

## A katonai medicina klinikai művelése

A VI. Honvédorvosi Tudományos Értekezlet bevezető referátuma nyomán

Írta: **Farádi László** dr. orvos-vezérőrnagy

A katonai orvostudomány művelése világszerte élénk ütemben folyik. Korunknak ezt a jelenségét az a szükséglet váltotta ki, hogy felhalmozódtak mind a tömegpusztító, mind a hagyományos fegyverek, ezek, valamint a célbajuttatás eszközei folyamatosan tökéletesedtek, továbbá a második világháború befejezése óta szinte megszakítás nélkül három kontinensen fel-fel lángolnak a helyi háborúk, amelyeket a gyarmati sorból felszabadított népek vívnak egykori elnyomóik vagy az azoknak a helyére lépett amerikai imperialisták ellen.

A katonai orvostudomány művelése világszerte a legintenzívebben a katonai orvosi szervezés, egészségügyi harcászat-hadművelet-hadászat, illetve a hátszág egészségügyi biztosításának területén folyik. Ezenkívül elsősorban a kísérletes orvostudomány alkalmazott szakágazatai: radiobiológia, radiohygienia, katonai toxikológia, mikrobiológia s az ezekhez csatlakozó katonai epidemiológia és higiénia, végül pedig az előbbi szakágazatok által igényelt tábori egészségügyi anyagi és technikai eszközök kialakításával, korszerűsítésével, tábori viszonyokhoz adaptálásával foglalkozó szakterület állnak a kutatás homlokterében.

Sajnálatos, de tény, hogy az előbbieken felsorolt szakágazatok mellett, az orvostudomány gerincét alkotó gyógyító szakok a katonai orvos-kutatók munkásságában viszonylag háttérbe szorultak s egyre gyakrabban lehet hallani a kérdést, hogyan lehet egyáltalán békeidőben tudományosan dolgozni a tábori klinikai szakmák területén. Eppen ez a probléma foglalkoztatott bennünket, amikor a VI. Magyar Honvédorvosi Tudományos Értekezlet programjára a tábori klinikum, az ide sorolható különböző szakmák művelőinek előadásait kiűztük.

A mi klinikai kutatóink munkássága nem csekély. Ezt már az értekezlet bevezetőjeként is nyugodtan megállapíthatjuk. Klinikusaink kutató munkája fokozott értéket nyer azáltal, hogy erőfeszítéseik jelentős részét klinikai szakterületük tábori perspektívái irányában igyekeznek hasznosítani. Ezen a kongresszuson így is csak mozaikokat mutathatunk fel a tábori klinikum szinte végeláthatatlan munkaterületéről. E mozaikokkal is mindenesetre az a törekvésünk, hogy demonstráljuk, hogy nemcsak a szervezés és az experimentális orvostudomány területén dolgozók képesek új — katonai orvosi értékkel bíró — tudományos eredmények felmutatására. „Hadihasználhatóak” lehetnek a kli-

nikai szakmák művelőinek tervszerűen gyűjtött tapasztalatai és a tábori viszonyok figyelembevételével a tömegellátás érdekében módosított vizsgáló vagy gyógyító eljárásai is.

A tábori klinikum művelői számára a tudományos munka alapját — akár csak más tudományágakban — 3 forrás szolgáltatja:

1. a szakirodalom tanulmányozása és kritikai értékelése;
2. tapasztalatok gyűjtése a betegágynál;
3. experimentális munka.

Az első forrás felhasználásához nem kell magyarázat.

A második forrás feltárása a békeidőben szerezhető gyógyító-diagnosztikai tapasztalatokkal szemben már bizonyos sajátosságokat mutat. Itt ugyanis a hangsúly a következő főbb gondolatokra helyeződik:

a) *Korai diagnosztika, tábori körülmények között* alkalmazható, lehetőleg kevésbé időigényes és szakorvosi, esetleg orvosi képzettséget sem igénylő eszközökkel. Néhány példa: Az ionizáló sugárzás okozta károsodás korai felismerése egyszerű, lehetőleg automatizált haematológiai eljárásokkal. Ezzel foglalkozni kongresszusunk 3. napján a nemzetközi symposion. A fluorescens mikroszkópia bevezetése a tábori mikrobiológiába, a szükséges serodiagnosztikumok előállítás, tartósítása. Egyéb laboratóriumi eljárások, ún. expressz mikrobiológiai módszerek kialakítása céljából. Egyszerűsített és gyors antibiotikum-érzékenység megállapítása kitenyésztett kórokozókra vagy közvetlenül excretumokon.

b) Értékes anyagot szolgáltathatnak olyan *kazuisztikai feldolgozások*: a mezőgazdaságban növényvédő szerekkel; az iparban sugárzó anyagokkal; az energiaforrásokban medicinális alkalmazás során történt mérgezések, balesetek; egy-egy behurcolt exotikus kórokozó által kiváltott fertőző beteg észlelése, égési és polytraumatizált casusok gondos tanulmányozása, amelyek klinikailag több-kevesebb hasonlóságot mutatnak a háborús egészségügyi ellátást igénylő sérültekhez.

c) Ilyen és hasonló problémák már ma is foglalkoztatják kutatóinkat. A jövő horizontja azonban ennél sokkal tágabb. Megjelenik szemünk előtt a *kibernetika klinikai alkalmazása* úgy, ahogy ma még békében is csak egyes világszínvonalon felszerelt gyógyintézetekben használatos, de nem a tömeges ellátás igényeihez alkalmazva.

Aligha lehet kétséges, hogy a tünetcsoportok beprogramozott nagyszámú kombinációja a gyors diagnosztikát, vagy azt a sajátos praediagnosztikát, amelyet a tömeges ellátásban alkalmazni kényszerülünk tábori viszonyok között, azaz az osztályozást elősegítheti.

d) Csak néhány szót az *osztályozásról*, mint az egészségügyi szervezés és a klinikum határterületéről. Ez nem diagnózis a szó békebeli értelmében, hanem olyan eljárás, amelynek segítségével anélkül, hogy részletesen kutatnák az aetiológiát vagy a pathogenesist, feltárnák az összes tüneteket, az azonnali vagy sürgős, vagy az éppen nem sürgős orvosi tennivalókat határozza meg, azaz megmondja, hogy kit, hova, milyen eszközzel, milyen sorrendben kell szállítani, illetőleg kinél, hol, milyen eljárással, milyen sorrendben kell orvosi (ezen belül első orvosi, szakorvosi, vagy éppen szakosított orvosi) beavatkozást végezni. A modern orvostudomány ma már a mindennapos gyakorlatban is, nem egy olyan szakterületet ismer — gondoljunk a reanimációra —, ahol nincs idő az aetio-pathogenesis felderítésére, minthogy percek, esetleg másodpercek állnak rendelkezésre arra, hogy életmentő beavatkozásokat végezzünk, amelyek

segítségével, nem törődve azzal, hogy mi volt a kiváltó ok, milyen úton jött létre a funkciózavar, meg kell indítanunk a légzőközpont vagy az érmozgatóközpont, egyszerűbben a légzés és a szív működés funkcióját a helyszínen található eszközökkel és azokkal az egészségügyi szakemberekkel (vagy segíteni kész nem szakemberekkel), akik éppen a helyszínen találhatók. Ezt teszik a műtét alatt vagy után az anaesthesiológusok igen helyes, más szóval az egyetlen gyakorlatilag használható elgondolásból kiindulva. A reanimáció értéke a tábori elsősegélynyújtásban, ma még aligha ítélné meg. Ennek ellenére a sorállomány ilyen jellegű oktatását megkezdjük.

e) E gondolathoz kapcsolódik a tömegellátás egy másik alapvető sajátossága. Általánosságban elmondhatjuk, hogy amennyire hibás és kerülendő békeviszonyok között — amikor egy orvos egy beteggel áll szemben —, a sablon, a sematikus eljárás és helyesíthető a szakma szabályaival együttesen, egységben alkalmazott individualizálás; a tömegellátásban, azaz olyankor, amikor diszkrepancia jelentkezik a segélyt igénylők nagy száma és a segélynyújtók viszonylag kis létszáma között, a sablonos, *sémás eljárás* az egyetlen választható út. Nos, ha — szerencsére — nem is háborús méretekben, de tömeges balesetek, elemi csapások békeidőben is előfordulhatnak és alkalmasak arra, hogy tapasztalatokat szolgáltatassanak a tömegellátás módszereire vonatkozóan.

f) Békeviszonyok között is egyre inkább elterjed és kibontakozik a legsúlyosabb betegek, illetve a fokozottan munkaigényes és műszerigényes ellátással menthető betegek koncentrációja, viszonylag kevés létszámú, de kitűnően képzett egészségügyi szakszeméllyel történő folyamatos megfigyelése. Egyre magasabb technikai színvonalat képviselő műszerekre, berendezésekre támaszkodik ez az obszerváció, a sürgős segély biztosítására. A békeidőben is szükségessé vált és már nálunk is meghonosodott intenzív terápiás részlegről, köznyelven az ún. *őrzőszobákról* van szó. Ez az egészségügyi szervezők által következtesen képviselt elgondolás itt-ott néha még ellenzésbe ütközik. Az új, pontosabban az az új, ami haladást jelent a régivel szemben — mint tudjuk — előbb-utóbb törvényszerűen érvényesül. E területen a tapasztalatok gyűjtése igen értékes a jövő tábori medicinája szempontjából.

Az automatizálás révén e területen tehát már ma is lehetőség van arra, hogy az intenzív terápiás részlegről koncentrált, közvetlen életveszélyben levő betegek legfontosabb élettani mutatóit automatikus berendezéssel folyamatosan regisztráljuk, így pl. hőmérsékletüket, pulzusszámukat, EKG-jukat, vérnyomásukat és esetleg néhány más, állapotuk megítéléséhez szükséges mutatót is. A perspektíva e tekintetben is szinte beláthatatlan. Lehetővé válik, hogy egyetlen szakember elméletileg szinte korlátlan számú beteget vagy sérültet tartson objektív megfigyelés alatt, az is lehetővé válik, hogy az automatizált berendezés riasztó jelzést adjon le, amennyiben a részlegesen elhelyezett betegek közül egyik-másik válságos állapotba kerül és sürgős beavatkozást igényel. Az automatizálás lehetőséget ad ilyen módon az intenzív terápiás részleg személyzetének ellenőrzésére is.

Szinte beláthatatlan, mit jelent az automatizálás pl. e területen az *egészségügyi dokumentáció racionalizálása* szempontjából. Aligha lehet kétséges, hogy ez a módszer akkor, amikor az említett diszkrepancia egy-egy tábori gyógyintézetben ma még el sem képzelhető méreteket ölt, mennyire előtérbe kerül, könnyíti az egészségügyi személyzet munkáját és javíthatja a gyógyeredményeket. A tapasztalatszerzésre, a békében funkcionáló intenzív terápiás részlegek igen alkalmasak.

g) A tapasztalatszerzésnek egy másik területe: a nyugati katoniorvosi irodalom — akárcsak a nyugati szépirodalom jelentős része —, katasztrófa-helyzetről, katasztrófa-szindrómáról beszél, ha tetszik, katasztrófa jóslásokba bocsátkozik. Mi optimisták vagyunk. Bízunk abban, hogy azok a politikai-diplomáciai erőfeszítések, amelyeket a béke megőrzésére a Varsói Szerződés államainak vezetői folytatnak és nem utolsó sorban nagy szövetségesünk a Szovjetunió felkészültségi foka jelentős tényező egy esetleges kapitalista agresszió megelőzése, divatos szóval elrettentése szempontjából. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ne kísérjük figyelemmel azokat az eseményeket, amelyek az ún. *katasztrófa-szindróma tanulmányozásához adatokat szolgáltathatnak*. Agadir, Chile, Skopje, hogy csak a néhány legutóbbi elemi katasztrófát említsem, tanulmányozásra érdemes. Nem csak az egészségügyi szervezők számára, hanem pl. nem kevésbé a neurológusok és pszichológusok számára. Bizonyos, hogy egy esetleges tömegpusztító csapás és a földrengések okozta megrázkódtatás között nemcsak mennyiségi, de minőségi különbség is van. Ennek ellenére aligha vonható kétségbe, hogy ezek az elemi csapások, illetve ezek következményei a tömegpusztító csapások következményeivel sok tekintetben azonosak. Itt is, ott is számolni kell tömegméretekben olyan emberekkel, akiknek a pszichológiai egyensúlya felborul, olyan anyákkal, akik halott gyermekükkel a karjukon, néhány óráig vagy néhány napig a pszichotikusokkal analóg magatartást tanúsítanak és nemcsak egyénileg szorulnak a pszichiáterek által nyújtható szakorvosi ellátásra, de akadályozzák a mentés és egészségügyi ellátás munkáját is, sőt nem hatástalanok az egészségügyi szakszemélyzet pszichológiai egyensúlyára sem. Az egészségügyi személyzet és a mentésben részt vevő más csoportok pszichikai teherbíróképességének megítéléséhez számos tapasztalattal szolgál a második világháború azon nagyvárosai egészségügyi- és mentő-személyzetének magatartása is, akik szinte naponta voltak a fasiszta légitámadás hatásának kitéve és psycho-emocionálisan, valamint vegetatív-idegrendszeri változó egyensúlyzavaraik, állapotuk előbb vagy utóbb a depressio irányában stabilizálódott.

h) Külön gond és eltérő a békében megszokottól a segélyhelyen, illetve egyéb tábori gyógyintézetben megkövetelt *egészségügyi dokumentáció* problémája. Itt az a helyzet, hogy amennyire kerülendő békeidőben a sablon, és mind a dokumentáció fontossága, diagnosztikai értéke, terápiás jelentősége, mind az orvos és a beteg kapcsolata szempontjából igen értékes az aprólékos részletességgel felfektetett kórelőzmény, a jelen állapot részletekbe menő rögzítése, és így tovább, annyira helyes, ha tömeges ellátás esetén és az említett diszkrepancia figyelembevételével *sablonos és rövidített eljárásra* törekszünk. Mást aligha tehetünk. Azonban kik dolgozhatják ki az alkalmas és szakterületüknek legjobban megfelelő egészségügyi dokumentáció formuláit, célszerű leegyszerűsítését? Nyilvánvalóan a katonaszakorvosok! Tőlük várják tehát, hogy — beleélve magukat a háború mostoha körülményeibe, és kiindulva a mindennapos betegügyi tapasztalatokból — kialakítják a háborús dokumentációs sablont és ezzel nagy szolgálatot tesznek a katonai medicina tudomány-szakának. Ehhez csak annyit fűznék hozzá, hogy az egyszerű, túlnyomóan a tipikus sérülés- és betegségfajtákra szorító egészségügyi dokumentációnak olyannak kell lennie, hogy az bármikor gépi adatfeldolgozásra is felhasználható legyen. E követelmény kielégítése esetén lehet szó arról, hogy nemcsak az egyes sérült látja az ilyen egészségügyi dokumentációnak hasznát, hanem az egészségügyi szolgálat vezető posztjain dolgozó szakemberek és így végső soron maga a szolgálat is.

A harmadik kérdés viszonylag a legegyszerűbbnek tűnik. A kérdés úgy merül fel, lehet-e egyáltalán kísérletes munkát végezni békeviszonyok között, olyat, amelyből a háborús sérült-ellátás hasznot húzhat. A válasz egyértelműen: igen.

Ki lehet dolgozni, már békében olyan eljárásokat, amelyek alkalmasak a segélyhelyre vagy tábori gyógyintézetbe beáramló nagyszámú shockos, égési sérült, mérgező harcanyag-sérült stb. ellátására, ha olyan szempontokat veszünk tekintetbe, mint amelyeket pl. nálunk az Országos Traumatológiai Intézetben vizsgálnak. Hasonló a helyzet az egyre növekvő számú antibiotikummal folytatott klinikai vizsgálatok esetében is. Gondoljunk arra, hogy a korábbi háborúmban a sérültek többsége a szekundér-infekció következtében (sepsis, osteomyelitis stb.) vált gyógyíthatatlanná, vagy nyomorékká. Amikor a szervezet pl. az ionizáló sugárhatás következtében a fertőző kórokozókkal szemben fokozottan válhat védtelenné, vagy amikor reális az a veszély, hogy ellenünk biológiai harceszközöket alkalmazhatnak, az antibiotikumokkal történő beavatkozásoknak megnőtt a jelentősége. Az antibiotikumok közül is a terápiásan alkalmazhatók mellett, előtérbe kerül a profilaktikus céllal, éspedig minél korábban — esetleg egészségügyi szakbeavatkozás nélkül is — alkalmazható, tehát perorálisan adagolható, lehetőleg széles spektrumú antibiotikumok adásának fontossága.

A kísérletező orvos számára — a fenti methodika-kutatásnak és klinikó-farmakológiának nevezhető szakterületeken kívül —, akad egy másik, sajátosan katonaoorvosi kísérletező szakterület is. Ezt eddig sajnos, alig műveltük, legalábbis nem a megkívánt szinten. Arról van szó, hogy egyre több alkalommal célszerű olyan „markirozott” sérültekkel „elárasztani” segélyhelyeinket és tábori gyógyintézeteinket, akik alkalmat adnak a szakorvosi osztályozás fejlesztésére, az intézetben belüli osztályozás tökéletesítésére azáltal, hogy a realitást megközelítő módon variáljuk náluk azokat a „markirozott” tüneteket, illetve tünetcsoportokat, amelyekre váratlan esetben és valóságos helyzetben tipikus esetekben sor kerülhet. *Nemcsak egyszerű gyakoroltásra gondolok.* Túl kell lépnünk a második világháború szolgáltatta, mégoly értékes és gazdag tapasztalatokon is.

A történelem egyik tanulsága az, hogy egy esetleges következő háborúra történő egészségügyi felkészülés túlnyomórészt az előző háború tapasztalataira épül. A történelem tanulsága azonban az is, hogy — néhány kivételtől eltekintve —, az új háború az orvos számára nem úgy zajlik le, mint az előző. Jólásokba nem kívánok bocsátkozni. Ha valaki, mi katonaoorvosok — akik a magunk csekély erejéhez képest részt kívánunk vállalni a társadalom fejlődésében —, tisztán látjuk, hogy ezt a fejlődést milyen tragikus módon veszélyeztetné egy, az imperialisták által ránk kényszerített újabb világméretű összecsapás és azt is tudjuk, hogy a társadalmi-gazdasági fejlődéshez, a különböző világnézetet valló országok és népek békés egymásmellett élése feltétlenül szükséges.

Visszatérve a „markirozott” sérültekkel történő experimentumokhoz, szakorvosainktól nemcsak az osztályozás módszereinek továbbfejlesztését várjuk. Itt is sok a tennivaló és talán nem utópisztikus annak a gondolatnak a felvetése, hogy az osztályozás előbb vagy utóbb a kibernetika segítségével előbbre lép, gyorsabban és megbízhatóbban folyik le és könnyebbé válik a kombinált sérültek esetében annak a rendkívül nehéz feladatnak a megoldása, hogy a számos tünet közül kiválasszuk a legsürgősebb beavatkozást igénylő és az élet

megmentése szempontjából legfontosabb ún. vezető „tünetet” vagy „tünetegyüttest”, illetve e jelek mögött a „szerv-, szervrendszer-laesio”.

Ezekről a kísérletektől azt is várjuk, hogy merőben új adatokat szolgáltatnak számunkra, katonai egészségügyi szervezők számára is. Sok időnormával rendelkezünk. Ezek közül azonban számos még nem eléggé megbízható. Önöknek kell kísérletes munkával kidolgozniuk a megbízhatóbb időnormákat. Vannak természetesen nagy számban megbízható időnormáink is. Tudjuk pl., hogy mennyi idő szükséges egy-egy segélyhely vagy tábori gyógyintézet felmálházásához, a települési hely felderítéséhez, a településhez, a berendezéshez, mennyi időnek kell eltelnie ahhoz, hogy a segélyhely vagy tábori gyógyintézet megkezdhesse munkáját. Nem ezekről az időnormákról van tehát szó. A tábori klinikai medicinához *tábori klinikai időnormákra van szükség*. Olyan időnormákra, amelyek a várható egészségügyi veszteség valószínű összetételének figyelembevételével megadják, hogy egy-egy segélyhelyen vagy tábori gyógyintézetben mennyi idő kell az ott szükséges és lehetséges orvosi beavatkozások elvégzéséhez az osztályozástól a shocktalanításon, köztözesen, műtéten át az esetleges kiürítés végrehajtásáig. Másszóval, mire képesek ezek az intézetek, hány sérült lennének képesek fogadni, áteresztetni, ellátni, esetleg végleges gyógykezelésben részesíteni a várható különböző körülmények között.

Ezzel a referátumom elején említett 3 főkérdés vázlatos megvilágításával végeztem.

Korántsem törekedhettem teljességre, és még vázlatosan sem sorolhattam fel mindazokat a feladatokat, amelyek a jelen körülmények között, még kevésbé a perspektívában, klinikus katona-szakorvosaink válaszát igénylik.

Amit azonban elhallgatni nem lehet, az az, hogy meggyőződésem szerint a Magyar Népköztársaság orvosi és középfokú egészségügyi képzettségű emberei, hivatásosok és tartalékosok egyaránt, adott esetben, ha erre kényszerülünk, erejük teljes megfeszítésével vállalnák orvosi és katonai esküjükből folyó, hazafias és proletár internacionalista világszemléletükből fakadó feladataikat, kötelezettségeiket.

De ne felejtjük el, minden szaktudás és nemes erőfeszítés hiábavaló, ha nem állnak rendelkezésre korszerű egészségügyi anyagi és technikai, valamint a munkához nélkülözhetetlen egyéb eszközök, berendezések. Ezért a klinikusok korábban említett feladatai elválaszthatatlanok attól, hogy — ha lehet — még szorosabban együttműködjenek azokkal a katona-egészségügyi szakemberekkel, akik az egészségügyi anyag és technika továbbfejlesztésén vagy egyszerűen biztosításán dolgoznak. Ember és munkaeszköz a mi munkaterületünkön is elválaszthatatlan. Mégoly mostoha munkafeltételek között is a munkához minimálisan igényelt munkafeltételek biztosítása, elengedhetetlen. Ne felejtjük, hogy a legképzettebb orvos, szakmájának hivatott, akár nemzetközileg elismert képviselője is tehetetlen, és munkája a sérültek életének megmentése szempontjából eredménytelen, ha nem biztosítjuk számára az alkalmas munkaeszközöket, berendezéseket és munkafeltételeket. Ezért ezek kialakítása mindannyiunk közös feladata. Ma már ott tartunk, hogy számos katona-szakorvosunkra az egészségügyi anyagellátással foglalkozó szakembereink, mint szakértőkre számíthatnak. E szakorvosok köre azonban a feladatokhoz képest még mindig szűk. Az egészségügyi anyag és technika fejlesztésének üteme elég jelentős ugyan, de ennek ellenére vannak még kihasználatlan szellemi tartalékaink. Szeretném, ha minden katonaorvos-szakértőnk, aki eddig esetleg bezárkózott a kórterem, a műtő, vagy a laboratórium falai közé, magáénak érezné az egészségügyi anyagi és technikai fejlesztés sokszor fáradságos, de

végző soron a rábizott emberek gyógyítását szolgáló ügyét. Nincs külön egészségügyi szolgálat és egészségügyi anyagi szolgálat, csak egy egységes egészségügyi szolgálat van! Ahhoz azonban, hogy a tábori egészségügyi gépezet működőképes legyen, egészségügyi és nem egészségügyi anyagi eszközök több ezer féle cikkét kell leleményesen, egyre több gyógyeljárás tömeges végrehajtása érdekében mozgásba hozni!

Befejezésül, ez az értekezés seregszemle, amelyen kitűnik, hogy kórházainknak, klinikus szakembereinknek mennyire sikerült orientálódniuk a tábori témák irányába. Azt hiszem kórházainkban olyan struktúrát hoztunk létre, amely ezt az orientálódást kedvezően befolyásolta. Előtérbe állítottuk azokat a szakágazatokat, amelyeknek tudományos igényű művelése jó alap új tábori gyógyeljárások kidolgozásához. Ezért kap olyan hangsúlyt a modern katonai orvosi ellátásban a traumatológia, a toxikológia, a fertőző betegellátás, az anaesthesiológia és a sebészet és belgyógyászat számos más speciális ágazata: idegsebészet, mellkassebészet, vérellátás-haematológia; a laboratóriumi szektorban a radiometria-toxikológia, mikrobiológia. Ezen klinikai szakmáknak a tapasztalt orvos-szakértői teremthetnek kedvező légkört környezetükben, hogy tanítványaikat eljuttassák a tábori klinikai szakágazatok tudományos műveléséhez.

A VI. Honvédorvosi Tudományos Konferencia hivatott arra, hogy további lendületet adjon a *tábori klinikai tudományos munkához*, amely fontos hozzájárulás katonáink betegségeinek hatásos megelőzéséhez, betegségeinek, sérüléseinek eredményesebb gyógyításához.

*Д-р Л. Фаради, генерал-майор мед. службы.*

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Dr. L. Farádi, Gen.-Major d. Med. D., Doktor d. Milit. Wissensch.:

#### KLINISCHES KULTIVIEREN DER MILITÄRMEDIZIN (Hauptreferat)