalk H.*; cit. Kretschmar.: Gastroenterologia. 1945. 70. 225. — *Laverdant M. M. Ch.—Toorette C.*: Bull. Mens. Soc. Med. milit. Franc. 1963. 7. 272. — *Litvinenko A. A.*: Voenn. Med. Zs. 1960. 2. 82. — *Markoff M. G.*: Magenentzündung und Magengeschwür als Dienstbeschädigung. Med. Verlag. Hans Huber. Bern. 1941. — *Patlan B. D.*: Voenn. Med. Zs. 1960. 2. 79. — *Fizskanova*: Gigiena i szanitarija. 1951. II. 25. — *Szemző G.*: Orvosi Hetilap 1958. 18. 581. — *Szmurikov B. A.—Nikiforov V. V.*: Voenn. M. Zs. 1961. 9. 52. — *Tidow R.*: Wehrmed. Mitteil. 1958. 7. — *Teitelbaum* és mtsai.: Voenn. M. Zs. 1960. 2. 77. — *Westphal*: Zschr. Klin. Med. 1949. 145. 240

Подполк. м/с. Фридьеш Вальфи

KLINICZESKIE DANNEK K JAZVENNEJ BOLEZNI JÜNÖSZEKESKÖG VOZRASTA

Мы попытались вкратце подытожить некоторые данные относительно проблемы язвенной болезни часто встречаемой в молодом возрасте.

Характерное по мнению Хетэньи (Hetényi) периодическое течение вегетативных болезней, наличие связи с функцией вегетативной нервной системы (влияние психических травм) обнаружены у наших больных также, как и характерные симптомы: боли, гиперацидность, секретарные расстройства. В нашем материале доминировали случаи язвы двенадцатиперстной кишки. Несмотря на молодой возраст больных, в большинстве случаев наблюдались хронические формы. Обращали на себя внимание поразительно малое число осложнений и частота возникновения язвенной болезни в одних и тех же семьях.

Dr. Fr. Válfy, Oberstl. d. Med. D., Dr. J. Beczán:

BEITRÄGE ZUM PROBLEM DER ULKUSKRANKHEIT BEI JUGENDLICHEN