

XXVII ÉVFOLYAM, 1975. JANUÁR—MÁRCIUS

A Magyar Néphadsereg katonatorvostudományi folyóirata

TARTALOM

- 3 *Dr. Simon Pál o. alez.:* Lehetőségek és ésszerű határok a csatorvos gyógyító tevékenységében
- 9 *Dr. Bernát Iván ny. o. ezds.:* A tömeges belgyógyászati esetek ellátásának fejlődése
- 23 *Dr. Manninger Jenő o. ezds.:* Operatív szakmák tábori sebészeti oktatása békében
- 33 *Dr. Zoltán János o. ezds.:* Háborús sérültek plasztikai rehabilitációjának korszerű lehetőségei
- 41 *Dr. Csorba Antal o. ezds.:* A katonai alkalmasság időszerű kérdései a neuropsychiatria területén
- 51 *Dr. Keleti Béla o. ezds.:* A fertőző betegségek alakulása és a gyógyító-megelőző ellátás fejlődése
- 61 *Dr. Pastinszky István o. ezds.:* A bőrgyógyászati megbetegedések alakulása és kezelésének fejlődése három évtized alatt
- 75 *Dr. Kurucz Tibor gy. alez.:* Az egészségügyi anyagellátás 30 éves fejlődése
- 87 *Dr. Takáts László ny. o. ezds.:* Katonaegészségügyi-történeti kutatás néphadseregünkben
- 97 *Dr. János György o. vör. gy., dr. Pastinszky István o. ezds., dr. Marcell István o. őrgy.:* A Központi Katonai Kórház 30 éve a felszabadulás után

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 Шимон П., подполковник м/с: Возможности и рациональные границы лечебной деятельности войскового врача
- 9 Бернат И., профессор, доктор медицинских наук: Развитие медицинского обеспечения массового количества больных терапевтического профиля
- 23 Манингер Й., полковник м/с: Обучение военно-полевой хирургии в оперативных специальностях в мирное время
- 33 Золтан Я., полковник м/с: Современные возможности в пластической хирургии для реабилитации военных пораженных
- 41 Чорба А., полковник м/с: Актуальные вопросы годности к военной службе в области нейропсихиатрии
- 51 Келети Б., полковник м/с: Состояние инфекционных болезней и развитие лечебно-профилактического обеспечения
- 61 Паштински И., полковник м/с: Состояние дерматологических заболеваний и развитие их лечения за 3 последних десятилетия
- 75 Курцу Т., подполковник м/с: Тридцатилетнее развитие медицинского обеспечения
- 87 Такач Л., полковник м/с: Исследование истории военной медицины в ВНА
- 97 Янош Д., генерал-майор м/с, Паштински И., полковник м/с, Марцелл И., майор м/с: 30 лет Центрального госпиталя ВНА после освобождения

Dr. Simon Pál orvosalezredes

Lehetőségek és ésszerű határok a csapatorvos gyógyító tevékenységében

A csapategészségügyi szolgálat sarkalatos tevékenysége a gyógyító, megelőző és gondozói munka, és azon belül is privilégiumot élvez a gyógyítás. Napjainkban az alapellátást végző csapatorvosok kevésbé élnek a rendelkezésükre álló lehetőségekkel, részben a felkészítés, részben az egyéni indíték hiánya miatt. Mindez maga után vonhatja azt, hogy a túlértékelt szakmai ambíció és a felületes, sablonos kórisme felállítása könnyen elvezethet a csapatgyengélkedőn végezhető gyógyítás ésszerű határainak megsértéséhez. A jövő útja: növelni a szellemi és gyakorlati lehetőségeket, megteremteni az általános szakorvosi szint bevezetéséhez szükséges feltételeket.

Az orvosi hivatásnak alapvető mozzanatát jelentette és jelenti ma is a gyógyító munka, a közvetlen gyógyító tevékenység. Nem csak a beteg szemében jelenti a gyógyítás szinte kizárólagosan az egyetlen orvosi tevékenységet, azokat a beavatkozásokat, amelyek következtében betegsége meggyógyul, fájdalma megszűnik, ismét egészségesnek érzi magát, hanem a medicinát hivatásul választó kollégák — többnyire fiatal pályakezdő orvosok előtt is ez testesíti meg hivatásuk alfáját és omegáját: a betegágy, a fehér köpeny, a gyógyító-kés és az az élmény, amely kevés életpályán adatik meg: tudásom legjavát adva egy emberen segítettem, esetleg az életét mentettem meg. Mindez természetes és egészséges érzés, noha köztudott, hogy a gyógyító tevékenység önmagában nem volna hatásos eszköze az ember egészsége megóvásának, egészségromlása megakadályozásának, ezt a gyógyító-megelőző és gondozói munka egysége biztosítja, a prevenció szemléletének alkalmazása a mindennapos gyakorlatban.

Jól és eredményesen gyógyítani, ezzel az elhatározással kezdi el minden fiatal orvos — így a katona orvos is — munkáját élete első munkahelyén, beosztásában. Nem egy alkalommal szerepelt indítékként áthelyezési kérelmekben: „nincs lehetőségem a szakmai továbbfejlődésre, a gyógyító munka végzésére”. Valójában egyoldalú állásfoglalás ez, még akkor is, ha egy csapatorvosnak a gyógyító munkán kívül — a katonai kötelmekkel összefüggő

— egyébirányú olyan feladatai is vannak, mint a harcckészültségbe helyezés-sel, a kiképzéssel, a közegészségügyi és járványügyi tevékenységgel, egészség-ügyi anyagi biztosítással kapcsolatos tennivalók. A gyógyító-megelőző és gondozói tevékenység rendszerében végzett hatékony gyógyítás a csapatorvos minden másirányú tevékenységére pozitívan hat, emellett határozott megbecsülést jelent számára környezete felől, nem beszélve arról a megfizethetetlen szellemi nyereségről, amit a folyamatosan jól végzett gyógyító munka jelent szakmai felkészültsége, tapasztalatszerzése önképzése szempontjából.

Az alapellátást végző csapatorvos gyógyító munkáját két oldalról megközelítve — a lehetőségek oldaláról, amelyek színvonalas, hatékony munka végzésének feltételeit biztosítják és az ésszerű határok oldaláról, amelyek a beteg érdekében vetnek gátat a túlértékelt szakmai ambíció káros hatásának — a tapasztalatok azt mutatják, hogy gyakoribb eset a lehetőségek kihasználatlansága következtében sablonossá és hatástalanná váló gyógyító munka, mint a kellő gyakorlat hiányában, helytelenül, a túlzott önbizalom alapján végzett beavatkozások káros következményei. Meg kell jegyezni, hogy nem az utóbbi eset áll fenn akkor, amikor egy korántsem egyszerű beavatkozás — például egy panaritium sebészi kezelése elvégzésének a tárgyi lehetőségei megvannak ugyan, de a kezelési hiba mégis fellép a kellő körültekintő vizsgálat, elemzés, szakmai tudás hiánya miatt. Itt inkább a lehetőségek kihasználatlanságára kell gondolni: az idevágó szakmai ismeretek elméleti és gyakorlati elsajátításának elmulasztására.

A lehetőségek kihasználatlanságának elsődleges voltát több tényező igazolja, néhányat — köztudottsága ellenére is — célszerű felemlíteni:

Az alapellátás köréből a szakrendelésre utaltak száma az utóbbi öt évet véve alapul mintegy 20—25⁰/₀-ra emelkedett, azaz: minden negyedik, ötödik jelentkező legalább egyszer eljut a szakorvosi rendelőintézetbe. Itt arról van szó, amikor olyan egyszerű laboratóriumi vizsgálat, vagy olyan fizioterápiás beavatkozást kell végrehajtani, melyet helyben is meg lehetne oldani. Az igénytelenség, a közömbösség példái ezek. Nem számítandók ide a valóban szakorvosi elbírálást igénylő kázusok, a kedvezőtlen személyi feltöltöttség-ből adódó nehézségek, vagy éppen a szakorvos „bizonytalansága”, aki például egy először gastritisnek diagnosztizált esetet szolgálatmentességgel, diétát előírva küld vissza a csapathoz és ezzel szinte megteremti a feltételeit a szakrendelőbe történő többszöri küldözgetésnek. Félreértés ne essék: a „bizonytalanság” ez esetben a csapathoz „diétát” elrendelő döntésre vonatkozik.

Könnyűszerrel kivédhetők azok a vélemények, amelyek azt szándékoznak bizonygatni: a csapatgyengélkedőn nincsenek meg a korszerű berendezések, nincs kivel elvégeztetni a vizsgálatokat. 1973 év őszén Székesfehérváron megrendezett csapatorvosi konferencián elhangzott referátumok közül egy éppen azzal foglalkozott, hogy összehasonlítsa egy fővárosi körzeti orvosi rendelő és egy csapatgyengélkedő egészségügyi anyagi, technikai felszereltségét. Az eredmény: a körzeti orvosi rendelőnél magasabb szintű ellátás feltételei éppen a laboratóriumi vizsgálatok, fizioterápiás kezelések, kissebészetű beavatkozások területén vannak meg (1). Az kétségtelen, hogy a fiatal, frissen végzett és bevonult egészségügyi tiszthelyettesek, egészségügyi katonák nem versenyezhetnek a több éves gyakorlattal rendelkező körzeti ápolónőkkel, laboratóriumi asszisztensekkel. Ezzel szemben a csapatorvosnak nem csak lehetősége, de kötelessége is beosztottjai szakmai tudásának állandó nö-

velése; úgymond: segítőtársai, beosztottjai képzésével saját munkájának megkönnyítése.

A „HONVÉDORVOS” szakfolyóiratot lapozva, igen kevés „A csapatorvos gyakorlatának kérdései” rovatban megjelent olyan cikkek, tanulmányok száma, amelyek az alapellátás körében végzendő gyógyító munka kérdéseivel foglalkoznak. Az évfolyamok között tallózva alig egy-két olyan dolgozat akad, amely tárgyával és témájával rangot ad a csapatorvos gyógyító munkájának és példát mutat arra, hogyan kell élni a meglevő eszközökkel. (2,3,4, 5). Lehetőség tehát van, csak ki kell használni azokat.

Szóba jöhet az, hogy a diagnosztikus eszközök kezelését — például egy röntgen készülékét, egy fizioterápiás berendezését — ismeretek hiányában nem tudja, nem akarja használni a csapatorvos, nem is fordít arra gondot, hogy megtanulja a kezelést, nem érzi indíttatva magát, inkább választja a látszólag könnyebb megoldást, a szakrendelőbe való utalást. Hiba lenne csak az egyéni indíték hiányát okul megnevezni, ez már a fiatal kollégák oktatásának, felkészítésének, továbbképzésének kérdése is. A röntgen készülék használata, a gyakorlati munkában hasznosítható ismerete nem követelhető meg a fiatal csapatorvostól, ehhez egyéni többlet affinitás kell. De vajon hányan tudják használni az élet megmentésének olyan fontos eszközét, mint a reanimációs komplett, amely minden gyengélkedő, ezredsegélyhely tartozéka. Ez is az orvosképzés területét feszegető probléma, amely a katona orvos felkészítése, továbbképzése szempontjából még fontosabb, háborús körülmények között mindenperces beavatkozás.

A lehetőség oldalához tartozik még az eszközök, az egészségügyi fogyó és nem fogyó anyagok minőségi és mennyiségi összetétele. Bár már volt arról szó, hogy a csapatrendelő felszereltsége jobb, gazdagabb egy általános körzeti orvosi rendelőnél, de ennek így is kell lennie: bizonyos területeken ott többet kell nyújtani, mint egy körzetben, bizonyos tekintetben viszont nem. A csapatnorma időszakonként megújul, de minden — helytelenül hangoztatott — merevsége ellenére is lehetősége van a csapatorvosnak úgyszólván minden, hazánkban kapható gyógyszer beszerzésére. Kétségtelen, vannak a normában olyan — főleg egyes laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges — anyagok, amelyeket ma ritkán vagy egyáltalán nem használnak; de arra is volt éppen a közelmúltban példa, hogy a legkorszerűbb gyorsdiagnosztikai tesztek mellé mellett is kiküldték a beteget a szakrendelőbe például, egy vizeletcukor meghatározásáért.

Általában az mondható el, hogy a meglevő lehetőségek nincsenek kihasználva, a csapatorvosi gyógyító munka nem támaszkodik eléggé saját bázisára és kevés helyen tapasztalhatók olyan törekvések, amelyek ezt a bázist, ahol kell, megalapoznák, máshol pedig tovább szélesítenék, gyarapítanák és megteremténék az általános szakorvosi ellátás bevezetésének szellemi feltételeit. Ez alól kivételek azok a csapategészségügyi szolgálatok, ahol színvonalas gyógyító munka folyik, elsősorban a helyi egészségügyi szolgálat igényességének eredményeképpen.

Valójában milyen ellátási színvonalat biztosíthat, milyen gyógyító munkára adhat lehetőséget ma egy csapatgyengélkedő?

A körzeti orvoshoz hasonlítva a csapatgyengélkedők átlagos betegforgalma még akkor is kisebb, ha kevesebb időt tud a csapatorvos a gyógyító munkára fordítani, mint kollégája. Bár a körzeti orvos sem tölti munkaidejének tetemes részét a közvetlen gyógyítással, a csapatorvossal összevetve, alig van

eltérés köztük (6.) Konkrét adatot idézve: 1973-ban naponta egy körzetben megjelentek átlagos száma 41, a napi körzeti orvosi fekvőbeteglátogatások átlagos száma: 4 (7). Az alapellátás egészségügyi információáramlásának szűk keresztmetszete miatt az összehasonlító adatot csak megbecsülni lehet: a csapatgyengélkedők átlagos napi betegforgalma körülbelül 15—20 között van, a fekvőbetegek napi átlagos száma (akikhez nem szükséges „kijárni”, mert helyben vannak) sem haladja meg a 4—6 főt. Mindezekből az következik, hogy a csapatorvosnak több ideje van — és kell is, hogy legyen — a gondosabb anamnezis felvételre, vizsgálatra, döntései előtt a mérlegelésre, ha csak az eset sürgőssége nem követel határozott gyors beavatkozást.

Milyen eszközök állnak rendelkezésre abban, hogy helyes diagnózist állíthasson fel?

Arról már volt szó, hogy saját felkészültségére és munkájának optimális megszervezésére támaszkodva van ideje gondolkodni, mérlegelni. Van ideje kiválasztani: milyen laboratóriumi vizsgálatokat kell elvégeznie, illetve elvégeztetnie diagnózisa helyességének alátámasztására, vagy éppen egy másik irányba való elindulásra. Ezek a csapatlaboratóriumi lehetőségek — ha csak az érvényben levő norma szerinti készletezésüket vesszük figyelembe — biztosítják a vér, a vizeletvizsgálatok olyan választékát, amelyen belül igen gyakran már az első orvoshoz fordulásnál perdöntő lehet egy-egy eredmény, és egy rendelőintézeti laboratóriumban sem készül szélesebb spektrumú vizsgálat, legalábbis kezdetben. A rutin vizelet, a kvantitatív vérkép, a vörös vérsejtsüllyedés vizsgálatához minden a helyszínen van, de épp így elvégezhető a kvalitatív vérkép, a vizeletüledék pontos elemzése, megközelítőleg megállapítható a vérzési idő, alvadási idő, meghatározhatók a gyomornedv savviszonyai, még a gonococcusok kimutatása is végrehajtható. Széles a tárháza tehát azoknak a laboratóriumi metodikáknak, amelyek segítségére lehetnek a csapatorvosnak, csak ismerni kell alkalmazásuk értékét és használni kell őket.

A jövő útja korántsem az, hogy ezek a lehetőségek beszűküljenek, éppen ellenkezőleg: a laboratóriumi gyorsdiagnosztikai tesztekkel a választék bővül, de bővülnie kell a műszeres ellátottságnak is — példának hozva fel az EKG. készüléket; az arra alkalmas helyen akár a diagnosztikus röntgen készüléket is — de a csapatorvosnak meg kell tanulni és meg kell taníttatnia használatukat, értékelésüket ezzel egyidőben. Van olyan egyszerűen kivitelezhető gyorsdiagnosztikai metodika is, amelynek használatára már ma is minden tárgyi feltétel adott — lásd: immun-tus reakció — csak a felkészítés, az alkalmazás és a kezdeményező készség hiányzik. (8).

Ez eddigieket összegezve: a csapatorvosnak a gyógyító ellátás folyamán lehetősége van a gondos elemző tevékenység — anamnezis, fizikális, laboratóriumi, műszeres vizsgálatok — után a helyes diagnózis felállítására, ha egyfelől: személyében megvan az állandó szakmai ambíció, a rátermetség; másfelől: képzése, továbbképzése olyan tárgyú és tartalmú, amely ennek az ambíciónak a szellemi bázisát megeremti.

A diagnózis felállítása után további két választási lehetőség van az alapellátás orvosának: önállóan helyben gyógyítani, vagy magasabb ellátási szint igénybevétele szükséges a beteg mielőbbi gyógyulása érdekében. Nem ritka amikor e ponton a lehetőség és az ésszerű határ nem különül el, veszélyeztetve a beteg szövődménymentes gyógyulását, sőt extrém — szerencsére, igen ritkán előforduló — esetben a beteg életét. Első hallásra paradoxon

nak tűnik, de általában így igaz: *a ki nem aknázott lehetőségek miatt következik be az ésszerű határok megsértése a gyógyító munkában.* A kel-
lően nem tisztázott kórképek — másszóval: a felületesen felvett anamnézis,
az elmulasztott körületekintő, mindenoldalú vizsgálatok miatt tévesen felállí-
tott diagnózis — vezethetnek oda, hogy társulva a szakmai felkészültség túl-
érékelésével, olyan beteg marad a gyengélkedőn, akinek kórházban volna a
helye. Ha ehhez még az is kapcsolódik, hogy nem kísérik kellő figyelemmel
a beteg állapotát, a következmények beláthatatlanok. Nem szükséges úgy
nevezett „szenciációkra” gondolni, elég, ha csak a sokak által „egyszerűnek”
tartott panaritiumok kezelését említjük: milyen súlyos és nehezen megold-
ható (esetleg meg sem oldható) kázusok alakulnak ki a helytelen megítélés
és beavatkozás — a címben megjelölt szóhasználatból élve: a lehetőségek el-
mulasztása következtében (9). Volt már arra is példa, hogy banális felsőlé-
g-úti hurutnak diagnosztizált eset — bár a felsőlégúti hurut nem „banális”
megbetegedés — napok alatt alakult át staphylococcus pneumoniává; vagy
az egyik influenza pandémia idején a csekély elváltozást mutató beteg álla-
pota rohamosan rosszabbodva, szinte órák alatt fejlődött ki az influenza
complicata vésztjósító képe.

Melyek is tehát a csapatorvos lehetőségei a gyógyító munkában? Mivel
a dolgozatnak nem lehetett célja egy studiumnyi anyagot felölelve részle-
tezni szakonként a beavatkozásokat, azok helyes mérvének meghatározását,
röviden így foglalható össze a feltett kérdésre adandó válasz: *a jelentkező
beteg állapotának körületekintő vizsgálata, a kórisme mielőbbi tisztázása.* Fel
kell használni az ehhez szükséges és rendelkezésre álló eszközöket, eldöntve:
igényel-e magasabb szintű ellátást a beteg, vagy sem. Ha nem, az alapellátást
végző, a körülményeket, a környezeti mikroklímát jól ismerő csapatorvos
a polyprogmasiát mellőzve célzott terápiával segíti elő a mielőbbi gyógyu-
lást. *Az a jó csapatorvos, aki ismeri saját lehetőségeit és él is azokkal,* nem
lépi túl az ésszerűség határait, tisztában van azzal, hogy mennyit tud meg-
tenni saját felkészültségével a beteg érdekében és mi az, amit szerzett tu-
dása, önképzése folytán előre lát; de sosem értékelve túl ezeket, ha szük-
séges, a kórházba küldés mellett dönt.

*A jövő útja az, hogy a csapategészségügyi szolgálatot erősíteni kell a
felkészítés, a felkészültség; az erők és eszközök racionális centralizálása ol-
daláról, mintegy a szellemi, anyagi bázisát megteremtve az emeltebb szintű
általános szakorvosi ellátásnak; növelve a gyógyító-megelőző és gondozói
munkán belül — azzal el nem választható szoros összefüggésben — a gyó-
gyító tevékenység lehetőségeit és a hozzá dialektikusan kapcsolódó ellátás
mértékének határait.*

I R O D A L O M

1. *Megyeri György:* „A csapatgyengélkedők egészségügyi anyagi ellátottságának, műszerezettségének jobb kihasználási lehetősége, az állami körzeti orvosi ren-
delő lehetőségeinek összehasonlításával.” (Az 1973. évi Csapatorvosi Konferen-
cián elhangzott referátum.)
2. *Horváth István, Farkas József:* „Tapasztalataink egy röntgen-munkahellyel
megerősített csapatrendelőben.” HONVÉDORVOS. 1964/4. 289—293.
3. *Farkas József, Horváth István, Dohányos János:* „Sérültek ellátásának lehetősé-
gei egy röntgen-munkahellyel megerősített csapatrendelőben.” HONVÉD-
ORVOS. 1964/4. 294—304.
4. *Sándor Géza:* „A csapatgyengélkedőn elvégezhető laboratóriumi vizsgálatok

- jelentősége a gyógyítás színvonalának emelésében." HONVÉDORVOS. 1964/2. 144—146.
5. Szabó János, Téglássy László: „Szondázás nélküli gyomorsavvizsgálat a csapatlaboratóriumban, különös tekintettel a fiatalkori fekélybetegségre." HONVÉDORVOS. 1973/3. 175—183.
 6. Villányi Ferenc: „A munkaszervezés alapvető problémái a csapatorvosok gyógyító-megelőző és gondozói tevékenységében." (Az 1973. évi Csapatorvosi Konferencián elhangzott referátum.)
 7. „Statisztikai adatok Magyarország 1973. évi egészségügyi helyzetéről." NÉP-EGÉSZSÉGÜGY. 1974/4. 205.
 8. Geck Péter: „Az immun-tusreakció és a tenyésztéses módszer összehasonlító vizsgálata kórokozó enterális baktériumok gyors kimutatására." HONVÉDORVOS. 1972/3. 225—233.
 9. Donáth Antal, Czeti István: „A helytelenül kezelt panaritium szövödményei a helyreállító műtetre szoruló esetek tükrében." HONVÉDORVOS. 1972/1. 21—31.

Шимон П., подполковник м/с:

ВОЗМОЖНОСТИ И РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЙСКОВОГО ВРАЧА

Лечебно-профилактическая работа и диспансеризация больных представляют основную деятельность войсковой медицинской службы, и даже в рамках этой деятельности первостепенную важность имеет лечебная работа. В настоящее время войсковые врачи, обеспечивающие основное обслуживание больных, меньше используют имеющиеся возможности, причина которого заключается с одной стороны в недостаточной подготовке и, с другой стороны, в недостатке личного побуждения. Всё может повести к тому, что из-за переоценки профессиональной амбиции и поверхностного, схематического диагноза рациональные границы лечебной работы, проводимой в войсковом медицинском пункте, сильно нарушаются. В будущем кажется необходимым увеличить умственные и практические возможности, и создать условия для обеспечения общего уровня квалифицированной медицинской помощи.

Dr. P. Simon, Oberstlttn. des Med. Dienstes:

MÖGLICHKEITEN UND RATIONELLE GRENZEN IN DER THERAPEUTISCHEN TÄTIGKEIT DES TRUPPENARZTES

Eine fundamentale Tätigkeit des truppenärztlichen Dienstes besteht in der prophylaktisch-therapeutischen sowie fürsorglichen Arbeit, innerhalb deren kommt ein Privilegium der Heilung zu. Heutzutage nützen die Grundheilung durchführenden Truppenärzte die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten weniger aus, wegen Mangel einerseits an Ausbildung, andererseits an persönlichen Motivation. All dies mag nach sich zu ziehen, daß eine überschätzte professionelle Ambition und eine oberflächliche, schablonenhafte Diagnosestellung leicht zur Schädigung der rationellen Grenzen der Heilung, die man in Truppenrevieren ausüben kann, führen vermag. Der Weg der Zukunft: Erhöhung der seelischen und praktischen Möglichkeiten, Erzeugen der Bedingungen, die zur Einführung eines allgemeinen fachärztlichen Niveaus nötig sind.

Prof. Dr. Bernát Iván ny, orvosezredes,
az orvostudományok doktora, c. egyetemi tanár

A tömeges belgyógyászati esetek ellátásának fejlődése

A tömegesen előforduló betegségek végigkísérték az emberiséget egész történelme folyamán és teljes felszámolásuk mindmáig nem sikerült. A velük foglalkozó tudományág mégis egyike a legfiatalabbaknak. A belgyógyászati típusú megbetegedések jelentősége a rakéta-nukleáris háborúk korában rendkívüli mértékben megnőtt. A rövid idő alatt nagy számban keletkező, nagyrészt súlyos és gyakran halaszthatatlan beavatkozást igénylő, jellegükben egymástól eltérő betegségek (sérülések) és különösen azok kombinált formái élesen vetik fel az elsősegély, a korai diagnosztika, az osztályozás, a hátraszállítás, valamint a kvalifikált és specializált ellátás problematikáját. A tömegesen előforduló betegségek eredményes ellátása speciálisan kiképzett szakorvosok munkáját teszi szükségessé.

A tömeges megbetegedések végigkísérték az emberiséget egész történelmi fejlődése során. A legnagyobb pusztítást az éhezés és a járványok okozták. A társadalmi fejlődés hajnalán, a gyűjtögető életmódot folytatók „kénytelenek voltak termelő tevékenységük minden energiáját az ételek és anyagok kész forrásainak megszerzésére... fordítani. Az ember lehetőségeit bilincsbe verte a természettől való közvetlen függés. Élete csupa nélkülözésből, nehéz és kimerítő munkából állott. Az állati és növényi táplálék rövid bőségét hosszú hónapokra az éhezés váltotta fel. A törzseket gyakran fenyegette az éhhalál.” (Világtörténet, 1962.)

Még a rabszolgatartó társadalmak idején sem volt sokkal jobb a helyzet. Az ó-egyiptomi V. dinasztia végén uralkodott Unis fáraó piramisának folyosóján éhező nomádok képét láthatjuk, elcsigázott nőket, amint utolsó erejük megfeszítésével támogatják a végsőkig elgyengült férfiakat.

Az ősi Sumerben „a rabszolga kb. egy liternyi árpát kapott naponta, de még az előkelők sem fogyaszthattak egyebet, mint halat, árpa- vagy búzalepényt, kását, szezámolajat, fűgét, babot, és néha-néha bárányhúst”. Éhezés és járványok tizedelték a lakosságot (egyiptomi „tíz csapás”). A halálzási arányszám roppant magas volt.

Természeti és társadalmi katasztrófák idején a helyzet még tovább

romlott. Egyes hadjáratokban a járványos betegségek olykor olyan méreteket öltöttek, hogy a tömeges halálozás egész hadseregek sorsát pecsételte meg. Minthogy a járványok okait nem ismerték, a védekezés tisztán empirikus volt. Felhasználták a népi tapasztalatokat, amelyeket legtöbbször misztikus ködbe burkoltak. A racionális tennivalók (az egészségesek és betegek elkülönítése, karantinizálás, a betegek ruháinak és egyéb tárgyainak elégetése, füstölés, kézmosás, fürdés stb.) vallási köntösben, mint isteni parancsok jelentkeztek. A felhalmozott bőséges tapasztalatok ellenére a védekezés nem járt kielégítő eredménnyel, a fejlődés hihetetlenül lassú volt és minőségi változásra csak a 19. század második felében (bakteriológia, járványtan stb.) került sor.

A justinianusi idők nagy pestis-járványát (527—565) követő évszázadokban a pestis egész Európára kiterjedt. A 14. századi pandemia (1347—1350) során Európa lakosságának negyedrésze pusztult el. A pestis csak a 17. század közepétől kezdett elcsendesedni, de még néhány évtizede is nagy áldozatokat követelt (1910-ben Mandzsúriában hatvanezren, 1920—1921-ben kilencezren haltak meg pestisben). Terjesztésében mindig nagy szerepe volt a hadjáratoknak. A 14. századi pandemia a tatár betörést követte, az orosz-török háború (1828—1829) a Balkánon idézett elő nagyobb járványt. Az első világháborúban Mezopotámiában az angol hadseregben tört ki a pestis, a második világháborúban pedig a csendes-óceáni hadműveletek folyamán. Egyes esetek még a háborút követő években is előfordultak (Malta, Olaszország).

Nem kisebb áldozatokat követelt a cholera, a kiütéses typhus, a japán encephalitis, a grippe, a járványos hepatitis, a typhus recurrens és más fertőző betegségek. 1817 óta hat kolera pandemia zajlott le földünkön. Egy részük valamennyi kontinensre kiterjedt, más részük „csak” Európára, Ázsiára és Afrikára. A cholera járványok is szorosan összefüggtek különféle hadjáratokkal. A múlt század első pandemiája India leigázása során keletkezett. Az angol hadsereg 80 000 katonájából 15 000-en pusztultak el. A járvány később átterjedt az Arab-félszigetre, Törökországra, Perzsiára és Oroszországra. Az ún. ópium-háború folyamán Indiából Kínába tört be a járvány és innen hurcolták be más országokba (III. pandemia). 1849-ben az osztrák hadsereg szenvedett különösen nagy veszteségeket, Galíciában, Magyarországon és másutt. A járvány Ausztriából Dániába, Franciaországba és más országokba is átterjedt és súlyos áldozatokkal járt. A krími háborúban a francia hadsereg állományának majdnem húsz százaléka betegedett meg és közel tíz százaléka halt meg choleraiban. Hasonló arányú pusztítást okozott a betegség az angol és az orosz katonák soraiban is. Az első világháború folyamán a német, az angol és az orosz hadseregben kb. 35 000 ember betegedett meg ebben a betegségben és a letalitás 25—50% között ingadozott. A második világháborúban főleg az ázsiai hadszíntereken keletkeztek nagyobb járványok.

A járványos betegségek elleni harc ugyan ragyogó eredményekkel járt, de az emberiség a járványoktól mind máig nem tudott megszabadulni. A különösen veszélyes fertőző betegségeknek jelentős endémias gócai léteznek jelenleg is és felszámolásuk eddig nem járt sikerrel.

A fertőző betegségeknél nem kisebb csapása az emberiségnek a krónikus éhezés, amit a társadalmi fejlődés hajnalától mind a mai napig nem tudott leküzdeni. A táplálkozási hiánybetegségek tömeges előfordulása je-

lenleg is a Föld lakosságának nagyobb felét érinti. Az „éhségzónák” megszüntetése óriási erőfeszítéseket kíván és csak hosszabb idő múltán remélhető. Földünkön évente milliók halnak éhen és százmilliók betegszenek meg mennyiségileg elégtelen, vagy minőségileg hiányos táplálkozás következtében. A kvalitatíve gyenge táplálkozás leggyakoribb következménye a vashiány-betegség, amely nemcsak a fejlődő országokban (morbiditás: 60—90%), de a gazdag ipari országokban is (25—50%) valóságos népbetegség. A gyarmati sorból nemrég felszabadult népek körében a vashiányhoz még a folsavhiány, a B₁₂ és más vitaminok hiánya, valamint a fehérje-hiány is hozzájárul. A táplálkozási hiányállapotok súlyos betegségek (kwashiorkor, sprue, különféle anaemiák, stb.) okozói és a fertőző betegségek széles körű elterjedésével is szoros összefüggésben állnak. Jelentőségük háborúk idején még fokozódik. A táplálkozási hiánybetegség — régebbi nevén alimentaris dystrophia, vízbetegség, éhezési vizenyő stb. — első tudományos leírása Pringle (1742) nevéhez fűződik, aki az angol hadseregben észlelte tömeges előfordulását a Hollandiával viselt háború nehéz éveiben. Súlyos veszteségeket okoztak a táplálkozási hiánybetegségek Napóleon hadseregében is, az oroszországi visszavonulás idején. Tömeges volt a táplálkozási hiányok okozta megbetegedés a szovjet államban a polgárháború folyamán, de gondot okozott még a második világháborúban is (Leningrád ostroma). A blokád idején (1942. áprilisában) a leningrádi front kórházaiban kezelés alatt álló katonák (a személyi állomány 8,4⁰/₀-a) közel fele alimentaris dystrophiában szenvedett. Az éhezési betegségek nagyszámú előfordulása majdnem minden hosszabb ideig tartó háborúra jellemző. A kvantitatív és kvalitatív szempontból elégtelen táplálkozás betegségeket okozó hatását egyéb károsító tényezők is fokozzák. Maga a táplálkozási hiányállapot is komplex természetű (kalória, fehérje, vitaminok és ásványi sok hiánya), a pathogenesisben mégis legnagyobb súlya a fehérjehiánynak van.

A hiánybetegséghez a nehéz körülményeket és rossz hygienes viszonyokat rendszerint kísérő fertőző betegségek megszorodása társul. Leningrádban például 1941/42-ben a hastyphus és a dysenteria morbiditása több mint kétszeresére, a kiütéses typhusé pedig nyolcszorosára nőtt az 1940. évihez viszonyítva.

A háborús egészségügyi veszteség nagyobb részét egészen a második világháborúig különféle betegségek okozták. A betegek száma a sebesültekének többszörösét képezte. A nagy katonai kórházakat például a 18. század háborúinak tapasztalata alapján még úgy szervezték, hogy a férőhelyek legnagyobb része a betegellátást szolgálta. *Kondoidi* (1710—1760) terveiben (1737) egy tábori kórház (akkoriban óriási méretű kórházakat terveztek) az alábbi osztályokra tagozódott: lázas betegek osztálya (1200 hely), scorbut és vízbetegség (300 hely), „véres hasmenés” (600 hely), „hasmenés véres széklet nélkül” (600 hely), lábadozók (600 hely), és összes további 600 férőhely szolgált egyéb célra. A kórházat a személyi állomány 10⁰/₀-ára méretezték, amit, akárcsak a veszteség megoszlását, a tapasztalat teljes mértékben igazolt.

Az orosz—török háborúban (1877—1878) a betegek és a sebesültek aránya 18:1 volt, de a betegek száma még az első világháborúban is a sebesültek számának kétszeresét, háromszorosát tette ki.

A tömeges megbetegedések jelentőségét korán felismerték, de megelőzésükre és gyógyításukra nem sok gondot fordítottak. A figyelmet a sebe-

sültek ellátása kötötte le. A katonai sebészet kialakulása évszázadokra nyúlik vissza, ezzel szemben a katonai belgyógyászat — bár egyes elemei már korábban létrejöttek — szervezetileg csak a második világháború folyamán alakult ki. A katonai belgyógyászat az orvostudomány egyik legfiatalabb ága. Feladatait közvetlenül a második világháború kitörése előtt fogalmazták meg, egységes rendszere pedig csak a háború folyamán fokozatosan jött létre. Ez a tábori belgyógyászati mozgókórházak, a könnyű-sebesült kórházak belgyógyászati osztályainak, a fertőző mozgó-kórházak, a belgyógyászati kiürítő-kórházak és a front specializált kórházainak (gyomor, bél-betegségek, TBC, bőr- nemi stb.) megszervezése során valósult meg.

Ezzel szemben a sebesültek ellátására már az állandó hadseregek kialakulása idején megfelelő szervezeteket hoztak létre. 1487-ben állították fel a katonarvosi történelem első tábori kórházát a Malagát ostromló spanyol hadsereg *sebesültjei* számára. IV. Henrik francia király uralkodása idején (1591) jelent meg az első szabályzat a sebesültek ellátásáról. A 16. század német hadseregeiben külön státust szerveztek a sebesültek hátraszállításának irányítására („Spitalmeister”). (Érdekes, hogy a Német-Római Birodalomban még a 15. században is csak a hadvezér kíséretében voltak orvosok, akiknek feladata a tisztek vezető rétegének ellátása volt. A kisebb parancsnokok egységükhöz felcsereket szerződtettek, akiknek feladata a borotváláson és hajnyíráson kívül a sebesültek ellátása volt. Csak 1571-től tudunk állandó „tábori főorvosról”, akihez a borbélyok felügyelete tartozott.) *Ambroise Paré* (1517—1590) a reneszánsz legnagyobb katonarvosa, a francia király „első sebésze” (1563) forradalmasította a tábori sebészetet. Ettől az időtől kezdve a sebesültek ellátása fokozatosan tökéletesedett és a 20. század fordulójára viszonylag magas színvonalra jutott. A gyógyító-kiürítő tevékenység két tendenciája („helyben való gyógyítás” — „hátraszállítás”) a körülményektől függően váltakozó mértékben érvényesült, de századunk háborúiban az utóbbi már erősen előtérbe került. A gyógyítás és hátraszállítás funkciója egyre bonyolultabbá vált és egyre jobban összefonódott egymással. Az első világháborúban ugyan a két tevékenység egy ideig még egymás ellentét-párjának számított, és egymástól elszakadva folyt. A kiürítés irányítása nem is tartozott az egészségügyi szolgálat feladatai közé. A német hadseregben például a háború végéig, a francia hadseregben 1917-ig, a közlekedési szolgálat, az orosz hadseregben pedig a vezérkar irányította a sebesültek és betegek hátraszállítását. A tapasztalatok alapján a háború vége felé már megváltozott a helyzet. Az USA-hadseregben, amely csak későn lépett be a háborúba, a hátraszállítás végrehajtása már az egészségügyi szolgálat feladatainak egyik elemét alkotta.

A második világháború során alakult ki végül az a mind máig időszerű alapelv, hogy a sebesült (beteg)-ellátásnak olyan szervezetre van szüksége, amely lehetővé teszi a kor színvonalán álló gyógyító tevékenység megvalósítását és a kiürítés e cél elérésének csak eszköze, s arra szolgál, hogy a sebesült (beteg) minél előbb és a legkedvezőbb körülmények között jusson hozzá a számára szükséges diagnosztikai és terápiás beavatkozásokhoz.

A második világháborút követő évek folyamán, a tömegpusztító fegyverek megjelenésével a tömeges betegellátás jelentősége döntő mértékben megnőtt. A katonai orvostudomány történetében először jött létre olyan helyzet, hogy tömeges belgyógyászati típusú sérülések (betegségek) ellenes fegyverek hatásának következtében alakulnak ki és a hagyományos

belbetegségek száma viszonylag kicsi. Korunkban a tömegesen előforduló betegségek katasztrófa-helyzetben várhatóan az alábbi fő csoportokra lesznek oszthatók: (1) heveny sugárbetegség, (2) különféle vegyiharc sérülések, (3) heveny reaktív neurózisok (psychosisok), (4) commotio és contusio cerebri (koponyasérülés nélkül), (5) technikai folyadékokkal történt mérgezések, (6) kombinált sérülések középsúlyos és súlyos belgyógyászati, illetőleg könnyű sebészeti károsodással (pl. II—III. fokú heveny sugárbetegség és könnyű mechanikai vagy termikus trauma stb.), (7) fertőző betegségek és bakteriális eredetű intoxitációk.

A belgyógyászok feladatai azonban nem merülnek ki ezeknek a szoros értelemben vett bel (és neuro-psihiátriai)-betegeknek ellátásában. A tömegpusztító fegyverek áldozatainak fő tömegét (mintegy kétharmad részét) *kombinált sérültek* fogják képezni, akiknek gyógyításában a belgyógyászok már nem csupán a hagyományos értelemben vett konziliárusai a sebészeknek. Ezek a sérültek olyan *betegek*, akiknek ellátását a gyógyítás-hátraszállítás minden fázisában a belgyógyászoknak a sebészekkel együtt *folyamatosan* kell végezniük. Vonatkozik ez az osztályozás munkájára, a műtéti beavatkozások előkészítésére, magára a műtéti időszakra és az azt követő periódusra egyaránt.

Ugyanezt lehet elmondani a „*tiszta*” *sebesültek* ellátásáról is, akik a mechanikai vagy termikus trauma hatására betegedtek meg (azaz szintén *betegnek* tekinthetők), és betegségük kórélettani szempontból semmiben sem különbözik egyéb kórokok következtében kialakuló megbetegedésektől. Ez a felismerés ugyan nem egészen új (a sebesültek belgyógyászata, mint a tábori belgyógyászat egyik ága, már a Nagy Honvédő Háború folyamán kialakult), a belőle adódó konzekvenciákat azonban még nem minden tekintetben vontuk le.

Egy esetleges rakéta nukleáris háborúban az egészségügyi kiürítés szakaszaira viszonylag rövid időn belül tömegesen érkeznek különböző sérült kategóriákhoz tartozó, jórészt súlyos betegek, akiknek jelentős része — életének megmentése érdekében — haladéktalan segélynyújtásra szorul. A tömeges betegellátás színvonala, illetőleg eredményessége mindenekelőtt az *osztályozás* minőségétől függ, ez pedig az osztályozást végző orvosok *diagnosztikai felkészültségének* függvénye. Az osztályozás rendkívül bonyolulttá vált, megváltozott jellege is, végrehajtásának elvei pedig teljesen újnak tekintendők (Molcsanov, 1971).

A korszerű osztályozás mindenekelőtt az alábbi szempontok figyelembevételével történik: (1) a környezetükre veszélyes sérültek (betegek) különválasztása (2), az adott segélyhelyen (kiürítési szakaszon) segélyre szoruló és arra nem szoruló csoportjának kialakítása, és (3) a kiürítési-szállítási osztályozás folyamatos (minden funkcionális alegységben végzendő) végrehajtása.

A környezetükre veszélyes betegek közé tartoznak a vegyi harcanyagokkal és biológiai ágensekkel szennyezettek, valamint a ragályos fertőző betegek, és az arra gyanúsak. Ugyancsak ide tartoznak — bár környezetükre viszonylag kisebb veszélyt jelentenek — a radioaktív anyagokkal szennyezettek, és a reaktív neurotikusok egyes csoportjai. Fontos szempont, hogy az említett betegeket csoportonként *külön-külön* izoláljuk.

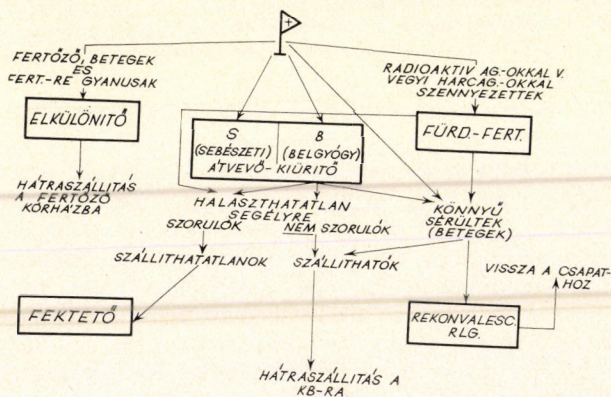
Az adott kiürítési szakaszon segélyre szoruló alcsoportjait (a) a halaszthatatlan segélyre szoruló (b), a könnyű sérültek és (c) a haldokló

képezik. Halaszthatatlan segélynyújtásra szorul a súlyos sugárbetegek kb. harmadrésze, a vegyiharc-sérültek, valamint a baktérium-toxinok sérültjeinek kb. kétharmad része.

A kiürítési-szállítási osztályozás során külön választandók (a) az átmenetileg szállíthatatlanok, és (b) az azonnal kiüríthetők.

Nemcsak arról van szó, hogy a felismerésre váró és külön-külön csoportokba sorolandó betegség- (sérülés-) típusok száma megsaporodott, (rendeltetés szerinti kiürítés!), hanem arról is, hogy számos olyan klinikai szindrómával kell számolnunk, amellyel a belgyógyászok eddig még nem vagy csak ritkán találkoztak, és amelyek pathogenesise, diagnostikája, terapiája nem eléggé ismert, és rendkívül bonyolult. Ezek közé tartozik mindenekelőtt a heveny sugárbetegség, a különféle vegyi sérülések, a biológiai fegyver okozta megbetegedések (a hagyományosnál virulensebb baktériumtörzsek kitenyésztése, különféle kombinációjú baktérium-receptúrák, illetőleg a biológiai és vegyi harcanyagok esetleges kombinálása folytán), és nem utolsósorban a belgyógyászati és sebészeti típusú sérüléskombinációk, amelyekben belül az esetleges sugárbetegség diagnosztikájának felállítására vagy kizárására a legnehezebb feladatok közé tartozik.

Az egészségügyi zászlóaljra (önálló egészségügyi osztagra) tömegesen érkező sérültek és betegek osztályozása minden funkcionális alegységben folyamatosan, megszakítás nélkül folyik (1. ábra). Arra kell törekednünk,



1. ábra

hogy a sérültek közül már az osztályozó ponton különválasszuk a belgyógyászati profilhoz tartozókat, illetőleg a környezetükre veszélyes sérülteket. Az utóbbiakat a fürdető-fertőtlenítőbe irányítjuk, a többieket pedig az átvevő-kiürítő különátrába. Az osztályozás munkáját már az osztályozó ponton együtt végzik a sebészek és belgyógyászok.

A fürdető-fertőtlenítőből — ha a halaszthatatlan segélynyújtásra már itt sor kerül — a sérültek az átvevő-kiürítő megkerülésével közvetlenül a megfelelő funkcionális alegységbe kerülhetnek.

Az átvevő-osztályozóban alapos osztályozásra van szükség. Itt különválasztjuk (a) a további hátraszállításra várókat, (b) a halaszthatatlan kvalifikált segélyre szorulókat, valamint (c) azokat, akik reménytelen állapotuk vagy egészen könnyű sérülésük (betegségük) miatt nem kerülnek további hátraszállításra.

A halaszthatatlan segílyre szorulóknak közül ide tartoznak azok a heveny sugárbetegék, akiknek csillapíthatatlan hányásuk-hasmenésük van, akik kollapszusban, shockban vannak; továbbá azok a vegyik sérültek, akiken generalizált görcsök fejlődtek ki, akiknek nehéz légzésük van (bronchospasmus), akiknek keringési elégtelenség jelei alakultak ki; azok a szoros értelemben vett belbetegék, akiknek heves fájdalmaik vannak, akik véreznek (haematemesis, melaena stb.) Ezek 1—3 napra a fektetőbe kerülnek.

Az egészen könnyű harci sérültek és betegék (első fokú sugárbetegék, organofoszfát mérgezettek, myosisos mérgezési formában, könnyű psycho-reaktív állapotban levők stb.) vagy a rekonvalencens részlegben maradnak, vagy — szükség esetén — hátra szállítjuk őket a kórházbázis könnyűsebesült-kórházának belgyógyászati osztályára.

A fektetőben a sérült (beteg) diagnosisának és állapotában bekövetkezett változásnak megfelelően már az osztályozás hátraszállítási szempontjai kerülnek előtérbe. Több profilú belgyógyászati kórházba irányítjuk a középsúlyos és súlyos sugárbetegéket, a vegyi sérülteket, a súlyosabb belbetegéket, a környezetükre nem veszélyes fertőző betegéket (pl. tularaemia, brucellosis, malaria, Q-láz, haemorrhagias nephroso-nephritis stb.), illetőleg azokat a kombinált sérülteket, akiknek belgyógyászati vezető sérülésük van, míg a környezetükre veszélyes fertőző betegéket a tábori fertőzőkórházba, a súlyosabb psychiatriai betegéket a KSK-ba szállítjuk (elkülönített elhelyezés!). A könnyű betegéket, akiknek speciális szakvizsgálatokra nincs szükségük és kezelésük várhatóan 7—10 napnál hosszabb időt igényel, a KSK belgyógyászati osztályára szállítjuk hátra. Ezek között lesznek könnyű sugárbetegék, bőrgyógyászati betegék, és mások. Tisztázatlan diagnosis esetén a sérültek semmi esetre se kerüljék el az OKÁ-t. Minthogy a sugárbetegség, az organophosphat mérgezés, a tularaemia, a brucellosis stb. korai felismerése nagy felkészültséget igényel, a diagnosis felállítása rendszerint csak a kórházbázison lesz lehetséges. Az OKÁ-ra összehasonlíthatatlanul nagyobb feladat hárul, mint régebben. A rendeltetés szerinti kórházi elhelyezés csak a valószínűségi kórisme felállítása után válik lehetővé. Végleges diagnosis megállapítására sokszor csak a szakosított kórházakban végzett folyamatos megfigyelés és sorozatos vizsgálatok alapján lesz mód (Molcsanov, 1971).

Az OKÁ-n az osztályozás az alábbi szempontok szerint történik:

Az első feladat itt is a belgyógyászati típusú sérültek különválasztása. Az osztályozó ponton kiemeljük a környezetükre nagyon veszélyes (bizonyos vegyi sérültek, illetőleg biológiai sérültek, valamint hagyományos fertőző betegék, és erre gyanúsak) sérülteket, a környezetükre csak bizonyos mértékben veszélyeseket (sugárzó anyaggal szennyezettek, ill. sugárzó anyagot ingeresztált sérültek), és izoláljuk a heveny reaktív neurotikusokat. Különkülön fűrdető-mentesítőt létesítünk a biológiai sérültek, a vegyiharc sérültek és a sugárszennyezettek számára. A neurotikusok a psychoizolatorba kerülnek.

Az osztályozó-kiürítőben (átvevő osztályozóban) külön választandók az életmentő beavatkozásra szoruló, az azonnali segílynújtásra nem szoruló (és a TTBK-ba, ill. KSK-ba kerülő), valamint a közvetlenül a hátországba irányítandó sérültek.

Mindegyik funkcionális aleggységben tekintettel kell lennünk a sérültek állapotában, vezető sérülésében és szállíthatóságában bekövetkező állan-

dó változásokra, és ezek figyelembevételével a rendeltetés szerinti hátra- szállítás követelményére.

Az osztályozás feladata, hogy elősegítse az életmentő beavatkozások ha- ladéktalan elvégzését, a környezetükre veszélyes sérültek elkülönítését, az erők és eszközök legcélszerűbb felhasználását, a munka viszonylag egyen- letes szétosztását, és a rendeltetés szerinti kiürítés követelményének tel- jesítését.

Biológiai fegyver alkalmazása esetén a kórházak munkájának speciális átszervezésére („biológiai rezsim”) kerül sor. Erről a kérdésről már másutt beszámoltunk.

Mint arról már említést tettem, nagy feladatokat ró a belgyógyászra a diagnosztikai felállítás. Különös nehézséget okoz a heveny sugárbetegség korai felismerése, és a betegség várható súlyosságának megítélése. Az ioni- záló sugárzást követő első két nap folyamán csak az elsődleges sugárreakció (korai sugársyndroma) kialakulásának időpontja és súlyossága, illetőleg a fi- zikai dosismérő adata alapján kísérhető meg a diagnózis és prognózis fel- állítása. Ezek a lehetőségek azonban csak korlátozott információs értékkel rendelkeznek. A betegség klinikai képét — így a korai sugárreakció sajá- tosságait is — az határozza meg, hogy mely szervek-szövetek, mekkora sugáradagot nyeltek el. Ha a harci technika, az erődítmények, az épületek, a fedezékek, stb. árnyékoló hatásá folytán a szervezetet érő ionizáló sugár- zás nem egyenletes megoszlású, úgy az egyes testrészek által elnyelt sugár- dosis nagysága rendkívül különböző lehet. A heveny sugárbetegség ismert osztályozása (I—IV. fokú sugárbetegség) csak arra az esetre érvényes, ha a szervezet egészét vagy nagy részét viszonylag egyenletesen érte a sugár- behatás. Mint ismeretes, a szervezetre ható egyenletes sugárzás esetén — kétszáz-hatszáz rad között — a heveny sugárbetegség „típusos” formája, az ún. haematológiai syndroma alakul ki. Ötszáz-hatszáz rad elnyelése esetén már az enterális tünetcsoport jelei is megmutatkozhatnak. Ha azonban ezer radnál nagyobb sugárdosis *csak a fejet érte*, úgy főképpen idegrendszeri tünetek vagy az ún. orális syndroma jelei (nekrotikus-fekélyes elváltozások a száj és a garat nyálkahártyáján) fejlődnek ki, és a haematológiai elválto- zások *viszonylag* enyhék. Ilyen esetben már az elsődleges sugárreakció idő- szakában agyoedema és meningealis izgalom jelei figyelhetők meg (heves fejfájás, hányás, szédülés, tarkómerevség, Kernig-tünet, papilla oedema, olykor görcsök és eszméletzavar), az orális syndroma bevezetőjeként pedig száj- és torokszárazság, az orrlégzés nehezítettsége, a szájüreg és a felső légutak nyálkahártyájának hyperaemiája és vizenyője észlelhető, ugyanak- kor pedig az abszolút lymphocytaszám esetleg csak mérsékelten csökken (azaz nem informatív), és a dosimeter adata is félrevezető.

A bőrben elnyelt nyolcszáz—ezer rad sugárdosis helyi erythemát, ezeröt- száz rad exsudatív epidermatitist, kétezer-ötszáz rad pedig necroticus-feké- lyes dermatitist okoz. Ha a fürdetés-mentesítés nem kellő időben történt, úgy az egyes bőrfelületeken elnyelt betasugárzás (maghasadási termékek!) adagja aránytalanul nagy a csontvelő által elnyelt dosishoz képest (a vérkép nem informatív), és megtévesztő lehet a viszonylag enyhe elsődleges reakció is. Az elmondottakhoz hozzá kell fűznöm, hogy *a korai sugársyndroma egyet- len tünete sem specifikus a sugárbetegségre*, azaz a tünetcsoportot az ioni- záló sugárzáson kívül nem sugártermészetű okok, sőt emocionális tényezők is létrehozhatják.

A fizikai dosiméter adatai alapján egyenlőtlen sugárbehatás esetén az elnyelt sugárdosisra megbízható következtetést nem lehet levonni, de ez a megállapítás még viszonylag egyenletes sugárzás esetére is érvényes. Oka a jelenleg rendelkezésre álló készülékek tökéletlenségében keresendő, mint-hogy ezek mérési hibája nagy (különösen ha neutron-fluxusról van szó). A törekvés jelenleg arra irányul, hogy (1) *pontosabb dosimetereket* állítsanak elő, és (2) hogy minden harcost *több dosimeterrel* lássanak el abból a célból, hogy külön-külön meghatározható legyen a fej, a mellkast és a hasat ért sugárzás adagja, egy vagy több oldalról érkező ionizáló sugárzás esetén (Alekszejev és Kruglov, 1974). A fizikai dosiméter további hátrányos vonása, hogy nem ad felvilágosítást a szervezet *sugárérzékenységéről*, amely — mint ismeretes — széles határok között váltakozhat.

Az igazi megoldás a *biológiai dosimetria* gyakorlati célra való kifejlesztése (megfelelő biológiai indikátor kidolgozása) lenne. A jelenleg javasolt indikátorok információs értéke (csökkenő sorrendben) a következő: (1) chromosoma-vizsgálat, (2) abszolút lymphocytaszám-meghatározás, (3) a csontvelő mitosisos aktivitásának csökkenése és a vérképző szövet pusztulása, (4) a sugárérzékeny macromolekulák (DNS, RNS, fehérje) bomlástermékeinek kvantitatív meghatározása és (5) az elsődleges sugárreakció fokának megfigyelése.

A vérképző-rendszer által elnyelt sugárdosisnak viszonylag legmegbízhatóbb korai indikátora a csontvelői sejtek chromosomavizsgálata, néhány hét múltán pedig a perifériás vér lymphocytáinak chromosoma-aberrációi. Ezeknek a vizsgálatoknak elvégzése azonban rendkívül időigényes, jól képzett szakembereket tesz szükségessé és ezért tömeges sérült-áramlás esetére e módszerek nem megfelelők. A biochemiai indikátorok kimunkálása még

1. táblázat

	A heveny sugárbetegség súlyossági foka			
	könnyű	közepes	súlyos	igen súlyos
hányás (vezető tünet)	nincs vagy 3 h múlva 1—2-szer fordul elő	$\frac{1}{2}$ —3 h múlva ismételten	$\frac{1}{2}$ —3 h múlva ismételten	10—30 perc múlva többször
gyengeség	nincs vagy enyhe	mérsékelt	kifejezett	igen nagy fokú
fejfájás	nincs vagy rövid ideig tart	állandó	időnként erős	makacs, erős
öntudat	világos	világos	világos	lehet ködös
testhőmérséklet	normális	subfebrilis	subfebrilis	38—39 °C
bőr-hyperaemia	nincs	mérsékelt	mérsékelt	erős
sclera-belöveltség	enyhe fokú	mérsékelt	kifejezett	erős

mindig kísérleti stádiumban van. Az eddig ajánlott eljárások nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket.

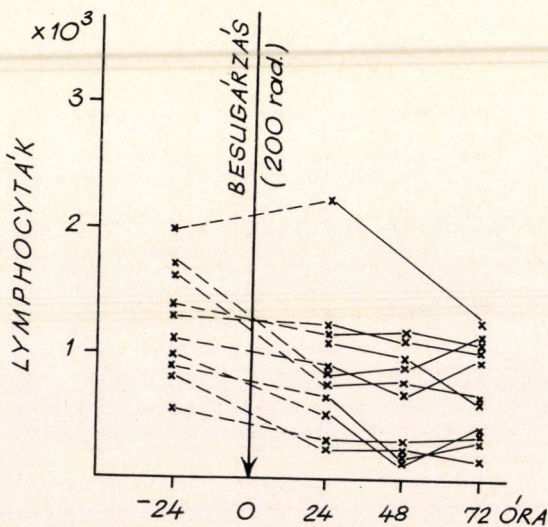
Az előzőekben említett korlátok ellenére a korai sugárreakció kialakulásának időpontja és a szindróma alapvető tüneteinek súlyossága alapján levonhatók ugyan bizonyos következtetések a sugárbetegség várható súlyosságára (ha ugyan a tünetcsoport valóban az ionizáló sugárzás hatására alakult ki), de az irodalomban található — az értékelést lehetővé tevő — táblázatokból az is világosan kitűnik, hogy a sugárbetegség súlyosságának megítélése a kezdeti tünetek alapján nagyon bizonytalan és nagyon szubjektív (1. táblázat).

A *heveny sugárbetegség súlyosság szerinti felosztása jelenleg (1) a fizikai dosiméteresen, (2) a korai sugárreakció tüneteinek klinikai értékelésén és (3) a perifériás vér egyes alakelemeinek (lymphocytaszám, fehérvérsejtszám, thrombocytaszám) kvantitatív vizsgálatán alapul.*

A fehérvérsejtszám alakulásából legkorábban a 7—9. napon, a thrombocyták számából pedig a 18—20. napon vonható le diagnostikai, illetőleg prognostikai következtetés. Ezeknél korábban csak az abszolút lymphocytaszám alakulására hagyatkozhatunk. A *korai diagnosztikában* azonban ez a paraméter is csekély információs értékű.

A *lymphocytaszám-meghatározás diagnosztikai és prognosztikai felhasználhatóságát az alábbi körülmények nagy mértékben korlátozzák:*

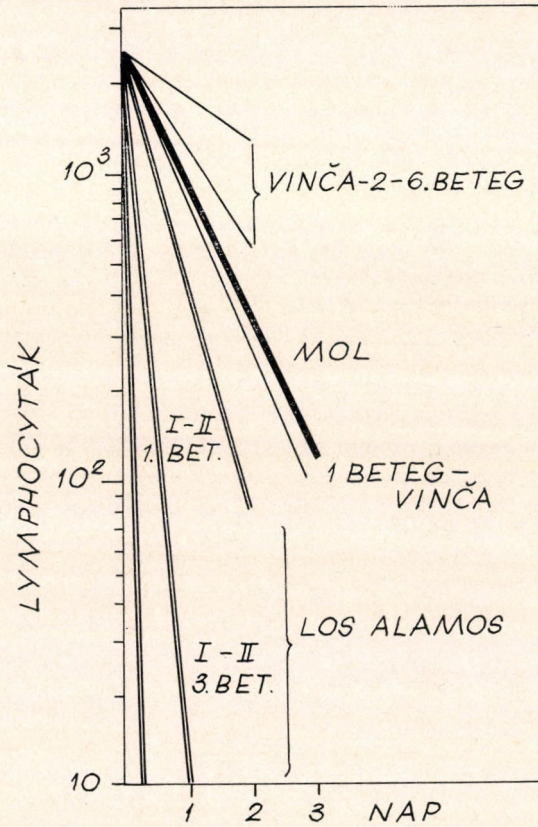
1. A lymphocytopenia a sugárbetegségnek *nem specifikus* jele. Más stresszorok (pl. organophosphat-mérgezés, Vx-gázok okozta intoxikáció, robbanási hullám stb.) hatására is kialakulhat, s ez a differenciál-diagnoszt megnehezíti. Kombinált sérülés esetén a paraméter aspecifikus volta bizonytalanná teszi a sugárbetegség felismerését a kombináción belül, mert — bár nem törvényszerűen és nem mindig jelentős mértékben — lymphocytopenia heveny vérzés, mechanikai trauma, vagy égési sérülés hatására is kifejlődhet.
2. A *normális lymphocytaszám igen széles határok között (3500—15000) változhat* és a sugárbehatás előtti (kiindulási) érték ismeretének hiányában a *normális*



2. ábra

és kóros közti határ nem egykönnyen vonható meg (2. ábra). Jól értékelhető lymphocytopenia csak 500—900 rad hatására alakul ki. (Bond et al. 1960.)

3. A lymphocytopenia dosis-függősége csak statisztikai értelemben igaz. Az egyéni vizsgálat eredményéből a dosis nagyságára csak bizonytalanul következtethetünk. A 48 órás vizsgálat eredménye alapján prognostikai következtetés egyáltalán nem vonható le. (Silberstein et al., 1971.)
4. A lymphocytopenia kifejlődésének üteme változó. A sugárbehatást követő 72 órán belül a lymphocyták abszolút számának csak korlátozott diagnostikai (és prognostikai) értéke van (3. ábra). (Jammert, 1971.) A lymphocytaszám csökke-



3. ábra

nését ábrázoló görbe alakulásából (tehát sorozatos vizsgálatokra van szükség) 72 óra múlva is csak arra lehet következtetni, hogy a sérült 400—1000 rad közti dosist kapott. (Wald, 1971.)

5. Nem egyenletes sugárbehatás esetén a dosis és a lymphocytaszám között korreláció nem állapítható meg.
6. Nagyobb sugárdosisok esetén a lymphocytopenia túlérzékeny indikátor.

Összefoglalva: Az abszolút lymphocytaszám vizsgálata a heveny sugárbetegség korai felismerésének nem kielégítő eszköze.

A kutatás világszerte olyan biológiai indikátor kidolgozása érdekében folyik, amely (1) megfelelő mértékben specifikus, (2) dosisfüggő és (3) az egyéni sugárérzékenységet is jelzi. Követelmény továbbá az, hogy a vizsgálat legyen (4) egyszerű, (5) tömegméretekben elvégezhető és (6) adjon

megbízható választ az ionizáló sugárzást követő korai időszakban (48—72 órán belül).

A sugárbetegséghez hasonlóan nehézségekkel küzd a diagnostika az organophosphát- és más vegyi-harcanyag-sérülések, továbbá a biológiai sérülések korai felismerésének területén is.

Korszerű körülmények között a belgyógyászati segélynyújtásnak az alábbi fő *sajátosságai* vannak: (1) bizonyos sérülések esetén (vegyiharc-sérülés, baktérium-toxinok és más biológiai fegyver okozta betegség) a specifikus therápia (antidotumok, antitoxinok, antibiotikumok adása) korai megkezdése a sérült sorsát eldöntő jelentőségre tesz szert. Az említett therapiát a vérzéscsillapítás fontosságához lehet hasonlítani (*Molcsanov és Gem-bickij*, 1971). (2) Nagy fontosságúvá válnak a nem specifikus profilaktikus beavatkozások (biológiai fegyver sérültjei). (3) Tömeges betegáramlás esetén a segélynyújtás a csapathadtápban nagyrészt a halaszthatatlan beavatkozások elvégzésére korlátozódik. (4) Az osztályozás és a segélynyújtás (pl. antidotumok adása) *folyamatos* tevékenységgé válik. (5) A segélyhelyek (kórházak) személyi állományának fel kell készülnie különféle belgyógyászati profilú sérült-csoportok ellátására. (6) Kvalifikált és specializált segélyt nyújtó kiürítési szakaszokon is számolni kell az előlfekvő segélyhelyekre jellemző beavatkozások tömeges végzésének szükségességével. (7) Számos kóros folyamat (organophosphat-mérgezés, sugárbetegség stb.) periodikus lefolyása, illetőleg a sérült állapotában gyorsan bekövetkező jelentős fokú és váratlan változások lehetősége szükségessé teszi a *folyamatos betegszelést* nemcsak az ápolók, hanem az orvosok részéről is. (8) Az egységes elvek figyelembevételével a therapiás gyakorlat *individuális* tendenciája bontakozik ki. (9) A tömeges betegellátásban a specifikus therapián és a nem specifikus profilaxison kívül nagy jelentőségre tesz szert a vér- és folyadékpótlás (shocktalanítás, vérzéscsillapítás, substitutio), az oxygentherapia (légzési elégtelenség, hypoxia), a hosszantartó antibiotikus therapia (sugárbetegség), a lyticus koktél (generalizált görcsök), a tranquillánsok, sedatívumok (reaktív állapotok), a spasmolytikumok (bronchus-görcsök, antiemetikumok (sugárbetegség korai szindrómája) adagolása, a cholinolytikumok, enzim-reaktívátorok (organophosphat-mérgezés), a gépi lélegeztetés, továbbá a vérkeringésre és légzésre, valamint a haemostasusra ható gyógyszerek alkalmazása.

A kombinált sérülések fontosabb jellemzői az alábbiak: a sérülés-kombináció nem tekinthető az egyes sérülések számtani összegének. Az egyes károsító tényezők egymás hatását hatványozottan fokozzák. Bonyolult körélettani kölcsönhatások eredményeként a könnyű sérülések kombinálódása súlyos, nemegyszer halálos betegséget okoz (*kölcsönös súlyosbítás*). A kombinált sérüléseket a shock-készség jelentős fokozódása, a shock-folyamat súlyos lefolyása, a sugárbetegség látens periodusának — a műtéti beavatkozásokra alkalmas időszaknak — megrövidülése, a cardiovascularis elégtelenség gyakori kialakulása, a fertőzés gyors terjedése, könnyű generalizálódása és súlyos lefolyása, az anaerob fertőzések gyakorisága, az anaemia gyors kifejlődése és súlyos foka, a vérzékenység nehéz befolyásolhatósága, kiterjedt szövetelhalások kialakulása stb. jellemzi. A sérülések kombinálódása a letalitást a tiszta sugárbetegségéhez képest megsokszorozza! A kombinált sérültek vezető sérülésüktől függetlenül a therápia egész ideje alatt a sebészek és belgyógyászok szoros együttműködését követelik meg. A köl-

csönös súlyosbítás jelenségének ugyanis tükörképe is van: a kombináción belül bármelyik sérülésre gyakorolt kedvező terápiás hatás számottevően enyhíti a többi károsító tényező következményeit és ezzel jelentősen javítja a kombinált sérülés prognózisát.

A tömeges betegellátás nagy követelményeket állít a katonai belgyógyászokkal szemben. Megkívánja a tömegpusztító fegyverek okozta kóros folyamatok, különösen pedig a kombinált sérülések kialakulásának, korai felismerésének, klinikai képének, lefolyásának és gyógyításának alapos ismeretét; a sebészeti belgyógyászat elsajátítását; a katonai szolgálattal összefüggő egészségkárosodásoknak, illetőleg a hagyományos belbetegségek sajátos háborús megjelenési formáinak, lefolyásának és gyógyításának tanulmányozását; végül a tömeges betegellátás korszerű szervezeti formáinak továbbfejlesztésében való részvételt és a kialakult formák és módszerek minél tökéletesebb gyakorlati alkalmazását. Ennek különösen a korai diagnosztika, az elsősegélynyújtás (vegyi harcanyagok, ionizáló sugárzás), az osztályozás, valamint a kvalifikált és a specializált segélynyújtás területén van kiemelkedő fontossága.

A katonai belgyógyászat igen sok speciális szakismeretet követelő fiatal tudományág, amelynek hatékony művelése csak szakorvosi szinten képzelhető el. A tudományág egyesíti magában a hagyományos belgyógyászatot, a klinikai radiológiát (sugarhaematológiát), a katonai-klinikai toxicológiát, az infektionista munkaterületét, a traumatologia kórélettanát, a neuropsychiátria elemeit és a tömeges betegellátás szervezési problémáit. Időszerűvé vált, hogy az illetékesek a szakorvos-képzés jelenleg éppen folyamatban levő fejlesztése, illetőleg korszerűsítése keretében ezt a reális szükségletet is mérlegelés tárgyává tegyék.

I R O D A L O M

- Alekszejev, G. I., Kruglov, A. M.*: A sugár betegség diagnosztikájának és osztályozásának alapelvei. *Vojenno-Med. Zs.* 9, 23 (1974).
Bond et al., 1960; *Jammet*, 1971; *Silberstein et al.*, 1971; *Wald*, 1971: in: *Biochemical Indicators of Radiation Injury in Man*, IAEA, Vienna, 1971 és *Manual on Radiation Haematology*. Techn. Rep. Ser. No. 123. IAEA, Vienna, 1971.
Molcsanov, N. Sz., Dembickij, Je. V.: *Vojenno polevaja terapija*. VMA. Leningrád, 1971.
Világtörténet, Kossuth, Budapest, 1962. 1. köt.

Бернат И., профессор, доктор медицинских наук:

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАССОВОГО КОЛИЧЕСТВА БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Массовое появление заболеваний сопровождало всю историю человечества и полная ликвидация таких заболеваний даже до сих пор не удалась. Дисциплина, занимающаяся этими заболеваниями, всё-таки относится к одной из самых молодых отраслей науки. Значение заболеваний терапевтического профиля в эпохе ракетно-ядерных войн чрезвычайно возросло. Массовое появление за короткое время с большей частью тяжелых заболеваний (поражений) весьма различного характера, требующих неотложной помощи, и особенно появление их комбинированных форм поднимают с остротой проблематику первой помощи, ранней диагностики, сортировки, эвакуации, а также оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Успешное решение задач медицинского обеспечения массовых заболеваний требует работы специально подготовленных врачей-специалистов.

Prof. Dr. I. Bernát, Oberst d. Med. D. i. d. Res., Doktor der Med. Wissenschaften:

ENTWICKLUNG DER VERSORGUNG MASSENWEISE AUFTETENDER ERKRANKUNGEN INTERNISTISCHEN PROFILS

Die massenweise auftretenden Erkrankungen haben die Menschheit ihre ganze Geschichte hindurch begleitet, deren vollständige Liquidierung gelang bisher nicht. Dennoch ist die damit sich beschäftigende Disziplin (die innere Militärmedizin) eine der Jüngsten. Im Zeitalter der Raketen- kernwaffenkriege erhöhte sich die Bedeutung der Krankheiten internistischen Profils auß erordentlich. Die binnen kurzen Zeitabstandes in großer Anzahl entstehenden, meist schweren und unverzüglichen Eingriffen benötigenden, in ihrem Charakter voneinander unterschiedlichen Krankheiten (Schädigungen) und besonders deren kombinierte Formen werfen scharf die Problematik der ersten Hilfe, frühzeitigen Diagnose, Einstufung, des Abtransports, sowie der qualifizierten und spezialisierten Versorgung auf. Eine erfolgreiche Versorgung massenweise auftretender Krankheiten erfordert die Arbeit speziell ausgebildeter Fachärzte.

Prof. dr. Manninger Jenő orvosezredes,
az orvostudományok kandidátusa.

Operatív szakmák tábori sebészeti oktatása békében

Alapelv: A tábori sebészet oktatása békeidőben baleseti sebészeti osztályon oldható meg. A szerző a magyarországi baleseti sebészeti szakma kialakulásának és az általános sebészetből való különválásának ismertetése után az Országos Traumatológiai Intézetnek, mint a tábori sebészeti oktatás bázisának szerepével és feladatával foglalkozik. Statisztikai adatok tükrében elemzi az elmúlt 16 év továbbképző tanfolyamainak fejlődését, tematikáját és célját. Ismerteti többek közt az új audiovizuális, színes televíziós műtéti oktatás szervezési, működési megoldását, előnyeit. Végül a tábori sebészeti oktatás jövő feladatairól, problémáiról és perspektívájáról történik említés.

Háborúban a tábori sebész az egészségügyi ellátás legfontosabb szakorvosa. A korszerű háború tömeges sérültjeinek ellátásához ugyanakkor igen nagyszámú — tábori sebészetben jártas — orvosra van szükség. Hogyan lehetséges — békében — erre a fontos orvosi feladatra a sok sebészorvos felkészítése, illetve kiképzése? Ez volt az ötvenes években a sebész szakorvostovábbképzés beindításakor az egyik legfontosabb és legsürgetőbb probléma.

A tábori sebészeti továbbképzés alapelve

A sérültellátás ismeretének zömét a traumás betegeket ellátó sebészekről lehet megtanulni. Más szóval a *tábori sebészetet békeviszonyok között a baleseti sebészeti osztályon lehet oktatni.*

A baleseti sebészeti szakma fejlődése és önállósodása.

A tábori sebészeti kiképzés megoldásának idejével éppen összeesett a sebészet új ágának, a sérültellátásnak önálló szakmává való alakulása. Elsősorban a modern élet meggyorsult tempója, a rohamosan fejlődő ipar és főleg a közlekedés egyre több sérült ellátását kívánta meg. A nagyobb sebészeti osztályokon ez hamarosan olyan mennyiségű és minőségű feladatot jelentett, hogy azt már a sebészi munka mellett a korszerű igényeknek megfelelően nem lehetett megoldani. Az ötvenes években azért egymásután váltak le a 100 ágynál nagyobb sebészeti osztályokból az önálló, csak sérülteket ellátó baleseti sebészeti osztályok. Ezt a fejlődés adta lehetőséget ragadta meg a

Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálata, amikor elősegítette a budapesti Orvostudományi Egyetem III. sz. Sebészeti klinikájának keretében működő Egyetemi Baleseti Sebészeti Osztály különválását. Így létesült 1956 január elsején az Országos Traumatológiai Intézet. Az MN. egészségügyi szolgálat, az Egészségügyi Minisztériummal együttműködve az országos szakmai irányító és ellenőrző feladatokkal együtt a tábori sebészeti képzés bázisává fejlesztette.

Az önálló baleseti osztályok, majd az Országos Traumatológiai Intézet megalakulása volt a szakma különválásának első lépése. Más országokban is előbb-utóbb, gyorsabban vagy lassabban bekövetkezik e szakma különválása. Hazai viszonyok közötti kialakulását különösen előnyösnek kell értékelni, azért, mert az általános sebészetből indult és fejlődött ki és az képezi ma is a baleseti szakorvosképzés alapját. A sérült ember ugyanis minden testrészén sérülhet. Nemcsak a mozgásszervek, hanem a központi idegrendszer, a mell- és hasüregi szervek stb. is külön-külön, de egyszerre is sérülhetnek. Mindezek ellátásához olyan szakorvosra van szükség, aki az emberi test összes sérülés típusainak ellátásában járatos. Ehhez az alapképzést olyan szakma tudja leginkább nyújtani, amelyik mindezekkel foglalkozik. Nyilvánvaló, hogy erre a legmegfelelőbb alapokat az operatív szakmák alapszakmája az általános sebészet adhatja meg. Erre az alapvető és széles körű ismeretekre felépítve azután az egyes speciális szakmák anyagát és az egészet egy szakmában synthetisálva kapjuk meg a sérült ellátást legmagasabb színvonalon biztosító egységes disciplinát a baleseti sebészetet.

A mai idők egyre több súlyos, de főleg a polytraumatizált sérüléseinek kezeléséhez az általános sebészeti alapismereteken kívül még több szakma ismerete is szükséges. Így a sérültek teljes ellátásához elsősorban mellkas- és neurotraumatológiai, de még urológiai, fül-orr-gégészeti, szemészeti, orthopaediai, belgyógyászati kórélettani ismeretek is szükségesek. Az életveszélyes sérültek ellátásához pedig az intensivisták nélkülözhetetlenek. Nem véletlen, hogy az országos feladatokat is ellátó intenzív betegellátó osztály (IBO) éppen az Országos Traumatológiai Intézetben működik.

Az Országos Traumatológiai Intézet szerkezetének felépítése ennek a figyelembevételével történt meg. Alapelv az, hogy a sérült — bármilyen sérülés, vagy sérülés kombinációja történt — egy helyen kapja meg a teljes ellátást. Ne a sérültet kelljen a különböző szakorvosokhoz szállítani, hanem minden szakma egy helyen lássa el azokat a sürgősségi sorrend szerint. Az ellátás minőségét ezzel a szervezéssel lehet a legmagasabb szintre emelni.

Ez az alapelv egyben meghatározza azt is, hogy a traumatológiai osztályok csak nagyobb kórházi egységekben tudnak megfelelően működni. Kisebbségi kórházakban, osztályokon a komplett ellátás már csak korlátozottan biztosítható és a technikai berendezések, drága felszerelések, implantátumok sem állhatnak olyan mennyiségben, minőségben és főleg választékban rendelkezésre, amennyire azt a mai korszerű sérült ellátás megkívánja.

Az Országos Traumatológiai Intézetben vannak meg hazai körülmények között mindezen feltételek a legfejlettebb formában és így is tud legjobban megfelelni az orvostovábbképzési, ezen belül a sebészeti szakmák tábori sebészet kiképzésben kitűzött feladatoknak. Tehát ahol a sérültek egy helyen van biztosítva a teljes ellátása, ugyanott egy helyen van lehetőség a sérülés minden típusának megismerésére és a kezelésének legkorszerűbb oktatására.

Meg volt tehát már 19 évvel ezelőtt a bázis a tábori sebészet oktatására. A rendszeres és a teljes 3 hónapos tanfolyamos kiképzés 1959-ben indult meg.

Az operatív szakmák szakorvosait 3—3 hónapra hívták be az Országos Traumatológiai Intézetbe, ahol az összes sérülést ellátó szakmának, a traumatológiának egészét felölelő tematikában a tábori sebészet alapvető elméleti és gyakorlati ismereteit kapták meg. A rendszeres évi 3×3 hónapos tanfolyamokon való képzéssel tehát igen jól megoldódott nagyobb számú operatív szakmák, szakorvosainak a tábori sebészeti ismeretekre való felkészítése és ezzel háború esetén az egészségügyi ellátás kellő számú és legfontosabb szakorvosainak a biztosítása. A sikeresen vizsgázó szakorvosok a tanfolyamok végén tiszti rendfokozatot nyertek, illetve ha már tiszték voltak, úgy egy rendfokozattal előléptek.

A tábori sebészeti felkészítés azonban csak általános és alapképzésnek felel meg. Korunk epidemiája — és ma még sajnos elhanyagolt epidemája a trauma — kezelésében a traumatológusok még jobb és több szakmában speciális felkészítést, oktatást és továbbképzést igényelnek.

év	általános tanf.		speciális tanf.		egyéni tanf.	tanfolyamok összesen	
	száma	rész- vevők	száma	rész- vevők	szakvizsga előkész.	száma	rész- vevők
1959	3	41	1	6	16	4	63
1960	3	42	1	5	26	4	73
1961	2	29	1	9	36	3	74
1962	3	59	3	37	20	6	116
1963	3	92	2	18	26	5	136
1964	3	66	4	44	46	7	156
1965	3	75	3	32	53	6	160
1966	3	73	3	59	38	6	170
1967	3	74	4	52	65	7	191
1968	3	76	3	62	74	6	212
1969	3	70	4	68	84	7	222
1970	3	66	4	116	89	7	271
1971	3	70	5	126	66	8	262
1972	3	80	4	132	73	7	285
1973	3	71	5	174	56	8	301
1974*	3	62	5	91	47	8	200
Össz.:	47	1046	52	1031	815	99	2892

* még nem teljes adatok.

Szakorvos továbbképző tanfolyamok 1959—1974.

Az Intézet 16 éves összesített tanfolyam kimutatásában láthatók az általános traumatológiai és az egyéb tanfolyamok számszerű adatai.

A traumatológiai továbbképző általános tanfolyamok (sebészek, traumatológusok, szülész-nőgyógyászok és urológus sebészek tb.) számszerű adatai az első két oszlopban találhatók.

Így az elmúlt évek során az általános tanfolyamokkal párhuzamosan — a növekvő igényeknek megfelelően — egyre több speciális tanfolyam indult. Az egyes speciális szakterületek, témák, mint az intenzív betegellátás, a mellkas- és neurotraumatológiai, a kézsebészet, korszerű osteosynthesis, röntgen — vonatkozású traumatológiai, gyermeksérülések stb. általában évenként, 3—3 hetes, többségükben, mint igen intenzív tanfolyamok kerültek be a szakorvosi továbbképzés programjába. Minden egyes tanfolyamon a szakma legspeciálisabb és legfrisebb ismeretei kerülnek megtárgyalásra, a hallgatóság gyakran igen aktív részvétele mellett.

E speciális tanfolyamoknak is kettős célja van. Egyrésztől a békeidők sérültjeit minél szervezettebben és jobban ellátni, másrésztől egy esetleges tömegkatasztrófa vagy — reméljük sohasem kerül rá sor — háborús esemény sebesültjeit is az orvostudomány legkorszerűbb szervezése és ellátási elvei szerint kezelni.

A baleseti sebészeti szakma, mint önálló disciplina megadta a lehetőséget és egyben biztosította a gyorsabb fejlődést, megelőzve ezzel a legtöbb fejlett ország sérült ellátását is. Tekintélyes — külföldi szakemberek a magyar baleseti sebészeti szervezést, az egyik legjobb szervezési formának tartják.

A táblázatból kitűnik, hogy a 16 év alatt 47 háromhónapos továbbképző tanfolyam volt, összesen 1046 résztvevővel. Tehát több mint 1000 szakorvos kapott az oktatási terv szerint olyan kiképzést, hogy tömegkatasztrófa vagy háború esetén az alapvető sebészi beavatkozásokban jobb és korszerűbb ellátást tud nyújtani.

Ez a továbbképzési program képezte és képezi ma is az intézet legnagyobb oktatási feladatát, hiszen traumatológiai általános tanfolyamok 3 hónaposak, míg a speciális — számban és intenzitásukban ugyan nagyobb, de átlagban 3 hétig tartó tanfolyamok — összesen is kisebb volumenű oktatási problémát jelentenek.

A táblázatból az is kitűnik, hogy a közel két évtized alatt számban is jelentősen nőtt a kiképzettek száma. A fejlődés azonban a kiképzés anyagában még jelentősebb. Míg az első tanfolyamok elméleti óraszámja 3 hónap alatt 70—80 volt, addig az ma már meghaladja a 130-at is. Az anyag főleg tematikailag jelentett bővülést. Az évek folyamán az oktatásban számos új, a szakma fejlődésének megfelelő téma pl. intenzív betegellátás, osteosynthesis is helyet kapott.

A továbbképzés kettős célja

A továbbképzésnek *egyik* célja — mint már említettük — kiképezni a sebészi szakmák szakorvosait arra, hogy ha egyszer háborús események következnek be, akkor a sebesültek korszerű ellátására legyen megfelelő számú és képzettségű táborig sebészetben is jártas szakorvos. A *másik* cél: béke vi-

szonyok között az egyre több traumás sérült ellátásának, színvonalának emelése, új ismeretek gyors és minél szélesebb körben való terjesztése.

Ezen felül rendkívül fontos, hogy a sebészi szakmák szakorvosai a békebeli katasztrófa medicina számára is még jobban legyenek előkészítve és kiképezve.

A tanfolyamok fejlődése

1959-ben 72 óra elméleti előadás hangzott el 20 előadó részvételével (5 külső előadó). 15 év múlva, 1974-ben a 72 órával szemben már 137 elméleti előadás volt 39 előadóval (12 külső előadó). Az elméleti órák és az előadók száma is számszerűleg csaknem megduplázódott. Az utolsó 5 év alatt az általános tanfolyamok tematikájában is differenciálódás következett be. Az év első két (3 hónapos) tanfolyamát sebészek, orthopaedek részére tartottuk, az őszi harmadik tanfolyamon szülészek, nőgyógyászok és urológusok jelentek meg. A tematika is ennek megfelelően módosult. A sebészek részletesebben kapták a speciális sebészeti sérülésekkel foglalkozó kezelési és műtéttani ismereteket. A szülész-nőgyógyászok, urológusok elsősorban az általános sebészeti alapelveket, de különös részletességgel az intenzív betegellátás, transfusio, shock, reanimatio, veseelégtelenség, só-folyadék háztartás, savbázis zavarait, valamint a mesterséges táplálással kapcsolatos ismereteket hallgatták. Hiszen háború esetén a közvetlen sebészeti ellátás zömét a sebészek, a többi operatív szakma pedig elsősorban a fent említett reanimatio, shock kezelés stb.-ben nyújthatnak a legtöbb segítséget.

Tematika

A közel két évtized alatt kialakult tematika ismertetése jól mutatja az oktatás fejlődését.

A *sebész szakorvosoknak* tartott 3 hónapos általános tanfolyam tematikája.

Az elméleti előadások 2 részből, az általános és a részletes részből állnak.

Az első rész főbb fejezetei: szervezés, munkaképesség — csökkenés megállapítás, traumatológia igazságügyi orvosi vonatkozásai, sebellátás, sebgyógyulás, callusképződés, érsérülés, lőtt sérülés, szövetkonzerválás, ambuláns ellátási problémák. Az anaesthesia traumatológiai vonatkozásai és eljárásai a kiürítés különböző szakaszain. Égési sérülés, plasztikai módszerek, intenzív betegellátás, shock, reanimatio, resuscitatio, veseelégtelenség, só-folyadék háztartás, savbázis egyensúly zavarai, mesterséges táplálás, transfusio, Polytraumatisatio, osteosynthesis alapelvek, dokumentáció, traumatológiai felszerelés, műszerek, korszerű műtő.

A második, a részletes rész fejezetei: Felső- és alsóvégtag: fedett, nyílt sérülés, törés ficam, diagnostika, konzervatív és operatív kezelés. Szövődmények, csonkolás, állizület, prothetika rekonstrukció, kézsérülés, kérdései. Felső- és alsóvégtag rtg. diagnosztikai problémái. A gerincoszlop törése és ficam. *Mellkas-sérülés* kórélettana, fedett-nyílt sérülés, műtéttan. *Hasi sérülés* fedett—nyílt, retroperitonealis sérülés, thoraco abdominalis sérülés, urogenitalis sérülés. *Neurotraumatológiai:* craniocerebralis trauma, geincsérülés idegrendszeri tünetekkel, peripheriás idegsérülés *Maxillo — facialis* sé-

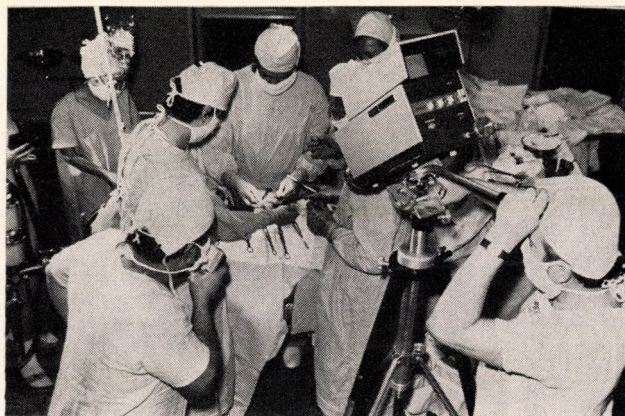
rülés. Üregi sérülés rtg. diagnosztikai problémái. *Egészségügyi taktika. Atom-sérülés, sugárbetegség, tömeges sérültellátás.* Baleset megelőzés és a rehabilitatio szervezési kérdései.

A szülész-nőgyógyász, urológus szakorvok részére lényegesen részletesebben tárgyalt tematika — az előbb említettek alapján — a következő fejezetekre vonatkozik: intenzív betegellátás, shock, reanimatio, resuscitatio, veselégtelenség, só-folyadék, savbázis egyensúly zavarai, mesterséges táplálás és különösképpen a transfusio kérdése. Volumenében ez az általános sebészekéhez képest az anyagnak több mint a kétszerese.

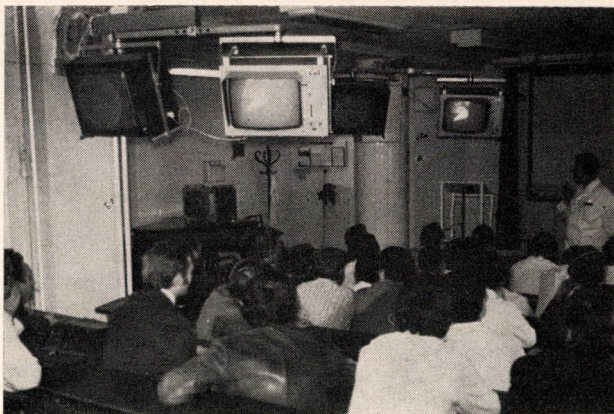
A részletes részben a hasi sérülések és különösen az urogenitalis sérülések ellátásának kérdéseiről kapnak bővebb oktatást. Ennek megfelelően a részletes rész speciálisan traumatológiai problémáinak tárgyalása van arányosan rövidítve. Az elméleti órák összességében a két tanfolyam kb. meg egyezik. A tanfolyam elméleti óra anyaga már annyira bővült, hogy a három hónap minden napjára 2—3 előadás jutott. További bővítés már a gyakorlati foglalkozás rovására menne és ez nem is volna kívánatos. A fejlesztésre van azonban még lehetőség az óraszám növelése nélkül is. Az audiovisualis oktatás eszközeinek fokozott felhasználása módot nyújt ugyanis az eredményesebb oktatásra. Az évek során a legtöbb témában fokozatosan mind több diapositiv, preparatum, ábra-rajz és film került bemutatásra. A gyakorlati anyag is minden évben bővült.

Az Intézet műtő rekonstrukciójakor a fokozott igények, sterilitás stb. figyelembevételével mellett a szakorvos továbbképzés fejlesztése érdekében az Egészségügyi Minisztérium támogatásából fekete-fehér és színes televíziós hálózat került kialakításra és beépítésre. A rövidebb tanfolyamokon már 1962 óta volt improvizált, fekete-fehér televíziós oktatás. A 3 hónapos tanfolyamokon azonban csak 1974 elején indult meg a műtétek rendszeres televíziós közvetítése, amely egyben hazai viszonylatban az első rendszeres audiovisualis műtéti oktatást jelenti. (1. és 2. ábra)

Ebben az új TV-s oktatásban az a legnagyobb fejlődés, hogy egyszerre sok sebész láthatja a műtétet, anélkül, hogy az a műtő tisztaságát, csendjét, forgalmát zavarná. Eddig a műtéteknél a tanfolyamosok mint asszisztensek,



1. ábra: Televíziós felvétel a műtőben. Középen az operáló „team”, bal oldalt elől a „narrátor”, jobboldalt elől a „camera-man” a színes tv-kamerával



2. ábra: A tantermi tv-s oktatás. A szakorvosok két pár tv-készüléken (színes és fekete-fehér) nézik a műtétet és hallgatják a „narrátor” magyarázatát. Jobb oldalt hátul mikrofonnal az összeköttetést biztosító szakorvos

vagy (1—2) „partról” nézők lehettek jelen. A televíziós közvetítéssel most egyszerre 15—30-an nézhetik és hallhatják az egész műtétet. Az 1975-ben felépülő nagyobb tanteremben már közel 100 szakorvos követheti figyelmesen a műtétet. A televíziós kamera nagyteljesítményű teleoptikája jóvoltából a műteti kép még sokszor jobb, mint ahogy azt a „partról” nézők látják.

A televíziós oktatás még fejlődésben van. A kezdeti évek különösen sok munkát, szervezést igényelnek. Amíg nincs elég műteti felvétel (telerecording), addig csak élő adásokkal folyik az oktatás. Az eredményes oktatáshoz a műtétben résztvevőkön kívül még 5 szakember szükséges. A TV-lánc biztonságos működését egy elektromérnök és egy technikus biztosítja. A műteti kép beállítását olyan orvos irányítja, aki a műtét lényegét jól ismeri (kisebb vagy nagyobb kép megfelelő beállítása). Legjobban bevált „camera-man”, a jó technikai érzékű szakorvos. A műtétet magyarázhatja maga az operáló sebész is, de ez számára nagyon fárasztó és zavarja is a műtétet. Ezért tehát még egy szakorvos kell, aki jól és szakszerűen magyaráz és ez a narrátor. A hallgatóság a tanteremben így jól látja és hallja az egész műtétet, de még a kölcsönös élő összeköttetést is biztosítani kell. Ezért az oktató helyiségben a hallgatóságból vagy az intézet szakorvosai közül még egy orvost kell biztosítani. Az összeköttetést a műtővel ez az ötödik ember tartja és egyúttal közli a hallgatóságból felmerülő kérdéseket, problémákat is. Így válik azután az 5 fős szakemberrel az oktatás élővé, eredményessé. A narrator részletes magyarázata, a feltett kérdésekre adott válasz, az élő műteti kép szakmailag is egyszerre több szakorvosnak nyújt maradandó élményt és korszerűbb továbbképzést.

A sérülések közül a csonttörések ellátásának televíziós oktatása még különösen előnyös. A műtét színes képének folyamatos adása mellett a röntgen televízió képének a közvetítése is fekete-fehér képernyőn lehetséges. A műteti röntgen képet így sugárterhelés nélkül egyszerre sokan láthatják. Az első röntgenszakorvosi tanfolyamon több, a szakmájában igen jó szakember elismerő nyilatkozata igazolta ennek a TV-s audiovisualis oktatásnak rendkívüli értékét.

Az igazságnak tartozunk azonban azzal, hogy az ilyen korszerű oktatás rendkívül költséges, csak nagy intézetben és még ott is csak igen nagy erőfeszítés árán valósítható meg.

Feladatok, problémák, perspektívák

Az oktatás fejlesztése az igények és a szakma fejlődésének megfelelően még sok szervezést munkát kíván meg.

Az előadások és a gyakorlatok anyagának javítása, fejlesztése, a szemléltető eszközök korszerűsítése, újabb filmek készítése az elkövetkezendő években folyamatosan meg kell történnjen.

Legnagyobb hiányosság a megfelelő tanfolyam jegyzet. Csak néhány kisebb jegyzetből van a hallgatóságnak lehetősége utána olvasni. A tematikának megfelelő, szakmai könyv túlságosan nagy terjedelmű. Tervezzük az 1975-ös évben — és a technikai feltételek már biztosítottak — az előadások magnószalagra vételét, majd leírását. Utána az előadók által átdolgozott szöveget jegyzetben kívánjuk a hallgatóság kezébe adni. Az oktatás hatásosságát és tartósságát ezzel bizonyosan sikerül majd növelni.

A készülő szakorvosképzés módosított rendeletében a Traumatológiai Társaság által a sebészeknek javasolt egy év kötelező traumatológiai gyakorlat nagyon fontos volna a tábori sebészeti alapképzettség szempontjából is. Ugyanis így minden sebész a kötelező egy év traumatológiai gyakorlata alatt a sérült ellátás alapjait is megismerné. A hazai nagy sebészeti osztályok mellett már évek óta mindenütt önálló traumatológiai osztályok működnek. Ott ahol orvoscsere nincsen és közös ügyeleteket sem adnak, az általános sebész úgy is nyerhet sebészeti szakképesítést és később még főorvosi állást is, hogy életében soha nem látott el sérültet. Az ilyen hiányosan, de különben jól képzett sebész kikerülhet olyan osztályra vezetőként (már nem egy példa van rá), ahol a beteganyag legalább egyharmada sérültekből áll. Nem kétséges, hogy ezeken az osztályokon a sérültek ellátási nívója messze elmarad a többi általános sebészeti betegek ellátásához képest.

Tömeges sérülés, háború esetén hiába van jó képzettségű sebész, ha nincs a sérülések kezelésében gyakorlata, akkor a tábori sebészetben nem fogja megállni a helyét.

A tanfolyamra kötelezett szakorvosok oktatásának eredményessége sohasem éri el a saját kívánságára jelentkeztetikét. Szükséges ezért is még érdekesebbé, hasznosabbá és ha lehet élvezetesebbé tenni a továbbképzést. Ha a jegyzet, film és egyéb korszerű oktatási anyag kellő mennyiségben és minőségben áll majd rendelkezésre, akkor a jövőben még rövidebb időtartamú tanfolyam is jobb és hasznosabb oktatást végezhetünk. A rövidebb — de 4—5 évenként megismételt tanfolyamokon a sebészek tábori sebészeti képzettségét bizonyosan magasabb fokon lehet tartani.

Sürgős fejlesztést kíván az egyes szakmák továbbképzése is. A legsürgetőbb az idegsebészeti és neurotraumatológiai oktatás, mert jelenleg még a békebeli idegrendszeri sérültek ellátására sincs elegendő idegsebész, még Budapesten sem. De az égési —, a kéz —, maxillofacialis —, a gyermek sérültek stb. ellátása is sürgős és megoldandó feladat. Az egyre több sérült miatt már napjainkban is halaszthatatlanul szükség van e szakmákban is a szakorvosi továbbképzésre.

Маннингер Й., полковник м/с:

ОБУЧЕНИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ В ОПЕРАТИВНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЯХ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Основной принцип: Для обучения военно-полевой хирургии в мирное время предоставляет возможности травматологическое отделение. После изложения развития венгерской травматологии и выделения ее из общей хирургии, автор занимается ролью и задачами Государственного Института Травматологии — базы обучения военно-полевой хирургии. На основе статистических данных анализирует развитие, тематику и целевую установку курсов усовершенствования, организованных в течение прошедших 16 лет. Между прочим сообщает об организации, функционировании и перспективах нового аудиовизуального вида обучения с использованием цветного телевизора. В заключении намечаются предстоящие задачи, проблемы и перспективы обучения военно-полевой хирургии.

Prof. Dr. J. Manninger, Oberst des Med. Dienstes, Kandidat der Med. Wissenschaften:

FELDCHIRURGISCHER UNTERRICHT DER OPERATIVEN FÄCHER IN FRIEDENSZEIT

Grundsatz: In Friedenszeit läßt sich der Unterricht der Feldchirurgie auf traumatologischen chirurgischen Abteilungen durchführen. Nach Erörterung der Art, auf welcher sich in Ungarn eine traumatologische Spezialität ausbildete und von der allgemeinen Chirurgie absonderte, beschäftigt sich Verfasser mit der Rolle und Aufgaben des Staatlichen Instituts für Traumatologie, als einer Unterrichtsbasis der Feldchirurgie. Im Bilde statistischer Daten werden die Entwicklung, Tematik sowie Zwecke der Fortbildungskurse der vergangenen 16 Jahre analysiert. Unter anderen verhandelt Verfasser über die organisatorischen, funktionellen Lösungen sowie Vorteile des neuen audiovisuellen, durch farbige Television verlaufenden Operationsunterricht. Schließlich erwähnt man die zukünftigen Aufgaben, Probleme und Perspektiven des feldchirurgischen Unterrichts.

DECARIS

tabletta

50 mg–150 mg

Összetétel: Tablettánként 50 mg, illetve 150 mg levamisolum-ot tartalmaz (sósavas só alakjában).

HATÁS: A Decaris elsősorban az *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* és *Necator americanus* fertőzések hatékony anthelminticum. E nematódák izomzatát bénítja. A megbénult nematódák a természetes bélmozgással kiürülnek a bélcsatornából. A hatás eléréséhez általában egyetlen tablettá bevétele elegendő.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: A Decaris-kezelés a diagnosztikai székletvizsgálat utáni egyszeri orális adagból áll.

Felnőtteknek: 1 db 150 mg-os tablettá adandó.

Gyermekeknek: Gyermekek adagja a testsúly alapján határozandó meg, az elvi adag 2,5 mg/testsúlykg. Szokásos adag: 8–10 kg-os gyermeknek $\frac{1}{2}$ tablettá (50 mg-os), 10–20 testsúlykg-ig $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ –1 tablettá (50 mg-os) egy alkalommal.

Célszerű a gyógyszert este bevenni.

Hashajtó adása a Decaris-kezelés után nem szükséges!

Ha az ellenőrző székletvizsgálat indokoltá teszi, akkor az első kezelés után két héttel megismételhető a Decaris adása.

MELLÉKHATÁSOK: A javasolt terápiás dózisban a Decaris nem okoz panaszokat. Magasabb adagoknál kífokú nausea, vagy hányás, fejfájás, diarrhoea átmeneti jelleggel előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS: Lypophyl anyagoknak (széntetraklorid, tetrakloretilén, kenopodiumolaj, kloroform, éter stb.) Decarissal együtti adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

Csomagolás: 2 db 50 mg-os tablettá 6,— Ft
1 db 150 mg-os tablettá 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.

Prof. dr. Zoltán János orvosezredes, az orvostudományok doktora

Háborús sérültek plasztikai rehabilitációjának korszerű lehetőségei

A háborús sérültek műtéti rehabilitációja jelentősen különbözik a békekörülmények között végzett helyreállító tevékenységtől. A sérültek nagy száma és a sérülések sajátosságai miatt a rehabilitációt végző sebész elsődendő feladata az osztályozás, a műtetre kerülés sorrendjének meghatározása. A sérültön levő elváltozásokat korrigáló műtéteket sürgős, halasztható és késői jelzésű csoportokra soroljuk. A helyreállítás első lépése a bőrhiány pótlása, ami legtöbb esetben a sérülés helyétől távoli adó terület felhasználásával történik. A leggyakrabban alkalmazható módszerek a félvastag bőr szabad átültetése és a direkt távoli nyeles lebonyolítás. A támasztó- és mozgásszervi képletek pótlásában a klinikai és biológiai szempontból egyaránt legideálisabb eredményt nyújtó autoplasztika mellett az alloplasztikai anyagok alkalmazása lép előtérbe.

A korszerű haditechnika által okozott sérülések az operatív rehabilitációt végző plasztikai sebészt merőben más feladatok elé állítják, mint amelyeket békekörülmények között, sérülés, betegség, műtét, illetőleg orvosi kezelés által előidézett (tehát szerzett), vagy fejlődési rendellenesség okozta anatómiai és funkcionális elváltozások rehabilitációjakor kell megoldania. A megváltozott körülmények összessége miatt a háborús sérültek rehabilitációját gyakorlatilag önálló diszciplinának lehet tekinteni. Mielőtt a helyreállítás lehetőségeire és módszereinek tárgyalására rátérnénk, ezekkel a különleges körülményekkel kell foglalkoznunk.

A háborús és békeidejű rehabilitáció közötti különbségek

A háborús sérülések többségükben nagykiterjedésűek, és zömükben mélyre terjedőek. A támasztó- és mozgásszervi képletek, valamint a mélyebb szervek sérülése nagyobb százalékban csatlakozik a bőr traumájához, mint a békekörülmények között létrejött sérülések esetében. A kombinált sérülések aránya az össz-sérülésekhez viszonyítva jelentősen nagyobb és nagyon gyakori a különböző jellegű traumák egyidejű behatásából származó sérülések

száma. A mechanikai traumához gyakran thermikus sérülések szövődnek és fordítva. Korszerű háborús körülmények között ehhez még hozzá kell vennünk a sugársérüléseket is, amelyek kihatásával jelen tanulmány keretében nem foglalkozunk.

A háborús és a békeidejű plasztikai sebészeti helyreállítás közötti jelentős különbségként kell megemlítenünk azt a tényt, hogy a háborús sérültek egymszerre, nagyobb tömegben érkezők a rehabilitációt végző intézménybe.

A sérültek többnyire kedvezőtlen általános állapotban kerülnek műtetre, mind fizikai, mind pszichés szempontból. Az előbbieket csoportjában elsősorban a vérveszteség és a shockhatás által létrehozott kedvezőtlen haematológiai feltételeket, a rossz erőnléti, tápláltsági állapotot, esetleges vitaminhiányt kell megemlítenünk. Az átvészelt shockállapotot, az elszenvedett súlyos stressz-hatásokat, valamint a sérülés és az azt követő kórházi ápolás okozta rossz pszichés állapotot ugyancsak számításba kell venni.

A röviden felsorolt körülményekből következik, hogy a rehabilitációt végző plasztikai sebésznek különleges terapiás-taktikai elvi álláspontra kell helyezkednie, és az ebből fakadó — ugyancsak szokatlan — tervezési, osztályozási kérdésekkel kell foglalkoznia. Ami a terapiás irányelveket illeti, az első és legfontosabb különbség a békekörülmények közötti rehabilitációval szemben az, hogy háborús sérülteken csak funkcionális rehabilitációt lehet végezni — és ebben is bizonyos kompromisszumokra kényszerülünk. Ennek részleteire még visszatérünk.

A békekörülmények közötti traumatológiai helyreállításban az elvégzendő beavatkozásokat „sürgős” és „halasztható” műtétek csoportjába osztjuk. Sürgősnek nevezünk minden olyan műtétet, amelynek feladata a funkcionális károsodások megszüntetése, vagy ezek megelőzése. A halasztható műtétek csoportjába soroljuk azokat a beavatkozásokat, amelyekben anatómiai elváltozásokat korrigálunk: például nagyobb kiterjedésű bőrpótlást végzünk a heg által fenntartott mozgáskorlátozottság, keringési zavar, növekedési akadály vagy szubjektív panaszok megszüntetésére, illetve későbbi szövődmények (a heg kifehélyesedése, rosszindulatú elfajulása) megelőzésére. Végül ebbe a csoportba tartoznak az esztétikai zavarok megszüntetését célzó összes műtétek.

A háborús sérültek helyreállításában — mint említettük — kizárólag funkcionális rekonstrukcióra korlátozódunk. A műtéteket aszerint, hogy elvégzésüket mikor tartjuk szükségesnek, három csoportra osztjuk. Megkülönböztetünk „sürgős”, halasztható”, és „késői” műtéteket. Az első két fogalom, illetve elnevezés mögött azonban más tartalom rejlik, mint amit a békekörülmények közötti helyreállításban értünk alatta, lévén, hogy utóbbiból tulajdonképpen csak az ott „sürgős” jelzést hordozó műtéteket vettük át, és azokat osztottuk fel újból két csoportra.

A háborús sérültek rehabilitációjában „sürgős” jelzést kapnak azok a műtétek, amelyek célja életfontos funkciók: a légzés, a táplálkozás, valamint a látás védelme, illetőleg feltételeinek megteremtése, az üregek falának zárása, valamint a felszínre került támasztó- és mozgásszervi képletek fedése. Mindegyik feladattal elsősorban az arc sérülései kapcsán találkozunk, amely abszolút és relatív számban egyaránt a háborús sérülések leggyakoribb lokalizációja. A szem körüli sérülések gyakori következménye az ektropium, amelyik éppen háborús körülmények között tragikus gyorsasággal

végződik a látás elvesztésével. Az elpusztult szemhéjak pótlása tehát halaszthatatlanul sürgős feladatnak tekinthető.

Ugyancsak gyakran találkozzunk háborús sérülésekben az orr- és a szájüreg destrukcióival. Előbbi esetben a légzőutak elzáródásának megakadályozása, utóbbiban a szájüreg falának rekonstrukciója és a szájrés zárás-képességének helyreállítása sürgős feladat, a légzés, a táplálkozás és a beszéd biztosítása céljából. Ennek megtervezése és végrehajtása a plasztikai sebész alkotó fantáziájának jelentős próbatétele.

A felszínre került támasztó- és mozgásszervi képletek (izületek, csontok, inak és idegek) ép bőrrel fedése funkcionális szempontból alapvetően sürgős feladat. Ugyanitt említendő az üregek falának zárása is, ami azonban az idegsebészrel, a mellkas- és hassebészrel közösen megoldandó határterületi probléma.

„Halasztható”-vá vált ilyen körülmények között minden olyan beavatkozás, amelynek célja a mélyebb képletek rehabilitációjának, illetőleg pótlásainak előkészítése ép bőr pótlása révén; a súlyos mozgászavarokat fenntartó vagy annak keletkezésével fenyegető hegesedések, zsugorodások megszüntetése; végül a nagykiterjedésű hegesedés várható funkcionális következményeinek megelőzése.

Ehhez a gondolatsorhoz tartozik egy megjegyzés, amelynek tartalma sajnos az orvosok, sőt még a sebészek körében sem eléggé ismert. Ez annak a ténynek a leszögezése, hogy a heg zsugorodása — amit a heg tömege, vagy az adott testfelszínen elfoglalt helyzete, iránya hoz létre — csakis műtéti úton szüntethető meg és semmiféle konzervatív kezeléssel nem, beleértve a sinezést, a fizikoterápiát és mindenfajta gyógyszeres kezelést.

A harmadik csoportba tartoznak végül a „késői” műtétek, amelyek feladata a csekélyebb működési zavart fenntartó hegek eltávolítása és ép bőrrel pótlása, valamint minden olyan műtét, amelynek feladata pusztán az anatómiai elváltozás, hiány vagy torzulás megszüntetése. Ezek azok a beavatkozások, amelyeket a békekörülmények közötti helyreállításban „halasztható” műtétek csoportnév alatt foglalunk össze.

A vázolt helyzet azt az alapvető kötelezettséget rója a plasztikai rehabilitációt végző, illetőleg azt irányító sebészre, hogy a nagy tömegben beáramló sérülteket két szempontból osztályozza. Először is alapos, de gyors vizsgálattal meg kell állapítania, hogy melyek azok a funkcionális károsodások, amelyek az egyes sérültön fennállnak; másodsorban fontossági sorrendet kell megállapítania ezen elváltozások rehabilitációjára; végül ennek alapján az egyszerre beérkezett nagyobb tömegű sérült-csoport műtétre kerülésének sorrendjét kell meghatározni.

A háborús sérültek rehabilitációs műtéteinek néhány alapelve

A háborús sérülések zöme mélyre terjedő. Elsősorban és minden esetben sérül a köztakaró, többnyire nagyobb kiterjedésben. A bőrfelszín nagyobb felületű sérüléseinek gyakoriságát növeli az égések százalékos arányának feltűnő növekedése a korszerű hadviselés okozta sebesülésekben. A helyreállítás első feladata tehát csaknem minden esetben a bőrhiány pótlása.

Az osztályozási szempontokban elmondott elvek alapján a bőrpótlás indikációja mindig abszolút jellegű, mert célja a funkcionális restitució.

A bőrpótlás elvégzése után kerülhet csak sorra a mélyebb képletek rekonstrukciója.

A bőrpótlás tekintetében — elsősorban a sürgős műtétekben, de nagyon gyakran a halaszthatónak jelzett beavatkozások esetén is — sokkal rosszabb lokális feltételekkel kell számolnunk, mint békekörülmények között. Ez elsősorban abban nyilvánul meg, hogy krónikus sebfelületek jelenlétében kell bőrpótlást végeznünk. Békekörülmények között ilyen esetekben előbb a seb felszín behamosítására törekszünk, hogy akkor már kedvezőbb és főleg aszeptikus körülmények között történhessen a végleges jellegű bőrpótló műtét.

A felszínre került képletek minél előbbi fedése sürgős feladat. Csak így kerülhetők el a súlyosabb következmények: az erek — életveszélyt jelentő — ruptúrája, az idegek elhalása, következményes motoros kiesésekkel, az izmok elfolyósodása, az inak csúszóképességének elvesztése, porcok elhalása, csontokban idült gennyedés és sequestratio fellépése, valamint az ezzel járó idült gyulladás, gennyedés, septikus állapot. A folyamat mélyebbre terjedésekor a lokalizációtól függően testüregek is megnyílhatnak.

A háborús körülmények közötti bőrpótlásokban ezért a „biológiai excisionak” nevezett elvet kell alkalmazni. Lényege az, hogy gyors, lokális előkészítés után célzott antibiotikus kezelés védelmében, gondosan megtervezett, jó vérellátású nyeles lebennyel fedjük a felszínre került mélyebb képletet és környékét, a jó keringésű lebeny által a helyszínhez juttatott sejtes és humoralis elemekre bízva a fontos képletek életképtelen részleteinek biológiai eliminálását.

A mélyebb képletek ellátása az alábbi szabályok szerint történik: az ereket és az idegeket mindenképpen megtartjuk, a csontsequestereket és a felszínre került porcokat, valamint a szabadon fekvő inak biztosan elhalt részletét eltávolítjuk, de az inak folytonosságát igyekszünk megtartani, mert ez a működés fenntartásának biztosítója. Az inahüvellyel borított inak megtarthatók. A bizonytalan keringésű izmok elhalt részeinek eliminálása „biológiai” úton várható, a többi viszont reaktiválódik, az izmok kimetszése ezért szükségtelen. A lebeny alá szívó-draint helyezünk és a műtét utáni napokban az üregeket rendszeresen öblítjük. A kezdetben purulens váladék fokozatosan serosussá válik, a beteg leláztalanodik, általános állapota rohamosan javul és a végleges gyógyulás után a funkcionális eredmény minden esetben jó.

Szólni kell a háborús sérültek rehabilitációs műtéteiben az anaesthesia megválasztásáról is, amelyben az alábbiakat kell megfontolni. A sérültek rossz pszichés állapota a kétségtelenül kíméletesebb általános érzéstelenítés alkalmazását indokolná. A sérülések nagyobb százaléka azonban az arcot érinti, és az itt végzett műtétekben csak a legkorszerűbb altatási eljárások tekinthetők biztonságosnak. Ha ehhez hozzávesszük a nagytömegű sebesült-áramlást és azt a tényt, hogy háborús körülmények között szakképzett anaesthesiológusokra még kisebb számban lehet számítani, mint máskor, végülis arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a helyi érzéstelenítés alkalmazása — olyan esetekben, amikor a sérülés kiterjedése vagy mélysége nem teszi lehetetlenné alkalmazását, célszerűbb és egyszerűbb, mint az altatás.

A bőrpótlás lehetőségei és módszerei háborús sérülteken

Békekörülmények között alapvető felfogásunk szerint a bőrhiány pótlásában a legjobb esztétikai és funkcionális eredményt mindig a környező bőr felhasználása nyújtja, mivel annak sajátosságai állnak legközelebb az elpusztult, elvesztett bőr tulajdonságaihoz. Ha ezt az ideális-optimális eljárást nem alkalmazhatjuk, mert nem áll rendelkezésünkre a környezetben megfelelő mennyiségű bőr, akkor kétféleképpen járhatunk el a továbbiakban: ha a bőralatti kötőszövet pótlására nincs szükség, akkor szabad átültetést alkalmazunk; ha zsírral párnázott bőrre van feltétlenül szükségünk, akkor a bőrvételre alkalmas távolabbi testfelszínekről ültetünk át nyeles lebenyt, direkt módszerrel vagy vándorlebenyplasztikai eljárással.

Lokális lebenyplasztikákra a háborús sérülteken végzett bőrpótlásokban nem kerülhet sor, elsősorban a sérülések nagy kiterjedése miatt. De nem alkalmazható a bőrátültetésnek ez a módja kisebb, körülírt bőrhiányok esetében sem, a kedvezőtlen körülmények miatt. A lokális lebenyplasztikákat csak maximális biztonsággal szabad elvégezni, mert ha a felhasznált bőrtérület valamilyen okból elhal, a sérült rendkívül súlyos veszteséget szenved, mert nemcsak a műtét kudarca sújtja, és az ebből eredő idővesztés, hanem az a körülmény is, hogy elvesztette az optimális bőrpótlás lehetőségét.

Háborús sérülteken, kivételes esetekben, a lokálisnak tekinthető eljárások egyetlen fajtája alkalmazható: a távolabbi szomszédságból vett nyeles lebenyek az arc helyreállító műtéteiben. A válltájékról, a sternum vagy a tarkó felé nyelezett, nagykiterjedésű és kitűnő vérellátású nyeles lebenyeket lehet metszeni, amelyek a teljes arcfél bőrének biztonságos és kitűnő eredményű pótlására alkalmasak. Ezen lebenyek nagy előnye, hogy egy ülésben is átültethetők és az adó helyen keletkezett sebfelszint teljes értékűen fedni lehet félvastag bőr szabad átültetésével. A válltájékról vett lebenyek önmagukban kettőzve vagy félvastag bőrrel alábélelve kettős hámfelszínű lebenyekként felhasználhatók a szájüreg falának és az ajkaknak a pótlására, áthatoló lött sérülések sürgős rekonstrukciója céljából.

A háborús sérülteken végzendő bőrpótlás jellemzője tehát az, hogy általában csak távolabbi területekről vehetünk a pótlás céljából bőrt. A rendelkezésre álló módszerek közül figyelemreméltó ilyen körülmények között a félvastag bőr szabad átültetésének jelentős térhódítása, mert az eljárás előnyei éppen ezen körülmények között érvényesülnek legjobban. Ezeket az előnyöket az alábbiakban lehet röviden összefoglalni.

1. A műtét helyi érzéstelenítésben elvégezhető.
2. Az eljárás rendkívül egyszerű, mindössze két műszer szükséges hozzá: a Humby-féle egyszerű, pengés bőrmetsző-eszköz és a metszés megkönnyítésére Gabarro—Zoltán bőrfeszítő eszköze.
3. A transplantatum rendkívül igénytelen, a legrosszabb befogadó sebalapon is megtapad.
4. A transplantatumot nem szükséges a befogadó helyen varrással rögzíteni.
5. A transplantatum szabadon is kezelhető, de kötéssel is rögzíthető.
6. Háborús sérülteken, az anaerob fertőzés fokozott veszélye miatt a félvastag bőr szabad átültetésének „bélyegplasztika” néven ismert formája alkalmazható, amelynek előnye, hogy ugyanolyan eredményt ad, mint az összefüggő darabban átültetett bőr, ugyanakkor az egymás mellé helyezett kisebb-nagyobb darabkák („bélyegek”) közötti rések biztosítják a sebfelszín „szellőzését” és utat adnak az esetleges váladék lefolyásának is.
7. Részleges kudarc esetén az átültetés ismételt elvégezhető, mégpedig úgy,

hogy érzésteleníteni csak egyszer kell a sérültet. Célszerű ugyanis az érzéstelenített adóterületről a tervezettnél nagyobb mennyiségű bőrt metszeni első alkalommal és azt konzerválni. (A konzerválás módja is egyszerű. Az önmagában összehajtogatott bőrdarabot steril konyhasóoldattal megnedvesített törülőbe helyezzük és transfúziós edényben $+4\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on tartjuk. Az ily módon tárolt bőr három hétig teljesértékűségét megőrzi és bármikor ugyanolyan eredményesen átültethető, mint a frissen metszett transplantatum.)

8. A sérültet a bőr vételeivel nem éri veszteség, mert az adóhelyen keletkezett seb felszín az alapon maradt verejték- és faggyúmirigyek, valamint a szőrtüszők kivezető csövének a háma felől 10–12 nap alatt spontán behámosodik. Az adó helyen a funkcionális igénybevételnek teljesen megfelelő bőr marad vissza, amely néhány hét múlva transplantatum újabb metszésére is alkalmas.

A direkt távoli lebenyplasztikák közül a háborús sérültek bőrpótló műtéteiben a törzsről vett lebenyeknek van elsőrendű szerepe, amelyeket a felső végtag és a kéz nagykiterjedésű bőrhiányai esetén lehet alkalmazni. Az alsó végtag nyeles lebeny igénylő bőrhiányainak pótlásában az époldali alsó végtagról vett lebenyek („keresztezett végtaglebeny plasztika”) alkalmazható jó eredménnyel. Ez az eljárás két ülésben, tehát aránylag rövid idő alatt biztosítja teljes értékű, teherbíró bőr átültetését, amelyet szükség esetén a csontokon és ízületeken végzett helyreállító beavatkozásokkal egyidejűleg lehet alkalmazni. Az eljárás egyedüli hátránya a rendkívül pontos és eléggé komplikált rögzítés szükségessége.

A nyeles lebenyplasztikát igénylő bőrhiányok pótlásában — a háborús sérülteken és békekörülmények között egyaránt — két tényező jelent nehézséget: az egyik az időfaktor, a másik a rögzítés.

A vándorlebenyes eljárások (hengerlebenyplasztika) minimálisan 5–6 műtétet, tehát rendkívül hosszadalmas kórházi kezelést jelentenek. A közvetlen módszerek pedig olyan testhelyzetben való szoros — legalább három hetes — rögzítéssel járnak, ami idősebb korban az ízületek másodlagos károsodása miatt a műtéti eljárás kontraindikációját jelentheti.

A műtéti tervezésben az időtényező értékelésében olyan újabb körülményt találunk, amely a háborús rehabilitációt élesen megkülönbözteti a békekörülmények közötti helyreállítástól.

Békekörülmények között végzett bőrpótló műtétek tervezésekor elsőrendű célkitűzés az, hogy olyan bőrátültetési eljárást találjunk, amely a hiányzó bőrterületet végleges és optimális eredménnyel pótolja. Kivételes esetektől eltekintve ennek megállapításakor nem vagyunk tekintettel arra, hogy hány műtét és mennyi kórházi ápolás szükséges a műtéti sorozat elvégzéséhez. Elsőrendű fontosságú tehát az optimális eredmény elérése, a ráfordítás ideje másodlagos jelentőségű. Háborús körülmények között a helyzet megváltozik, az időtényezővel primeren kell számolnunk, annak fontosságát kell előtérbe helyeznünk, és kompromisszumra kényszerülünk a bőr minősége tekintetében.

A távoli nyeles lebenyplasztikákkal járó nehézségek kiküszöbölésére egy olyan új bőrátültetési eljárás látszik alkalmasnak, amely jelenleg még csak kísérleti állapotban van. De a csekély számú klinikai próbálkozások máris biztató eredményei azonban jogossá teszik a reményt, hogy ez az eddigieknél gyorsabban célravezető és optimális eredményt biztosító eljárás hamarosan rutinszerűen alkalmazható lesz. Az eljárás előnye mellett eltorpúl az egyetlen hátrány, hogy rendkívül minociózus mikrotechnikát és ehhez nélkülözhetetlen speciális felszerelést igényel. A módszer elnevezését úgy lehetne megfogalmazni, hogy „nyeles lebenyek szabad átültetése

mikrovascularis anastomosissal". Lényege az, hogy olyan testtájon, amelyről nagyobb mennyiségű bőrt lehet venni átültetés céljából az adó hely károsodása nélkül, felkeresik a területet ellátó fő érköteget — arteriát és vénát — és azokkal összefüggésben, szabadon ültetik át a szükséges alakú és nagyságú bőr- és bőralatti zsírszövetmennyiséget. A befogadó helyen anastomosist készítenek a területet ellátó fő-értörzs és a transplantatum érlumenei között. Tehát a szabadon átültetett szövetdarabot közvetlenül bekapcsolják a befogadó hely vérellátásába. Adó területként legalkalmasabbnak látszik az elülső mellkasfal és a válltájéknak az a. és v. mamma interna által ellátott területe, a hátsó-oldalsó mellkasfal bőre (intercostalis ellátási területe), valamint az alsó hasfal és lágyéktáj bőre, amelyet két érköteg is ellát: az a. iliaból eredő a. epigastrica inferior és az a. femoralisból eredő a. circumflexa ilei superficialis.

Ez a módszer kétségtelenül a szövetátültetés jövőjét jelenti, amelynek alkalmazását a bőrön és bőralatti zsírszöveten kívül ki lehet terjeszteni egyéb szövetek, illetve szövetegyttesek átültetésére is.

Mélyebb szövetek pótlásának irányelvei

A háborús sérülések rendszerint mélyreterjedőek, ritkán korlátozódnak a bőrfelszínre. Ezért a sérültek műtéti rehabilitációjában gyakran kell a mélyebb szöveteken, főleg a támasztó és mozgásszervi képleteken beavatkozást végezni. A rekonstrukció rendszerint pótlást igényel, mivel a mélyebb képletek sérülés okozta hiányát a gyulladás és a necrobiosis tovább növeli.

A háborús rekonstrukcióban többnyire három szövet átültetésére kerül sor: ezek a csont, az ín és az irha. A csont és az ín átültetése ugyanezen szövetek hiányának pótlását szolgálja. Az irhát nagyon változatos javallatokkal használhatjuk fel, többek között a porc, az ízületi és függesztő szalagok, aponeurosisok és inak pótlására, az izomzat megerősítésére. A porc és a zsírszövet pótlása rendszerint csak az alaki helyreállításban válik szükségessé, erre pedig háborús sérülteken csak a késői műtétekben kerülhet sor. Porc és csontszövet együttes pótlásának igényével a sérült kézizületeinek helyreállítása során találkozunk. (Az erek és idegek átültetése más szakterületre tartozik.)

Békekörülmények között a mélyebb szövetek pótlásában a klinikusok véleménye megegyezik abban, hogy klinikai és biológiai értelemben egyaránt ideális eredmény csak az autotransplantatiótól várható. Ez az elv természetesen a háborús sérültek helyreállításában is érvényes. A gyakorlatban azonban egyre inkább előtérbe nyomul az alloplastikai anyagok felhasználása. Erre több körülmény is készítet. A sérültek nagy száma, már említett rossz lokális és általános körülményei indokolják azt a kívánságot, hogy mentesíteni kell a beteget és az orvost egyaránt a transplantatum vételének műveletétől — tehát a korlátlan mennyiségben rendelkezésre álló alloplastikai anyagot kell használni.

Az emberi testbe beültetett idegen anyagokkal szemben néhány alapvetően fontos követelményt támasztunk. Az anyagnak ellenállónak kell lennie a hőmérséklet változásaival, mechanikai ingerekkel és szövetnedvekkel szemben, könnyen sterilizálható kell legyen; alakítható kell legyen, de a szervezetben ne változtassa alakját és rögzüljön szilárdan a környező szövetek-

hez; legyen kémiailag közömbös, ne okozzon gyulladást, idegentest-reakciót, allergiás állapotot és főleg ne okozzon daganatot.

A korszerű műanyagok, főleg az acrylatok, a magasan polymerizált polyäthylen, polyvinyl-alkohol, polyurethanok és főleg a szerves szilícium-vegyületek (szilikonok) egyre inkább megfelelnek ezeknek a követelményeknek.

Az ipari és az orvostudományi kutatás fontos közös feladata az, hogy olyan műanyagokat találjanak, amelyek megfelelő indikációval és műtéti technikával alkalmazva, szövetek funkcióképes és tartós eredményű pótlására alkalmasak.

Золтан Я., полковник м/с, доктор медицинских наук:

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННЫХ ПОРАЖЕННЫХ

Оперативная реабилитация военных пораженных в основном отличается от восстановительной деятельности в мирное время. Из-за большого количества пораженных и особенностей поражений, первостепенная задача восстановительного хирурга заключается в сортировке, в определении последовательности оперативных вмешательств. Оперативные вмешательства, корригирующие дефекты и деформации раненых распределяются на три группы: срочные, отложные и отдаленные операции. Первой задачей является закрытие дефекта кожного покрова, что в большинстве случаев осуществляется аутопластической пересадкой кожи с отдаленного от дефекта донорского участка. Наиболее часто применимые методы — свободная пересадка расщепленных кожных лоскутов и прямая пересадка стебельчатых лоскутов отдаленного участка тела. В устранении дефектов опорно-двигательных структур, кроме аутопластики, дающей наилучшие результаты и с клинической и с биологической точки зрения, преимущественно применяется аллопластика — замещение тканей и органов чужеродными организму веществами.

Prof. Dr. J. Zoltán, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften:

MODERNE MÖGLICHKEITEN PLASTISCH-CHIRURGISCHER REHABILITATION DER KRIEGSVERLETZTEN

Die plastisch-chirurgische Rehabilitation der Kriegsverletzten unterscheidet sich wesentlich von der Wiederherstellungstätigkeit unter Friedensbedingungen. Wegen der hochliegenden Anzahl der Geschädigten sowie Eigenarten der Verletzungen ist die primäre Aufgabe des Chirurgen, der die Rehabilitation durchführt, eine Klassifizierung, Bestimmung der Reihenfolge der auf Operation wartenden Verletzten zu machen. Die Operationen, welche die Veränderungen der Geschädigten korrigieren, werden als dringende, aufschiebbare sowie spätere in Gruppen eingeteilt. Erster Schritt der Wiederherstellung ist der Ersatz des Hautdefektes, der öfters durch Verwendung eines von der Schadenstelle weit liegenden Donorgebietes geschieht. Die am öftersten verwendbaren Methoden sind die Spalthauttransplantation sowie die direkte Fernlappenplastik. Bei dem Ersatz der Formationen von Stütz- und Bewegungsorganen tritt neben der Autoplastik, die aus klinischem sowie biologischem Gesichtspunkt die besten Erfolge leistet, auch die Verwendung alloplastischer Materialien in Vordergrund.

Dr. Csorba Antal orvosezredes

A katonai alkalmasság időszerű kérdései a neuropsychiatria területén

A szerző a katonai alkalmasság tágabb és szűkebb értelmezésére kitérve négy fejezetben foglalkozik a neuropsychiatriai alkalmasság megállapításának kérdésével. Az első részben a pszichiatria jól definiált kórformáival és a szervi idegrendszeri betegségekkel foglalkozik. Külön, a második fejezetben tárgyalja a neurosisok és psychopathiák legtöbbet vitatott minősítési problémáit. A két fejezetben kiemelten tárgyalja az egyes kórformák és alkalmassági kategóriák szemléletmódjában bekövetkezett változásokat, valamint a neuropsychiatria diagnosztikai és therápiás haladásából adódó következtetéseket. A harmadik fejezet a teljes, psychophysiológiai vizsgálattal is kiegészített alkalmasságmegállapítás bevezetésének fontosságára, előfeltételeire, perspektivikus elgondolásokra tér ki. A befejező rész felsorolja azokat a lehetőségeket, amelyek ésszerű kihasználásával csapat-orvosaink értékes segítséget nyújthatnának a minősítő munka megbízhatósági színvonalának emeléséhez.

A katonai egészségügyi alkalmasság tágabb értelmezésben azt jelenti, hogy a személy egészséges, vagy nincsen olyan fogyatkozása, amely a katonai szolgálat ellátását akadályozza, illetve amelyet a szolgálat hátrányosan befolyásolhat. Az alkalmasság szűkebb jelentésben is használatos, amikor egy adott fegyvernemen belül, vagy adott katonai feladatkörben megkívánt eü. és élettani-psychológiai adottságok, képességek birtoklását jelenti, melyek a sikeres helytállás előfeltételei. Itt az eü. orvosi vizsgálaton kívül még psychophysiológiai célvizsgálatok, szűrések szükségesek az állomány szelekciójához: „a megfelelő embert a megfelelő helyre”.

A két vizsgálat sorozat eredménye az alkalmasság és a beosztási lehetőségek meghatározása. Utóbbi egyelőre csak bizonyos fő-irányokban végezhető; kétségtelen azonban, hogy a komplett alkalmassági vizsgálat mint optimális forma perspektivikusan a szakerők és eszközök fejlesztésének célkitűzése kell legyen.

Most a tágabb értelmezésű katonai alkalmasság kérdésével foglalkozunk az ideg-elme gyógyászat szakterületén. A jelenlegi ismertetést indokolja,

hogy egyrészt magasabb vezetési szempontok szükségessé tették az eddigi gyakorlat felülvizsgálatát, másrészt a szakma fejlődése ugyancsak időszakos ellenőrzést és magyarázatot igényel. Az új Alkalmassági Utasítás még nem lépett hatályba, azonban erre fel kell készülnünk, másrészt bizonyos elveket a jelenlegi keretek között is már szemléletünkben érvényesíthetünk.

A katonai alkalmassági elbírálás tulajdonképpen prognózis, amelynek helyessége a kórisme helyességének függvénye. A neutropsichiatriai szakterület objektív klinikai symptomák és műszeres vizsgálatok eredményei alapján a szervi kóresetek megállapításában nagyfokú biztonsággal dolgozik s az alkalmassági kritériumok behatárolása nem kevésbé megbízható, mint a többi tárgyi tünettannal dolgozó klinikai szakmák eseteiben. Annál bonyolultabb feladat a psychés functionális magatartásjelekre és subjectív adatokra támaszkodó diagnosisek biztonságos megállapítása s alkalmassági prognosisa.

Az utóbbi területen is számos olyan kórkép ismeretes, amelynek jól definiált tüneti képe annyira jellegzetes, hogy felismerésük biztonsága nem marad el a szervi betegségekéétől. Elég, ha az ún. endogen elmezavarokra utalok (schizophrenia, mániás-depressiós elmezavar) valamint egyéb psychosisokra, ahol a típusos és nem utánozható összkép nem hagy kétséget a kórisme helyességét illetően s az alkalmassági döntést is egyértelműen meghatározza. A legnehezebb feladat a neurosisok és psychopathiák súlyossági fokának megítélése s ez az a terület, ahol a szakmai döntéseket a laikusok részéről állandó bizalmatlansági légkör veszi körül, nem egyszer feljelentések miatt ismételt vizsgálatokra kényszerülünk.

Áttekinthetőség céljából négy részben tárgyaljuk a kérdést. Először a diagnosztikailag és prognosztikailag egyértelmű, típusos elme — és szervi elváltozásokat tárgyaljuk, külön foglalkozunk a functionális kórformákkal, amelyek a legfőbb gondot jelentik, röviden jellemezzük a szűkebb célzott alkalmasságmegállapítások kérdését s végül a csapatorvos szerepkörére utalunk.

I. A pszichiatría területén a jólismert ún. nagy pszichiatríai kórformák vonatkozásában lényegi változás a régebbi gyakorlathoz képest nincsen. A schizophrenia, paraphrenia, paranoiás-quaerulatoros kóros személyiségfejlődések, praesenilis dementiák egyértelműen „Alkalmatlan” minősítésűek szakaszos, „schub” szerű vagy chronicus progressív lefolyásuk miatt. Az ún. schizophorm psychosisok jó remissióval s az acut paranoid reakciók ht. viszonylatban hosszmetzetben bírálendók el. A minősítés attól függ, hogy ismétlődik-e a kóros állapot, vagy epizód (egyszeri) jelenség volt-e. Egyéni elbírálás alapján korlátozást alkalmazhatunk, melyet később „Alkalmás” minősítésre is változtathatunk. Ugyanis a szellemi színvonalat és képességeket ilyen lezajlott epizódikus psychosisok nem érintik. Ismétlődés esetén természetesen a leszerelés mellett kell állásfoglalnunk. Sorállománynál a schizophorm vagy paranoid reakciókat is „Alkalmatlanra” minősítjük, mert nem lehetséges a hosszmetzeti értékelés s nem vállalhatjuk a recidiva kockázatát, amit a ht. állomány érdekvédelme indokol.

A típusos mániás-depressiós elmezavar elbírálása változatlan, de jelentősen fejlődtek a depressív kórképekre vonatkozó ismereteink és bővültek terápiás lehetőségeink. Az eredményesen kezelhető, nem endogen, hanem reactiv depressiós képek esetében a sorállományban halasztás indokolt s két év tünetmentesség esetén egyéni elbírálással „Alkalmás” vagy korlátozásos

minősítést adhatunk. Tiszteknél korlátozást, szolgálatkönnyítést, esetleg beosztásváltoztatást javasolunk s legalább két évi panaszmentesség után módot kell adni az „Alkalmas” minősítésre is.

Hasonló alapelv szerint kell eljárni az extracerebrális somatikus noxiák által provokált ún. exogen reaktív psychosisoknál, azaz halasztás ill. ht. állományban korlátozás adandó s később véglegesítjük a minősítést.

A kifejezett tüneteket okozó lueses, alcoholos psychosisok, orgános psychosyndromák sorállományban nem tarthatók meg (igen ritkák), ht. állományban kivételt tehetünk a komolyabb károsodást még nem okozó vagy eredményesen kezelhető esetekben. Ebben a csoportban sajnos a traumás Korzakov psychosis és a delirium tremes dominál, ahol megtartás aligha lehetséges.

A típusos pszichiatriai képek keretében említjük meg a gyengeelméjűség minősítési elvét. A sorállomány e kategóriájában már a sorozás szintjén kiesnek az idióták, imbecillisek, akiknek felismeréséhez nem kell szakismeret. A mérsékelt formák (debilitás mentalis) diagnosisa pszichiatriai-pszichológiai vizsgálatot igényel, s ha bizonyítható, ugyancsak „Alkalmatlan” a minősítés. Egyelőre nem eldöntött kérdés a neveltetési körülményekből adódó ismereti fogyatékoság szellemi igénybevételt, őrszolgálatot kizáró munkakörben való alkalmazhatósága, továbbá a gyógypedagógiát végzett, de szakmát tanult személyek saját szakmájukban történő igénybevétele. Analfabétáknál — ha nem debilisek — halasztás adható az írási-olvasási alapismeretek elsajátítása végett. Az említett még nyitott problémákat az új utasítás fogja egyértelműen szabályozni.

Az organikus neurológiai kórképek egyik katonai szempontból különösen fontos fejezete az epilepsia. Az előzményi adatok, rohamészlelés, EEG vizsgálat az esetek kb. $\frac{3}{4}$ részében biztonsággal módot ad a diagnosis felállításához. Sorállománynál természetesen „Alkalmatlanok”. Ht. állományban vizsgálunk kell a therapiás befolyásolhatóságot, az ismétlődés gyakoriságát. Amíg erről hosszmetzeti adatokra tehetünk szert, olyan beosztási javaslattal kell élnünk, amely a veszélyeztetést kiküszöböli (pl. irodai munka tevékenység és 24 h szolgálat alóli felmentéssel). Ha gyakrabban ismétlődnek a rohamok s anticonvulsivumokkal eredményesen nem befolyásolhatók, leszerelés indokolt. Ugyanez vonatkozik a göccs epilepsiákra, melyeknek minden esetben organikus oka van. E „tüneti” epilepsiáknál nem mellőzhető az EEG mellett a contrastos (pneumo-angiographiás) vizsgálatok elvégzése. Az organikus göccs okozta epilepsiák s a gyakori rosszúllettel járó formák a kialakuló személyiségváltozás miatt sem tarthatók meg.

A szervi idegbetegségek két fő szempont szerint kerülnek minősítésre: lezajlott, nem ismétlődő kórképek a maradványtünetek súlyossága szerint, a progressív folyamatok, rendszerbetegségek az észlelt stádium szerint. Utóbbi elv csak ht. vonatkozásban érvényes. A gyulladásszerű, traumás esetek maradványtünetei a psychés vagy somaticus végleges defektus kialakulása után minősítendőek, de az esetek jelentős részében az ideggyógyász már korábban is prognosist tud adni a várható végállapotról. Ht. állományban módunkban van hosszabb megfigyelési idő után nyilatkozni, sorállománynál halasztásos leszerelést vagy végleges minősítést adunk komolyabb károsodások eseteiben. Ht. vonatkozásban igyekszünk a szolgálati érdek figyelembevétele mellett azt az általános orvosi alapelvet érvényesíteni, hogy ameddig a közösségnek kárt nem okozunk, aktív munka — ill. megfelelő

beosztási lehetőséget javasolunk s csak előrehaladott esetben hozunk leszerelési döntést rokkanttá nyilvánítással. Pl. induló sclerosis multiplex vagy izomzati rendszerbetegségek enyhe, a functiót még alig befolyásoló tünetekkel nem jelentenek ht. esetben még leszerelést. Viszont nem tehetünk engedményeket ott, ahol a folyamat a szellemi vagy fizikai teherbírás és nívócsökkenés jeleit mutatja s fokozódása előrelátható (pl. cerebralsclerosis, enkephalopathia hypertonica), mert a beteget insufficientiája folytán erő stress hatások gyorsítják a folyamatot s katasztrófához vezethetnek, ezenkívül a szolgálat veszélyeztetettsége is fennáll.

Peripheriás idegrendszeri és ideggyöki defektusok elbírálása a prognosztikai szempontokon kívül attól függ, hogy melyik végtag vagy testrész, milyen fokú működészavarával járnak, mennyiben várható therapiás eredmény, ill. mennyiben javított a működésen. Mindezek gyakorlott szakorvos elbírálását igénylik klinikai megfigyelés, gyógykezelési kísérletek, szükség szerint műtét után.

II. Neurosisok, ún. functionális kórképek, psychopathiák elbírálása a katonai alkalmasság kérdésének kritikus területe s külön megbeszélést igényelnek azért is, mert számuk úgy a csapatorvosi gyakorlatban, mint minden klinikai szakmában jelentős, tehát univerzális orvosi problémát jelentenek.

Alapelveként mindenekelőtt azt kell elfogadnunk, hogy nem kórfolyamatról, hanem psychoreactív *állapotokról* van szó, amelyek túlnyomó része *reversibilis* vagy kompenzálható. Ha megállapítást nyert, hogy nem szervi panaszokkal állunk szemben, a beteg megnyugtatása, a kiváltó tényezők elemzése, lehető kiküszöbölése, psychotherápia a feladat, amit — ha kell — huzamos ideig folytatunk, s ha teljes panaszmentességet nem érünk el, legalább a feladatellátás lehetőségéig kompenzálásra kell törekednünk. Ht. álmánynál, ahol exhaustios háttér gyakori, pihentetéssel, könnyítésekkel kell átmenetileg a kezelést kiegészíteni.

A neurosis csoportban 3 kórforma szerepel: neurasthenia, hysteria, psychasthenia. A psychogen neurastheniás képek nem igényelnek minősítés-változtatást, hanem gyógykezelést. A hysteria lehet reactív tünetcsoport s lehet hysteriás személyiség szerkezetből adódó kóros magatartás. A csapatorvos eszközeivel a hysteriás képek nem rendezhetők, szakkezelést igényelnek s bár az acut syndromák jól befolyásolhatók, sajnos a hysteriás személyiség talaján fellépő reakciók ismétlődésével kell számolni. Minősítési probléma csak akkor merül fel, ha súlyos, testi tünetekben (bénulások, járászavar, beszédzavar) megnyilvánuló tüneti kép, vagy ködös állapotok (Ganser syndroma) alakulnak ki s vagy nem sikerül intenzív és tartós kórházi kezeléssel rendezni, vagy recidivák miatt válik használhatatlanná a beteg. A hysteriás személy nem tudatos, az adott szituációból való „menekülesi” késztetése környezetének is feltűnik, amelyhez járul még a személyiségképre jellemző egocentricus beszűkülés. Ezek érthetően ellenszenvet váltanak ki s a csapatnál ezért a hysteriás reakciókat céltudatos akaratlagos kibúvásnak ítélik. A célképzet, mint kiváltó tényező, fennáll, de a következményes, akaratlagosan már nem előidézhető, ill. tartósan fenntartható syndroma (pl. remegés, contractura akaratlagosan is produkálható, de nem napokon, heteken keresztül) kóros jelenség, amely kezelést igényel s resistens vagy ismételten decompensálódó formáknál — lehetőleg halasztásos — leszerelésre kényszer-

rülünk. Ezek az esetek főként a sorállományból adódnak, ht. állományban ritkán fordulnak elő, más a hátterük és kezelésük is eredményesebb.

Közismerten a legmakacsabb, legnehezebben befolyásolható a kényszeres — phobiás psychasthenia csoport. Szerencsére ez a legkevésbé gyakori a neurosisok között. Itt a legújabb ún. „magatartás-therápiás” irányzatok ígérnek eredményt, de még nem eldöntött kérdés, hogy ez az igen hosszadalmas, időigényes psychotherápiás forma eredménnyel lesz-e alkalmazható. Kipróbálása ht. állományúaknál megkísérlendő. Igen valószínű, hogy a kényszeres kórképek személyiséghez kötött különleges syndromák, ami értethetővé teszi therápiás resistentiájukat (polgári gyakorlatban súlyos esetekben még leukotomiás indikáció is szerepel). A nem befolyásolható psychastheniás állapotok sorállománynál leszerelést tesznek szükségessé, ht. állományánál akár évekig tartó ambulans psychotherápiás kezelést is vállalunk esetleges könnyítésekkel vagy bizonyos munkakörre történő korlátozással; csak a feladatellátást bénító kifejezett formáknál teszünk leszerelésre javaslatot.

A neurosisok fixált, évtizeden vagy egész életen át fennálló működési zavarai közül a neuroticus beszédhibákat kell külön említeni, melyeknek régi keletű s az érthetőséget zavaró formái katonai szolgálatra nem alkalmasak. Ha nem állandó, hanem periodikus, halasztás lehetséges kezelési javaslattal. (logopédiára való irányítás). Sorozáskor be kell vonultatni egy másik fixált vegetatív neuroticus működészavart: az enuresis nocturnát. Itt az esetek egy részében kezeléssel eredmény érhető el — ezért az enuresis észlelésekor szakrendelés therápiás javaslatát kell végrehajtani. Ennek során az esetek vagy rendeződnek vagy sanatioos terv szerint kórházi berendelésre idegosztályi felvételt nyernek, ahol újabb kezelési kísérlet következik. Ha ez sem hatékony, leszerelési javaslattal élünk. Ezzel a több lépcsős módszerrel ebben a kategóriában az esetek bizonyos hányadát sikerül a szolgálattal megtartani.

A neurosisok közismerten tartósabb fennállás után különböző szervek működészavarát idézhetik elő („corticovisceralis”, „psychosomaticus” jelenségek). A gastritis (később ulcus) syndroma, colitis nervosa, extrasystoliák, tachycardiák, pseudoanginás panaszok, „Schreck-Basedov”, hypertoniák egyes formái, hypotoniás-syncopés collapsusok alapja a neurosis (konfliktusok, szorongás, az érzelmi-indulatú élet zavarai) hatása a magasabb vegetatív szabályozó központokra. Ezeket az ún. „szerv-neurosisokat” a megfelelő szerv szakorvosai látják s az organicus háttér kizárása után megnyugtatóval, sedatióval, az általános orvosi gyakorlat „kis psychotherápiájával” kezelik. A neurosis fenntartó környezeti faktorok lehető kiküszöbölése fontos. E vegetatív, hosszú időn át fennálló zavarok organicus anatómiai elváltozásokba mehetnek át pl. a gastritis nervosa ulcus betegség stb. ezért is logikus, hogy a szervneurosisokat a szerv specialistái tartsák kézben. Közléseik psychotherápiás „súlya” is hatásosabb, mintha ideggyógyász hangoztatja a panaszok functionalitását. Egyes — a katonai alkalmasság szempontjából fontos — vegetatív működési zavarok elbírálását az ideggyógyász a belgyógyással vagy az érintett másik szakma képviselőjével közösen végezze. Példaként említjük a neuroticus vérnyomásregulációs zavarok collapsusos-syncopés formáit. Ez lehet a kiképzés elején az edzettség hiányának következménye, de lehet pluricausalis, neuroticus és constitutionális (astheniás magas, sovány hypotoniás alkat) faktorok találkozásából adódó jelenség s bizonyos esetekben a hajlam nem befolyásolható, permanens készen-

lét áll fenn s syncopék, tensioesések belgyógyászati és ideggyógyászati (EEG) műszeres vizsgálattal is bizonyíthatók. Itt az eszméletvesztéses roszszullét ismétlődései veszélyeztetőek, akár az epilepsiánál s nem befolyásolható formáknál halasztásos leszerelés válik szükségessé.

Általános elv, hogy a psychoneurosis ht. viszonylatban therápiás probléma s krónikus esetekben könnyítésekkel, kevésbé terhes beosztási javaslattal törekszünk a szolgálatban való megtartásra.

Szólnunk kell még a neuropsychiatriában használatos „pseudoneurasthenia” fogalom jelentéséről. Itt arról van szó, hogy a neurosis nem exhaustios vagy psychogen, conflictusos eredetű functionális jelenség, hanem a központi idegrendszer organicus károsodásának kezdeti stádiuma. Jellegzetességei az ún. Windscheidt triász: főfájás, szédülés, kifejezett feledékenység, továbbá emotionális incontinentia (a mindennapi élet hatásaival arányban nem álló érzékenyülés, sírás) valamint a szellemi teljesítőképesség hanyatlása. Ez az idegrendszer nem specifikus tünetcsoportja, amely számos szervi betegségnél: paralysis progressiva, cerebralsclerosis, hypertoniá enkephalopathia, postenkephalitis defekt állapot, induló kérgi atrophikák stb. kezdeti stádiumában észlelhető, tehát nem functionális jelenségről van szó, s ha az alapbetegség progresszív, s később dementiához vezet. Hysteriform képek is előfordulhatnak organicus talajon. Elbírálásuk egyéni és viszonylagos: figyelembe kell venni az alapbetegség egyéb jeleit, a feladat ellátás hanyatlásának fokát, a kritikai készség színvonalát, az alapbetegség prognosist, egyéb hajlamosító betegségek társulását (pl. vasculáris folyamat + diabetes) s külső tényezőket is: situatív hajlamosító tényezők, beosztás, annak nehézségi foka stb.

A neurosis csoportról még tudni kell, hogy sorállománynál sorozási, behívási szinten általában legfeljebb korlátozó körülmény lehet. Bevonulás után az ambuláns és kórházi kezelések eredményessége, a működési zavarok súlyossága és befolyásolhatósága döntik el az alkalmassági állásfoglalást.

Ugyanezt az alapelvet kell hangsúlyoznunk a psychopathiák tekintélyes csoportjára vonatkozóan is. A psychopathiára tartós vagy ismétlődő magatartászavarok, abnormis cselekmények jellemzőek, melyek mögött hajlam és környezeti ártalmak személyiségtorzító hatása szerepelnek a háttérben. A manifeszt psychopathia, vagyis tartós, gyakran ismétlődő abnormis magatartás megbízhatóan dokumentált esetei rossz prognosissal a sorozás szintjén is szakvizsgálattal megállapíthatók és eliminálhatók, de ez az esetek kis hányada. A nagy többség ún. latens, kompenzált eset, ahol prognosist adni a katonai közösségbe való beilleszkedésre megbízhatóan nem lehet — ezért bevonultatandók. A kérdés ezután dől el. Ha az abnormis személyiség szerkezet dekompenzálódik, kóros reakciókban nyilvánul meg s a beilleszkedés sikertelen, a nevelés hatástalan — e tények birtokában lehetséges alkalmassági állásfoglalás. A psychopathák egy része képes a katonai szolgálat követelményeinek eleget tenni, tehát itt létszámot nyertünk a fenti eljárással, viszont a bevonulás után leszereltek száma természetesen magasabb, mint volna, ha minden gyanús vagy a polgári élemben mérsékeltebb magatartás-anomáliákat mutató eseteket preventíve sorozáskor kizárnánk. Ezt azért kell hangsúlyozni, mert általában sokallják az ezzel a diagnosissal leszereltek arányát s nem mérlegelik, hogy szigorú szűréssel ugyan jobb leszerelési

statisztikát tudnánk felmutatni, viszont ez lényeges emberveszteséggel járna, amit a statisztika már nem jelez.

A psychopathák tehát abnormis cselekvések és magatartás észlelése után kerülnek szakorvosi vizsgálatra és megfigyelésre. A psychiatriai — psychoterápiára nem reagáló aszociális vagy antiszociális személyiségek rossz adaptációs prognosissal eltávolítandók a hadseregből, mert további önvesszélyes s a szolgálat ellátását veszélyeztető cselekmények ismétlődésének komoly kockázatát az eü. szolgálat nem vállalhatja.

Ha a magatartásanomáliák háttere psychés, psychosomaticus éretlenség, halasztás indokolt.

Két fixált sexualis zavar, nevezetesen a homosexualitás és az exhibitionismus is psychopathiás adottságok, rögzültek s ha bizonyíthatók, megtartás nyilvánvalóan nem lehetséges.

Komoly probléma az alcohol- és gyógyszerfüggőségi állapot, ahol sorállománynál halasztást és elvonást írunk elő, melyet a polgári életben végeznek el; ht. állományban elvonókurát végzünk s csak visszaeső, tartósan nem rendezhető esetekben kell leszerelési javaslattal élni.

Relatív gyakori eset, amikor a kóros személyiség egyik megnyilvánulása a suicid kísérlet. Itt az orvosi minősítés meghatározó mozzanata nem maga a cselekmény, hanem a mögötte kimutatható psychopathia súlyossági foka, amely további abnormis cselekmények elkövetését jelzi. Ilyen rossz prognosissal esetben a halasztási vagy leszerelési döntés a csapatnál fontos felvilágosító munkát tesz szükségessé: ki kell védeni azt a téves következtetést, hogy a leszerelési javaslat oka az öngyilkossági kísérlet volt. Ez csupán egy tünet s nem a meghatározó tényező az alkalmassági döntés meghozatalában.

III. Itt csak röviden utalhatunk a psychiatriához közel álló célzott, bizonyos feladatkörre való orvosi és psychophysiológiai alkalmasság kérdésére, mely — mint már jeleztük — egyelőre bizonyos kiemelt irányokban folyik ill. van kialakulóban (iskolai, továbbképzési alkalmasság, hajózási alkalmasság, egyes különleges feladatkörök ellátásához szükséges képességek vizsgálata). Elsőként orvosi szűrőcsoport végzi az általános orvosi és egyes szakterületi előfeltételek ill. ezek hiányának megállapítását. Ezt követi vagy párhuzamosan folyik a psychológiai-életteni képességvizsgálat. Feladatként áll előttünk, hogy megfelelő szakemberek kidolgozzák az összes szakfeladatokra való képességek vizsgálatának technikáját, biztosítani kell a vizsgálat lebonyolításához szükséges személyi és anyagi feltételeket, az összeírottak vagy sorozottak szakmai számjelzésekkel való ellátását, melynek alapján a hadseregben belül a bevonultak optimális irányítása válik lehetségessé.

Ennek a munkának előkészítése, az eredménnyel alkalmazható módszerek kidolgozása már folyamatban van az MN. Eü. Szolg. Főnökség különleges intézetében. Igen terjedelmes munkáról és időigényes feladatról van szó, amely kiterjedt tapasztalatgyűjtést kíván, előrejelzési megbízhatóságot követel. Részben külföldön már bevált módszereket kell hazánk viszonyaira standardizálni, részben felvett munkatükrök alapján új methodikákat kell kidolgozni. Ezek birtokában válik lehetségessé, hogy szakkaderek, esetleg erre külön képzett személyek a behívás előtt ennek a feladatnak eleget tudjanak tenni. A gyakorlati kivitel módja, amelynek többféle megvalósítási variációja lehetséges, felsőbb szervek elhatározását és döntését igényli.

IV. Milyen segítséget nyújthat a csapatorvos a felülvizsgálati és minősítési munkában?

A neuropsychiatriai helyes diagnosis és prognosis kialakításában maximalsan törekedni kell minél több heteroanamnesticus adat begyűjtésére. Szülők, hatóságok, munkahely, rendőri szervek, katonai előjárók adatait, előző orvosi dokumentációkat szerzünk be s legtöbbször a legfontosabb adatokat a csapatorvosoktól kapjuk, akik vagy személyesen, vagy szemtanúktól, nevelőktől értékes információkat nyerhetnek s közölhetnek. Egy rosszullét vagy magatartási reakció előzményeinek, lefolyásának ismerete jelentős segítség a helyes állásfoglalás kialakításához. Ht. esetekben a hosszmetzeti, a csapatorvos által legtöbbször jól ismert előzmények, személyiségvonások, helytállási színvonal, alcohol vagy drog dependentia adatait várjuk.

Fontos az előjárók tájékoztatása olyan esetekben, ahol ht. állományúak leszerelését nyugállományba helyezéssel határozzák el. Nem közismert, hogy a Fűv. szervek kizárólag csak az orvosilag bizonyítható s a katonai alkalmasságot nagyfokban akadályozó betegségek fennállása esetén, tartós, ismételt kezelési kísérletek eredménytelensége után hozhatnak orvosi leszerelési javaslatot s ezen az úton a korhatár előtt csak ilyen esetek kerülhetnek nyugállományba. Előfordul, hogy ha az előjáró nincs megelégedve a produkált munka színvonalával, úgy gondolja, hogy a szolgálati nyugállományba helyezést 55 év előtt az eü. szolgálat útján lebonyolíthatja. A csapatorvos a ht. állomány eü. állapotát kielégítően ismeri olyan fokig, hogy meg tudja ítélni, vajon már a régebben megállapított betegség vagy betegségek alapján a rokkantsági fokot elérő munkaképesség csökkenés esélye fennáll-e s adott esetben indokolatlan elvárást az eü. szolgálattal szemben felvilágosítással eleve kivédheti.

További jelentős preventív segítség a ht. állomány gondozása. A rendszeres gondozómunka és tanácsadás kedvezően befolyásolja a ht. állomány kondícióját, megelőzi a többségükben psyches-exhaustios decompensatiokat s a rendelkezésre álló hatáskörben — a szakrendelőintézzettel kooperálva könnyítések, gyógyszerelés, pihentetés, regeneráló üdülés, kórházi kezeltetés, s ha kell, Fűv. útján beosztásváltoztatási javaslatokkal megelőzhető az idő előtti szolgálatból való távozás. A sorállomány területén a szakorvosi javaslatok betartásának, végrehajtásának elősegítése, ellenőrzése fontos szerepet játszik nemcsak a szervi, hanem a functionális kórformák egyensúlyban tartásában.

Végül nagyon lényegesnek tartjuk, s komoly segítséget jelent főként a neuropsychiatriai minősítések eseteiben a csapatorvosok felvilágosító, informatív tevékenysége az előjárók felé. Gyakran ébrednek kételyek és negatív feltételezések minősítéseink adaequat volta tekintetében — kivált a II. pont alatti kórismék eseteiben. Igen dicséretes volna, ha a csapatorvos — amennyiben maga sem látja világosan az eset elemzéséből levont következtetéseket — felkeresné a minősítő osztályt vagy bizottságot, ahol a felmerült ellentmondásokat meg lehet beszélni s a részletes klinikai anyag birtokában magyarázni tudná az álláspont helyességét.

Чорба А., полковник м/с:

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ В ОБЛАСТИ НЕЙРОПСИХИАТРИИ

Останавливаясь на толковании годности к службе в широком и узком смысле слова, автор в 4 разделах занимается вопросами определения годности в нейропсихиатрии. В первой части изложены точно определенные патологические формы нейропсихиатрии и органические расстройства нервной системы. Во втором разделе рассмотрены оспоренные больше всего проблемы квалификации неврозов и психопатий. В обоих разделах подчеркиваются изменения подхода к различным патологическим формам и категориям годности и выводы, которые могут быть сделаны на основании прогресса диагностики и терапии нейропсихиатрических случаев. Третий раздел обращает внимание на важность, предпосылки и перспективы внедрения в практику полной военно-медицинской экспертизы, дополненной психофизиологическим исследованием. Заключительная часть указывает на возможности, рациональное использование которых позволило бы и для войсковых врачей внести свой вклад в повышение уровня достоверности военно-медицинской экспертизы.

Dr. A. Csorba, Oberst des Med. Dienstes:

DIE ZEITGEMÄSSEN FRAGEN DER MILITÄRISCHEN TAUGLICHKEIT AUF DEM GEBIET DER NEUROPSYCHIATRIE

Eingehend auf die Deutung der militärischen Tauglichkeit im weiteren und engeren Sinne beschäftigt sich Verfasser in vier Abschnitten mit der Frage der Bestimmung einer neuropsychiatrischen Tauglichkeit. Das erste Kapitel erörtert die gut definierten Krankheitsbilder der Psychiatrie und die organischen neurologischen Krankheiten. Im zweiten Abschnitt verhandelt man abgetrennt über die am meisten diskutierten Qualifizierungsprobleme der Neurosen und Psychopathien. In beiden Kapiteln erörtert man betont die Veränderungen, die in der Anschauung über einzelne Krankheitsbilder und Tauglichkeitskategorien entstanden, sowie die Schlußfolgerungen, die sich aus der diagnostischen und therapeutischen Entwicklung der Neuropsychiatrie ergeben. Der dritte Abschnitt verhandelt über die Wichtigkeit der Einführung eines vollkommenen Bestimmungsverfahrens der Tauglichkeit, das mit psychophysiologischen Untersuchungen ergänzt wird, sowie über dessen Vorbedingungen und perspektivischen Konzeptionen. Im Schlußteil werden die Möglichkeiten aufgezählt, die von den Truppenärzten rationell ausgenutzt, zur Erhöhung des Zuverlässigkeitsgrades der Qualifizierungsarbeit wertvolle Hilfe leisten können.

CLINIUM TABLETTA

Összetétel: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistentia csökkentésével javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularisatióját is elősegíti.

JAVALLATOK: Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus acut szakasza. Terhesség.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A Clinium optimális therápiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelési időtartam szükséges.

A Clinium átlagos napi adagja 3×1 tablettá, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni:

- a kezelés első hetében naponta 1 tablettá,
- a második héten naponta 2×1 tablettá,
- a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tablettá a kúra befejezéséig.

MEGJEGYZÉS: A Clinium és szívglycosidok, diureticumok, illetve mellékhatásként ritmuszavart okozó készítmények együttes rendelése csak különösen körültekintő ellenőrzés mellett ajánlatos.

MELLÉKHATÁS: Az ellenjavallatok kizárása és megfelelő adagolás mellett mellékhatások alig alakulnak ki. Ritkán előfordulhat fejfájás, szédülés, fülzúgás, esetleg átmeneti emésztési zavar.

FIGYELMEZTETÉS: Ha az EKG görbén a Q–T szakasz megnyúlása látható, vagy ha kamrai extrasystolék lépnek fel, akkor az adagot csökkenteni kell.

Csomagolás: 50 tablettá 118,- Ft

MEGJEGYZÉS: +

Társadalombiztosítás terhére fekvőbeteg gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaktanácsadással megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat alapján a beteg kezelőorvosa (körzeti, üzemi orvosa) is rendelheti.

A vényen a kórismét, valamint a javaslatot adó fekvőbeteg gyógyintézetet és a javaslat keltét fel kell tüntetni. A vényt 2 példányban (másolattal) kell kiállítani.

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.

Dr. Keleti Béla orvosezredes,
az orvostudományok kandidátusa

A fertőző betegségek alakulása és a gyógyító-megelőző ellátás fejlődése

A szerző röviden áttekinti a fertőző betegellátás helyzetét Magyarországon a felszabadulás előtt és a II. világháború utáni súlyos helyzetből kiindulva, a Magyar Néphadseregben végbement 30 év alatti fejlődést a centrális feladatokat ellátó és legnagyobb forgalmú fertőző osztály eredményeivel mutatja be. Foglalkozik a legfontosabb fertőző betegségek alakulásával, a kezelési módszerekkel, az osztály profiljának változásaival, az infectologus szemlélet kialakulásával, a jelenlegi új feladatokkal.

Felszabadulásunk 30. évfordulója kitűnő alkalom a múlt és a jelen összehasonlítására, a haladás értékelésére. A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatában a fertőző betegségek egész problematikája a három évtized alatt mindig előtérben állott és a folytonosan változó helyzet mindig új és új teendőket, a fejlesztés új módszereit tette feladatunkká. Beszámolómat az a gondolat vezérli, hogy bemutassam e hosszú fejlődés kiindulási helyzetét, számot adjak arról, milyen lehetőségeink és eszközeink voltak, hogyan használtuk fel azokat, milyen eredményeket értünk el.

A fertőző betegek ellátása alapvetően a honvédkórházak fertőző osztályain történt. Ezek közül legnagyobb és kezdettől fogva irányító, ellenőrző, továbbképző és nagy paraklinikai háttérrel rendelkező osztály volt a többprofilú Központi Katonai Kórház szerves részeként működő fertőző osztály. A vidéki fertőző osztályok lényegében ugyanazon módszereket alkalmazták a gyógyító-megelőző ellátásban, mint a Központi Katonai Kórház fertőző osztálya, de ebben működtek, dolgoztak a legjobban képzett szakorvosok, ennek az osztálynak volt a legnagyobb forgalma és tapasztalata, ez tudott leginkább tudományos munkát végezni. Úgy gondolom, hogy ennek az osztálynak tapasztalatain és fejlődésén mérhető le és mutatható be az egész hadseregben előfordult fertőző betegségek spectrumának alakulása és a gyógyító-megelőző ellátás fejlődése. Minden fertőző osztályunkra jellemző volt az, — ami egész közegészségügyünk és járványügyünk fejlődésének legfontosabb feltétele volt —, hogy a gyökeresen új társadalmi viszonyok között, az új Magyarország teljes anyagi támogatását élvezte. Elkerülhetetlen, de

együttal színesebbé és érthetőbbé teszi a mondanivalókat az, hogy vázoljam a felszabadulás előtti helyzetet, a fejlődést pedig időrendben mutassam be.

Még a nagy léptekkel haladó orvostudományi szakmák közt is kevés van olyan, amelynek átalakulása és fejlődése olyan gyökeres lett volna, mint a fertőző betegségek gyógyításáé és megelőzéséé. Különösen érdekes és lelkesítő a változás azoknak az orvosoknak — köztük a szerzőnek is —, akik pályájuk kezdetén tanúi és kényszerű résztvevői voltak annak az általános szemléletnek, amely — kevés kivételtől eltekintve — a fertőző betegségek felismerésében és tüneti kezelésében látta tevékenysége maximumát, a beteg gyógyulását kizárólag a resistenciának és a természetes immunizációnak tulajdonította, halálukat azonban tehetetlenül szemlélte. Az egyetlen antibacteriális therápiát 1938-tól kezdve Magyarországon a sulfonamidok képviselték; ezek hatására jelentősen csökkent a pneumococcus-pneumonia, az orbánc, a meningitis epidemica letalitása. A diphtheria-serum már évtizedek óta hatásos antitoxikus kezelési eszköz volt. A gram negatív kórokozók, a sepsisek, a rickettsiák és a vírusok pusztító hatását nem tudtuk megakadályozni. A gyermekbénulásos betegek ágya mellett éreztük a legnagyobb, legtragikusabb tehetetlenséget. A hastífusz járványok pneumoniától, bélvérzés-től és perforatiótól sújtott áldozatai sokszor a sulfonamid kezelés, a transfúziók, illetve a laparatomia ellenére szinte a kezeink között haltak meg. A petussis, morbilli, septikus scarlatina, a különböző vírus-betegségek sulfonamid resistens bacteriális superinfectióiból származó szövődményei a mai fiatal orvosgeneráció számára szinte elképzelhetetlen problémát jelentettek akkoriban. A bacteriológiai vizsgálati módszerek kis hatásfoka miatt a hasmenések aetiológiai tisztázása legtöbbször nem volt lehetséges, a különböző enterocolitisek miatt meghalt csecsemők boncolása mindennapos volt. Az exotoxint termelő Shiga bacterium ma már szinte teljesen eltűnt, régebben azonban a beteg gyermekek és felnőttek ezreit vitte a sirba, az infúzió, a transfúzió nem tudta a bacterium szaporodását és toxintermelését meggátolni. Nagyot lendített a therápián a Sulfoguanidin megjelenése a II. világháború éveiben, melynek alkalmazása óta a dysenteriás halál már ritkasággá vált. A többi Shigella-típusok régen sem okoztak súlyos betegséget, az említett diagnosztikai nehézségek miatt azonban az általuk okozott kórképeket a többi enterális infectióktól nem is tudtuk megkülönböztetni; dysenteriának csak a véres széklettel, tenesmusokkal és lázzal járó megbetegedéseket tartottuk, minden egyebet csak enterocolitisnek könyveltünk el.

Hazánk lakosságának fertőző betegségek okozta morbiditását és letalitását követve a statisztikában, 1945-ig elég siralmas volt a helyzet. Bár a XIX. század utolsó negyedétől a felszabadulásig a magyar közegészségügy és járványügy bizonyos fejlődésen ment át, a későbbi fejlesztés néhány alapját elődeink lerakták, az igazi, a néptömegek érdekét szolgáló profilaktikus és gyógyító-megelőző ellátás az uralkodó osztályok politikájából származó általános szegénység, fejletlen hygienes viszonyok és az egészségügyi fejlesztés anyagi fedezetének hiánya miatt nem tudott kialakulni. A II. világháború alatt és közvetlen utána, a romokban heverő ország súlyos közegészségügyi-járványügyi helyzetbe került. Innen kellett elindulni, újra megszervezni a mindennapi súlyos problémák megoldását és hamarosan rátérni egy minden eddiginél jobb, modernebb, a tudomány új eredményeit felhasználó és szerény erőinkkel előbbrevivő, a tömegek érdekeit szolgáló szocialista egészségügy felépítésére.

A Néphadsereg elődjétől már a háború előtt is korszerűtlen, a háború következtében pedig teljesen dezorganizált katonai egészségügyi helyzetet örökölt: néhány, a demokrácia oldalára állt katonaeorvos, romokban heverő, kifosztott kórházak, minimális egészségügyi felszerelés, csekély gyógyszerkészlet — ez volt minden, ami rendelkezésre állt. A 3 éves terv az ország felemelkedésével együtt lehetővé tette a Központi Katonai Kórház helyreállítását és újjászervezését. A hadsereg, most már mint a nép hadserege született újjá; kialakult a katonai orvostudományban nagyrészt még gyakorlatlan, de nagy felelősségérzetű új orvosgárda, amely az 1950-es évek első felében — felhasználva a szovjet katonaeorvosok tanácsadói tevékenységét és nagy tapasztalatait — lerakta a katonae-gészségügyi szolgálat új alapjait.

E munka elengedhetetlen része volt a járványvédelmi szervek felállítása, kifejlesztése s a honvédkórházakban fertőző osztályok felállítása. A kis, de igen tevékeny infectológus gárda a csapatok járványügyi biztosítását, fertőző betegeinek ellátását jól végezte, annak ellenére, hogy a munka alatt, ahogy akkor mondtuk „menetközben”, kellett a néhány gyakorlottabb orvosnak a fiatalokat kiképezni, tanfolyamokat rendezni számukra, rendszeresen ellenőrizni munkájukat, a jövő vezető orvosait nevelni. Mindennek a nagy munkának komoly alapot adott a szovjet hadsereg által nyújtott katonaeorvosi kiképzési lehetőség.

Ez a néhány év a fertőző betegellátás jelentős fejlődését eredményezte ugyanúgy, ahogy a polgári életben is döntően megváltozott az ország közegészségügyi, járványügyi és fertőző beteg ellátási szintje.

A fertőző osztály a Központi Katonai Kórház újjászervezésekor 1945-ben már működött. Csak 60 ágya volt, az osztályvezető főorvos bel- és tüdőgyógyász szakorvos volt, 1950-ben egy gyermekgyógyász szakorvos beosztottat kapott. Építészeti adottságainál fogva ez az osztály csak 2, legfeljebb 3 féle beteget tudott elhelyezni; parotitises, enterális és hepatitises részlege volt, de néha 1—1 diphtheriás, scarlatinás, varicellás, morbillis, maláriás és hastífuszos betege is akadt. Preventív szempontból nem volt korszerű, hiszen nem is épült fertőző osztálynak, de mégis a kórház legtisztább osztálya volt éveken át. A régi kórlapokból kitűnik, hogy igen gondos diagnosztikus és terápiás munka folyt az osztályon. E sorok írója 1950 elejétől már gyakran részt vett szakkonziliárusként az osztály munkájában. Az akkori laboratórium csak a rutin és néhány biokémiai vizsgálat végzésére volt képes, a bacteriológiai vizsgálatokat polgári intézet végezte. Amint kifejlődött a kórház laboratóriumának bacteriológiai részlege és megfelelő táptalajok álltak rendelkezésre, az enterális kórképek diagnosztikája lényegesen differenciáltabb lett. Megjelent a Penicillin, utána a Streptomycin, majd az első chloramphenicol készítmény, a Threomycin is. Ezek — akkor még nem lévén resistens bacterium — megszüntették a sulfonamidok egyeduralmát a gram pozitív bacteriumok okozta fertőzések terápiájában, illetve új utakat nyitottak a gram negatív infectiók gyógyításában. Gyakorlatilag eltűnt a régi tehetetlenség a terápiában, nagy hangsúlyt kapott a korai specifikus bacteriológiai diagnosztika és ennek következtében az antibioticus terápia mielőbbi megkezdése. Ezt a szemléletet képviseltük a csapatorvosi összevonásokon, tanfolyamokon, az egész kórházban konziliáriusi munkánk során. Rövidesen megismertük a külföldi tetracyclin preparátumokat, majd a magyar Tetrant is. Szorosan együttműködtünk betegeink diagnosztikai és terápiás ellátásában érdekelt más kórházi osztályokkal.

Az ápolts betegek száma a hadsereg fejlődése következtében fokozatosan emelkedett. Nagy terhet jelentett 1951-től a csapatok nyári táborozása: jelentősen megnőtt az enterális betegek száma, elsősorban a bakteriális dysenteria miatt. Az 1952-es aszályos nyáron nagy dysenteria és akkor még nem tisztázható aetiológiájú enterocolitis járványok voltak a nagy létszámú, vízhiány miatt megromlott hygienes helyzetű táborokban. A magasabb egységek lazarettjei, a vidéki honvédkórházak fertőző és belosztályai, főleg azonban a Központi Katonai Kórház látták el e betegeket. Több százan feküdtek néhány hónap alatt osztályunkon és a kórház e célra kijelölt más elkülönítőiben; a kezelést a fertőző osztály irányította és ellenőrizte. A bélben lokálisan ható Sulfoguanidin és felszívó Ultraseptyl volt a két fő használt gyógyszer. Az 1953. évi katonatorvosi tudományos értekezleten számoltunk be több száz beteg kezelési eredményeiről. Minden beteg meggyógyult. Meglepő volt, hogy ezekben az években és azóta sem észleltünk chronicus dysenteriát, holott egyes országokban az irodalom akkoriban még bőven foglalkozott vele. Bevezettük az osztályon a rectoscopiás vizsgálatot és azóta is kiterjedten használjuk.

A járványok tapasztalatai és a hadsereg fejlődése indokolta meg azt, hogy 1953-ban a fertőző osztály új, nagyobb elhelyezésbe kerüljön. A magyarországi hepatitis járvány ezekben az években már teljes erővel kibontakozott, a betegek kötelező elkülönítését részben a fertőző osztályon, részben az egyik belgyógyászati osztály elkülönített részében tudtuk addig megoldani. Az osztály átköltözése után ágyaink több mint felét hepatitises betegek foglalták el, akik között — központi intézkedések alapján — nagy számban voltak polgári betegek is. Ezzel az osztály nagy része tulajdonképpen „icterus osztály” lett, a sárgaságos betegek korai pontos diagnosisa megállapításának közismert nehézségei miatt. Diagnosztikai munkánk ettől kezdve magában foglalta a máj, epeutak, pancreas betegségeinek és a haemolysis-sel járó kórképek egész problematikáját, ennek megfelelően bővítettük laboratóriumi vizsgálati módszereinket, valamint kapcsolatainkat a röntgenlaboratóriummal és az általános sebészeti osztállyal. A kórház vérellátó osztálya tette lehetővé, hogy az akkor elterjedt plasmatransfúziós, a vérző cirrhotikus betegek vértransfúziós kezelését elvégezhessük. Ez a nagy hepatitis részleg 4 év múlva befogadó képességének kb. felére volt csökkenthető. Hepatológiai működésünk azonban változatlanul előtérben állott és tovább fejlődött.

Az 1960-as évek elején a hepatitis és más májbetegségek kezelésében szerzett tapasztalatainkra támaszkodva szorgalmaztuk az előrelépést a diagnosztika és az utógondozás terén. Az osztályvezető főorvos helyettese endoscopiás tanfolyamot végzett és megkezdte az osztályon, majd más osztályok betegeinél szükségessé vált percutan májbiopsia végzését. Biztosítva a sterilitás, a szövettani vizsgálat lehetőségét, szigorúan betartva az indikációkat és contraindikációkat, több száz esetben nyertünk fontos, nem egyszer meglepő diagnosztikai adatokat. Ugyanezen időben vezettük be a hepatitisen átesett katonák és a chronicus hepatitisben szenvedő hivatásosak egy évig folytatott, illetve tartós gondozását. Eredményeink biztatóak, a chronicus betegek szakszerűbb kezelését, helyesebb életvezetését tudjuk irányítani, szolgálatképességünket fenntartani.

Az acut hepatitis késői prognózisához szolgáltatunk fontos adatokat azal, hogy az 1951—54-ben ápolts, 20—30 éves, összes hepatitises katonabete-

geink majdnem 100%-át sikerült átlag 84 hónap múlva utánvizsgálni. Az eredmények megegyeztek több külföldi szerző hasonló módon végzett vizsgálatainak eredményeivel: e korosztály hepatitiszes betegeinek túlnyomó többsége teljesen meggyógyul, kismérsékletben inaktív maradványtünetek találhatóak, chronikus hepatitis és cirrhosis igen ritkán alakul ki. Később ezen utánvizsgált betegek közül, akiknek kifejezettebb maradványtüneteik voltak, biopsziás vizsgálattal néhány chronikus hepatitisest találtunk.

Az osztály felszerelése, a nővérek és orvosok képzettsége lehetővé teszi, hogy praecomás vagy comás májbetegeket az osztályon el tudjunk látni.

Az osztály többi részén a szobák száma lehetővé tette, hogy lényegesen többféle fertőző beteget helyezhessünk el. Előtérből, az ebből nyíló két kis kórteremből és mosdó-fürdő-WC helyiségből álló blokkok az ápolási egységek. Az izolálási lehetőség megfelelő volt, csak a beteglátogatás nem volt megnyugtatóan megoldva. 1953 után a nyári általános táborozás megszűntével lényegesen csökkent a járványok és általában az enterális fertőzések száma. A hatékonyabb bacteriológiai diagnosztika, valamint a hazai járványügyi helyzet változása folytán fokozatosan került előtérbe a Salmonella infectiók ellátása. Részben alimentaris intoxicatiók formájában, részben sporadikusan fordul elő a salmonellosis gastroenteritica, amelynek száma ma már meghaladja többszörösen a dysenteria esetekét. Régebben minden ilyen beteg — súlyosságától függetlenül — antibioticumot kapott, de a klinikai gyógyulás utáni bacterium-ürítést sokszor megakadályozni nem lehetett. Már évek óta — a szakirodalommal egyetértésben — az enyhe és közepes súlyos esetekben nem adunk antibioticumot, mert a gyógyulást megfigyelésünk szerint az antibioticum amúgy sem befolyásolja.

Az influenza járványok a hadsereget sem kímélik meg. A szövődménymentes betegek a csapatnál kerülnek ellátásra, a szövődményeseket és a csapatnál különböző okok miatt nem ápolható szövődménymentes eseteket osztályunkra, 1—1 járványban kórházunk más osztályain létesített influenza részlegre vesszük fel. A szövődménymentes betegek csak tüneti kezelést kapnak, antibioticumot nem. Influenza okozta halálestet az osztályon nem fordult elő.

Az osztály fennállása alatt két ízben kellett rubeola járványok során heteken át a csapatoknál el nem különíthető sok beteget felvennünk. Ezzel alkalmunk volt a rubeola és a hozzá hasonló exanthemákkal beszállított betegek vizsgálata során a kiütések differential diagnosztikáját jól megismerni. Különösen 1974 telén volt erre lehetőség, amikor kb. egyidejűleg sok rubeolás és a szokottnál több morbillis beteget kezeltünk.

Az osztály feladata lett az is, hogy ismeretlen diagnózisú, de fertőzésre gyanús betegeket is felvegyen, vagyis bizonyos mértékig egy bajmegállapító osztály szerepét is ellátjuk. Emiatt beteganyagunk sokrétű lett, tovább növelte diagnosztikai feladatainkat és módszereinket, bővítette infectológiai szemléletünket azzal, hogy „a lázas állapot” és a fertőző betegségek differential diagnosztikájának magasabb szintű művelését követelte meg. Az osztály átköltözésekor kapott kislaboratórium és laboratóriumi asszisztensnő jelentős segítséget nyújtott. A therápiában pedig új szükségletként jelentkezett az acut, életveszélyes állapotok ellátása; e célból felszerelésünket kiegészítettük pl. oxigén-lélegeztető készülékkel stb.

A kórházi belosztályokon dolgozó belgyógyász szakorvos jelöltek — a polgári kórházak orvosaival szemben — abba az előnyös helyzetbe kerül-

tek, hogy a kórházon belül osztályunkon tölthetik el teljes napi munkaidőben a szakvizsgálóhoz szükséges 6 hónapos fertőző osztályi gyakorlatot. Ez nekünk részben orvosképzési tapasztalatokat nyújtott, részben azonban azzal a ténnyel is járt, hogy félévenként 1—2 orvos távozott, illetve jött az osztályra. A munka érdemi részét az állandó orvosoknak kellett irányítani, folyamatosan kellett ellenőrizni, lényeges infectológiai és katonai szolgálatképességi problémákban nekik kellett dönteni. Ez a rendszer több mint 20 év alatt eredményesnek bizonyult: belgyógyászaink megszerezték a szükséges tudást és szemléletet, aminek a belgyógyászati osztályokon felmerült problémák megoldásában számos tanújelét adták.

Az 1953-as év nyara emlékezetes és katonai szempontról fontos eseményeket hozott. Június hónapban egy erdős-hegyes vidéki táborban az addig Magyarországon ismeretlen vese-syndromával járó haemorrhagiás láz (régiesen nephroso-nephritis haemorrhagica infectiosa) ütötte fel a fejét egy kis járvány formájában. A valódi diagnosis hetekig bizonytalan volt, kezdetben leptospirosisra gondoltunk. A betegek kezdetben az egyik belgyógyászati osztályon feküdtek. Július 2-án, éppen az osztály költözködése közben, amikor szinte „hadi helyzetben”, átteleülőkben voltunk, szállították be a második járvány betegeit, köztük igen súlyosakat is. Átvettük a belgyógyászati osztályon fekvőket is és így az elkövetkezendő hetekben 30 ilyen beteget ápolunk. Természetesen orvos és ápolónő megerősítést kaptunk, a hadsereg főszakorvosainak irányítása alatt — polgári szakértők bevonásával — folyt a betegek vizsgálata, kezelése és a már akkor tervezett tudományos feldolgozás feltételeinek biztosítása. Az első sectio után, a leptospirosis végleges kizárása és irodalmi tanulmányok alapján végül is tisztázódott a helyes diagnosis. Nem volt kis feladat a sok súlyos, vérzékeny, acut veseelégtelenségben szenvedő beteget ellátni! Rájöttünk, hogy Európában — a Szovjetuniót kivéve — mi fedeztük fel a betegség előfordulását elsők. Több kongresszuson, itthon és külföldön, valamint hazai szaklapokban számoltunk be eredményeinkről. Ez a betegség 1954-ben 6 újabb járványban jelentkezett, a betegeket vidéki honvédkórházakban látták el, amelyeknek folyamatosan nyújtottunk szakmai segítséget, részt vettünk a járványok felszámolásában is. Azóta is követjük e betegség hazai előfordulását, mind a hadseregben, mint a polgári esetekben. Két kandidátusi disszertációt (klinikum, illetve járványtan) és egy ezekből készült angol nyelvű monográfiát eredményezett az összesen 120-nál több hazai eset tudományos feldolgozása. Közleményeink alapján ismerték fel Csehszlovákiában is a vese-syndromával járó haemorrhagiás láz előfordulását, majd a felkeltett érdeklődés nyomán több európai országban is. A betegség azonosságát az először Távol-Keleten észlelt szovjet és japán esetekkel, amint azt már kezdettől fogva állítottuk, némi kételkedés után ma már az egész nemzetközi irodalom elfogadja.

Ezekkel az 1953. évi járványokkal egy időben észleltük az első leptospirosis járványt a hadseregben. A megbetegedéseket egy kis, állati ürülékkel szennyezett úszómedence vize hozta létre. A jól képezett csapatorvos azonnal leptospirosisra gondolt, nekünk már csak az aetiológia igazolása és a betegek kezelése jutott osztályrészül. A nagyon tanulságos járvány során került először Magyarországon izolálásra a *Leptospira canicola*, az „ebvész” kórokozója. A budapesti Orvostudományi Egyetem Mikrobiológiai Intézete végezte a tenyésztési, identificálási és serológiai vizsgálatokat. Ugyanezen a

nyáron egy tiszántúli gazdaságba kihelyezett katonai alegység tagjai között is volt leptospirosis járvány, a betegek egy vidéki honvédkórházunkban fekvtek. A betegek kezelésében, majd a járvány tudományos feldolgozásában a szerző is közreműködött.

A leptospirosis azóta is érdeklődésünk előterében áll, több sporadikus esetet észleltünk; pl. laboratóriumi asszisztensnő L. ictero-haemorrhagiae okozta, atypusosan lezajló, serratus paresissal járó, végül is meggyógyuló megbetegedését, majd egy kizárólag vese-laesioval járó esetet. Jelenleg vághóhídon fertőződött két katonabeteget ápolunk osztályunkon.

Mind a haemorrhagiás láz, mind a leptospirosis járványok felkeltették érdeklődésünket a zoonthroponosisok iránt. Megtanultuk, hogy a fertőző orvosnak jól kell tudnia a járványtant is. Kórlapjaink állandó anamnesis rovatává vált a járványtani tényezők leírása. Így tudtunk felderíteni kul-lancs-encephalitis-, Brill-Zinsser eseteket, csoportos Coxsackie vírus és trichinellosis megbetegedéseket. Orvosaink elsajátították az ételmérgezések, főleg a csoportos megbetegedések forrásának anamnesztikus felderítését. Gondosan keressük hepatitises betegeink kórelőzményében a vírus inoculációjára alkalmat adó beavatkozásokat, azok módját, időpontját, okát stb. Nagy beteganyagot mutattuk ki, hogy az acut hepatitist közel 40%-ban előzi meg inoculációval gyanúsítható, nem egyszer indokolatlan beavatkozás. A posttransfusiós hepatitis súlyosabb voltát, nagyobb letalitását — hazai és külföldi szerzőkkel egybehangzóan — mi is kimutattuk.

Gyakori kórkép osztályunkon a tonsillitis follicularis, sajátos katonai járványtani jelenség ennek járványos formája. Eddig 4 expozív járvány ellátásában vettünk részt, a betegek egy részét osztályunk kezelte. A kórokozó mindig Streptococcus haemolyticus volt, részletesebb tipizálásra nem volt lehetőségünk. Szigorúan betartottuk azt a több mint 20 éves therápiás rendelkezést, hogy a tonsillitis follicularist Penicillinnek kell kezelni, ugyan úgy, mint a scarlatinát. A legutóbbi években azonban ápolónőink többsége penicillin-érzékennyé vált, ezért kénytelenek voltunk áttérni az Erythromycin alkalmazására, amellyel a penicillinnel azonos eredményeket értünk el. További megbetegedések megelőzése céljából — gégészeti szakvélemény alapján — eltávolítatjuk mindazok tonsilláit, akik már ismételtlen átestek tonsillitisen, peritonsillitisük vagy abscessusuk volt.

Az 1950-es évek során, akárcsak a polgári életben, a hadseregben is szaporodni kezdett a mononucleosis infectiosa esetek száma. Járványosan nem észleltük. Ma is legtöbbször a rendelőintézet, vagy mi állítjuk fel a helyes diagnózist, holott ez a csapatorvosok feladata lenne.

Itt nyílik alkalom arra, hogy szót ejtsünk osztályunk munkájáról a csapatorvosok továbbképzésében. A csapatorvosi összevonasokon, a szervezett továbbképzéseken, a fiatal hivatásos és tartalékos orvosok kiképzéseiben, kórházi tudományos üléseken számos alkalommal tartottunk előadásokat a fertőző betegségek ellátásáról békében és háborúban. Más alkalmakkor, központi intézkedés szerint, a vidéki kórházak fertőző osztályainak orvosai töltöttek rövidebb-hosszabb gyakorlati időt nálunk. A csapatorvosok megismerték a katona-korosztály típusos fertőző betegségeit, a csapatnál végrehajtandó kezelést, működésük határait és a kötelező kórházi beutalás indokait. Több kiképzési segédlet és oktatási anyag fertőző betegségekkel foglalkozó fejezeteit az osztály orvosai írták.

A legutóbbi években többet kell foglalkoznunk a féreg és protozoon

fertőzésekkel. Szaporodik az amoebas dysenteria esetek száma; súlyos, életveszélyben levő, sőt hemicolectomiával gyógyított betegünk is volt már. Az antiamoebás és féregűző szerek széles skáláját használjuk.

Új profilja osztályunknak az utóbbi években a trópusi vagy subtrópusi tartózkodás után levő egyének karanténizálása, különböző fertőzésük felderítése és meggyógyítása. Irodalmi tanulmányok és trópusi tanfolyamot végzett polgári szakemberek segítségével végezzük e munkát.

Vizsgálatainkat kiterjesztettük legújabban a toxoplasma és a Yersinia enterocolitica okozta fertőzések kiderítésére. Néhány esetben igyekeztünk — az Országos Közegészségügyi Intézet segítségével — sikeres volt.

Intenzíven foglalkozunk az Australis antigen és antitest pozitív, látzólag egészséges és véradásra jelentkező katonák klinikai vizsgálatával. Több száz egyén vizsgálatának előzetes eredménye az, hogy 25⁰/₀-uk többé kevésbé májbeteg.

Típusosan járványvédelmi munka hárult néhány évig az osztályra az 1950-es évek elején-közepén. Az osztály járványvédelmi decentrum volt, meghatározott területre kiterjedő irányító és ellenőrző feladataink voltak. Ez nagy segítséget jelentett a csapatoknak, mi is sok tapasztalatot szereztünk. Rendszeres tájékoztatást nyújtottunk az Egészségügyi Szolgálat központi szerveinek. Amint a Honvéd KÖJÁL szervezete kiépült, már csak alkalmilag vettünk részt klinikusként egyes járványok felszámolási munkáiban.

Az osztályon folyó betegellátás állandó feladata a keresztfertőzések megelőzése. A prevenció szabályait lehetőségeinkhez mérten betartjuk, oktatjuk. A műszerek sterilizálását hosszú időn át kisméretű autoklávban végeztük, 1973 óta ezt a központi sterilizáló végzi.

A keresztfertőzések elkerülésére jelentős előnnyel járt az osztály épületének 1965—67-ben végzett teljes felújítása, amelynek során 100⁰/₀-kal nőtt az izolálási lehetőség, kivihetővé vált a 3 fázisú mosogatás, a szennyesnek ledobó aknával való gyors eltávolítása, az emeleteken megépített külső körfolyosón a beteglátogatás biztonságos lebonyolítása stb.

Felkészültünk oktatással, védőoltásokkal és az ápoláshoz, kezeléshez szükséges anyagok tárolásával choleras betegek ellátására is.

Az osztály állandó orvosai megalakulása óta tagjai a Fertőzőbetegségek Orvosai Társaságának, az osztályvezető főorvos kezdettől fogva vezetőségi tagja is, valamint tagja a Fővárosi László Kórház — mint a fertőző betegségek fekvőbeteg ellátása országos intézete — szakmai kollégiumának.

Келети Б., полковник м/с:

СОСТОЯНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И РАЗВИТИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Автор рассматривает положение медицинского обеспечения инфекционных болезней в Венгрии, и исходя из тяжелого положения до освобождения и после второй мировой войны демонстрирует 30-летнее развитие в ВНА в свете результатов отделения инфекционных заболеваний, которое выполняет центральные задачи и обслуживает наибольшее количество больных. Занимается сдвигами заболеваемости в области важнейших инфекционных болезней, методами лечения, изменениями профиля отделения, развитием подхода инфектолога и предстоящими задачами.

Dr. B. Keleti, Oberst des Med. Dienstes, Kandidat der Med. Wissenschaften:

GESTALTUNG DER INFEKTIONSKRANKHEITEN UND ENTWICKLUNG
DER THERAPEUTISCH-PROPHYLAKTISCHEN BETREUUNG

Verfasser gibt einen kurzen Überblick der Lage von Infektionskrankheiten in Ungarn vor der Befreiung und ausgehend aus der schweren Lage nach dem zweiten Weltkrieg, verhandelt über die 30jährige Entwicklung in der Ungarischen Volksarmee im Spiegel der Ergebnisse einer Spitalabteilung für Infektionskrankheiten, die mit Zentralaufgaben belastet, den größten Krankenverkehr hatte. Man erörtert die Gestaltung wichtigster Infektionskrankheiten, die Behandlungsmethoden, die Profiländerungen der Abteilung, Ausbildung der infektiologischen Anschauung sowie die gegenwärtigen neuen Aufgaben.

PHLOGOSOL

OLDAT

ÖSSZETÉTEL:

Natrium disulfosalicylato-samarium (III) anhydricum	0,9 g
hexachlorophenum	0,03 g
propylum paraoxybenzoicum	0,045 g
30 ml propilenglikolos oldatban.	

HATÁS:

Közismert, hogy a gyulladás kórélettani folyamatában az erek belső felületén – a gyulladás kialakulása szempontjából fontos – fibrinfilmmegkötődés figyelhető meg. A ritkaföldfém csoportba tartozó samarium sulfosalicylsavas komplexének gyulladáscsökkentő hatása ezen fibrinfilmmegkötődést gátló hatáson alapul. A készítményben levő propylparaoxybenzoát, propylenglycol és hexachlorophen synergista hatása biztosítja az oldat baktericid hatását. Az öblögető oldat a szájüregben szokványosan előforduló patogén baktériumok: staphylococcusok és streptococcusok szaporodását is gátolja; az egyidejűleg szükséges chemotherápiás vagy antibioticus kezelés hatását nem befolyásolja.

JAVALLATOK:

Banális hülésekkel együttjáró torokfájás. Grippe, angina-járványban a járvány cseppfertőzés útján történő terjedés veszélyének csökkentése. A szájnyálkahártya forró étel, vegyszer okozta ártalmi. Pharyngitis acuta, tonsillitis acuta, laryngitis acuta, stomatitis acuta, stomatitis herpetica, pharyngitis chronica, elsősorban hypertrophiás formája, glossitis superficialis, gingivitis acuta et chronica, gingivitis ulcerosa, paradentitis. Extractio denties elő- és utókezelése, valamint száj- és garatúri műtétek utókezelése (tonsillectomia, Luc-Caldwell műtét stb.). Ulcus decubitale. Apta recidivans.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:

1 dl vízhez vagy kamillateához 1–2 kávéskanál Phlogosol oldatot adunk, majd ezzel az oldattal naponta 3–5 alkalommal száj-, illetve toroköblögetést végzünk.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha egyéb, szabadon rendelhető toroköblítő alkalmazása nem vezet megfelelő eredményre.

Csomagolás: 30 ml-es üvegben, 22,60 Ft

Forgalomba hozza: Kőbányai Gyógyszerárugyár – Budapest.

Prof. dr. Pastinszky István, orvosezredes, az orvostudományok doktora

A bőrgyógyászati megbetegedések alakulása és kezelésének fejlődése három évtized alatt

A köztakarónk nem csupán határréteg a külvilág és a szervezet között, hanem súlyát és felületét tekintve is a *legnagyobb védő- és elhárító szervünk*. A morphologiai és pathomorphologiai kutatási eredmények functionális szempontból lényegesek a therapiás megfontolások döntéseiben. Mykologiai, bacteriologiai, serologiai és virológiai, valamint humángenetikai kutatások számos alapvető kóroktani eredményt hoztak. A therápiában hatalmas lépést jelentenek a modern chemotherapeuticumok, antibioticumok, tuberculostaticumok, cortison-készítmények, immundepressansok, cytostaticumok, anticoagulansok és tranquillansok. Legjelentősebbek a *correlációs pathológiai alapkutatások*, a *synopticus belső és külső szemlélet*, amelyeket a jövőben még tovább kell fejlesztenünk. Egyre növekedő jelentőséget kell biztosítani a *praeventiónak* és a *therapia* mellett a *rehabilitációnak* is.

Az utolsó harminc esztendő explosív tudományos fejlődése visszatükröződik a bőr- és nemigyógyászat területén is.

Jelentős felismerések történtek egyes betegségek pathogenesisében, therápiájában — de megváltoztak egyes kórképek is megjelenési formájukban, „*morphe*”-jukban gyakoriságukban, therápiás befolyásolhatóságukban; néhány bőrbetegség, amelyet néhány évtizeddel ezelőtt naponta láttunk —, gyakorlatilag eltűntek, ugyanakkor *új kórképekkel* ismerkedtünk meg. Ha összehasonlítjuk harminc esztendő visszalapozással kórházunk bőrgyógyászati statisztikai profilját, feltűnő lényeges eltolódást találunk az egyes kórformák előfordulása és gyakorisága között (14).

A bőrgyógyászati kórfolyamatok változásának oka rendkívül sokrétű, részben a kórokozókban, részben a szervezetben, részben pedig a megváltozott környezeti tényezőkben rejlik (industrialisatio, urbanisatio, chemisatio, megváltozott táplálkozás, az orvostudomány explosív fejlődése, a praeventio mind szélesebb alkalmazása stb.). Ezen rövid tanulmány keretében ne-

* A HONVÉDORVOS szerkesztősége felkérésére hazánk felszabadulásának 30 éves évfordulójára írt tanulmány.

héz lenne az összes dermatologiai kórképek módosulását áttekinteni, így csak a későbbiekben néhány jellemző *kiemelt formakör* változásait óhajtjuk áttekinteni (3).

Nézzük végig előbb a dermatológiának, mint modern tudománynak legfontosabb irányait (6).

Előljáróban hangsúlyoznunk kell, hogy a bőr, mint szervezetünk köztakarója, „*határrétege*”, a *legtekintélyesebb elhárító és védekező szervünk*; ezt bizonyítja a bőr súlya, amely testsúlyunknak mintegy 18⁰/₀-át képezi, továbbá felületileg is a legnagyobb (1,4—1,6 m²) organumunk. Minden élőlényt köztakaró borít („*Totus homo in cute*”), amelynek védelmét a különböző elhárító-védő reflexek szolgálják. A bőr tehát nem csupán egyszerű határreteg, vagy „*barrière a külvilág felé*”, hanem valójában szervezetünk *aktív várfala*. A mechanicus és thermicus ártalmak ellen véd a bőrünk relatív nagy rugalmassága és ellenálló képessége, amely a hámréteg *tonofibrillaris rendszerén* alapuló szerkezetén, a kifelé borító *szarurétegen*, továbbá az írha *collagen és elasticus rostrendszerén* alapul. Vegyi, főleg vízben oldott anyagoknak a bőrze jutását a *szaruréteg puffercapacitása* és a *lipoid-fagygyúfilm* akadályozzák.

A bőr *festékrétege* az ultraviolett sugarak ellen nyújt absorbeáló, védő-szűrő réteget, mint arra a pigmentatio zavarai, elsősorban az *albinismus* és a *vitiligo* utalnak.

A bőr *thermicus ingereit* a bőr vérátáramlásának idegi regulációja, valamint a verejtékmirigyek működése egyenlíti ki. Nagy jelentősége van a bőr kóréletlenségében a pathogen mikroorganizmusok elleni védelemben a *Marchionini* által felfedezett „*savköpenynek*”, azaz a bőrfelület savanyú reakciójának. Persze ezek a védő mechanizmusok csak relatívek, és funkció-képességük lényegében csupán élettani hatások között érvényesülhet (1).

Jelentős felismerések történtek a *bőrnek, mint érzékszervnek* mind morfológiai, mind functionális (tapintás, nyomás, hideg, fájdalom) megismerése terén; ezeknek receptor tevékenysége a külvilággal való érintkezésünket teszik lehetővé.

Számos tanulmány tisztázza az *érrendszer és eccrin verejtékmirigy rendszer működésén alapuló hőszabályozását* a bőrnek. A hőszabályozási zavarokban az eccrin verejtékmirigyek szerepére főleg a veleszületett és szerzett hiányukkal nyert észleletek utalnak (*anhidrosis congenitalis et acquisita*). Ennek katonaoorvosi jelentőségére régebben rámutattunk, hiszen a verejtékezés zavaraiiban már kiséfokú testi munka, vagy melegebb környezet már *lázás reakciókra* adhat alkalmat („*hőretentiós syndroma*”) (14).

A bőr *kiválasztó szerv* is. A nagyméretű vízleadás (*perspiratio insensibilis et sensibilis*), párolgás útján való hőleadás jelentős a thermoregulációban. Kisebb fontosságú a verejtékkal kiválasztott só, carbamid stb. jelentősége (pl. *urhidrosis uraemica* esetén).

A bőr jelentős *resorptiós szervünk* is, amit therápiásan is kihatásználunk vitaminok, hormonok felszívódására; erre legjelentősebb példa a glycocorticoid kenőcsök utóbbi években való széles körű alkalmazása. Újabb haladást jelentett a magyar származású *Szakall* azon megállapítása, hogy a bőrről való felszívódásban a szaruréteg alsó részén levő *lipoid mucopolysaccharid-barrière*-nek nagy jelentősége van (1).

A bőr, mint *endocrin szerv* is szerepel, bár ezirányú működése még javarészt ismeretlen. Megismertük azonban, hogy a hám *7-dehydrocholesterint*

képez, amely a D₃-vitamin előanyaga, és a bőr ultraviolett besugárzásakor D-vitaminná alakul, ami a kékfénykezelés gyógyító hatását rachitis kapcsán magyarázza (11).

A bőr sokrétű, az egész szervezettől és testtájéktól függő különböző természetű sajátosságait összességükben *bőrterrain* név alatt foglaljuk össze, amely arra utal, hogy a köztakaró mind felépítésében, mind anyagcseréjében igen bonyolult és integrált rendszert képez, amelynek egy vagy több rész-működési zavara a különböző kórképek sorozatát idézheti elő. Így nem csodálható, hogy napjainkban a gyakorló orvost felkereső betegek száma 20⁰/₀-ban bőrbeteg. A tropikus és subtropikus vidékeken a fertőző dermatosisok folytán ez a szám az összes betegségeknek csaknem felét teszi ki. Számos adat utal arra, hogy a bőrbetegségek diagnosisában és kezelésében még számos bizonytalanság van; erre utal az a tény, hogy az általános tárgyú orvosi újságok (pl. JAMA) olvasóköreiből feltett kérdések mintegy 1/5 része bőrgyógyászati jellegű (1).

A bőrgyógyászat jelenkori fejlődésében a kóros bőrelváltozások lényegét továbbra is a jól ismert *elemi jelenségek*, az *efflorescentiák képezik*. Ezek továbbra is a bőrbetegségek alfabétái, amelyek ismeretével a bőr kóros jelenségeit olvasni és differenciálni tudjuk.

A *klinikai morfológia* fontossága ma is éppen olyan jelentőségű a tudományos dermatológiában, mint a századunk elején. A morfológiai kutatások azonban sohasem voltak öncélúak, hanem az utolsó évtizedben szorosan összekapcsolódtak a functionalis szemlélettel. A bőr működési zavarai számos bőrbetegség localisatiójában, klinikai megnyilvánulásában, fennállásában, therapiás befolyásolhatóságában döntő jelentőséggel bírnak (3).

Az utóbbi évtizedekben megismertük a *klinikai morfológia határait*. Bár a bőr bonyolult anatómiai felépítésű, mégis a bőr reakcióinak manifesztációi nagyon is körülhatároltak, azaz *különböző kórokok azonos bőrelváltozásokat hozhatnak létre*. Morbilliform vagy scarlatiniform gyógyszerexanthema okát morfológiailag éppen olyan kevéssé tudjuk meghatározni, mint az urticariá-ét, erythema multiforme-ét, vagy diffus hajhullását. Míg az erythema nodosum gyermekeken tuberculotikus primaer fertőzés keretében allergiás-hyperergiás természetű bőrijelenségnek tekintendő, — addig felnőtteken Boeck-sarcoid első jele, infectallergia (gomba, streptococcus haemolyticus, lepra stb.) tünete, vagy gyógyszer mellékhatás kifejezője lehet. Kiderült, hogy számos bőrfolyamat nem kóroktani egység, hanem *polyaetiologias alapon fellépő bőrreactio (reaction cutanée Brocq)*.

Bár úgy látszott századunk kezdetén, hogy a bőrgyógyászati kórképek külső morfológiai megismerési köre lezárult, mégis az utolsó évtizedekben számos új kórképpel gazdagodtunk, így pl. *acrodermatitis enteropathica (Danbolt-Closs)*; *dermatitis pustulosa subornealis (Sneddon-Wilkinson)*; *bullosus pemphigoid (Lever)*; *pemphigus familiaris chr. benignus (Hailey-Hailey)*; *epidermolysis acuta toxica combustiformis (Lyell)*; *pustulosis palmaris et plantaris (Andrews)*; *granuloma eosinophilicum*; *mucophanerosis intrafollicularis et seboglandularis (Braun-Falco)*; *lymphoreticulosis benigna inoculationis (Mollaret)*; *autoimmun kórképek stb. (1)*.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen megváltozott a *gombás betegségek* profilja is. A *favus*, *microsporia capitis*, a régebben többször észlelt *actinomyces cervico-facialis* gyakorlatilag eltűntek. A *trichophyton violaceum* és *tr. crateriforme* által okozott fertőzések rendkívül lecsökkentek, — nagyon

felszaporodott visoznt az 1952 előtt rendkívül ritka *trichophyton rubrum* (*rubrophytiasis*) fertőzések. A *trichophyton rubrum* a szőrzetet is megtámadhatja, amit fiatal nők lábszárán levő follicularis nodosus, néha pustulosus mycogen elváltozások (*tinea nodularis granulomatosa cruris*) bizonyíthatnak, amelyeket azelőtt nem láttunk. Míg a „mykid”-eket régebben kizárólag gyermekeken és fiatalokon általános gombás fertőzés (*trichophytiasis*) kapcsán, vagy diagnosztikus, illetve therapiás injectiók következményeként észleltünk, — manapság nem is olyan ritkán felnőtteken is látjuk (pl. penicillin befecskendezések után) (5).

Óriási mértékben megszaporodott a sarjadzógombás (*candidiasis*) megbetegedések száma, amelynek okát a széles spektrumú antibioticumok, glucocorticoidok, immuno-suppressiv és oralis anticoncipienssek kiterjedt alkalmazásában kell keresnünk. Természetesen gyakoribbak a *candididek* is.

Igen megnövekedett az *onychomykosisok* száma is, amelyeknek 80⁰/₀-át *hyphomyceták*, 20⁰/₀-át *blastomyceták* okozzák.

Napjainkban az egész világon a *mykosis pedis* („athlete's foot”) szinte népbetegséggé vált (ebben természetesen bentfoglaltatik a körömgombásodás is); a láb gombás betegségeinek napjainkban való halmozódásában döntő szerepe van az urbanisatióknak (közös fürdők, lábrácsok, műanyag talpú cipők és harisnyák stb.). A láb gombásodás gyakran nyit utat másodlagos *bacterialis fertőzéseknek* (impetiginisatio, cocogen superinfectio és sensibilisatio, erysipelas, phlegmone, lymphangoitis, lymphadenitis) (4).

A *pyodermák* száma a II. világháború befejezése után nagymértékben csökkent, — de még most is a bőrbetegségek jelentős részét teszi ki. Az idült pyodermák háttérében mindig gondolni kell részben *parasitaer* (scabies, pediculosis) megbetegedésekre, illetve a szervezet *anyagcsere betegségeire* (diabetes), vagy *immunitasi viszonyainak rosszabbodására* (antianyaghiány-syndroma, cortison- vagy immunodepressív kezelés stb.). Teljesen eltűnt a *malleus*, *anthrax*, *diphtheria*, viszont helyenként *tularaemiát* látunk, amit legtöbbször nem ismernek fel. Az *erysipelas* esetek szaporodtak az erósió interdigitalis mycotica szövődményeként (14).

A *bacteriológiai*, *mykológiai* kutatások fejlődése mellett számos dermatosis kutatásában a *virologia* lépett előtérbe (pemphigus, erythematodes stb.).

A *zoonosisokkal* kapcsolatban elsősorban az *atkás fertőzések* említendők. A II. világháború alatt kórházunkban a *scabies* 0,25—2⁰/₀-ról 15—20⁰/₀-ra emelkedett, ami megfelelt a világszerte uralkodó rüh epidemiáknak. A háború utáni húsz évben *emberi* rühatka fertőzés nem fordult elő, csupán olyan szórványos esetek, amelyek atypusos localisatiójuk, lefolyásuk, anamnestikus adataik alapján *állati* eredetű (*acarus felineus*, *a. bovinus*, *a. caninus* stb.) fertőzésnek voltak minősíthetők. Egy-két éve azonban hosszas eltűnés után *újából jelentkezett az acarus humanus okozta rüh az ország minden területén*, ami eleinte, — sőt még most is gyakran diagnosztikus problémát okoz. A *scabies* epidemiológiáját mai nézetünk szerint 15—20 éves *cyclusú morbiditási ingadozások* jellemzik. A rüh epidemiákkal azzal magyarázhatók, hogy a rühatka fertőzés sensibilisatiót és bizonyos infectio-resistentiát eredményez, ami kb. 15—20 évig tart, amikor a legtöbb megbetegedés a nem sensibilizált fiatal egyéneken történik. Megfigyeléseink szerint a *scabies* esetekben a typosus atkás jelenségeken kívül a sensibilisatio hatásá-

ra létrejövő „*id^a-reactio* mutatható ki („*acarid*”), amelyet a localis szöveti kép, a gyakran kimutatható vér eosinophilia is igazolnak (14).

A *pediculosis*, *cimicosis*, *pulicosis* gyakorlatilag megszűnt az eredményes, kémiai prophylaxis folytán. Gyakrabban észleltünk azonban főleg honvédségi vonatkozásban tömegesen hernyódermatitis (*lepidopterianis*) eseteket.

A *dermato-histopathologia* nemcsak régebben, de ma is a bőrkórtani tevékenység élvonalában maradt. Itt csupán néhány haladást emelnék ki: keretoakanthomák felismerését, a *Gottron-féle* pseudocancerosiseket, a *Pin-kus-féle* fibroepithelialis tumorokat, a *Hellwig-féle* spiradenomákat, az *eccrin* poromákat, a *folliculomákat*, a *tricholemmomákat*. Bebizonyosodott, hogy a dermatopathologusnak a klinikussal szorosan együtt kell működnie és a morfológiai staticus szemléletet a *functionalis pathológiának* kell felváltania. A *histochemia* és *elektronmikroszkópos vizsgálatok* dermatopathológiában is rutin eljárásokká váltak. Számos új megismerésre vezettek a szövettani kvalitatív és kvantitatív enzimkimutatási eljárások, amelyek szinte „ujjlenyomatszerűen egyes neoplasmák histogenetikai azonosítását lehetővé tették” (1).

Amióta az ekzémák contact allergiás jellegét *Jadassohn* az epicutan próbával bebizonyította, az *allergia és immunologia* állandóan a *bőrgyógyászati kutatások központjává* vált. A bőrön számtalan immunológiai történés játszódik le; ezek felismerése arra vezetett, hogy alig van olyan lényeges immunbiológiai kísérlet és vizsgálat, amit a bőrön ne lehetne igazolni. Így a bőr kiválóan alkalmasnak bizonyult, mint „*próbaszerv*” a különböző fertőző és nem fertőző betegségek allergiás folyamatainak tisztázására. Ehhez még az is hozzájárul, hogy a bőrgyógyászati betegek csaknem negyed részét kitevő allergiás contact ekzémák és gyógyszerallergiák csak akkor kezelhetők eredményesen és tartósan, ha a kórokozó allergéneket felderítjük, és a velük való érintkezést elhárítjuk. A korszerű allergológiai laboratóriumokban nemcsak az epicutan, hanem intracutan, prick, scarificatiós és expositiós próbákkal a gyakorlati allergia „test”-elés megvalósítható. A kísérleti allergologia külön szakágazattá fejlődött.

Egyre nagyobb jelentőségűvé válnak az *autoimmun kórképek*, azaz olyan bőrreakciók, ahol valószínűleg olyan antitestek játszanak szerepet, amelyet az illető beteg saját bőrének alkotó elemei ellen képez. Számos újabb vizsgálat igazolta, hogy bizonyos ekzémákban, lupus erythematodesben, sőt hólyagképző megbetegedésekben is, mint pl. a pemphigus vulgaris és bullosus pemphigoid, a betegek serumának IgG-fractiójában antitestek találhatóak, amelyek meghatározott bőrstruktúrák ellen irányulnak. Az erythematodes acutus esetén az autoimmun folyamatok csaknem diathesis jellegszerűen állnak előtérben. A dermatomyositisben főleg az enzymológiai pathomechanismus szerepel. A scleroderma progressivum et circumscriptum pedig neurovascularisan indukált folyamat, amely döntően befolyásolja az egyes collagen fractiók viszonyát (10).

Hasonlóan új fogalomként jelentkezett a dermatológiában a „*vasculitis*”, — amelynek formakörében a következő kórképek csoportosíthatók: erythema nodosum, erythema exsudativum multiforme, vasculitis nodularis, panniculitisek, anularis erythemák, arteriolitis necrotica Rüter, periarteritis nodosa, erythema rheumaticum, erythema anulare centrifugum, Behçet-kór, granuloma faciale (9).

Az új immunopathológiai szemléletnek nemcsak elméleti jelentősége van

az illető betegségek kóroktanában, hanem a *klinikai megkülönböztető kóris-mezésben* is felhasználható.

Mint ezen rövid vázlat szerű felsorolásból előtűnik, a korszerű bőrgyógyászat iránya semmiképpen sem csak a bőrre lokalizálódik, hanem az *általános orvostudomány* ismeretét is megköveteli. A legtöbb bőrbetegségnek „*bőrautonom*” jellege ma sem vitatható; itt csak utalunk a bacterialis, mykoticus, virális bőrfolyamatokra, elszarusodási zavarokra, ectodermális dysplasiákra. Másrészt azonban a legújabb kutatások a *bőr- és belső szervek megbetegedések* részletesebb felismerésére vezethetnek.

Itt különösen termékenyek voltak a kötőszöveti rendszer diffúz megbetegedéseire vonatkozó kutatások, mint a lupus erythematodes visceralis et integumentalis, dermatomyositis, scleroderma progressivum, — de egyéb más rendszerbetegségek, mint a Boeck-sarcoid, leukaemiák, reticulosisok, vagy anyagcseremegbetegedések (pl. amyloidosis, xanthomatosis stb.). Gyakran van a bőrgyógyász a bőrtünetek folytán abban a szerencsés helyzetben, hogy a belbetegségek diagnózisát *először* állíthatja fel.

Számos újabb megismerésre vezettek a bőr- és belső szervek vonatkozásos kutatásán alapuló *correlatiós pathológiás törekvések*. Különösen értékesek voltak a bőr- és belgyógyászati *határterületi munkálkodások*. Csupán érdekesség kedvéért említünk néhányat: porphyria cutanea tarda és májártalmak; vasculitisek bőrgyógyászati vonatkozásai; kevésbé tisztázottak még a bőr-, pancreas- és vesebetegségek összefüggései.

Az *endocrin betegségek* vagy hormonkezelés kapcsán a bőrelváltozások széles skáláját ismertük meg; e helyen csupán a cortison kezeléssel és orális anticoncipienssekkal kapcsolatos bőrelváltozásokra utalunk, továbbá arra a tényre, hogy az idült balanitis, pyoderma, vagy soor-infekciók milyen gyakran vezetnek a diabetes mellitus felismerésére. Az utóbbi időben ismerték fel az idült pancreatitis heveny recidívái kapcsán mutatózó ferment-toxicus bőrjelenségeket. Szív- és érbetegségek kapcsán számos bőrtünet vált ismertté, így pl. a szívinfartus esetén haemorrhagiás bőrnecrosisok az acra-n, hypertonia betegség esetén az ún. hypertonia-fekély (*Martorell-syndroma*), panniculitisek, vasculitisek különböző formái stb. (14).

Új megismerést jelentenek a rosszindulatú daganatos betegségek terén a *nem specifikus onkogen paraneoplasticus bőrtünetek*, amelyeknek pathomechanismusában valószínűleg gyakran *immunoallergiás, toxicus, ellenanyaghiánysyndroma-szerű mechanizmusok* szerepelnek (acanthosis nigricans, dermatomyositis, lymphadenosis benigna cutis, morbus Bowen, alopecia mucinosa és lymphoblastoma, acrokeratosis neoplastica [Bazex-syndroma], Howell-Evans-syndroma, pruriginosus symptoma-complexus, paraneoplasticus dyshormonalis és vascularis jelenségek, bullosis paraneoplastica, figurált erythemák, ichthyosiform és marginalis keratosisok, paramyloidosisok, sclerodaktyliform, ekzematiform és egyéb elváltozások) (14).

Rendkívül szorosak a *bőr és idegrendszeri kapcsolatok*, hiszen mindkettő ectodermális eredetű. Itt említenénk a *phacomatosisok* új fogalomkörét, amelybe a morbus Recklinghausen, morbus Sturge-Weber, morbus Bourneville-Pringle stb. tartoznak. Egyre inkább szaporodott a bőrbetegségek és psyche közti vonatkozások tanulmányozása is.

Az utóbbi évtizedekben rohamosan fejlődtek és szorosabbra fűződtek a *bőrgyógyászat és humángenetika* kapcsolatai. Számos bőrbetegség (*genodermatosis*) öröklődéses jellegét és módszereit ismerték fel, ahol a zavar kóros fehérjestrutúrák képződésében, enzimfehérjék hiányában, vagy kó-

ros képződésében, esetleg inhibitorok létrejöttében, továbbá örökléses regulációs zavarokban (pl. pikkelysömör) található. Talán éppen ezen genodermatosisokban, — amelyek bizonyos mértékben a természet kísérleteinek tekinthetők —, lesz lehetséges a közeljövőben biochemiai, histochemiai és elektronmikroszkópos kutatásokkal újabb alapvető eredményeket szerezni (1).

Mindezen felsorolt tények arra utalnak, hogy a bőrgyógyászat az orvosi ismereteknek nem egy önálló szigete, hanem az egész medicinának szerves része, amelynek correlációs pathológiai vonatkozásaival integrálódik. Egyéb szakorvosoknak is gyakrabban kell a bőrgyógyászokat igénybe venni, hiszen typosus bőrjelenségek gyakran *diagnosztikai kulcsot* jelentenek.

Az utolsó évtizedekben a *chemotherapiás, antibioticus, immundepressans, cortison és cytostaticus gyógyszerek* bevezetésével óriási változások mutatkoztak a bőrgyógyászat területén is, amelyek a dermato-venerológiai kórképek számszerű megnyilvánulásában is lényeges eltolódást okoztak.

Legjelentősebb ezen a téren a *nemibetegek terén elért változások*. 1943-ban Mahoney, Arnold és Harris bevezették a *penicillint a syphilis kezelésébe*, amely csakhamar eltörölte a régi salvarsan+bismuth kezelést. A penicillin kezelés bevezetése, a háború utáni zilált viszonyok normalizálódása és az *Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet* forráskutató munkássága odavezetett, hogy a syphilis és gonorrhoea esetek száma állandóan csökkent az utóbbi évekig (7). A nemibetegségek megelőzésének és gondozásának irányelveit a csapatorvosok számára lefektettük (14). A nemibetegségek újraterjedését csak a *leggondosabb contactuskutatás* hárihatja el. A contactusoknak felderítésére jelenleg a *módosított nyaláb- („cluster”-)* *technikát* alkalmazzuk, amelynek az a lényege, hogy a kutatás nemcsak a beteg közvetlen sexualis contactusainak megismerésére törekszik, hanem annak szociális és sexualis viszonyainak (gallery, sexualis partnerkörök) felderítésére is. Az egész országra kiterjesztett, központilag irányított nyalábtechnika tudta megakadályozni a friss syphilis továbbterjedését. Az eredményesség feltétele az egész nemibeteghálózat szoros együttműködése a syphilissel fertőzöttek, az arra gyanúsak és contactusai adatainak azonnali közlése az OBNI contactuskutató részlegével. *A honvédorvosok állandó további feladata honvédszemélyek nemi megbetegedése esetén az OBNI-hálózat segítségével felderíteni a fertőző forrásokat* (7).

A nemibeteg fertőző források által veszélyeztetett egyéneknél a felderítést *legújabbban összekapcsolják az utóbbiak antibioticus praeventiójával*. Ennek az új eljárásnak az a célja, hogy a fertőzésnek kitett személy *ne* is kerülhessen tünetes állapotba és *ne* is veszélyeztessen másokat. A fertőzésnek kitett egyéneknél a hiánytalanul elvégzett antibioticum prophylaxis esetén a fertőző láncolat ki sem alakulhat. Nyomatékosan hangsúlyozandó, hogy ezen *antibioticum prophylaxisnak mindig teljes értékűnek (15 ME penicillin)* kell lennie (7).

A modern antivenereás módszerek kidolgozását *társadalmi rendünk alapvető változásai tették lehetővé*: a társadalmi és nemi megkülönböztetés-től teljesen független kezelési kötelezettséget, mindenki részére teljesen ingyenes vizsgálatot és gyógykezelést, a nemibetegeket, a nemibetegségeket terjesztő, magukat nem kezeltető, retinens betegek kötelező kórházi kezel-tetését, a fertőző góccok és veszélyeztetett személyek megkülönböztetés nél-küli gondozását, az országos jellegű contactus kutatást és antivenereás fej

lődésünk legfőbb eredményeként az exponált személyek antibioticum prophylaxisát és praeventív kezelését (7).

Néhány adatot a nemibetegségek alakulásáról is szeretnénk megemlíteni. Utóbbi években újból emelkedik a sy. és go. esetek száma főleg fiatalok körében. Különösen gyakori a sy. emelkedése *homosexualis* egyéneken. Egyre több észlelés számol be egészségesnek látszó „*gonococcus hordozó*” egyénekről. A go.+sy. coinfectiók esetén a go. gyógyítására adott penicillin a sy. álcázására és későbbi neurosyphilis alakulására adhat alkalmat.

Örvendetes fejlődést jelentett a venerológiában a *serologiai diagnostika* fejlődése és olyan syphilis-specificus módszerek kidolgozása, mint a *Nelson-Mayer-féle Treponema-pallidum-immobilisatiós-test (TPIT)*, a *fluoreszaló TP ellenanyagpróba (Fluorescent Treponemal Antibody Test = FTA test)*, a *Treponema-agglutinatiós-reactio (TPA)*, amelyek alkalmasnak bizonyultak arra, hogy minden olyan kétes esetben biztos kórismét teremtsenek, ahol a klasszikus serologiai reactióról, vagy sy. latens seropositíváról van-e szó. Sajnos a sy. gyógyulásának megítélésében még nem vagyunk ilyen kedvező helyzetben. (14)

Teljesen eltűntek az *ulcus molle* és *lymphogranuloma inguinale* fertőzések. Ezzel szemben rendkívüli módon elszaporodott a *Trichomonas* és *Candida urethritis*, valamint a *balanitis candidamycetica*.

A fokozódó turizmus és közlekedési eszközök rohamos fejlődése szükségessé teszi, hogy a *lepra*-ról megemlékezzünk, hiszen még ma is mintegy 14—16 millió ember szenved ebben a betegségben. A lepra leküzdésében nagyhatású gyógyszereket fedeztek fel: különböző sulfonvegyületeket, thiosemicarbazon, thiocarbamid vegyületeket stb. Érdekes felfedezés, hogy a BCG-oltás lepra ellen lepra lepromatosá-ban szenvedő szülők újszülöttein nagyságrendben éppen olyan hatásosnak bizonyul, mint *tuberculosis* ellen (1).

Számolnunk kell más subtrópusi és trópusi betegségek hazai előfordulásával, mint a *leishmania* vagy *variola* behurcolásával és ezek diagnosztikájával tisztában kell lennünk. A diagnosis legfőbb alappillére kétes esetben a jó *anamnesis* (14).

További eredmény volt a bőrgyógyászatban a *tuberculostaticus chemotherapiás gyógyszerek bevezetése*. Az általános gümőkóros betegségek és ezzel kapcsolatosan a *bőrgümőkóros betegek száma is lényegesen csökkent*. A bovin eredetű (tehén, ló, sertés) fertőzések száma csökkent. Hasonlóan kisebbedett a *tbc. cutis verrucosa* esetek száma is, mert a jobb szociális viszonyok folytán ma már falun sem járnak mezítláb. Előtérbe került viszont a *typus aviarius*, amely INH resistens (16).

Eltűntek a súlyos gümőkóros nyálkahártya betegségek (*tbc. ulcerosa cutis et mucosae*), amelyek anergiás phthitises folyamatokhoz társultak. A *tbc. miliaris cutis*-t is ma már ritkán észleljük. Viszonylag magas még a nyirokcsomók gümőkóros megbetegedéseinek a száma.

A *gümőkóros primaer complexus* megjelenése a BCG oltások következtében mind a tüdő, mind a bőr vonatkozásában a *későbbi életkorra tolódott* el. Egyes BCG oltási seriákban gyakrabban látunk regionális nyirokcsomó megnagyobbodást, ellágyulást, fekélyesedést, az oltás helyén hidegtályogot. Ez hibás oltási technikára és a bevitt oltóanyag fokozott virulentiájára vezethető vissza.

Az ún. valószínűleg gümős megbetegedések eredete is tisztázott (ery-

thematodes, Boeck-sarcoid, erythema nodosum legtöbb esete) abban az értelemben, hogy *nem* gümős eredetűek. A *granuloma nitidum* a lichen ruber planus változatának tűnik módosult tuberculoid szövettani szerkezete ellenére is, amit a *Köbner-tűnet* kiválthatósága is támogatni látszik (16).

Érdekes tényként említjük meg, hogy világszerte a *bőrklínikák és poliklínikák betegforgalma egyre növekszik*, — noha a tbc. és nemibetegségek terén jelentős visszafejlődést értünk el. Ennek oka a *foglalkozási megbetegedések*, az allergiás contact-dermatitisek, allergiás contact ekzémák és az ún. toxicus degeneratív ekzema esetek *folyamatos emelkedésével* magyarázható. A már szinte áttekinthetetlenül nagy számú vegyi anyag az iparban, háztartásban, kozmetikában stb. *egyre növekedő contact lehetőséget nyújt*, és *szociális problémává* vált. Az Egyesült Államok ipari munkásainál a foglalkozási bőrbetegségek száma évente 1,2⁰/₀-ot tesz ki. A foglalkozási dermatosisok egyre növekvő száma a WHO-nak is külön szociális egészségügyi problémájává vált (megelőzés, adequat kezelés, rehabilitatio).

Mindezekhez hozzájárulnak még dermatológiai vonatkozásban is az egyre emelkedő *gyógyszerártalmak*, amelyeket az egyre *fokozódó gyógyszerfogyasztással* magyarázhatunk. Növekedtek a bőrgyógyászat területén is az *iatrogen ártalmak* is; ezek közül első helyen a *steroid és antibioticum ártalmak* állnak.

Az „allergia-gyűjtőfogalma” foglalja össze napjainkban a dermatológiai gyakorlat legfontosabb differential diagnosztikai problémáit; ezt úgy is fogalmazhatjuk, hogy ma a *toxicodermák és gyógyszerexanthemák* foglalják el azt a helyet, melyet 30—50 évvel ezelőtt a mindent utánzó nagy imitátor: a *syphilis* birtokolt. A gyógyszerallergiás folyamatok számának világszerte való emelkedése számos okban gyökerezik: vegyi és gyógyszeripar explosív fejlődése, polypragmasia, fokozottabb sensibilisatiós hajlam. A gyógyszerártalmak megelőzése és klinikai kórismézésére az utóbbi években számos vizsgálati eljárást dolgoztak ki, — de egyik sem bizonyult teljesen megbízhatónak. Az allergiás jelenségeket okozó gyógyszerek változnak térben és időben használhatóságuknak megfelelően. Míg a századforduló után főleg a különböző hashajtó szerek, balszamok, amidazophen, higanin és chinin allergiás jelenségei uralkodtak, amelyeket később a salvarsan, majd sulfamid készítmények és barbituratok váltottak fel, — addig ma az antibioticumok, elsősorban a *penicillin* (illetve a Chlorocid, Neomycin stb.) állnak a lista élén. A penicillin mintegy 20—80⁰/₀-át képezi a gyógyszerallergiás eseteknek (11).

A legtöbb gyógyszerexanthema ma is stereotyp *scarlatiniform, morbiliform vagy urticariform*, — ezért phaenomenológiailag, anamnesis és exploratio hiányában *anonym*. Nem ritkák újabban a „*lupus erythematodes*”-szerű *exanthemák* sem az arcon (Gricin, Griseofulvin, Hydrazolin stb.). Többször látunk mostanában bizonyos gyógyszerek után *acne-szerű eruptiókat* (ACTH, Cortison, INH, Testosteron, D- és B₁₂-vitamin stb.)

A bőr intolerantiához nem ritkán egyéb polytop shockfragmentum is csatlakozik (láz, arthralgia- és trombocytazuhanás, haemolysis stb.). Egyes toxicus-allergiás bőrkiütések keletkezéséhez *fényhatás* is szükséges.

A „*para*”-állású *vegyületek* is gyakran okoznak allergiás dermatosisokat. Ma a novocaint a helyi érzéstelenítésben az allergiás tüneteket ritkábban okozó *lidocain* váltotta fel. Napjainkban igen gyakoriak a *peroralis antidiabeticumokkal* (sulfanilurea, ritkábban biguanid derivatumok) kapcsolatos

gyógyszerezexanthemák. A barbituratok helyébe a ma igen divatos *minor tranquillánsok* (főleg a phenothiazid származékok) nyomultak. Gyakran sensibilizálnak a hydantoin-gyűrűs antisaceres, továbbá a különböző ataractica és relaxantia gyógyszerek is. Súlyos epidermolysis toxica combustiformis (= *Lyell-syndroma*) léphet fel *phenylbutazon* gyógykezelés kapcsán. Az *anticoagulans gyógyszerek* közül a *dicumarol* származékok, a húgyúti de-sinficiensek közül az *5-nitrofurantoin* készítmények, a diagnosztikus szerek közül a szerves és szervetlen jódvegyületek, a tuberculostaticus szerek közül pedig a *streptomycin* és *isonicid* tűnnek ki allergizáló tulajdonságukkal. A *localis externák* közül a formalin, hexachlorophen, salicylanilidek, különböző anilin-festékek, redukáló szerek (dithranol, resorcin stb.). Szaporodtak a hormonallergia kimutatható esetei is.

A korszerű *cortisonkezelés* a dermatosisok megjelenési alakjában, az ún. „*morphe*”-jában hozhat létre feltűnő változásokat, átmeneteket. A legismertebb a pemphigus-formák közötti *pathomorphismus*, „*nosologiai variáns*”-ok képződése. Ismeretes chronicus polyarthritiseknek erythematodes acutusba való átmenetele, továbbá furunculások, gombás granulomák suba-cuitása stb.

Ismeretessé vált *diabetes mellitus* kapcsán a fennálló vascularis és neuritises zavarok következtében számos dermatosis „*morphe*”-jában változások jöhetnek létre (pl. lichen ruber planus bullosus transformatiója: „*diabetogen bullosus pathomorphosis*”)

A *psoriasis*, ezen „*diathesis parakeratotica*”, illetve „*essentialis parakeratosis*” lényege mai tudásunk szerint az epidermopoesis (valószínűleg genetikai alapon gyökerező) túlradó fokozódása, amely nemcsak az oxidációs történések jelentős fokozódásában, illetve a sulfhydryl-csoportok szaporulatában, hanem a DNS-synthesis zavaraiiban és az elszarusodási zóna ebből eredő változásaiban is gyökeredzik. Gyakran látjuk a psoriasis intertriginosa-nak candidával való felülfertőződését, hasonlóan pikkelysömörös körömfolyamatoknak onychomykosissal való szövődését. Feltűnő, hogy a psoriasis már gyermekkorban, sőt csecsemőkorbán is felléphet. Utóbbi években halmozottan látjuk, hogy a psoriasis legelső manifesztációját az először bevonultakon jelentkezik, aminek létrejöttében nyilván „*stress*” hatások is szerepelnek. A psoriasis terápiájában a hámszövetek reproductívóját gátló *Methotrexat* kezelés *nem vált be, egyrészt a májra, gonádokra és vérképző szervekre* kifejtett káros hatása miatt, másrészt a jelenségek recidíváját sem tudja megakadályozni („*Primum non nocere*” elve). Véleményünk szerint psoriasisban a jól alkalmazott externa-kezelés ma is a legcélravezetőbb.

Kiderült, hogy a *parapsoriasis* kórcsoportba nosologiai revisio szükséges. Az *ichthyosisok* formakörébe egyre inkább rámutatnak ezen genetikus eredetű keratinizációs anomalia *systemás tünetekre* (*Rud-syndroma*; *Refsum-syndroma*; *Sjögren-Larsson-syndroma*; *Netherton-syndroma*) (14).

Tökéletesedett a *pemphigus-csoport* differentialis diagnosztikája histológiai és fluorescens serológiai eljárásokkal, az acantholyticus és fluorescens hólyagképződéssel járó pemphigus formák és subepidermalis hólyagképződéssel járó kórfolyamatok elkülönítése. A cortison- és immundepressans therapia az eddig csaknem mindig fatalis pemphigus prognózisát gyökeresen megváltoztatta, a mortalitást az irodalmi adatok szerint átlagban (1,6—40%) kb. harmadával csökkentette.

Itt kell méltatnunk a *cortison-therapiának* a bőrbetegségekre kifejtett

noso-morbidi-(staticus) hatását; a kezelés kihagyása után tehát recidivák várhatók, hacsak a kezelés ideje alatt a kórok nem szűnik meg, vagy a betegség nem jutott spontán remissió fázisba. A corticosteroidok alkalmazása a bőrgyógyászatban nem *substitutíós* terápiá, hanem *pharmacodynamiai* hatáson alapszik, amelyet közelebbi ismereteink hiányában a teljesen inadequat „*antiinflammatóis*”, „*antiexsudatív*”, „*antiproliferatív*”, „*antigranulomatosis*”, „*antiblastomás*”, „*antitoxicus*”, „*antipyreticus*”, „*analgeticus*” pontosan kerül nem írható „*multidimensionalis histotrop effectusok*” jellemnek. Az immundepressansok és kéregsteroidok bevezetése hatalmas terápiás segítséget jelentett a peracut (gyógyszerallergiás) shock állapot pemphigus, collagenosisok, s számos heveny és idült dermatosis kezelésében (14).

Alapvető szemléleti változás következett be a dermatológiában a *haemorrhagiás diathesisek* megítélésében. Ma a cutan és extracutan haemorrhagiás jelenségeket — dermatophaenomenologiai gyakoriságuk sorrendjében — *vascularis (vasculopathiás)*, *thrombocytaer (thrombocytopeniás és thrombocytopathiás)*, valamint *coagulopathiás*, illetve *kombinált zavarokra* osztjuk fel. Bebizonyosodott, hogy ez a „*purpura pigmentosa progressiva*” gyűjtőfogalom alatt összefoglalt különböző kórképek szigorú nosologiai elválasztása *nem* indokolt (14).

Az ún. *phakomatosisok* fogalomköre is lényegesen kibővült, amelyek *adenomás, epitheliomás és pigmentphakomatosisok* lehetnek.

Egyre több figyelem fordul a *bőr daganatos betegségeire*, amelyeknek a száma lupussal és a nemibetegségekkel szemben *emelkedni* látszik és ezek gondozási helyét foglalják el. Legrosszabb indulatú elváltozás a *melanoma*, amely kiindulhat elfajuló naevussejt-haevusból a *Dubreuilh-féle melanosis circumscriptá-ból*, sőt a teljesen épnek látszó bőrből is.

Az utóbbi években a dermato-oncologusok figyelmét újból felkeltették a *keratoakanthomák*, amelyek rövid idő alatt fejlődnek ki és kifejezett spontán involutiós hajlammal is bírhatnak; ennek ellenére tanácsos sebészi eltávolításuk, szövettani ellenőrzésük és onkológiai megfigyelésük (17).

Megváltozott, illetve megnövekedett az emberi élet várható időtartama, ami 1970-ben 70 évet tesz ki; így a dermatológiára is *geroprophylacticus és gerotherapeuticus* kérdéseket és problémákat vet fel. Itt elsősorban a *bőr praecancerosisainak* korai felismerése, gyógyítása, gondozása és megelőzése a főfeladat különösen a chronicusan fénynek kitett bőrön (mezőgazdasági munkásokon, hivatásos katonákon stb.) (8).

Egyre több feladatot ró az utóbbi években a bőrgyógyászokra a lábszárrak idült vénás elégtelenségéből származó másodlagos bőrijelenségek (*ekzema cruris varicosum; syndroma postthrombophlebiticum*). Ezek száma világszerte emelkedik és szinte „*népbetegség*” jelleget ölt, nemcsak nőknön, de férfiakon is. Itt is az angiologusok és dermatologusok szoros együttműködésére van szükség (11).

Egyes külföldi, főleg a német iskola a dermatologia újabb határ feladatkörébe szándékozik bevenni az *andrológiát*, ami közös munkaterületet jelentene a gynecologussal, endokrinologussal és urologussal. Szorosabb értelemben véve az andrológia a férfi nemzőképességével foglalkozik, beleértve az idevonatkozó morfológiai, biochemiai vizsgálatokat, sperma fermentanalysist, hormon és a nemi megkülönböztetési vizsgálatokat (1).

A terápiás mezőnyben a legkülönbözőbb kezelési eljárások tökéletesedtek: így a *radiológiai módszerek, cytostaticus eljárások*, illetve ezek he-

lyes kombinációi, *plasztikai sebészi eljárások*. Ez azt is bizonyítja, hogy a mai dermatologia képe rendkívül sokoldalú speciális szaktudomány.

A bőrgyógyászat további *fejlődését* illetőleg intenzív kutató munka szükséges a normális és kóros bőr szerkezetét és működését illetőleg. Itt alapvetően fontos a bőrnek egész szervezethez való vonatkozásainak kutatása, amelyben a modern technikával végzett klinikai-kazuisztikai megfigyelések rendkívül érdekesek lehetnek (12).

A bőrgyógyászat haladásának rövid fejtegetése végén végezetül is azt a változást szeretném aláhúzottan hangsúlyozni, amit a dermatológiai kórképek egyre inkább bővülő *correlatiós pathologiai szemlélete jelent*. A jövőben ezen correlatiós pathologiai *basiskutatásokat*, a *synopticus belső és külső szemléletet* még tovább kell fejlesztenünk. Egyre növekvő jelentőséget kell biztosítanunk a *rehabilitációnak* is a bőrgyógyászatban (14).

I R O D A L O M

1. *Braun-Falco, O.*: Jb. d. Marburger Universitätsbund 1, 1—11, 1962; Münch. med. Wschr. 110, 2451, 1968. — 2. *Beerman, H.*: Arch. Derm. Syph. 98, 400, 1968; Am. J. Med. Sc. 250, 127, 1965; 240, 143, 1963. — 3. *Elbert, R. H.*: Arch. Derm. Syph. 97, 265, 1968. — 4. *Flórián E.*: Gombás betegségek felismerése és kezelése, Medicina, 1970. — 5. *Galgóczy J.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 39, 213, 1963; 41, 70, 1965; Népegészségügy, 11, 432, 1964; Kandidátusi dissertatio, 1971. — 6. *Greither, A.*: D. med. Wschr. 90, 1453, 1965. — 7. *Károlyi I.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 46, 51, 1970; Kandidátusi dissertatio, 1969. — 8. *Kesztyüs L.*: Orvosi Hetilap, 113, 795, 1972. — 9. *Király K.*: MDT 1970 Debreceni Vándorgyűlés: Vasculitis symposium. — 10. *Korting, W.*: Hautkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen. F. K. Schattauer, 1969. — 11. *Kresbach, H.*: Wien, kl. Wschr. 83, 318, 1971. — 12. *Lynch, F. D.*: Arch. dem. Syph. 92, 117, 1965. — 13. *Mollaret, P., Reilly, J. et Bastin, R.*: Presse méd. 59, 681, 1951. — 14. *Pastinszky I.*: Bőrgyógy. Vener. Szemle, 42, 141, 1966; 43, 267, 1967; 44, 140, 1968; 45, 73, 1967; 46, 23, 1968; 48, 51, 1970; Das Deutsche Gesundheitswesen, 23, 1135, 1967; Orvosi Hetilap, 114, 1907, 1973. — 15. *Schneider, W. und Fischer, H.*: Arch. klin. exp. Derm. 217, 1—14, 1963. — 16. *Simon M.*: Kandidátusi dissertatio; szóbeli közlések. — 17. *Venkei T.*: Keratoakanthoma; doctori dissertatio; szóbeli közlések. — 18. *Veress J.*: *Tularaemia*. Kandidátusi dissertatio, 1968.

Паштински И., полковник м/с:

СОСТОЯНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИЕ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ЗА 3 ПОСЛЕДНИХ ДЕСЯТИЛЕТИЯ

Кожный покров представляет собой не только пограничный слой между внешней средой и организмом, но и самый большой по весу и поверхности защитный и оборонительный орган нашего организма. Результаты морфологических и патоморфологических исследований являются существенными в решении терапевтических проблем с функциональной точки зрения. Микологические, бактериологические, серологические и вирусологические исследования, а также исследования в области гуманной генетики дали ряд основных этиологических результатов. В лечении большими достижениями являются современные химиотерапевтические средства, антибиотики, туберкулостатики, кортизонные препараты, иммунодепрессивные средства, цитостатики, противосвертывающие и успокаивающие средства. Наиболее важное значение имеют исследования корреляционной патологии, синоптический подход к внешним и внутренним явлениям, что в будущем необходимо дальше развивать. Всё возрастающее значение должно быть обеспечено предупреждению и, кроме терапии, также восстановлению.

Prof. Dr. *I. Pastinszky*, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften:

GESTALTUNG DERMATOLOGISCHER ERKRANKUNGEN UND
ENTWICKLUNG DEREN BEHANDLUNG WÄHREND DER LETZTEN DREI
JAHRZEHNTE

Die Behütung des menschlichen Körpers gilt nicht nur als eine Grenzschicht zwischen der Außenwelt und dem Organismus, sondern hinsichtlich auf ihr Gewicht und Oberfläche ist sie unser größtes Schutz- und Verhütungsorgan. Bei den Entscheidungen therapeutischer Erwägungen sind die morphologischen und pathomorphologischen Versuchsergebnisse aus funktionellem Gesichtspunkt wichtig. Aus mykologischen, bakteriologischen, serologischen, und virologischen sowie humangenetischen Forschungen ergaben sich zahlreiche grundsätzliche pathogenetische Resultate. In der Therapie bedeuten die modernen Chemotherapeutika, Antibiotika, Tuberkulostatika, Cortisonpräparate, Immunodepressiva, Zytostatika, Antikoagulantia und Tranquillantia einen gewaltigen Schritt. Die korrelativen pathologischen Grundforschungen, die synoptische innere und äußere Anschauung, welche in der Zukunft noch weiter entwickelt zu sein braucht, sind am bedeutsamsten. Neben der Prävention und Therapie muß auch der Rehabilitation eine zunehmende Bedeutung beigemessen werden.

REASEC TABLETTA, CSEPPEK

Összetétel: tablettánként, illetve ml-enként (35 csepp) 2,5 mg diphenoxylatum és 0,025 mg atropinum sulfuricumot tartalmaz.

HATÁS: A Reasec localisan ható, főleg csak a gastro-intestinalis motilitást gátló készítmény, amely nem okoz hozzá szokást. A Reasec kezelés tüneti jellegű. Alkalmazása olyan diarrhoeákban indokolt, ahol – önmagában adva vagy egyidejű oki therapia mellett – a víz és elektrolit veszteségét kívánjuk megelőzni.

JAVALLATOK: Acut és chronikus diarrhoeák,
– fertőzéses eredetű (baktériumok, vírusok, paraziták, gombák),

– allergiás eredetű,
– gyógyszer okozta (hashajtók, cytostaticumok, anti-bioticumok),

– röntgentherapia által okozott,
– idegi eredetű,
– utazás okozta,
– szervi laesiók (neoformatiók, polyposis) miatti,
továbbá

– incontinentia (apoplexia, dementia, senilitás, scleroris multiplex) okozta,

– az anyagcsere és a felszívódás zavarai miatt bekövetkező,
– a bélflóra egyensúlybomlásából beállott,
– gyomor- és bélresectio utáni,
– colitis ulcerosa okozta,
– csecsemőkori

ELLENJAVALLAT: Obstructio, illetve annak veszélye.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az adag nagysága a beteg korától és az eset súlyosságától függ.

Felnőtteknek: enyhe esetekben: napi 2×1 tablettá (vagy 2×35 csepp) reggel és este étkezés előtt.

súlyos esetekben: az adag progressiven emelendő napi 2–4 tablettára (illetve $3-4 \times 35$ csepre). Szükség esetén – néhány napig – ennél több (3×2 tbl.) is adható.

súlyosabb esetekben: a napi adagot esetenként úgy kell megállapítani, hogy a symptomatológia optimális kontrollja lehetséges legyen.

Gyermekeknek: 0–6 éves korig naponta 3×2 csepp/testsúlykg.

A tabletták adagolása:

0– 6 hónapos korig	$2 \times \frac{1}{4}$ tablettá
7–12 hónapos korig	$2 \times \frac{1}{2}$ tablettá
1– 6 éves korig	2×1 tablettá
6–12 éves korig	3×1 tablettá

MELLEKHATÁSOK: Relatív nagy adagok esetében ritkán előfordulhat émelygés, szédülés, aluszékonyság, nyugtalanság, bőrvizketés, puffadás.

Megfelelő adagolás mellett ezek a mellékhatások nem jelentkeznek. Túladagolás miatt bekövetkezhethet REASEC-mérgezés (légzési depressio, coma) antidotuma a Nalorphin.

Csomagolás: 20 tablettá 7,70 Ft
15 ml-es üveg 15,80 Ft

MEGJEGYZÉS: ++

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.

Dr. Kurucz Tibor gy. alez., a hadtudományok kandidátusa

Az egészségügyi anyagellátás 30 éves fejlődése

A szerző az egészségügyi anyagellátás, az egészségügyi eszközök fejlesztése területén elért eredmények alapján tekinti át egészségügyi szolgálatunk 30 éves fejlődését.

Bevezetőben összegezi azokat a tényezőket, amelyek döntő szerepet játszottak a sikerek elérésében, hangsúlyozva, hogy katonai és szakmai vezetésünk mindenkor kellő figyelmet fordított az egészségügyi anyagellátás kérdéseire és biztosította a szükséges anyagi és szervezeti feltételeket.

Röviden áttekinti a felszabadulást követő évek történetét, majd a továbbiakban külön tárgyalja a béke és a tábori egészségügyi anyagellátás kérdéseit, megfelelő figyelmet fordítva az anyagellátás elveit és rendszerét meghatározó egészségügyi és egészségügyi harcászati elvekre és követelményekre.

Röviden méltatja a katonagyógyszerészet szerepét az egészségügyi ellátás egészében és összefoglalja a tudományos kutatás, valamint műszaki fejlesztés főbb sajátosságait.

Egészségügyi szolgálatunk történetének 30 esztendeje alatt a csapatok egészségügyi ellátása, a kórházainkban folyó gyógyító munka, valamint a járványügyi biztosítás terén elért eredmények többek között annak köszönhetőek, hogy mindenkor folyamatosan és a korszerű elveknek megfelelően fejlődött az egészségügyi anyagellátás rendszere, az orvostechnikai eszközökkel történő ellátás is. Egészségügyi szolgálatunk fejlődése ezért szemléletesen tükröződik az egészségügyi anyagellátás terén elért eredményekben is.

A sikerek elérésében meghatározó tényezők voltak az alábbiak:

1. Katonai és szakmai vezetésünk mindenkor kellő figyelmet fordított az egészségügyi anyagellátás kérdéseire és biztosította a szükséges anyagi és szervezeti feltételeket.

2. Az egészségügyi szolgálat átvette és feladatainak, sajátosságainak megfelelően továbbfejlesztette a Nagy Honvédő Háború tapasztalatait, az ott kialakult és jól bevált eszközöket („komplett rendszer”, sebesültkihordó eszközök, személyi egészségügyi felszerelés, harcbiztosítási anyagutánpótlási rendszer stb.).

3. Társadalmi-gazdasági rendünk lehetővé tette, hogy *tervszerűen és ha-*

tékonyan használjuk fel az ország gazdasági és tudományos potenciálja által nyújtott lehetőségeket, gyorsan fejlődő gyógyszer és orvosi műszergyártó bázisaink, kutatóintézeteink felkészültsége alapján.

4. Nemzetközi kötelezettségeink teljesítése révén sokoldalú és eredményes együttműködés alakult ki a baráti hadseregek egészségügyi szolgálataival az egészségügyi anyagellátás, egészségügyi anyagok fejlesztése terén is.

5. Különösen a legutóbbi években szoros kapcsolat alakult ki az állami egészségügyi szolgálat és saját egészségügyi szolgálatunk között, többek között az új orvostechikai eszközök fejlesztése, együttes igények kialakítása terén. Azonos ellátási elvek és formák kerültek kidolgozásra. Mind maradéktalanabbul valósul meg azon elv, amely a különböző tábori stb. kórházak felszerelésének egységesítését szorgalmazza az érvényben levő egészségügyi harcászati elveknek megfelelően.

I.

A felszabadulást követő években még nem volt szó az egészségügyi szolgálat tervszerű fejlesztéséről, így nem alakult ki egységes egészségügyi anyagellátási rendszer sem. Többé-kevésbé a II. világháború időszakában az akkori Honvédség egészségügyi szolgálatánál kialakult ellátási rendszer maradt érvényben. A honvéd kórházak gyógszertáira hárult a gyógyszerekkel és kötszerekkel történő ellátás. A műszerek és készülékek a gazdasági vezető hatáskörébe tartoztak.

A háború végére kevés egészségügyi anyag maradt. A készletek kimerültek, veszteségek keletkeztek. A központi tartalékok jelentős részét nyugatra szállították.

A felszabadulás után megalakuló demokratikus hadsereg magját képező 1. ho. egészségügyi anyagellátását a szétszórtnan fennmaradt készletekből, helyi forrásokból kellett biztosítani. A hadikórházak számára a Népjóléti Minisztérium rendeleti úton igyekezett anyagokat biztosítani.

Fontos feladatot képezett a polgári egészségügyhöz hasonlóan az elfekvő anyagok felkutatása, a hazaszállítások szervezése. Külön bizottság kereste fel az alakulatokat és intézkedett a II. világháborúból megmaradt készleteknek a központi raktárakba történő beszállítására. 1947—1948-ban történt meg a nyugatról hazaszállított készleteknek a szortírozása, átvétele.

1949-ig kizárólag a napi ellátás igényeinek kielégítése képezte a fő feladatot, helyi és központi beszerzések alapján. 1951 előtt még versenytárgyalásokat írtak ki. Az első szervezett ellátási formát az *automatikus ellátás* rendszere képezte. Rövid ideig volt csak érvényben, mivel hamar kiütköztek a hátrányai: nagymennyiségű elfekvő készletek stb. 1951. február 1-től anyagi és pénzügyi normákat vezettek be, amelyek 1 évig voltak érvényben. Némely esetben „lazának” bizonyultak, több anyagra nem terjedtek ki, némely esetben pedig nem biztosították a szükségletek kielégítését.

Ugyancsak az említett évben — március folyamán — ún. *egységfelszereléssel* látták el a csapattípusú rendelőket. Ebbe zászlóaljseghelyegység-láda, orvosi táská, tiszthelyettesi és egészségügyi táskák, fahordályak és egészségügyi kulacsok tartoztak, összesen 10 gépkocsira való anyagot adtak ki. A továbbiakban ezek megmaradtak a csapatoknál a gyakorlatok, lövészetek biztosítására. A csapatoknál még meglévő háborús készletek leadását 1952 februárjában—áprilisában hajtották végre.

II.

Néphadseregünk életrehívását követően gyors ütemben indult meg az egészségügyi szolgálat fejlesztése is. Ennek egyik alapját, mint arra már utaltunk a Szovjet Hadsereg tapasztalatai, illetve azoknak alkalmazása szolgáltatta.

Tisztázódtak az egészségügyi anyagellátás elveit és rendszerét meghatározó elméleti kérdések is:

Az egészségügyi anyagellátás mint tárgy az egészségügy szerves részét képezi. Mint fogalom alatt azon tevékenységek összessége értendő, amelyeknek célja a megelőző, gyógyító, kiürítő, járványügyi munka egészségügyi anyagszükségletének kellő mennyiségben, megfelelő minőségben, időben történő biztosítása valamennyi felhasználási helyen. Helyét tekintve a gyógyító orvos és a termelés között áll, s betölti mindazon funkciókat, amelyek a kettő összekapcsolásához szükségesek. Szerepe jól körülhatárolható a hadigazdaság vonatkozásában is: az egészségügyi szolgálat vezetésének ugyanis figyelembe kell venni mindazon követelményeket, amelyeket a hadászat támaszt az egészségügyi jellegű iparral szemben, ugyanakkor a katonai vezetés (hadászat) számára fel kell tárnia az egészségügyi anyagokkal történő ellátás népgazdasági reális lehetőségeit, kiindulva a korszerű harc, háború jellemzőiből.

A tervgazdálkodás megindítása, a gyógyszer, kötszer stb. ipar helyreállítása után lehetővé vált a központilag tervezett és irányított egészségügyi anyagellátási rendszer kiépítése.

Mivel a fejlődés világosan nyomon követhető a béke és a háborús egészségügyi anyagellátási rendszer területén is, a továbbiakban célszerű ilyen felosztás szerint tárgyalni.

1. A napi — béke — egészségügyi anyagellátás fejlődése

Az előző normák használata során szerzett tapasztalatokat figyelembe véve 1952-ben újabb, a szükségletekhez jobban igazodó *pénzügyi és anyagi normákat* adtak ki. Alapelveként szolgált, hogy „minden felhasználási helyen, minden anyagból annyit, amennyi a szükségleteknek pontosan megfelel”. Gyakran mereven értelmezték a kiadott normákat, mellőzve a gyógyító munka igényeit. Meghatározták az egészségügyi anyag fogalmát, ami a gyógyszeren kívül magában foglalja a kötszert, kéziműszereket és mindazon cikket, amely a gyógyító munka során kerül felhasználásra.

A csapatnormákkal egyidejűleg adták ki az első kórházi normákat. Az ellátást a G—55/Eü. Anyagellátási Utasítás szabályozta. Az elszámolás alapját a „Számadás-igénylési kimutatás” képezte. A fogyó anyagokkal (gyógyszer stb.) történő ellátást fél évre, az ún. nem fogyó anyagokkal — műszerek, stb. — egy évre kellett tervezni.

A polgári gyógyszerárakban beváltott HM vények után 15⁰/₁₀₀ térítést kellett 1952-től fizetni.

Az egészségügyi anyagellátás rendszerének korszerűsítését szolgálta az 1953-ban bevezetett „*decentralizált anyagellátási rendszer*” (500. MNHF. Eü. Csf. Agi-1953 sz. rendelet). Ezt elsősorban a központi szervek és központi raktár tehermentesítése tette szükségessé. (A csapat és iskola rendelők száma 1953-ban meghaladta a 200-at.) Fenti számú rendelet alapján a magasabb egységek lazaretteinek gyógyszerterárai lettek a magasabb egységek egészségügyi

anyagellátó decentrumai. Ez a rendszer 1956-ig működött. Az OLP ellátási rendszerében a Repülő Kórház gyógyszerháza működött decentrumként.

További előrelépést jelentett az 1958-ban életbe léptetett *decentralizált keretutalványozási rendszer*, melyben a magasabb egység — decentrum — fél-éves időtartamra szóló fogyóanyag keretet kapott.

1959-ben ez a rendszer kiterjedt a gyógyintézetekre is. E két intézkedés teljes mértékben meghozta a várt eredményeket, s alapelveikben napjainkban is megfelelnek rendeltetésüknek.

Fontos feladatot jelentett a *gazdasági irányítás új rendszerének* tanulmányozása és az ellátás rendszerének továbbfejlesztése az ellátás színvonalának érdekében. Első lépést ezen a területen a „cím szerinti gazdálkodás” bevezetése képezte a kórházak részére. Ennek eredményeképpen az egészségügyi fogyóanyagok 15—20⁰/₀-át kitevő hitelösszegek, valamint javítási hitelek a kórházparancsnokok hatáskörébe került.

Fentiekben túl az egy főre eső keretösszeg emelése révén folyamatosan módosítva lettek az ún. csapatnormák.

Az első anyagellátási utasítást követően több új utasítás, segédlet jelent meg, amelyek megkönnyítették és növelték a tervező munka színvonalát, lehetővé tették a módszeres ellenőrzést.

Az első képes cikkjegyzékek (1952) az általános sebészeti, urológiai, nőgyógyászati stb. műszerek fényképeit, megnevezését és cikkszámát tartalmazták, amelyeket 1953-ban újabb katalógusok követték.

1960-ban lépett életbe az *MN Eü Szolgálatának szakanyagának részletes cikkjegyzéke*. Ez már tartalmazza az azonosításhoz, igényléshez, elszámoláshoz, tervezéshez szükséges műszaki jellemzőket, az Országos Tervhivatal termékjelét, OMKER katalógus számot és MSz jelzéseket. Közli a kiegészítő cikkek jegyzékét és az egyes eszközök főbb jellemzőit.

A nagy számban megjelenő újabb készülékek, eszközök bevezetése, a gépi adatfeldolgozás igénye tette szükségessé az 1970-ben kiadott újabb cikkjegyzék kidolgozását. Ez a nem fogyó egészségügyi anyagok cikkjegyzékét tartalmazza. A szakanyagok beszerzése 10 pozícióból álló decimális kódrendszerben történt. (Az egészségügyi anyagellátás szervezése ma mintegy 9000 cikkre terjed ki.)

Végső soron egyértelműen megállapítható, hogy különösen az utóbbi két ötéves tervben elért eredmények alapján *egészségügyi szolgálatunk* csapat és kórházi viszonylatban is *korszerű eszközökkel rendelkezik*. A csapatorvosi munka ellátás színvonalát növelte a csapatnorma kiegészítése laboratóriumi felszereléssel, fizioterápiás készülékekkel (sollux és kvarc-lámpa, RH készülék). Komoly előrelépést jelentett a csapatfogászatok korszerűsítése, aminek eredményeképpen a fogászati rendelők nagyrésze magas fordulatszámú készülékkel van ellátva. Ide sorolható a korszerű reanimációs eszközökkel történő ellátás is.

Dinamikus fejlődésnek lehetünk tanúi, ha a kórházak felszerelésében bekövetkezett változásokat nézzük a két ötéves tervben eszközölt beruházások alapján. Mivel igen sok helyet foglalna el valamennyi új eszköz, fejlesztés felsorolása, csupán néhány példára szorítkozunk:

- égési osztályok, intenzív részlegek létesítése és korszerűsítése,
- korszerű altató készülékek, lélegeztető eszközök, fertőtlenítő berendezések és oktatási eszközök beszerzése,
- központi sterilizálók, magasnyomású sterilizátorok és hőlégsterilizátorok üzembehelyezése,

- belgyógyászati képerősítő, automatikus előhívó berendezések beállítása,
- hidegfényű száloptikás készülékek és röntgen beszerzése az urologia részére,
- orr-fül-gégészeti ellátása operációs mikroszkóppal, mikrosebészeti eszközökkel,
- elektroretinograph, szemfenék fényképező és vizsgáló készülékek stb.,
- a laboratóriumok felszerelése különféle számláló és mérő készülékkel stb.

Egészségügyi anyagellátó központ létrehozása

Az egészségügyi anyagellátás rendszerének fejlesztése terén igen nagy jelentőséggel bírt az ellátó központ megszervezése.

A vezetés szintjén mint ismeretes, a hatvanas években előtérbe kerültek a távlati tervezés, hazai és nemzetközi együttműködés, műszaki fejlesztés és tudományos kutatás irányítása, honvédelmi oktatás, utasítások, normatívák kidolgozásának kérdései.

A felsőszintű vezetésnek ugyanakkor számos olyan feladatot kellett megoldania, amelyek nem tartoznak ilyen szintre (megrendelések, kiutalások stb.), ugyanakkor tekintélyes időt vontak el a fő feladatok megoldásától. Szükségessé vált tehát az egészségügyi anyagellátás teljes rendszerének felülvizsgálata és olyan megoldás keresése, amely összhangban van az MN hadtáp egészségének fejlesztésére vonatkozó elvekkel, továbbá lehetővé teszi, hogy a szolgálat vezetése kizárólag átfogó tervezési, irányítási feladatokkal foglalkozzon, végül biztosítja a gazdasági irányítás új rendszeréből származó lehetőségek kihasználását (gazdálkodás, piackutatás stb.).

Fenti elvekkel és követelményekkel összhangban először az *Egészségügyi anyag és áruforgalmi osztály* alakult meg 1968-ban. 1973-ban kezdte meg munkáját az *Egészségügyi Anyagellátó Központ*, szervezetében az áruforgalmi osztállyal, továbbá fejlesztési osztállyal és ellenőrző alosztállyal.

A központ, amelynek állományába többek között gyógyszerészek, villamos- és gépészmérnök, közgazdász is tartozik, mint középírányító szerv működik. A műszaki fejlesztést részben önállóan, alapvetően azonban más katonai és polgári szervekkel együttműködésben oldja meg, összefogva a fejlesztés teljes folyamatát, kezdve a harcászati-műszaki követelmények kidolgozásától a csapatpróba eredményeinek értékeléséig.

A szervezési, működési elvekkel összhangban az áruforgalmi osztály feladatai is kibővültek, többek között számviteli feladatok elvégzésével, valamint a vezetés számára szükséges gazdasági-statisztikai mutatók elkészítésével.

2. A tábori egészségügyi felszerelés eszközeinek fejlesztése

Nemcsak az egészségügyi anyagellátás, hanem egész egészségügyi szolgálatunk fejlődésének is szerves részét képezte a tábori egészségügyi felszerelés eszközeinek folyamatos korszerűsítése, illetve kialakítása. Mint hangsúlyoztuk, ezen a területen a felszabadulás előtti magyar hadsereg eszközeiből, ellátási rendszerének elemeiből szinte semmit sem lehetett átvenni.

Az ötvenes évek elején megindult rohamos fejlesztés előfeltételeként már

1951-ben kialakultak a szükséges elgondolások, tervek. Kidolgozták a *tábori egészségkészletek* leírását — összetételét — és megállapították a fejlesztés sorrendjét. Első lépésként a személyi egészségügyi felszerelés, század és zászlóalj egészségügyi anyagait kellett biztosítani. A fokozatosság elvének megfelelően utoljára volt tervezve a szakorvosi megerősítő egységek kialakítása. Szintén még 1951-ben került sor a hadsereg tábori egészségügyi anyagraktár szervezetének és készletének kidolgozására.

A prototípusok jóváhagyása után 1953-ban zajlott le első ízben a *csapatok és tábori egészségügyi intézetek ellátása új, korszerű tábori egészségügyi felszerelési eszközökkel*, akkori gyűjtőnevükön „kompletekkel.”

A *személyi állomány részére* akkor az alábbi anyagok lettek rendszerezítve:

- egyéni sebkötöző csomag
- egyéni vegyvédelmi csomag (gázsebcsomag)
- vízfertőtlenítő tabletta
- porszóró doboz (DDT részére)

Az *egészségügyi katona* felszerelése a következőket tartalmazta:

- egészségügyi táska
- kötszerheveder
- sebesültszállító heveder
- vöröskeresztes karszalag

Külön táska volt kialakítva az *egészségügyi tiszthelyettes*, a *felcser*, és az *orvos* számára is.

A készletek zöld színű és vöröskeresztes jelzéssel ellátott fenyőfa ládában voltak elhelyezve. A „kompletek” cikkjegyzéke 151 megnevezést tartalmazott, de ez magában foglalta az egészségügyi textiliát, sátoranyagot is.

A kompettek tervezését a kapott követelmények alapján, kijelölt főszakorvosok, szakértők végezték el. A komplettek összetétele *hagyományos sérvültek* ellátását biztosította, az egyes kiürítési szakaszokon várható megoszlás szerint.

Gyökeres változások következtek be az *egészségügyi technikai eszközök* területén is. A lóvontatású (országos) járműveket kivétel nélkül terepjáró, illetve nagybefogadó képességű sebesültszállító gépkocsik váltották fel. (CSEPEL—135 alvázon 4 hordággal, CSEPEL-350 alvázon 10 hordággal és 4 ülőhellyel.)

Az akkor érvényes doktrínáknak egészségügyi harcászati elveknek megfelelően fontos szerep hárult a *sebesültszállító vonatokra*, ezért azokat már 1952-ben kialakították. A szerelvények minden tekintetben korszerűek voltak, a fontosabb kocsik beépítve, állandó jelleggel voltak kialakítva: kötöző (gyógyszertár), súlyos fektető 2 x, konyha, áramfejlesztő, parancsnoki és vízszállító kocsik. Egy szerelvényhez 15—17 könnyű fektető vagon is tartozott, egyenként 16 fekvőhellyel. Egy-egy súlyos fektető kocsi 33 beépített ágy volt elhelyezve.

A korszerű egészségügyi technika eszközeiként egyidejűleg rendszeresítésre kerültek a nagyteljesítményű fürdető-fertőtlenítő gépkocsik is.

Az egészségügyi komplettekkel, technikai eszközökkel történő ellátással és a tartalékok kialakításával párhuzamosan indult meg a háborús egészségügyi anyagellátás rendszerének kidolgozása és az azzal kapcsolatos kiképzési munka is. Szükségessé vált az egészségügyi szervezés és a hadtudomány kü-

lönböző ágainak tanulmányozása és következtetéseinek alkalmazása az egészségügyi anyagellátás területén is.

A fegyverzetben és célbajuttató eszközök fejlesztésében elért eredmények módosították az egészségügyi harcászat elveit, megváltoztatták a várható egészségügyi veszteség nagyságát és szerkezetét. Mindezek alapján már 1955-ben elgondolások láttak napvilágot a tábori egészségügyi felszerelés korszerűsítésére vonatkozóan.

A csapat és kórháztelepítési gyakorlatok során kiderült, hogy számos fontos gyógyszer hiányzik pl.: antibiotikumok, ugyanakkor több gyógyszer indokolatlanul szerepelt a komplettekben, mint pl.: Atebrin. A korszerűtlen csomagolás miatt egy-egy település után nehéz volt az anyagokat eredeti helyükre az eredeti csomagolásban visszahelyezni. A műszerzettség indokolatlanul magas színvonalú volt, gyakorlatilag klinikai szintű igényeknek felelt meg.

1957-ben jelent meg utasítás „Az MN eü. komplektjei korszerűsítésének végrehajtására”.

A korszerűsítés tervszerűen, átgondoltak került végrehajtásra. A munkákat egy ún. „csúcshatóság” irányította. A bizottságok száma:

- 15 szakorvosi
- 1 gyógyszerész
- 1 csomagolástechnikai

A szakorvosi bizottságok közül az általános sebészeti magában foglalta az üregi és urológiai sebészetet, anaesthesiológiát (shocktalanító, koponya-sebészeti, érsebészeti, resuscitációs szakmákat), amelyeket megfelelő számú szakértők képviseltek. Az égési és bőrgyógyászati bizottság akkor még a bőrgyógyász irányítása alatt működött.

A kiadott utasítás szerint: „A korszerű komplektek és normák kidolgozásának alapja a korszerű harc- és tömegpusztító fegyverek alkalmazásának viszonyai.”

A szakbizottságok feladatát képezte többek között:

- a rendszeresített egységkészletek (komplettek) felülvizsgálata,
- javaslat új komplettekre, illetve egyesek elhagyására,
- minden egyes szakbizottság köteles volt az általános rendeltetésű kompletteket a saját szakmája követelményei szerint is minősíteni. (Pl.: az ezredsegélyhely anyagát átnézte és szükség esetén módosította a szemész, égési szakorvos stb. is.)

A szakbizottságok több új, feleslegesnek látszó kompletetet megszüntettek.

Többek között ugyanakkor új kompletteket dolgoztak ki, összhangban a korszerű eü. harcászati elvekkel valamint hazai iparunk lehetőségeivel.

Egészségügyi szolgálatunk felkészülését, a kiképzési munkát jelentős mértékben elősegítik azok a korszerű kivitelben készült segédletek és utasítások (cikkjegyzékek) stb., amelyek a háborús egészségügyi anyagellátás szervezésével, anyagaival foglalkoznak.

A következő átdolgozás szükségessége mintegy 10 esztendő elteltével vált szükségessé.

A tervezet „Elgondolás a tábori eü. anyagok korszerűsítésének megszervezésére” elnevezést viselte.

Az előző átdolgozás, tanulmányutak, külföldi tapasztalatok alapján valamennyi bizottság pontos tájékoztatást kapott a következőkről:

1. A bizottság által felülvizsgált és tervezett új komplettek
 - hány — milyen — sérült ellátását — hány napra biztosítsák,
 - minden kiürítési szakaszon 100⁰/₀-os megterheléssel kell számolni.
2. Milyen segédletekre lehet támaszkodni
 - segédlet az egészségügyi anyagellátás megszervezésére,
 - tábori, sebészeti és belgyógyászati utasítás stb.
3. Tisztázandó fő kérdések:
 - személyi eü. felszerelés anyagai,
 - eü. katona, tts. felcser, orvos felszerelése,
 - 1 és 2 brigádos műtő kérdése,
 - milyen szakorvosi és kisegítő komplettek szükségesek,
 - definiálni az egyes komplettek rendeltetését,
 - komplettek profilírozása: csak gyógyszeres stb.
4. Pontos formák betartása:
 - komplett megnevezése, rövidítése,
 - komplett célja, rendeltetése,
 - komplett működéshez szükséges más komplettek, anyagok,
 - teljesítménye fő, napon keresztül,
 - súly, térfogat,
 - csomagolás láda, rekesz . . . stb
 - speciális beavatkozások, vizsgálati módszerek leírása!

III.

Az egészségügyi anyagellátásnak, egészségügyi szolgálatunk fejlődésében betöltött helyét, szerepét vizsgálva röviden szólunk kell katonagyógyszerészetünk helyzetéről, a tudományos kutatás kérdéseiről is.

1. Az egészségügyi szolgálatunkban tevékenykedő gyógyszerészek hivatása több tekintetben eltér a tára mellett dolgozó kollégák hivatásától. A hagyományos gyógyszerési feladatokon túlmenően ugyanis katonagyógyszerészetünk feladatát képezi az egészségügyi anyagellátás valamennyi területének vezetése is.

Az elmúlt 30 év eredményei arról tanúskodnak, hogy honvéd gyógyszerészeink nagy hozzáértéssel, hivatástudattal látják el feladataikat. (Ennek volt köszönhető, hogy a korábbi megkülönböztetéssel szemben, már 1952-ben azonos tiszti besorolás, minősítés alá estek mint a katonaeorvosok.)

Az elért eredmények és a katonagyógyszerési feladatkörök jellemzésére érdemes az alábbi példákat felhozni:

Az elmúlt másfél évtizedben két katonagyógyszerész nyert tanszékvezetői egyetemi tanári kinevezést. Többen szereztek tudományos fokozatot, közöttük hadtudományi minősítéssel. A legkorszerűbb egészségügyi harcászati elvek érvényesítését segíti elő, hogy nem egy katonagyógyszerész végezte el a legmagasabb szintű egészségügyi szervezési továbbképzést.

Az arányokat tekintve magas a gyógyszerészdoktori címet szerzett katonagyógyszerészek száma. A disszertáció témája minden esetben összhangban van egészségügyi szolgálatunk kérdéseivel: egészségügyi szervezés, technológia, analitika stb.).

Egyedül az elmúlt évtizedben több tucat azon közleményeknek a száma, amelyek tudományos lapokban jelentek meg katonagyógyszerészeink tollából (Honvédorvos, Honvédelem, Gyógyszerészet stb. hasábjain).

Többen eredményesen tevékenykednek az egészségügyi technikai eszközök fejlesztésén, s erről több, a hazai ipar által gyártott eszköz is tanúskodik. Gyógyszerészeink bekapcsolódtak az egyetemeken és az Orvostovábbképző Intézet által szervezett honvédelmi egészségügyi oktatásba is.

Az elmúlt években számos nagysikerű egészségügyi anyagi és technikai bemutató, valamint kiállítás megszervezésére került sor, amelyek keresztmetszetét adták egészségügyi szolgálatunk ellátottságának színvonaláról.

2. Az egészségügyi eszközök fejlesztésével összefüggő kutatások és műszaki fejlesztési kérdések megoldásával kapcsolatban hangsúlyozandó, hogy abban szinte minden szakorvos a saját szakterületét illetően részt vesz. Ennek köszönhető többek között, hogy az újonnan átdolgozott tábori egészségügyi készleteink mindenképpen korszerűnek minősíthetők.

A kutatási és fejlesztési feladatok tervezésénél minden esetben elsődlegességet élveznek a nemzetközi együttműködésből származó feladatok. Ezek megoldása már számos ízben tette lehetővé egy-egy probléma gyors és magas szintű megoldását.

További jellemzője kutatási elveinknek és gyakorlatának, hogy szoros együttműködés valósult meg az állami egészségügyi szolgálattal ilyen tekintetben is, továbbá, hogy hatékonyan érvényesülnek a gazdaságosság elvei (hazai gyártás, import aránya stb.). Az együttműködés eredményeképpen számos alapvető eszközünk teljes mértékben azonos az állami egészségügyi szolgálat eszközeivel, adott esetre vonatkozóan pedig azonos ellátási elvek és rendszer van kidolgozva.

A teljességre való törekvés igénye nélkül érdemes néhány példát felhozni az elmúlt három évtized eredményei közül, olyanokat, amelyek döntően a Néphadsereg egészségügyi szolgálat szakértőinek közreműködésével született meg:

- tábori kötöző gépkocsi,
- klf. típusú laboratóriumi gépkocsik,
- tábori sterilizáló és desztilláló berendezés,
- anaesthesiológiai és reanimációs egység,
- tábori röntgen laboratórium,
- oltópisztoly,
- öninjekciós ampullák stb.

Összegezve: Egészségügyi szolgálatunk 30 éves fejlődését tekintve megállapíthatjuk, hogy az mindenkor együttjárt az egészségügyi eszközök fejlesztésével és összhangban volt gazdasági lehetőségeinkkel. Egészségügyi szolgálatunk eszközei különösen napjainkban minden tekintetben megfelelnek a korszerű egészségügyi ellátás elveinek, az egészségügyi harcászati követelményeinek.

Курцу Г., подполковник м/с:

ТРИДЦАТИЛЕТНЕЕ РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Автор рассматривает тридцатилетнее развитие медицинской службы ВНА в свете результатов, достигнутых в области медицинского снабжения и развития средств медицинской службы. В введении анализирует факторы, которые играли решающую роль в достижении результатов, и при этом подчеркивает, что военное и профессиональное руководство всегда обратило надлежащее внимание на вопросы медицинского снабжения и обеспечивало необходимые личные и материальные условия. Кратко занимается историей годов после освобождения, и в дальнейшем отдельно рассматривает вопросы медицинского снабжения в мирное и в военное

время, с учетом медицинских и медико-тактических принципов и требований, определяющих принципы и систему медицинского снабжения. Оценивает роль военной фармакологии и обобщает важнейшие характеристики научного исследования и технического развития.

Dr. T. Kurucz, Apoth.-Oberstltn., Kandidat der Kriegswissenschaften:

DIE 30 JÄHRIGE ENTWICKLUNG DER SANITÄREN MATERIALVERSORGUNG

Aufgrund der Entwicklungsergebnisse auf dem Gebiet der sanitären Materialversorgung gibt Verfasser einen Überblick des militärmedizinischen Dienstes während der letzten 30 Jahre. Als Einführung werden die Faktoren zusammengefaßt, welche bei dem Erreichen der Erfolge eine entscheidende Rolle gespielt haben, und es wird betont, daß sowohl die militärische als auch die berufliche Führung jeweils eine entsprechende Aufmerksamkeit den Fragen der sanitären Materialversorgung beigemessen und die notwendigen materiellen und organisatorischen Bedingungen gesichert hat. Verfasser gibt einen Überblick der Befreiung folgten, fernerhin verhandelt er abgesondert über die Fragen der Materialversorgung im Frieden, bzw. in Kriegszeiten. Man richtet eine entsprechende Aufmerksamkeit auf die militärmedizinischen taktischen Prinzipien und Forderungen, welche die Prinzipien und das System der Materialversorgung bestimmen. Verfasser bewertet kurz die Rolle der militärmedizinischen Pharmazie im Ganzen der sanitären Materialversorgung und gibt eine Zusammenfassung der wichtigeren Charakteristika der wissenschaftlichen Forschung sowie der technischen Entwicklung.

Dr. Takáts László ny. orvosezredes, az orvostudományok kandidátusa

Katonaegészségügy-történelmi kutatás néphadseregünkben

A szerző a történelmi kutatás néhány alapvető módszerét ismerteti, ezen belül különösen hangsúlyozza a forráskritika jelentőségét. A materialista történelemszemlélet tükrében vizsgálja a magyar katonaegészségügy-történelmi kutatás múltját, jelenét és körvonalazza a jövő feladatait. A kortörténet (jelenkor) kutatásának jelentőségével, problematikájával behatóbban foglalkozik, mivel a felszabadulás 30. évében ilyen jellegű munkák folynak. A korszerű, teamkutatás érdekében javasolja a szerző, hogy igyekezzünk a hadtörténelmi és a katonaegészségügy-történelmi kutatások célkitűzéseit egyeztetni.

Örömmel teszek eleget annak a megtisztelő felkérésnek, hogy felszabadulásunk 30. jubileumi évében a katonaegészségügy-történelmi kutatás módszereiről, eredményeiről és feladatairól adjak rövid ismertetést. Mivel én is azon az állásponton vagyok, hogy a jelen része a múlt történetének, a jövő történetének alapjait pedig korunkban rakjuk le: ezért a régebbi múlttól, a közelmúltól és a jelenen keresztül szeretném olvasóimat vezetni, hogy meg tudjam világítani az egészségügyi-történelmi kutatás perspektíváját. A tanulmány meghatározott terjedelme miatt az egyes problémákat csak olyan mértékben tárgyalom, amely elegendőnek mutatkozik ahhoz, hogy a történelem kutatás szükségessége, feladatai jól körvonalazhatók legyenek.

I. A történelemkutatás tárgya és módszerei

Herodotost tartjuk a történetírás atyjának, mégis *Thukydidesztől* (i. sz. e. 5—4. század) számítjuk az oknyomozó történetírás kezdetét. Minden kor történetírásának alapvető feladata volt, hogy gyűjtse a forrásokat és úgy rakja össze, hogy abból kitűnjék a valóság. Az ok és okozat felfogása, különösen pedig az összefüggések keresése, a realitásra való törekvés mellett is legfeljebb csak megközelíteni tudta a valóságot, mert minden osztálytársadalomban végeredményben az uralkodó osztály története kerül az írók tollára. Minden társadalmi rend hanyatló korában megjelennek azonban olyan gondolatok, esetleg művek, amelyek már egy következő, fejlettebb társadalom ideológ-

giáját képviselik. *Tacitus* már a tömegek sorsával is foglalkozik. *Machiavelli* az osztályok létezésének tudatára ébred, *Vico* a fejlődés örök mozgásának törvényét állapítja meg stb. Az új rend azután tüzet az elmúlt rend ideológiája ellen irányítja, de saját rendszerét örökkévalónak tartja. Az utóbbi jelenti az idealista történetírás legnagyobb ellentmondását, lényegében a fejlődés tagadását. A feudális kor egyházi-arisztokratikus történelemszemléletétől a nemesi, romantikus ideológián át, vagy a kapitalista társadalomban az antifeudális-felvilágosodott szemlélettől a pozitívista és szellemtörténeti irányzatig színes változatokban építi ki az uralkodó osztály a maga történelmi ideológiáját. A polgári társadalom méhében született meg a legmodernebb és legkorszerűbb marxista történelem-filozófia, a történelmi materializmus. A társadalmi és gazdasági fejlődés törvényszerűségein túl egyes kiemelkedő személyek, vagy valami korszellem történelemformáló szerepét másodlagosnak tartja és megállapítja, hogy a történelmet a tömegek élik, alkotják és „írják”. A hadtudományban *Engels* állapította meg, hogy a győzelem vagy vereség anyagi, tehát gazdasági feltételektől, az ember- és fegyver-anyagtól, a népesség minőségétől, mennyiségétől és a technikai feltételektől függ.

A marxista-materialista szemlélet a történelem korszakait a társadalmi fejlődésnek megfelelően periodizálja. Vegyük csak a legújabb kort! Nyugaton a történetírás klasszikus követelményeinek megfelelően, a legújabbkor az első világháborúval lezáródik; ideológiájának nagyon tetszetős indokolása szerint, 50—60 év szükséges ahhoz, hogy a történelmi források lezártnak legyenek tekinthetők. Ezt a relatív igazságot nagyon találóan jellemezte 1969-ben a Magy. Tört. Társ. vándorgyűlésén *Incze Miklós*: „a történelmi távlatban levő, ún. lezárt folyamatokat újabb fejlemények tehetnek problematikusá”. Gondoljunk csak arra, milyen más pl. 1848-ban Kossuth szerepének, vagy 1918-ban Károlyi Mihálynak történelmi méltatása a marxistának mondott, de a dogmatizmustól terhes időszakban, vagy milyen az 1956 utáni feltisztult marxista történetírásban. Talán ennél is súlyosabb indok támasztja alá a marxista történelem álláspontját abban, hogy a legújabb kort a második világháború végével zárja le: ekkor jött létre a szocialista világrendszer, szétestek a gyarmatbirodalmak, új népek jelentek meg a történelem színpadán. 30 éve a jelenkor történelmét éljük.

A magyar historiográfia, különösen a magyar katonaegészségügyi történetírás szempontjából el kell vetnünk a polgári történetírásnak azt a téves beállítását, mintha a társadalmi fejlődésünk egészen egyedülálló magyar sajátosság szerint ment volna végbe. Történelemkutatásunk bebizonyította, hogy a fejlődés törvényei nálunk is érvényesek és ha nem is a nyugati fejlődési formák pontos egymásutánja szerint ment végbe, de az azonos társadalmi összetételű és fejlettségű közép- és kelet-európai államokéhoz hasonlatosan. Kötelességünk tehát, hogy történelmi kutatásaink közben összehasonlító munkát végezzünk (comparatiot) az azonos fejlődésű társadalmak problémáival (*R. Várkonyi*). Bizonyosra veszem, hogy a vázolt igazságot könnyen megértik katonaeorvos és gyógyszerész kutatóink, akik előtt a természet- és orvostudomány egyetemleges fejlődése tisztán áll.

Hadtörténelmi és katonaegészségügyi-történeti kutatásainkban már a fel szabadulás után megindult az a törekvés, hogy az általános, egyetemleges fejlődésen belül keresse a múltban a magyar, vagy kelet-európai sajátosságokat. Bármennyire is szép és sok értékes tanulással szolgál a magyar kutató számára az önvédelmi háborúk sora, vagy szabadságharcaink története, a

kutatásnál és értékelésnél sohasem szabad szem elől tévesztenünk, hogy azokban elsősorban az uralkodó osztályok érdekeiért folyt a harc. Ez volt az oka annak, hogy a kezdeti népi, vagy „nemzeti” összefogás szétbomlott akkor, amidőn a tömegek ráeszméltek, hogy a láncaitól sem az úri, sem az idegen kizsákmányoló hatalom nem akarja megszabadítani. Jól meg kell néznünk, hogy az egyes honvédő háborúkban ki és miért harcolt, legfőképpen, hogy mennyiben egyezett az a nép érdekeivel.

Még a polgári történetírás korában állapította meg *Bajza J.*, hogy „az ún. történelmi pártatlanság nem egyéb képtelenségnél; egészen pártatlan csak a tudatlan lehet . . . , egy történetíró sem pártatlan”. A burzsoá felismerés hatványozottan alátámasztja a marxista történetelmélet igazát. A szocializmus győzelme után joggal megköveteljük a történetírás pártosságát.

A történelem *kutforrásai* színesek és gazdagok. Egysíkú tudomány nincs, a történetírás felhasználja a társadalomtudomány, a szociológia, a szociográfia, sőt a természettudományok eredményeit is. Egy-egy kor történetének vizsgálatahoz az írásos kútfőkön kívül címerek, pecsétek, muzeális, archeológiai, numizmatikai anyagok, újságok, életrajzok, memoárok, a korszerű hirdetés által nyújtott film, képek, hangszalagra rögzített adatok is forrásul szolgálnak. Egy-egy régi levéltári lelet (oklevél, hiteles irat, akta) bálványozása súlyos hiba lenne, amire pedig kezdő kutatók hajlamosak. Egy sor korabeli irat gyűjtése és összevetése adja meg az egyes leletek összefüggéseit, keletkezésének körülményeit, okát és célját.

Ahogy a régmúlt időktől napjaink felé közeledünk, igen nagy mértékben emelkedik a források száma. Szaknyelven kifejezve, az optimális mennyiségnél lényegesen nagyobb adathalmaz áll a kutató rendelkezésére, ami egyben nehezíti is a munkáját. Az említett nagymennyiségű forrásanyag helyileg is szétszórta; az írásanyag korántsem csak a levéltárakban, hanem számos, alig hozzáférhető, különféle irattárakban, gyűjteményekben van. *Pach Zsigmond* szerint „a kortörténeti (jelenkor) kutatás különlegesen bonyolult feladat, sokkal több itt a mellékirány, a buktató, a fő vonalakat az utóbb bekövetkezett fejlemények által jobban kiemelő történelmi távlat hiánya miatt”. *Benda* így fogalmazza a kortörténeti kutatás nehézségeit: „. . . a régi korok kutatója igyekszik a régi kor világába beilleszkedni, életviszonyait életszerűen átélni; a jelenkor kutatója viszont igyekszik szabadulni a benne élő ember előítéletétől, szenvedélyétől, vagyis szubjektívizmusától”. Az 1970. évi moszkvai nemzetközi történészkongresszus nemcsak az adatok nagyfokú megszorodása, hanem a társtudományokkal fokozódó kapcsolatok miatt is szükségesnek nyilvánította az újszerű kutatási módszerek igénybevételét a történelem-kutatásban. A kibernetika az összefüggések felméréséhez és modellezéséhez már nem nélkülözhető. A statisztikai számadatok törvényszerűségeinek felhasználásával (quantifikatio), az egybevetés (comparatio) módszereivel stb. a matematika és kibernetika fokozatosan polgárjogot nyer a történelem-kutatásban (*Hanák, Mérei, Zimányi*). A *forráskritika* jelentősége megnövekedett.

Az életközelségi források feltárásának további buktatója, hogy politikai, gazdasági, állambiztonsági és honvédelmi okokból a források egy része ma még nem kutatható. Ezek nélkül számos egyéb forrásadat is hiányossá válik. A jövő idők történetíróinak már nagyobb lehetőségük nyílik a jelenkor megírásra került vagy kerülő és a később már kutatható források összevetéséből mostani korunk időtálló, beérett történelmét megírni. A számos nehézség nem hatalmaz fel korunk történetének elhanyagolására, sőt, kötelességünk a

rendelkezésre álló adatok maximális felhasználásával, marxista tárgyilagossággal megírni a jelenkor történetét, annyival is inkább, mert az élők sorai-
ban vannak azok, akik építői és alkotói társadalmunk új történetének.

A gondos anyaggyűjtés és a forráskritika semmilyen kor kutatásánál sem nélkülözhető! Helyes világnézeti felkészültség nélkül viszont sohasem vezet az anyag felhasználása teljes, mindenben elfogadható eredményhez (*Havas*). *Pach Zsigmond* gondolatát folytatva, még annyit fűznék hozzá, hogy a levéltári kutatás a történelmi kutatómunkának korántsem lehet kezdeti formája. A forráskiadványok, a részletfeldolgozások, a történelmi irodalom alapos ismerete után lehet csak a kutatásnak ehhez a magasabbrendű formájához folyamodni.

II. A magyar katonaegészségügy-történeti kutatás helyzete

Nem óhajtok tudománytörténeti fejtegetéssel eltávolodni tanulmányom kitűzött céljától. Felsorolásszerűen már említettem, hogy a történelemnek milyen főbb segédtudományai vannak. Természetesen ezek közé tartozik a hadtudomány is. Maga a hadtudomány sem egysíkú, hanem számos összefüggése van a politikával, társadalom- és szervezés-tudománnyal, a demográfiai statisztikával, a technikai tudományos ágazatokkal és többek között a katonaegészségügy kutatása is segédtudományai közé tartozik. A katonaegészségügyi kutatás soha nem tévesztheti szem elől a hadművészet fejlődésének meghatározó jellegét. A katonaegészségügy másik tápláló elemét az egyetemes orvostudomány fejlődése jelenti. Kettős eredetből származva, transzmissziók útján a katonaegészségügy-történet is az egyetemes és magyar történelem segédtudományai közé tartozik.

Maga a katonaegészségügy is komplex tudomány, amelynek alapvető összetevői a katonaegészségügyi szervezés, a katonaeorvoslás ágai, a katonai gyógyszerészet, de igen jelentős segédtudománya még a fizika, a kémia, a biokémia, magfizika, egészségügyi technika stb. A katonaeorvoslás komplexitására való tekintettel célszerűnek látszik, ha a sokrétű tartalmat jobban kifejező katonaegészségügyi tudomány, ill. a mostani értekezésben a katonaegészségügy története fogalmakat használjuk.

1. A magyar katonaegészségügy múltja

A magyar katonaegészségügyi szolgálat nem tekint hosszú történelmi múltra vissza, mert a 400 éves osztrák katonauralom árnyékában önálló magyar katonaegészségügyi tudomány nem tudott kibontakozni. Az I. világháború végéig, kisebb kezdeményezésektől eltekintve (résztanulmányok, vagy *Nusz J.* Rövid katonaeorvos-története), a K. U. K. egészségügy-történet forgott csupán közkézen (*Habart, Kirchenberger, Myrdacz, Töply*, stb.). A porosz és egyéb német irodalomból a közep európai kérdésekkel foglalkozó szerzők könyvei voltak ismertebbek (*Frölich, Gurlt, Habering, Knorr* stb.).

A két háború között a Horthy-hadsereg katonaeorvosai és gyógyszerészei az I. világháború története megírásának egészségügyi vonatkozásaiban működtek közre tanácsadóként, önálló egészségügyi történetírás igénye nélkül. Szakmai vonatkozású részletfeldolgozások azonban szép számban jelentek meg (*Franz, Lippay, Telbisz* stb.). Külön említést érdemel *Héjja Pál* katonaeorvos történelmi munkássága. Buda felszabadításának 250. évfordulójára ké-

szített, széles alapokon nyugvó tanulmányában a hazai és külföldi (köztük az olasz *Casarini* és *Zanarolla*) forráskiadványok gazdag anyagát dolgozta fel, levéltári forráskutatást azonban nem végzett. Igen széles körű munkásság fűződik *Herczeg Árpád* katonaeorvos nevéhez. Jónéhány részlet-feldolgozásán túlmenően legátfogóbb tevékenysége *Szumovszky* orvostörténetének magyarra fordítása és annak szinte könyvre menő jegyzettel történt ellátása. Gondosan áttekintette ahhoz a magyar orvostörténeti irodalmat (*Demkó, Hints, Linzbauer, Magyary-Kossa, Apponyi* stb. műveit), ezen belül nagyon sok és értékes katonaeorvos-történeti adatot emelt ki. Polgári íróktól megjelent nagyobb általános és szakágazat-történeti munkákban is jelentek meg szép számban katonaegészségügyi adatok (*Magyary-Kossa, Bugyi I., Manninger V., Nékám L. sr., Poór F.* stb.), így a katonai kutatáshoz is segítséget nyújthatnak. A polgári tudósok részéről megjelent katonaeorvostörténeti megemlékezések is bizonyítják az orvostudomány egyetemlegességét.

A két világháború közötti időszak általános hadtörténeti munkái „tárgyilagosságra, politikamentességre” hivatkoztak, ami marxista szempontból kizártnak mondható. Értékesebb feldolgozások készültek azonban a régebbi magyar katonai múltból (*Darkó, Gárdonyi, Gombos, Markó, Márki* stb.), ami a hadtörténetészeknek a történeti távlatba történő menekülését jelzi. A hadtörténetírás nem is a polgári, hanem a még reakciósabb romantikus szemléletet ápolta. A katonai írásművek az irredentizmust, a revansizmust, a csillogó és győzhetetlen magyar vitézséget, a magyar katonaeorvos felsőbbbbségét hirdették. A katonaegészségügy-történetből jónéhány munka született a katonai klinikumok, higiéne, gyógyszerészet területéről, alig írtak azonban a politikai állásfoglalást már jobban igénylő szervezésről, nem is szólva általános katonaeorvostörténetről. A katonairodalom ideológiájától nem tudta magát az egészségügy sem függetleníteni, mégis tudomásul kell vennünk, hogy a magyar katonaegészségügy a Horthy-korszak reakciós szemlélete és ellentmondásai közepette született meg. *Lenin* szerint „nem építhetjük másból a kommunizmust, mint abból, amit a kapitalizmus ránk hagyott”. Hibákkal és ellentmondásokkal teli, de eredményeket is felmutató örökséget kapott a felszabadulásakor a magyar katonaegészségügyi szolgálat, mégis olyan alapot, amelyet lehetett erősíteni, új elemekkel gazdagítani, amelyből kifejlődhetett a mai korszerű egészségügyi szolgálatunk marxista-materialista ideológiájával együtt.

2. A magyar katonaegészségügy jelenkori története

A felszabadulás nem máról holnapra szülte a marxista történettudósokat és írókat. A Horthy-korszak méhében hazai és emigrációban élő kutatók már igyekeztek lerakni a marxista történelemutatás alapjait (*Károlyi M., Kun B., Molnár E., Révai J., Rudas L., Szántó B.* stb.). Viták és elhajlások közepette alakult ki a magyar marxista kutatók tábora. Majdnem 10 évnek kellett eltelnie ahhoz, hogy az „apolitikus” orvostörténetészek és katonaeorvos-írók jól megismerjék a marxista ideológiát, a materialista történelemkutatás törvényszerűségeit, módszereit, felsőbbbbségét.

Általános egészségügy-történeti tanulmány megírására *Gortvay Gy.* vállalkozott először 1953-ban. Hatalmas empirikus anyaggyűjtő és feldolgozó munkája a katonaegészségügy történetének is értékes kútforrása. *Havas* elismerte a munka csaknem korszakalkotó jelentőségét, de hiányolta benne az összefüggések sokrétű vizsgálatát, a marxista történelmi elemzést.

Hadtörténéseink korán nekikezdték a múlt marxista átértékeléséhez, új célkitűzésekkel pedig az 1918—19-es felszabadító harcok, a második világháború, a partizánmozgalmak, a felszabadulás, sőt a néphadsereg jelenkori történetének megírásához is (*Benczédi L., Csima S., Esze T., Godó Á., Harányi J., Liptai E., Mucs S., Nagy L., Perjés G., Sinkovics L., Tóth S. stb.*). Bizonyos megelégedéssel tekinthetünk vissza mi is az elmúlt 30 év katonaegészségügy-történeti termékeire. Az első időszakot inkább a történelmi távlatba való visszavonulás jellemezte, amidőn a görög és a római katonaeorvosi emlékek ismertetésére vállalkoztak kutatóink. A marxizmus hatása alatt kezdett már katonaeorvosaink kis tábora a magyar múltban kutatni, hogy abból haladó katonaeorvosi emlékeket bányásszon ki és kritikailag is értékeljen. Munkásságuk nem volt teljesen mentes a dogmatikus elhajlásoktól, hiszen nem képezte a vizsgálódásuk tárgyát, hogy a törökellenes honvédő háborúkban, a 17—18. század szabadságharcaiban milyen is volt a sokat emlegetett népi, vagy nemzeti egység, mit akartak és mit értek el a harcokban a széles néptömegek. Akkor bizony még élénk viták folytak és még ma is folynak a történészek között a nemzet, a népi egység és osztályharc fogalma, tartalma és összefüggései felől. Abszolút pozitívnak kell tartanunk viszont, hogy kutatóink rátaláltak a magyar katonaegészségügy-történet gyökereire (utalnék *Birtalan Gy., Farkas L., Körmendy F., Schultheisz E.* munkáira). Elég széles alapokra fektetett kutatás indult már meg 1848 százéves évfordulója alkalmával a szabadságharc egészségügyének feltárására (*Echter T., Mellis Gy., Farkas L., Radó G., Vasvári J.* résztanulmányai). Polgári szerző (*Varga E.*) részéről gazdag levéltári dokumentációval alátámasztott tanulmány jelent meg. A szabadságharc egészségügyéről átfogó mű talán azért nem született, mert abban az időben még nem volt a történészek és ideológusok táborában egyetértés az 1848-as polgári forradalom jellegének és történelmi helyének meghatározásában.

Jelentős kezdeményezésnek kell tartanunk egy összetételében pontosan nem ismert kutatócsoport, továbbá *Kurucz T.—Benkő Gy.* kutatóknak a Tanácsköztársaság harcainak egészségügyi, ill. egészségügyi-anyagi biztosításáról írt tanulmányait. Eredeti kútfőket is használtak feldolgozásaikban.

Némi kitérés után végülis pozitív eredménnyel végződött *Takáts L.—Takáts E.* kutatóknak az a törekvése, hogy történelmi múltunkban mutassanak ki *hadsereg hadműveletben* magyar sajátosságokat a nemesi felkelések kapcsán. A pár évet igénybevett kutatásuk azt erősítette meg, hogy a 18—19. század fordulón a régen idejétmúlt felkelés már korántsem volt hadseregnek nevezhető, egészségügyi szolgálata pedig lényegében az adott időkből érvényes osztrák szabályzatok szerint dolgozott. Mégis volt valami új és friss tapasztalható, amely abból adódott, hogy a polgári életből meghívott és kinevezett protomedikusok (1795-ben Stáhly György, 1809-ben Eckstein Ferenc professzor) tudományos szemléletükben, munkatársaik és munkamódszereik megválasztásában túl tudták magukat tenni a merev osztrák szabályzati előírásokon. — A magyar történészek részéről is elismeréssel találkozott e sorok írójának a Rákóczi szabadságharc egészségügyéről írt tanulmánysorozata, majd kandidátusi értekezése.

Komoly segítséget jelentett a magyar katonaegészségügy kutatóinak a szovjet *Szemeka* katonaeorvostörténetének magyarra fordítása. Ugyancsak természetesen hatottak a magyar katonakutatók munkájára szovjet szerzőknek a katonai szervezés, klinikumok, higiéné, epidemiológia, anyagi szolgálat fej-

lődéséről és történetéről írt munkái. A magyar tudományágazatokra való hatást *Csillag Z., János Gy., Kubinyi L., Sós P., Urai Gy., Wittmann I.—Bernát I.* méltatták. Egészségügytörténeti szempontból értékesek azok a tudományos értekezések, disszertációk, amelyekben a szerzők egy-egy katonaegészségügyi ágazat hazai és nemzetközi fejlődését is tárgyalták. A katonaegészségügy főbb jellemzőit, történelmi mű írásának igénye nélkül *Farádi L.* foglalta össze. — A fegyvernemi egészségügyi kutatás jelentős munkája volt *Galla E.* repülőorvostani tanulmánya, amelyben a magyar repülésegészségügy történetéről is adott áttekintést.

Elismerést érdemel azoknak a kutatóknak a munkássága, akik a második világháború katonaegészségügy-kutatásának „szűz” területére merészkedtek, ha mindjárt csak kisebb részletek kidolgozására vállalkoztak is (*Benkő Gy.—Kurucz T., Németh L.*).

Újkeletű kutatómunka folyik a hadtápszolgálat 25. és a felszabadulás 30. évfordulójának keretében a katonaegészségügy egyes ágazatainak és egyes intézetek történetének összeállítására. Jelen munka is ennek a kutatási komplexumnak egyik rész tanulmánya.

III. A magyar katonaegészségügy-történeti kutatás feladatairól és lehető célkitűzéseiről

Általánosságban reálisnak látszik az a törekvés, hogy kutatásunk közeli jövőjét az elmúlt 30 évben már lerakott alapokon építsük tovább. Pillanatnyilag nem látszik célravezetőnek és kivihetőnek, hogy magyar katonaegészségügy történetét írjunk, helyette a részletkutatásokat kell tovább folytatni. A történelmi munkákban eddig hiányzott a teljességre való törekvés, sokszor nem források, vagy forráskiadványok adataira, hanem csupán feldolgozásokra támaszkodtak. A kutatást eredeti kútfők tanulmányozásával kell kiegészíteni.

A történeti kutatást bizonyos mértékig be kell határolnunk, célszerűnek látszik feladatainkat az állandó hadseregek kialakulásának korától meghatározni (kb. a 17. század elejétől). Az időhatár megvonása nem jelenti azt, hogy régebbi magyarországi, vagy értékesebb nemzetközi katonaegészségügyi kérdéssel nem lehet foglalkozni, mindössze ezek nem tartoznak történeti kutatásunk elsődleges célkitűzéséhez.

Magyarországon az állandó hadsereg már a 16. század utolsó évtizedében végvári katonaság és külön királyi haderő formájában jelentkezik, jóllehet Európaszerte az állandó hadseregek keletkezését a 30 éves háború időszakára teszik (1618—1648). *Birtalannak* alapjában egri *végvári egészségügyi tanulmányát* egyéb végvárakéval lehetne kiegészíteni, de jónéhány momentum eddig még nem is került megvizsgálásra, pl. a hadigondozás helyzete a végvárakban, a várak és a környező lakosság egészségügyi ellátása, várak higiéniéje stb. Az egészségügyi kutatás előtt szinte szűz terület a *Bocskai*, a *Bethlen szabadságharc*, *Thököly első kuruc felkelése*, vagy akár *Zrínyi katonai munkásságának* értékelése. — Annyi forrás, annyi feldolgozás áll rendelkezésre 1848—49 kutatásához, hogy egy orvostörténész kandidátusi disszertációt írhatna belőle.

Képezheti kutatás tárgyát az 1868-ban megalakult *magyar honvédség* szárnybontogatása, az osztrákoktól való függetlenségre törekvése. — Nem lehet megelégedni azokkal a kezdeményezésekkel, amelyek a *Tanácsköztársaság*

vörös hadseregének egészségügyi ellátásáról eddig megjelentek. — Nagyon érdekes részfeldolgozások születhetnek nagyobb *partizáncsoportok* egészségügyi biztosításának ismertetéséből. Bátrabban kell már hozzányúlni a *második világháború* katonaegészségügyének tanulmányozásához.

Felhívnam a figyelmet egyes személyek, vagy csoportok által írható *viszsaemlékezésekre*. A memoár szubjektivitásán messze túlmutat az ilyen jellegű írásoknak jövőbeli forrásértéke.

Bizonyosra veszem, hogy a jelenkor történetéből igen értékes adatokat fognak gyűjteni és összeállítani az egyes *intézetek történetével* foglalkozó munkacsoportok. Ha a fentebb már említett okok miatt nem is lesznek teljesekek a tanulmányok, mégis a most lerögzítésre kerülő, életközelségű adatok a jövő kutatóinak értékes forrásul fognak szolgálni. Nem hagyhatjuk veszendőbe menni a ma még feltalálható értékeinket! Nem kell félni a történelem ítéletétől, ha mai tudásunk szerint, marxista szellemben az igazságot írjuk meg. Utódaink forráskritikája majd eldönti, hogy mik érnek be munkánkból végleges történelmi megörökítésre.

Következtetések:

Katonaegészségügyi szempontból a történelmi anyaggyűjtést kell tovább végezni. A múlt honvédő és szabadságharcai számos lehetőséget kínálnak feldolgozásra. Kívánatos volna, hogy a hadtörténelmi és katonaegészségügyi kutatásokat némileg összhangba hozzuk. Egészségügyi szempontból az utolsó 300—350 év forrásai és forráskiadványai még nincsenek átvizsgálva. Természetesen azt is tudomásul kell vennünk, hogy a jelenkor kutatása nem hanyagolható el, talán a fiatalabb kutatók nagyobb vonzalmat is éreznek az itteni bűvárkodáshoz. Régebbi anyagok a paleografiai ismereteken túlmenően német, ill. latin nyelv tudását is igénylik. Az alapos ideológiai felkészültségről már több helyen volt szó. Az egészségügyi kutatás nem nélkülözheti a hadtörténelem és az orvostudomány fejlődésének, mozgóerőinek és főbb eredményeinek ismeretét. Sok nehézsége van a történelmi kutatásnak, de szükségét és szépségét általában elismerik. — A bonyolult összetételű forrásanyag gyűjtése, kritikája, továbbá egy-egy kor történetének sokrétű vizsgálata szinte megköveteli a kutatócsoportok (team-ek) közötti munkamegosztás szükségességét.

I R O D A L O M

Apponyi A.: Hungarica, I—IV. — München, 1903—27. Rosenthal. — *Bajza J.*: id. *R. Várkonyitól*, 1. ott. — *Benczédi L.*: A „vitélő rend” és ideológiája a Thököly felkelésben. — T. Sz. 1963. VI. 33—43. — *Benkő Gy.*—*Kurucz T.*: A gyógyszerészet helyzete Magyarországon a második világháború alatt. — OT. Közl. 1974. 71—72. sz. 115—133. — *Bernát-Wittmann*: 1. *Wittmannál*. — *Birtalan Gy.*: Adatok a XVII. századbeli orvoslás magyar történetéhez. — KO. Szle. 1954. V. 1106—1115. — *Borus J.*: A magyar hadtörténetírás helyzete és feladatai. — HK. 1954. 64—90. — *Bugyi I.*: A sebészorvos. — Bp. 1939. Eggenberger. — *Csillag Z.*: A Szovjetunió segítségével alakult ki egészségügyi anyagellátásunk korszerű rendszere. — KO. Szle. 1955. VI. 346—347. — *Csima S.*: Adalékok a Horthy hadsereg szervezetének és háborús tevékenységének tanulmányozásához, 1938—1945. — Bp. 1961. HM. — *Darkó J.*: Az ősmagyar hadművészet fejlődése és hatása Nyugat-Európára. — Bp.—Pécs. 1934. Danubia. — *Demkó K.*: A magyar orvosi rend története. — Bp. 1894. Dombrowszky. — *Echter T.*—*Mellis Gy.*: Az 1848-as szabadságharc orvosi emlékei. — HO. 1951. II. 161—162. — *Engels*: A hadsereg. — HK. 1956. III. 20. — *Esze T.*: Kuruc vitézek folyamodványai, 1703—10. — Bp. 1955. Hadtört. Int. — *Farádi L.*: Az egészségügyi szolgálat fejlődése, külö-

nös tekintettel a katonai és polgári eu. szervek közötti együttműködésre. — HO. 1965. XVII. 213—218., 307—314., 1966. XVIII. 63—67., 157—165. — *Farkas L.*: A Rákóczi szabadságharc egészségügye. — KO. Szle. 1953. IV. 1253—1262. — *Farkas L.—Radó G.*: Damjanich tábornok lábtörésének következményei. — KO. Szle. 1953. IV. 97—107. — *Franz G.*: Katonai egészségügyi ismeretek. — Bp. 1933. — *Wodianer, F.—Frölich, H.*: Kurze Darstellung d. gesamten Mil. San. Wesens. — Braunschweig. 1887. *Wreden.* — *Godó A.*: A Horthy fasizmus agresszív katonai terveinek előtérbe kerülése az 1927—29. években. — HK. 1962. I. sz. 67—99. — *Galla E.*: A repülés és a repülőorvostan fejlődése. — KO. Szle. 1954. V. 1211—1219. — *Gárdonyi A.*: A középkori zsoldosintézmény és a magyarság. — HK. 1942. 129—143. — *Gombos A.*: Szt. István háborúja II. Konrád német-római császárral 1030-ban. — Bp. 1938. — *Gurtl, E.*: Zur. Gesch. d. internation. und freiwill. Krankenpflege im Kriege. — Leipzig. 1873. *Vogel.* — *Haberling, W.*: Die Entwicklung d. Kriegsbeschädigten Fürsorge. — Berlin. 1918. *Hirschwald.* — *Habart, J.*: Unser Mil. San. Wesen vor hundert Jahren. — Wien. 1896. *Safař.* — *Hanák P.*: A társadalomtudományok új módszerei. — SZ. 1971. 105. 753—757. — *Harsányi J.*: Magyar szabadságharcosok a fasizmus ellen. — Bp. 1969. *Zrínyi.* — *Havas A.*: Előszó. *L. Gortvaynál.* — *Herczeg Á.—Szumovszky U.*: I. *Szumovszkynál.* — *Héjja Pál*: A tábiori egészségügy Buda visszafoglalása korában. — Bp. 1936. *Egy. Ny.* — *Hints E.*: Az orvostudomány fejlődése az emberiség művelődésében. I—IV. — Bp. 1939. *Rényi.* — *Horváth M.*: A magyar hadtörténetírás fejlődése és feladatai (tanulmány, jegyzet). — Bp. 1965. *Hadtört. Int.* — *Incze M.*: A kortörténet elvi és módszertani problémái. — SZ. 1970. 104. 545—558. — *János Gy.*: A szovjet orvostudomány hatása a magyar sebészet és tábiori sebészet fejlődésére. — KO. Szle. 1955. VI. 321—331. — *Károlyi M.*: Egy egész világ ellen (id. *Károlyné*: Együtt a forradalomban. — Bp. 1967. *Európa.*) — *Kirschberger, S.*: Gesch. d. k. u. k. österr.-ung. Mil. San. Wesens. — Wien, 1895. *Safař.* — *Knorr, E.*: Entwicklung u. Gestaltung d. Heeres San. Wesens. — Hannover. 1880. *Helwing.* — *Körmendy I.*: A hűbères és zsoldos hadseregek egészségügyi szolgálata. — HO. 1960. XII. 217—263. — *Kubinyi L.*: Szovjetunió tapasztalatainak felhasználása a higiénés és járványvédelmi munkában. — KO. Szle. 1955. VI. 318—320. — *Kurucz T.—Benkő Gy.*: A Magyar Tanácsköztársaság gyógyszerészetéről. — Gyógyszerészet. 1969. 13. 99—106. — *Kurucz—Benkő*: I. még *Benkő—Kurucznál.* — *Lenin*: A háborúról, a hadseregről és hadtudományról, I—II. — Bp. 1958. *Zrínyi.* — *Linzbauer, F. X.*: Codex med.-sanit. Hungariae, I—III. — Buda. 1852—1858. *Egy. Ny.* — *Lippay—Almássy A.*: Tábiori sebészet. — Bp. 1944. *EGGENBERGER (Novák*: Seb. műtéttan 2. r.). — *Liptai E.*: A Magyar Vörös Hadsereg harcai, 1919. — Bp. 1960. *Zrínyi.* — *Manning V.*: A sebészet diadalútja. — Bp. *Franklin.* — *Magyar—Kossa Gy.*: Magyar Orvosi Emlékek, I—IV. — Bp. 1929—1940. — MOK. — *Markó Á.*: II. Rákóczi Ferenc, a hadvezér. — Bp. 1934. *MTA.* — *Márki S.*: II. Rákóczi Ferenc, I—III. — Bp. 1907—1910. *MTA.* — *Mellis Gy.*: I. *Echter—Mellisnél.* — *Mérei Gy.*: Hozzászólás Th. Papadopoulos: A társadalomtudományok módszere a történeti kutatásban c. ref.-hoz. — SZ. 1971. 105. 757—760. — *Mucs S.*: A magyar néphadsereg fejlődése a második világháború befejezése után. — HK. 1958. 3—4. sz. 44—63., 1960. 1. sz. 40—66. — *Myrdacz, P.*: Handbuch f. k. u. k. Militärärzte, I—II. — Wien, 1905. *Safař.* — *Nagy L.*: A Bocskai-szabadságharc katonai története. — Bp. 1961. *Akad. K.* — *Németh L.*: A szovjet—magyar háború járványkórtani tapasztalatai. — Népegü. 1947. 36. 1459—1462. — *Nusz J.*: A katonaegészségügy rövid története. — Bp. 1895. *Ludovika Közl.* — *Pach Zs. P.*: Marxista történettudományunk fejlődésének problémái. — SZ. 1964. 98. 1011—1052. — *Perjés G.*: Zrínyi Miklós és kora. — Bp. 1965. *Gondolat.* — *Radó S.*: Kossuth Lajos a szabadságharc hadegészségügyének megteremtője. — HO. 1952. III. 819—822. — *Radó—Farkas*: I. *Farkas—Radónál.* — *Rudas L.*: Miért bukott meg a magyar proletárdiktatúra. — Új március. 1929. — *Schultheisz E.*: Hadseregünk helyzete Buda visszafoglalása idején. — HO. 1957. IX. 338—341. — *Sinkovics I.*: Végvári harcok. — Bp. 1954. *Szakra (M. Tört. Kongr. 1953. jún. 6—13.)* — *Sós P.*: Szovjet tapasztalatok felhasználása néphadseregünk gyógyító munkájában. — KO. Szle. 1955. VI. 313—319. — *Szántó B.*: A Magyar Tanácsköztársaságról. — Bp. 1958. *Kossuth.* — *Szemeka, Sz.*: Medicina voennaja. — Encikl. Szlov. Voenn. Med. I—V. — Moszkva. 1946—48. *Goszmedizdat.* III. 713—915. — *Szumovszky U.—Herczeg Á.*: Az orvostudomány története bölcsészeti szempontból nézve. — Bp. 1939. *MOK.* — *Takáts L.*: A Rákóczi szabadságharc egészségügye. — *Kand. dissz.* Bp. 1971. — *Takáts L.—Takáts E.*: Az 1809. évi

nemesi felkelés egészségügyi szolgálatának működése. — HO. 1961. XIII. 226—236., 1962. XIV. 321—331., 1964. XVI. 163—184. — *Telbisz A.*: Harcgázbetegségek kór- és gyógytana. Bp. 1938. HOTE. — *Tóth S.*: A Horthy hadsereg szervezete. — HK. 1958. 1—2. sz. 51—70., 3—4. sz. 64—98. — *Töply, R.*: Zur Gesch. d. Mil. San. Wesens. — Der Militärärztl. 1887. No. 21. — *Urai Gy.*: Szovjet tapasztalatok felhasználása a magyar néphadsereg egészségügyi szolgálatának kiépítésében. — KO. Szle. 1955. VI. 311—312. — *Varga E.*: Az 1848—1849. évi magyar szabadságharc egészségügyi szervezete. — Bp. 1933. (Károlyi emlékkönyv.) — *U. a.*: Tábori egészségügy az 1848—1849. évi honvédseregben. Honvéd. 1948. III. 6. sz. 7—11. — *Vasvári J.*: Az 1848-as szabadságharc tábori kórházai. — KO. Szle. 1955. VI. 384—394. — *R. Várkonyi A.*: Pozitivistá történetiszemlélet a magyar történetírásban, I—II. — Bp. 1973. Akad. K. — *Weszprémi I.*: Succincta medicorum Hungariae et Transylvaniae Biographia, I—III. Cent. — Lipsiae, Viennae. 1774., 1778. Sommer, Trattner. — *Wittmann I.*—*Bernát I.*: A szovjet orvostudomány hatása a magyar belgyógyászat és a katonai belgyógyászat fejlődésére. — KO. Szle. 1955. VI. 332—347. — *Zétény Gy.*: A magyar szabadságharc honvédorvosai, 1848—1849. Bp. 1948. Egy. Ny. — *Zimányi V.*: Hozzászólás „A számok mint a történetész informálásának elemei” c. témához (Nemzetközi Tört. Kongr., Moszkva). — SZ. 1971. 105. 760—761. — Adatok az 1919-es Magyar Vörös Hadsereg egészségügyi szolgálatának történetéhez. — HO. 1959. X. 1—9.

Такач Л., полковник м/с., кан. ме. науки:

ИССЛЕДОВАНИЕ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ВНА

Автор сообщает об некоторых основных методах исторического исследования и при этом подчеркивает значение критики исторических источников. В марксистском понимании истории анализирует прошлое и настоящее венгерских военно-медицинских исторических исследований и намечает задачи будущего. Подробно занимается значением исследования современной истории, ввиду того, что на тридцатом году освобождения проводятся работы такого характера. В интересах современного группового (team-) исследования автором предлагается согласовывать целевые установки исследований военной истории и истории военной медицины.

Dr. L. Takáts, Oberst. i d. R. des Med. Dienstes, Kandidat der Med. wissenschaften:

FORSCHUNG DER MILITÄRMEDIZINISCHEN GESCHICHTE IN DER UNGARISCHEN VOLKSARMEE

Verfasser erörtert einige grundsätzliche Methoden der historischen Forschung, dabei wird die Bedeutung der Quellenkritik besonders betont. Im Spiegel der materialistischen Geschichtsanschauung prüft er die Vergangenheit und Gegenwart der militärmedizinischen Geschichtsforschung und zeichnet in großen Umrissen die Aufgaben der Zukunft. Verfasser beschäftigt sich mit der Bedeutung der Forschungen der Gegenwart eingehender, da im dreissigsten Jahr nach der Befreiung derartige Arbeiten im Gange sind. Im Interesse der zeitgemäßen Team-Arbeit schlägt Verfasser vor, daß man sich um die Vereinigung der Zielsetzungen der kriegswissenschaftlichen und militärmedizinischen Geschichtsforschung streben soll.

Dr. János György orvos vezérőrnagy, az orvostudományok kandidátusa,
Prof. Dr. Pastinszky István orvosezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Marczell István orvosőrnagy

A Központi Katonai Kórház 30 éve a felszabadulás után

A Központi Katonai Kórház rendeltetése és felépítése szerint Néphadseregünk központi egészségügyi intézménye, amely gyógyító, kiképző, továbbképző és tudományos feladatokat lát el. 1975-ben, amikor felszabadulásunk 30. évfordulójáról emlékezik meg az ország, meg kell állapítanunk, hogy 75 éves épületeinkben működő kórházunk fejlődésének valódi kibontakozását ebben a 30 esztendőben érte el.

A jelenlegi kórházat a bécsi Kriegsarchiv dokumentumai szerint egy 1872-ben tízéves működésre tervezett barakk-kórház előzte meg. Az új, 16-os helyőrségi kórház építésének elhúzódása miatt a barakk-kórház használatát meghosszabbították. A főváros polgármestere 1897. augusztus 6-án adta meg az építkezési engedélyt az új kórház felépítésére. A megnyitására 1899-ben került sor. A Székesfőváros VI. kerületi előljárója 1899. június 30-án adta ki a használhatási engedélyt. Az új, 16-os K.u.K. Helyőrségi Kórház az egy évvel előbb, 1898. november 18-án megnyitott I. sz. Honvéd Helyőrségi Kórházzal együtt az ország legjelentősebb egészségügyi intézményei közé tartozott, és a katonaegészségügyi ellátásnak a múltban is legnagyobb bázisát képezte.

Az évek folyamán a kórház elnevezései változtak; 1919-ben 2. sz. Honvéd Közrendészeti és Helyőrségi Kórház nevet kapta, majd 1922—38-ig 8. sz. Helyőrségi Kórházként szerepelt. 1938-tól a kórház új neve 10. sz. Honvéd Helyőrségi Kórház.

A II. világháború során, 1944. június 12-én a kórházat bombatámadás érte, amelynek következtében épületeinek jórésze használhatatlanná vált. Decemberben Budára, a Kiskorona utcába költözött, majd januárban maradék személyzete némi anyaggal, a Honvédelmi Minisztérium pincéjébe menekült.

Az intézet 1944 decemberétől ismét a jelenlegi helyén, a Róbert Károly körúton működött május 15-ig mint Svéd Vöröskereszt Hadikórház, majd május 15-től június 2-ig mint Szovjet Hadikórház.

1945. június 2-án nyílt meg újból, mint 1. Honvéd Helyőrségi Kórház. Az erre vonatkozó rendeletet 1945. május 25-én a 26 069/Eln. Szerv. sz. Utasítás adja meg, amely szerint a Szövetséges Ellenőrző Bizottság engedélyezi 300

ágyas Budapesti Helyőrségi Kórház felállítását azzal a kikötéssel, hogy ide csak budapesti betegek vehetők fel.

1946. szeptember 27-én kelt 27 000/Eln. Szerv. sz. rendelettel a kórház neve 1. sz. Honvéd Kórház és Egészségügyi Anyagszertár. Később a 15 000 Eln. Szerv. sz. 1947. július 23-án kiadott rendelet szerint az 1. sz. Honvéd Kórház és Egészségügyi Anyagszertárból hivatalosan Honvéd Központi Kórház lett.

Az első parancs, amelyen a kórház mint *Honvéd Központi Kórház* szerepel, 1947. augusztus 1-i keltezésű. A kórház központi jellege az évek során fokozatosan kibontakozott. Elnevezései: Honvéd Központi Kórház, Központi Katonai Kórház, jelenleg pedig a Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórházaként szerepel. Eredetileg egyemeletes pavillonok épültek, 1940-ben került az I., II., III. épületekre második emelet ráhúzás, később pedig a többiekre is.

Az Intézet központi egészségügyi bázis jellegét meghatározza a kórház jelenlegi felépítése.

Ennek a szervezettségnek és felépítésnek az eléréséhez azonban hosszú út vezetett. Igazi központtá válásáról csak az 1950-es évektől kezdve beszélhetünk, amikor a Néphadsereg megfelelően átszerveződik.

Az 1945-ben történt megalakulás után néhány hónappal 1945. szeptember 1-én a kórház parancsnoka helyzetjelentésében a kórház felállítását a következőkben határozza meg:

„Sebészet 90 ágy, belgyógyászat 220, fül-orr-gége osztály 48, nőgyógyászat 29, bőrgyógyászat és urologia 85, összesen 472 ágy.”

Egyidejűleg már önálló osztályként működik a röntgen és a laboratórium.

1945-ös megalakulásakor *dr. Pastinszky István* vezetésével kezdi el működését a bőrosztály. Ő jelenleg is ugyanezen a helyen dolgozik.

A Központi Kórháznak sokprofilú intézetté kellett válnia. Az 1949—50-es években a polgári életből behívott fiatal, nagyrészt klinikai, vagy nagy köz-kórházi gyakorlattal rendelkező orvosok kerülnek be, és alakítják nagy lelkesedéssel és hozzáértéssel a különböző szakosított osztályokat.

1949-ben — hogy kronológiai sorrendben haladjunk —, alakul meg a száj-sebészet és a prosectura. (Ugyanekkor kezdi meg az orthopaedia működését az akkor felállított Rheuma Kórházban.)

1950. április 1-én a Gorkij fasorban Rendelő Intézet nyílik. Ebben az évben alakul meg újjászervezett formájában és új H—2 Utasítás alapján a FÜV. Bizottság.

1951-ben alakul a Honvéd Vérellátó Intézet csaknem egyidőben az Országos Vérellátó Intézettel. Az ideggyógyászat mellett idegsebészeti részleg kezd meg a működését.

1952-ben, mint első önálló kórházi traumatológiai osztály létesül a Központi Kórház baleseti sebészete plasztikai részleggel. A gyógyszer-tár egészségügyi anyagellátó központtá válik.

1953-ban a baleseti sebészeti osztály megfelelő átalakítások után a jelenlegi új helyére költözik. A fertőző osztály kibővítése miatt, elfoglalja a VII. épületet.

A baleseti sebészeten funkcionális kezelési osztály kezdi el működését.

1954-ben csatolják a Rendelőintézetet a kórházhoz. A kórház napközi ott-hont kap.

A szemészet és nőgyógyászat új átalakított műtőben kezdi el tevékenységét.

A korszerű vizsgálatok érdekében jödlaboratóriumot állítunk fel, a kutatási munka segítésére pedig állatműtöt és állatistállót.

1955-ben önállóvá válik az idegsebészeti osztály, a plasztikai sebészeti osztály és a baleseti sebészeten orthopaediai részleg kezdi meg a működését.

Az 1956-os ellenforradalmat a kórház több-kevesebb személyi és anyagi veszteséggel átvészeli, helyreáll, és 1957-ben új energiával folytatja a fejlesztését.

A Tüdőszanatórium megszűntével megalakul — elsősorban kivizsgálások céljára — a tüdőosztály. Korszerű kezelési körülményeket biztosít az átalakított fizikótherápiás osztály.

A Gorkij-fasori rendelő intézetet átadjuk a Belügyminisztérium Kórháza részére és helyette a kórház területén átmenetileg — sajnos, elég hosszú időre — rendelőintézetet kell szervezni, ami már kezdettől fogva nem elégségesen ki az igényeket. Ezért több osztály a saját helyiségeit volt kénytelen felhasználni az ambuláns betegellátásra, ami a kórház egész tevékenységét zavarta.

1957-ben létesül a klinikai toxicológiai osztály, őrzővel és a Honvéd Egészségügyi Tudományos Kutató Intézetből átkerült toxicológiai kutató laboratórium a klinikai osztállyal egységet alkot.

Egyidejűleg izotóp laboratóriumot nyitunk, amilyen akkor még elég kevés volt az országban. A megszűnt Honvéd Vérellátó Állomás helyett megalakul a Vérellátó Osztály.

Vidékről átvesszük és a tüdőosztály mellé szervezzük az ernyőképszűrő állomást.

1959—71-ig a pavillonok felújítására kerül sor teljes műszaki rekonstrukcióval és az osztályok korszerűsítésével.

1960-ban a vérellátásban fordulatot jelent a Hazafias Véradó Mozgalom megindulása, amelynek alapjait a hadseregben a vérellátó osztályunkon raktuk le.

Elsőnek az országban önálló anaesthesiológiai osztály jön létre és az őrzőrendszer fejlesztésére az általános sebészeten őrzőszoba létesül.

1962-ben a baleseti sebészeten égési részleg alakul, amely 1970-ben önálló osztállyá válik. Ugyanebben az évben a mellkassebészeti osztályt állítjuk fel, majd 1963-ban sugártherápiás osztály szerveződik az izotóp laboratóriummal. Ez később a sugárhaematológiai osztály jellegét veszi át.

A speciális osztályok létesítése ezzel befejeződik. Néhány osztály teljes átépítésére 1963—68-ig terjedő években kerül sor. A felújítások könnyítését szolgálja, az 1968-ban bevezetett új gazdaságirányítási rendszer.

1971-től további korszerűsítések, fejlesztések indulnak. Ekkor kezdődik meg a laboratórium automatizálása, az anaesthesiológiai osztály teljes átszervezése és önálló helyiségekbe való áttelepülése, az endoscopiás laboratórium felállítása, a prosectura és törvényszéki orvostan különválása. 1972-ben történik a mykológiai laboratórium felállítása és a belgyógyászati őrző felszerelése.

A kórház életének nagyjelentőségű állomása, hogy 1972. április 4-re a Miniszter Elvtárs felavatja az új rendelőintézetet 25 munkahelyével, központi részlegeivel, és ezzel a kórház az ország egyik legmodernebb rendelőintézetével gazdagodik.

Bár mint említettük a Központi Katonai Kórház hármaskérdését lát el: a gyógyítás, az oktatás-továbbképzés és a tudományos munka feladatait, mégis, kórház lévén, e hármaskérdésből a fő helyet a *gyógyító munka* foglalja el.

A kórház jellegzetes gyógyító intézet, amelynek fejlesztése az orvostudomány haladásának megfelelően az utolsó 30 esztendőben sok profil irányába halad. Elsősorban a sorállomány gyógyítását szolgálja. A 30 esztendő alatt többszázezer katona fordult meg a kórház falai között. A sorállományon kívül, egyéb betegek is felkeresik a kórházat: a hivatásos állomány, ezek közvetlen hozzátartozói, a kinevezett polgári alkalmazottak, a veteránok, egyéb fegyveres testületek betegei, valamint a tudományos szempontból érdeklődésre számottartó betegek, továbbá az acut felvételi ügyeleti napokon a mentőszolgálat útján beszállított sérültek és betegek.

A betegek felvételének ilyen kiterjesztését indokolta részben a szükséglet, részben pedig a kórház továbbképzési és tudományos feladata. Ennek megfelelően bővült a problematika, amellyel a gyógyítómunka keretében a kórház személyi állománya foglalkozott. A sorállomány betegségei általában a „banálisnak” nevezett katonabetegségek: borbajok, a belbetegség bizonyos típusai, sérülések, néhány fertőző betegség. A polgári betegfelvétel bevezetésével ezek a profilok lényegesen szélesedtek.

Amint a sokprofilú gyógyító munka alakul, ez egyre jobban kezdi magánviselni a gyógyítás-megelőzés egységét, ennek megfelelően a gondozási feladatok bevezetését, mégha ez csak bizonyos kategóriákban és bizonyos betegségtípusokban történik is (a szív-keringési rendszer betegségei, a diabétesek, a tüdőbetegek gondozása stb.). Jellemző a műtéti tevékenység növekedése: a 30-as évek közepével szemben 1973-ban 14,4-szer több műtet végeztek.

Az a körülmény, hogy bár kórházunk sokprofilú intézet, de elsősorban a sorállomány ellátására hivatott, indokolja, hogy a közkórházaktól eltérően bizonyos irányokban több beteget fogadtunk és nagyobb érdeklődésre is számottartó tudományos munkát folytattunk. Hadd említsük meg ezek közül a fertőző betegségek csoportjából a grippe-járványokat. A dysenteria járványokkal, vagy sporadically előforduló esetekkel kapcsolatban elmélyült kutatásokat végeztünk. A dysenteria specifikus profilaxisának, vaccinatiójának különböző kísérleteit folytattuk és az elmúlt 30 esztendőben végbement terápiás változásokat gondosan követtük. Európában először fedezte fel a fertőző osztály kollektívája *Trencsényi és Keleti* vezetésével a haemorrhagiás vesesyndromával járó lázat, a nephroso-nephritis haemorrhagica infectiosát és írta le azt nagy feltűnést keltő monographiában. Ma erről a betegségről a világon sehol sincs olyan irodalmi publikáció, hogy ezt a könyvet ne idéznék. A fertőző osztályon külön hepatitis-részleget létesítettünk. A hepatitis korai diagnostikája, korszerű kezelésének kifejlesztése mellett rendkívül gondos hepatitis utógondozó munkát folytattunk, és több mint 500 volt beteg áll hepatitis utógondozás alatt.

Az 50-es évek elején komoly problémát jelentett a struma. Operálni, vagy nem operálni a fiatakorúak strumáját? Kiterjedt vizsgálatok folytak minden irányban. 1952-ben a szegedi ankéton emlékeztünk meg a strumakérdésről és jutottunk arra az állásfoglalásra, amelyet ma is követünk, hogy a fiatakorúak strumáját általában nem operáljuk.

A tuberculosis kóriszmézése és gondozása a kórházban korszerű szinten folyik. Az ernyőképszűrés bevezetésével a tüdőosztályra kerülők túlnyomó többsége nem mint verifikált beteg, hanem mint a szűrővizsgálatokon kiszűrt egén nyer felvételt. (1955 óta folyik a rendszeres tüdőszűrés, először Székesfehérvár, majd pedig Budapest központtal.) Az elmúlt 30 esztendő-

ben itt is jelenősek a változások, hiszen a BCG-oltás már a jelenlegi sorványokat egészében érintette, úgy, hogy szerencsére a tbc-s megbetegedések száma rendkívül mértékben csökkent.

A kórházban jelentős speciális ideggyógyászati vizsgálatok folytak. Ezek középpontjában eleinte az epilepsia-kutatás állott. Az országban az egyik legelső elektroencephalographiás készüléket mi indítottuk be, és ezzel biztosítottuk a fiatakorúak epilepsiájának korai diagnosztikáját. Ideggyógyászaink a helyzetadta lehetőségeket és követelményeket felhasználva és jól egyeztetve, intenzív és nagy figyelmet keltő neurosiskutatást folytattak; ebbe bekapcsolódtak belgyógyászaink is, hiszen a szerv-neurosisok és a szervektől független neurosis elválasztása élesen nem történhet és a neurosis-kutatásnak egyik indítéka éppen ez volt.

Ugyancsak az ideggyógyászati tevékenységet jelzi az éjjeli ágybavizeléssel kapcsolatos gyógyító és elemző munka.

A belgyógyászati betegségszociális csoportok közül a legtöbbet foglalkoztatott, és foglalkoztat ma is bennünket a fiatakorú ulcus és a fiatakorú hypertonia. Erről nagyon sokat írtunk, beszéltünk és a korszerű tudomány elveinek megfelelően foglalkoztunk ezzel.

Igen fontos a vasanyagcserével folytatott intenzív kísérletező munka (*Bernát* és munkatársai), hiszen a vashiánybetegségek éppen a fiatakorúak körében terjedtek el legjobban.

Külön ki kell emelni a nemi beteg forráskutatás és rendszeres gondozásának bevezetését.

A Központi Kórház jóformán a konzervvér szolgáltatás megindulásától kezdve, 1952-től vesz részt a vérellátásban. Itt indult 1959-ben a „Hazafias Véradó Mozgalom”, amely a 70-es években sokszorosára állandósult.

Jellegzetes katonai orvosi tevékenység a traumák sebészete. Traumatológiánk önálló fejlődése egyidős a hazai baleseti sebészet felszabadulás utáni kibontakozásával. A kórház nemcsak a szűken vett végtag-traumatológiával foglalkozik, hanem a traumák sebészetével, széles értelemben véve. Ehhez módot szolgáltat az a körülmény, hogy a pavillonrendszer ellenére területileg közel, egymással szorosan együttműködve dolgoznak a különböző speciális szakmák képviselői; így mellkas, has- és koponyüregi és érzékszervi traumatológiát folytatunk. A sérülések kezelése a thermikus traumákkal való foglalkozást is jelenti, ezért szerveztünk olyan égési osztályt, amely a szerény lehetőségek ellenére pillanatnyilag az országos módszertani központ szerepét is betölti.

A baleseti sebészeti és égési osztály részt vesz a fővárosi mentőügyelet acut ellátásában. Felvételi ügyeletet ad a budapesti mérgezetek számára a toxicológiai osztály is. Ez a három szolgálat komoly segítség a polgári betegellátáshoz, hiszen heti 60—70, nagyrészt súlyos sérült és beteg gondját vesszük magunkra. Ugyanekkor ez a munka hozzájárul Néphadseregünk és a lakosság jó kapcsolatainak mélyítéséhez, amit Párt és állami szerveink megelégedéssel írnak javunkra.

A Központi Katonai Kórház másik munkaterülete az *oktatás-kiképzés, továbbképzés*.

Az 1948—1950-ben bevonult új hivatásos orvosok és gyógyszerésztisztek képzésére a kórházban egészségügyi tanfolyam létesült. Ebből 1950-ben alakult a Honvéd Egészségügyi Iskola, vagy ahogy általában nevezték az Egész-

ségügyi Tiszti Iskola. Az 1956-os ellenforradalom után ismét a Központi Katonai Kórház lett az orvosi és egészségügyi állomány kiképzési bázisa, a kórházhoz szervezett iskola és kiképző zászlóalj révén. Ebből épült ki az Egészségügyi Továbbképző Intézet. A Központi Kórház azonban továbbra is jelentős részt vállal az orvosok, gyógyszerészek katonai egészségügyi kiképzésében és továbbképzésében.

Több mint 300 szakorvost készítettünk fel a Központi Kórházban.

A felsőkéaderek magasszintű szakosított katonatorvosi kiképzését az 1970-ben létrehozott Honvédelmi Egészségügyi Tanszék végzi. Oktató gárdájának jelentős részét a Központi Kórház munkatársai adják.

A kórházban szinte számlálatlan különböző hosszabb, rövidebb tanfolyamot tartottunk részben a katonatorvosok és gyógyszerészek, részben polgári orvosok részére, azokon a speciális területeken, ahol ezt tőlünk elvárták. Ide tartozik elsősorban a traumatológiai kiképzésnek ideutalt része, az égési sérülésekben való kiképzés, a plasztikai sebészet ágaiban való továbbképzés, anaesthesiológiai képzés. Orvosok és egészségügyi középkeaderek részére 1950-től folyamatosan tartottuk és tartjuk a transfúziós kiképzéseket. A Központi Kórház volt az első magyarországi intézet, ahol rendszeresen a nővérek végzik a transfúziókat.

Az újrendszerű féléves ápolónői tanfolyamokat 1948—1954-ig folytattuk. 1955-ben már kétéves ápolónői tanfolyamot indítottunk, amelyet 1958-ban megismételtünk. 1972-től az Egészségügyi Szakközépiskolák ösztöndíjas hallgatóiból biztosítjuk az ápolónői utánpótlást. Nagy gondot fordítottunk szakápolónők képzésére. Az anaesthesiologus tanfolyamoknak szervezője, az ápolónői iskolákban az intenzív therápiás nővérképzésnek pedig egyik bázis intézete a Kórház. 1953-ban és 1954-ben két gyógytornász tanfolyamot folytattunk le.

Jelentős szerep jutott a kórháznak 1957 után az új típusú egészségügyi szakharcászati gyakorlatok megrendezésében és lefolytatásában, elsősorban kórházak felállításában, de csapategészségügyi alakulatok és intézetek modell-gyakorlataink végrehajtásában is.

A kórház orvosi és más személyi állománya ugyancsak kivette részét az önálló egészségügyi rendszer-gyakorlatok szervezésében és végrehajtásában.

A Központi Katonai Kórházban élénk, folyamatos oktatás, kiképzés, továbbképző tevékenység folyik. Ez a kórházi személyi állománynak olyan sajátjává vált, hogy az eleinte mutatkozó tartózkodás után ma már mindenki munkája szerves részének tekinti az oktatásban való részvételt.

A harmadik nagy területről, a *tudományos munkáról* az Egészségügyi Szolgálat többi tagozatai tudományos munkásságától elszakítottan nem lenne indokolt beszélni. A jubileumi évben a tudományos munkáról több publikáció jelent és jelenik meg. A Központi Kórház munkatársai a maguk részéről a katonatorvos-tudomány művelésével hozzájárultak a magyar orvostudomány fejlődéséhez a felszabadulás után. Azok a témák, amelyekkel a tudományos munka során foglalkoztak részben a kórház jellegéből, részben pedig a felmerülő feladatokból adódtak. A kórház jellegéből, azaz a sorállomány gyógyításával kapcsolatos feladataiból azok a témák adódtak, amelyekről a gyógyító munka elemzése során megemlékeztünk. Tehát a leggyakrabban előforduló vagy jellegzetes betegségek korszerű diagnosztikai és kezelési módjait vizsgáltuk. Ismételve tehát a nephros-nephritis haemorrhagica infectiosa, a dysenteria, a hepatitis, a tbc, illetőleg annak következményei, a

fiatalkori ulcus, a fiatalkori hypertonia, a neurosis, az epilepsia kutatás, a toxicológia, a bőrgyógyászat, és a traumatológia széles területei voltak azok a fő témák, amelyekkel a kórház orvosai, a klinikai orvostudományok területeiről foglalkoztak és foglalkoznak.

Függetlenített kutatóorvosai a kórháznak nincsenek. Mégis az a körülmény, hogy részben a kórház területén működnek a Katonaorvosi Kutató Központ egyes osztályai és részlegei, továbbá az interdiszciplináris osztályok közül a röntgen, a laboratórium, a prosectura, az igazságügyi orvostan, az izotóp laboratórium és ezek rendelkezésre állanak a kutatóknak, biztosítják a jó együttműködést. Lehetővé vált, elmélyült, ha nem is alapkutatás jellegű kísérletes munkák végzése. Az ötvenes években a kísérletes munkák elsősorban a sebgyógyulásra, a shockra, annak különböző változataira vonatkoztak Szántó György vezetése mellett és mások közreműködésével. Ezek a munkák, a sebészeti jellegüknek megfelelően nagy kísérleti állatokon folytatott experimentumok voltak. Későbbben a kísérletes kutatás más alapszakmák területein is bővült.

A tudományos élet megnyilvánulási formája a publikációk és a tudományos ülések voltak. A publikációk jelentős része a *Honvédorvosban* jelent meg. Munkatársaink a *Honvédorvosban* 1250 tanulmányt jelentettek meg, egyéb belföldi és külföldi folyóiratokban 350-et. Részt vettek több mint 30 segédlet megszerkesztésében. Intenzív fordítói munkát végeztek a szovjet katonaorvosi szakirodalom átültetése érdekében. Feldolgozták annak a nagy, 35 kötetes műnek a legfontosabb fejezeteit, amelyet a szovjet katonaorvosok állítottak össze a II. világháború tapasztalatairól.

A tudományos munka jelzői a megvédett disszertációk. Ezek a disszertációk többségükben a katonaorvosi tudomány területeiről merítették a témájukat. Ez a tény jelentette azt, hogy a magyar katonaorvosok aktívan hozzájárultak a korszerű magyar orvostudomány fejlődéséhez a felszabadulás után, hiszen ezeket a témákat más, mint katonaorvos nem dolgozhatta fel. A monographiák sora ezzel szemben azt mutatja, hogy orvosaink, tudományos munkásaink a klinikai orvostudományok egyéb területein is járatosak és érdeklődésre tarthat számot ezeken a területeken végzett munkájuk. Több mint 50 monographia, szerkesztett könyv jelent meg a Központi Kórház tudományos munkásainak tollából. Részt vettek a Gyakorló Orvos Enciklopédiája, az Orvosi Szótár és tanulmánygyűjtemények megírásában, összeállításában.

A tudományos számadás másik módja a tudományos ülések, értekezletek rendje. Az Egészségügyi Szolgálat tudományos értekezleteit közvetlen a felszabadulás után, az Orvosszakszervezet Honvédorvosi Szakcsoportja keretében tartotta. Később, különösen 1957 után ismét megélénkültek és változó intenzitással folytak a Központi Kórházban a tudományos ülések: részben katonaorvosi referáló ülések, részben pedig önálló tudományos dolgozatok bemutatása formájában. Tudományos üléseket jelentettek a disszertációk „házi” védesei is. Összesen 45 tudományos ülés tartottunk, amelyeken 147 tudományos előadás, bemutatás hangzott el. 1969 óta nagyon színes foltja a tudományos munkának a Fiala Diplomások Fóruma, amelyen részben a fiatalok saját munkájukról számolnak be, részben pedig belső és külső előadók segítségével az orvostudomány egy nagyobb, integrált területét tekintik át. Elsősorban a fiatalok azok, akik intenzívebben kezdenek foglalkozni a számítástechnikai módszerek bevezetésével az orvostudományi kutatásba, illetőleg az orvosi gyakorlatba.

A rendszeres tudományos üléseken kívül a kórház három nagyobb tudományos értekezletet rendezett. Az egyiket 1957-ben az 1956-os ellenforradalmi tapasztalatok feldolgozására, a másikat 1960-ban egy sugárbiológiai kerekasztal és klinikai témák ismertetésére, a harmadikat 1975. januárban, ugyancsak klinikai és kísérletes témákról. Az első két értekezlet színvonala megengedte, hogy az Egészségügyi Szolgálat vezetése ezeket később, mint hivatalos katonatorvosi konferenciákat ismerje el. 1972-ben tartottuk meg az intenzív terápiás konferenciát.

A kórház dolgozói közül 5 tudományok doktora, 31 kandidátus került ki. Egyetemi tanár lett 7, egyetemi címzetes tanár 4. A kórház orvosai tagjai, illetve vezetőségi tagjai a MOTESZ tagegyesületeinek, nemzeti és nemzetközi kongresszusok szervezésében, rendezésében tevékenykednek. Összességében elismert csoportot képeznek a magyar orvostudomány, főképpen a klinikai orvostudomány számos területén.

Néhány szót érdemes ejteni ennek a nagy apparátusnak az anyagi helyzetéről, felszereltségéről. A kórházban több száz készülék jellegű nagyértékű műszer van. A kórház higiéniéjére és kultúrájára fordított gondot jelzik egyrészt a sterilizálás korszerű módszereinek bevezetése, másrészt azok az erőfeszítések, amelyeket az alapfelszereltség érdekében fejtettünk ki. Kicseréltük pl. az összes elavult ágyainkat. A különböző vállalatokkal való kooperáció elősegítette, hogy csíraszegény, kondicionált levegőjű körülmények között dolgozhatnak a legfontosabb munkahelyeken. A kórház személyi helyzetében javulást biztosított, hogy először egy kisebb, majd pedig 1973-ban egy nagyobb nővérszállást sikerült létesíteni.

Az eddigiekben vizoltuk a Központi Kórház szerepét a katonaegészségügyi szolgálatban. Vizsgáljuk meg, hogy milyen a Központi Katonai Kórház jelenlegi helye a magyar egészségügyben. A Központi Katonai Kórház sokprofilú intézmény: fekvőbeteg-osztályok, para-klinikai osztályok és részlegek, rendelőintézet nyertek benne elhelyezést. A Rendelőintézethez tartozik még a sterilizáló központ, a betegruha raktár, a felvételi, FÜV. és statisztikai osztály és a szolgálati helyiségek.

A kórházban jól formálódnak a vertikális és horizontális integrációnak azok a jegyei, amelyekre a magyar egészségügy jelenlegi fejlődési szakaszában sok gondot fordítanak. A vertikális integrációban kétségtelenül megtalálható a progresszív betegellátási rendszernek legalábbis két fokozata: a kórházi és a poliklinikai ellátás egysége, ehhez azonban részben hozzájárul az alapellátás, tekintettel arra az egyre szorosabbá váló kapcsolatra, amely a kórházat és a poliklinikát a csapatorvosi ellátáshoz fűzi. A horizontális integrációt jelenti a szakosított osztályok közötti együttműködés, amely biztosítja a legmagasabb szintű szakosítás mellett az egységes orvosi szemlélet érvényesítését a betegellátásban.

A magyar egészségügy egyértelmű szocialista tendenciája, a megelőző szemlélet szintén tükröződik a kórházban. Folytatjuk egyrészt a szűrővizsgálatokat, másrészt az alkalmassági vizsgálatokat és a gondozást, mint a megelőző szemlélet tényezőit. Kötött, jól preformált keretek között alakul ki a megelőző szemlélet és ez bizonyos mértékű modellül szolgálhat más, polgári egészségügyi intézetek számára, vagy területi egészségügyi ellátási rendszerek kidolgozása számára az országon belül.

A Központi Kórházat, mint intézményt a polgári egészségügy felhasználhatja és fel is használja bizonyos oktatási kiképzési feladatokra. Így az

égések, a plasztikai sebészet területén és egyéb, főleg honvédelmi egészségügyi kiképzésekben. A kórház folyamatos segítséget nyújt az állami egészségügyi szolgálat munkájához.

Botlások, útkeresések, nehézségek leküzdése mellett végeredményben felszabadulásunk 30. jubileumára a Központi Kórház meghatározott eredményekkel érkezik el. Ezeknek az eredményeknek az elérésében azok az embe-
rek vettek és vesznek részt, akik a kórházban dolgoztak és dolgoznak. Szeretük az intézetüket és ennek olyan számszerű bizonyítékát érdemes említeni, hogy 61⁰/₁₀₀ törzsgárdatag van, közülük 14⁰/₁₀₀ olyan, aki több mint 20 éve dolgozik a kórházban. Számszerűen nem mérhető, mégis a kórház levegőjében érzik, hogy ez a kollektíva összeforrott, szívesen vállalja azokat a feladatokat, áldozatokat, amelyekre hivatástudata kötelezi.

A 30 év alatt sokan el is mentek a kórházból. Közülük a legfájdalmasabban és ugyanakkor mély tisztelettel emlékezünk meg azokról, akik munkaképességük, erejük teljében örökre eltávoztak.

Elmentek olyanok, akiket a magyar egészségügy más területein fontosabb beosztások szőlítottak el, egyetemi tanárnak, polgári orvosaink közül főorvosnak, vagy akik családi okok következtében hagyták el a kórházat.

Az 1956-os ellenforradalom megrázkódtatása a kórházat sem kerülte el. Azok közül, akik elhagyták az országot, alig van, aki komoly értéket képviselt. Nem találták meg igaz boldogságukat és szerencsájüket a haza határain kívül. A kórház legértékesebb garnitúrája azonban maradt és folytatja munkáját. Ők azok akik a kórház összekovácsolt kollektíváját képezik. Túlnyomó többségükben azzal jellemezhetők, hogy esküjükhöz hűségesen, humanista szellemben végzik munkájukat. Vezető állománynak és beosztottaknak, orvosoknak, ápolónőknek, asszisztenseknek szilárd etikai tartása van, egymáshoz és a betegekhez való viszonyuk korrekt, az orvosi, ápolónői hivatáshoz méltó. Minden szépért-jóért lelkesedő kulturált emberek, akik érdeklődnek nemcsak a szakma, hanem az irodalom, a művészetek, más tudományok iránt. Politikai helytállásuk, szocialista államrendünk, pártunk iránti hűségük megalapozott. A szocialista közgondolkodás a Központi Kórház egész állományára jellemző. Az internacionalista kötelezettségvállalásban megingás soha sem mutatkozott. A kórház dolgozói közül számosan résztvettek partizánmozgalomban, támogatták a felszabaduló népek harcait.

A kórház jelene egyben a jövő záloga. Az Egészségügyi Szolgálat vezetése által alapos előkészítő munka után felrajzolt távlati tervek a Központi Kórháznak komoly helyet szentelnek. Egyértelműen meghatározzák egy ilyen sokprofilú, a gyógyító munka mellett oktatásra, tudományos munkára kész intézet fejlesztési körvonalait. A szép cél felé vezető út hosszú és nem könnyű. A Központi Katonai Kórház dolgozói erejük, képességeik birtokában bizvást sikerrel fogják járni.

Ячощ Д., генерал-майор м/с, Паштински И., полковник м/с, Марцелл И., майор м/с:

30 лет Центрального Госпиталя ВНА после освобождения

Dr. Gy. János, Gen.-Major des Med. Dienstes, Kandidat der Med. Wissenschaften, Prof. Dr. I. Pastinszky, Oberst des Med. Dienstes, Doktor der Med. Wissenschaften, Dr. I. Marcell, Major des Med. Dienstes:

DREISSIG JAHRE DER MILITÄRISCHEN ZENTRALSPITALS
NACH DER BEFREIUNG

Az egészségügyi anyagi tartalékok jelentősége a honvédelmi felkészülésben

W. Franke: Zeitschrift für Milit-Med. 15/1974/6.

A honvédelem egészségügyi anyagi igényeit az egészségügyi ellátás, hygenes-járványügyi biztosítás, továbbá a tömegpusztító fegyverek elleni védelem szükségletei határozzák meg.

Az egészségügyi anyagellátással szembeni legfőbb követelmény a szükséges eszközöknek kellő mennyiségben és minőségben történő biztosítása meghatározott helyen és időben.

Az átfogó egészségügyi anyagi biztosítás előfeltételét a megfelelő tartalékok képezik. Ezt teljes mértékben indokolja a szükségletek és a termelési lehetőségek között háborús helyzetben keletkező ellentmondás, amelyben viszont a következő tényezők játszanak szerepet:

- a szükségletek mértéke,
- a szükségletek választéka,
- egészségügyi anyagi veszteségek,
- a szükségletek időbeni megoszlása,
- a szükségletek térbeni megoszlása,
- az egészségügyi ipar termelési lehetőségei.

Az említett tényezők egymással is kölcsönhatásban vannak.

A szükségletek meghatározásához kiinduló alapok képeznek az alábbiak:

- a sérültek száma, megoszlása,
- a sérülések jellege, súlyossága,
- a segélynyújtás terjedelme,
- a kezelés terjedelme, módja.

A szükségletek meghatározása kétségtelenül komplex és bonyolult feladatot jelent, hiszen számos tényezőt kell tekintetbe venni. Mindezek ellenére elvileg lehetőség nyílik a várható igények viszonylag szabatos körvonalazására. A különböző szerzők által közölt számítások végeredménye egymástól gyakran eltérő. Ennek legfőbb oka a különböző fegyverfajták alkalmazási lehetőségének nem egységes értelmezése.

Az elmondottak alapján arra a következtetésre kell jutni, hogy a szükségletek kielégítése háború esetén nem oldható meg a folyamatos termelésből, hanem elsősorban a megfelelő tartalékokból.

Az igények időbeni megoszlását a váratlan és hirtelen kialakuló gócok idézik elő. Ez lehetetlenné teszi a szükségletek kellő ütemben történő kielégítését, ami ismét csak a tartalékok szerepét húzza alá.

Az igényekre jellemző az is, hogy azok a békében használatos gyógyszereknek csak kis részére vonatkoznak, ugyanakkor azonban igen nagy mennyiségben. Itt kell megemlíteni azt is, hogy a gyógyszerek egyrészénél a béke-felhasználás elenyésző.

A szükségletek térbeli megoszlása szükségessé teszi, hogy az egészségügyi anyagok utánszállítását operatív és a lehető leggyorsabban oldjuk meg, továbbá azt, hogy a háború esetén szükséges egészségügyi anyagok meghatározott hányadát már békeidőben diszlokálva tároljuk.

Hangsúlyozandó, hogy korszerű viszonyok között az egészségügyi anyagveszteségek csökkentése érdekében hatékony védelmi és sugármentesítési rendszabályokra is szükség lesz.

Az előzőekben említett ellentmondást élezi az is, hogy számolni kell a gyógyszeripari kapacitás egy részének kiesésével. Ennek ellensúlyozására megfelelő intézkedésekkel bizonyos kiegészítő kapacitás hozható létre:

- a) „hideg kapacitás” kialakítása,
- b) rokon üzemágak átprofilizálása révén.

A hideg kapacitás célszerű formájának tartható a szükséges termelési eszközök mobil egységekben történő tartalékolása, amelyek függetlenek a víz- és energiahálózattól. Előnyük az is, hogy szükség esetén közelebb vihetők a felhasználási helyhez, ezáltal is csökkentve az utánszállítás idejét.

Rokon üzemágként egyes, egészségügyi anyagok előállítására elsősorban vegyi, élelmiszeripari és textilipari üzemek jöhetnek szóba.

A kiegészítő kapacitások hasznosítása érdekében megfelelő nyersanyag, félkésztermék, csomagoló eszköz stb. tartalékolása is szükséges.

Utalni kell arra, hogy a kiegészítő kapacitások jelentősen fokozhatják az egészségügyi anyagok termelését, ennek ellenére a szükségletek és a termelési lehetőségek közötti ellentmondást nem képesek feloldani. Végso következtetésként ezért ismételtlen meg kell állapítani, hogy a hatékony egészségügyi anyagi biztosítás legfontosabb előfeltételének a tartalékképzést kell tekinteni.

DEPERSOLON

kenőcs

A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glycocorticoid hormonkészítmény.

Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül – valamint a dermatitis különféle változatai esetén. 1 tubus (10 g) 0,025 g depersolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Ára: 21,90 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

Felhívás

A Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsának elnöksége a Néphadseregben folyó tudományos kutatómunka továbbfejlesztése, a Néphadsereg egészségügyi szolgálata hadrafoghatóságának fokozása érdekében pályázatot ír ki önálló, eddig még közlésre nem került pályamunkák jutalmazására az alábbi témákból:

1. Az orvoslaboratórium újabb vizsgáló módszerei.
2. A kórházi és csapategészségügyi szolgálat együttműködése a gyógyító-megelőző munkában.
3. Számítéstechnika alkalmazása az egészségügyi szolgálat különböző területein.
4. Az anyagellátás, -tárolás és -mozgatás korszerű módozatai.
5. Fegyvernemi alkalmasság és kiválogatás módszerei.
6. Fegyvernemi ártalmak és megelőzés kérdései.
7. A katonai sugárbiológia és toxikológia aktuális problémái.
8. Adatok az egészségügyi szolgálatunk felszabadulás utáni történetéhez.
9. Új terápiás lehetőségek és tapasztalatok, kritikai összefoglalók a kórházi betegellátás körében (pl. intenzív therapiában, gyakori kórképekben stb.).
10. A katonai sebészet és belgyógyászat aktuális problémái.
11. A katonai higiéné és járványtan aktuális problémái.
12. Katonaegészségügyi szervezés aktuális problémái.
13. A ht. és tsz. állomány gondozásának kérdései (a különböző szakellátási tapasztalatokban).
14. Orvosi alapellátás aktuális problémái a Magyar Néphadseregben.

Pályadíjak témánként:

- I. díj: 3000,— Ft
- II. díj: 2000,— Ft
- III. díj: 1000,— Ft

A pályamunkák beküldési határideje: 1975. október 15.

Eredményhirdetés: 1975. december 20-ig.

A jeligés pályamunkák beküldendőek (2 példányban) a Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa Titkárság (Központi Katonai Kórház, 1134 Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44.) címre, a külső borítékra „PÁLYÁZAT” és a téma számának (1—14), a munka címének, jeligéjének megjelölésével.

A pályázatok eredményét a Honvédorvos közölni fogja.

MNOTT ELNÖKSÉGE

Értesítés

A Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsának elnöksége az 1974. évre meghirdetett tudományos pályázatra beérkezett munkák közül az alábbiakat részesítette díjazásban:

I. díj (témánként: 4000,— Ft):

Dr. Fraknói Péter: Az ízületi törések kezelésének aktuális kérdései.

Dr. Krakovits Gábor, dr. Richter András: Az ízületképző szövetek mechanikai tulajdonságainak vizsgálata.

Dr. Novák János o. alez.: A katonai kórházak hadiszervezetre áttérésének néhány kérdése.

Dr. Hidvégi Tibor o. fhdgy., dr. Némethy Edit: Sideropenia-szűrővizsgálat egészséges fiatal férfiak körében.

II. díj (témánként: 3000,— Ft):

Dr. Simon Pál o. alez.: A számítástechnika alkalmazásának néhány kérdése a csapategészségügyi szolgálat gyógyító-megelőző és gondozói tevékenységében.

Dr. Bánki György gy. alez.: Gyógyszer- és kötszerellátás a háború első hónapjában.

Dr. Villányi Ferenc o. szds., Keserű György gy. szds.: Harcászati légideszant egészségügyi biztosításának sajátosságai.

III. díj (témánként: 1000,— Ft):

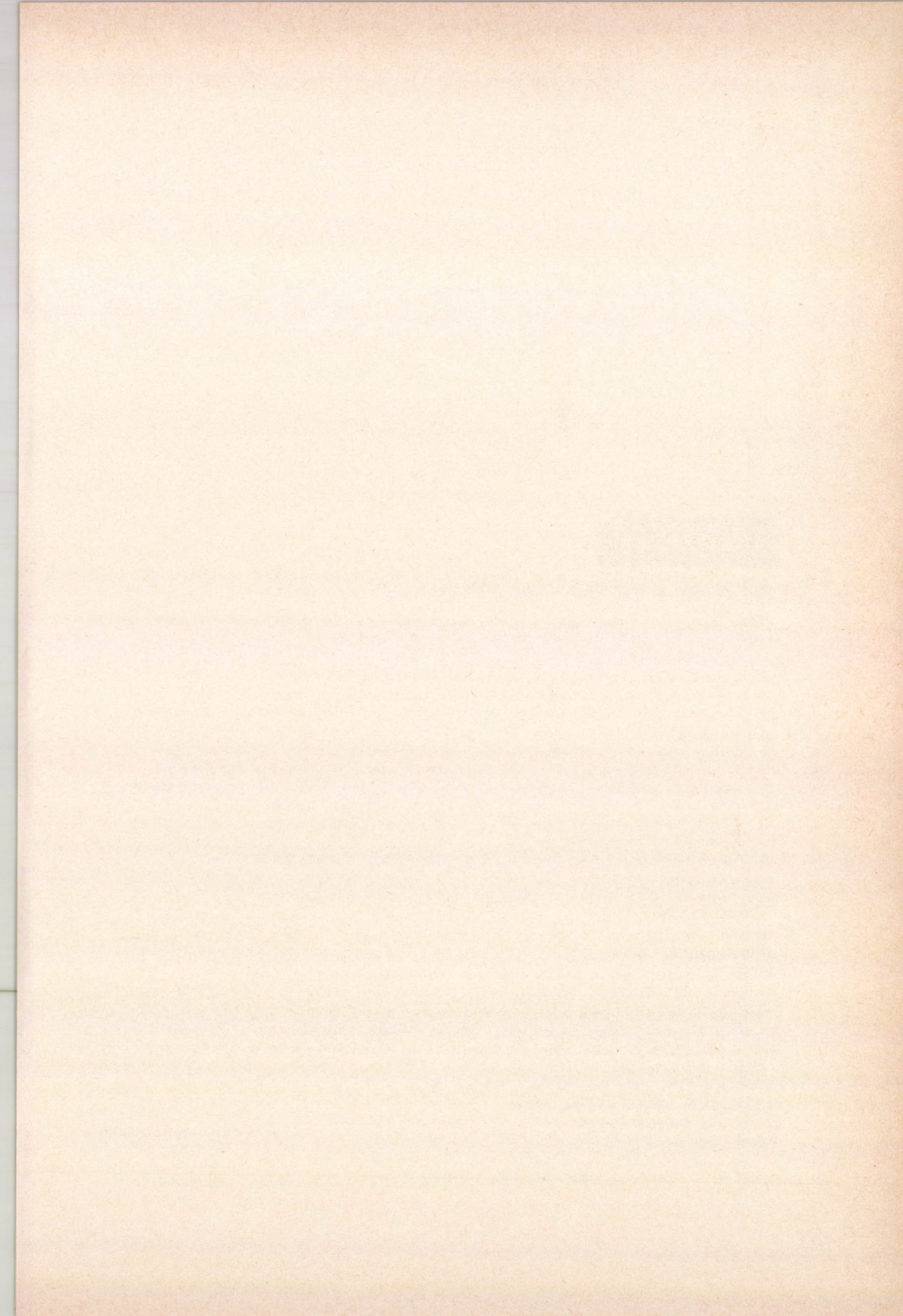
Dr. Benkő György gy. őrgy.: Az AET metabolit 2-aminothiazolin mutagén hatásának vizsgálata.

Dr. Strausz Pál o. alez.: A diabetes mellitus korai felismerése, a diabetes szűrővizsgálatok jelentősége és megszervezése.

Dr. Kovács Máté o. alez.: A vércsoport-összeférhetlenség következtében létrejött haemolyticus shock esetek tanulságai.

Dr. Szendresi István o. szds., dr. Villány Ferenc o. szds., dr. Kovács Kálmán o. szds.: A gépesített lövészadosztály egészségügyi biztosításának sajátosságai a „BAKONY—74” gyakorlat tapasztalatai alapján.

Korcsmár Árpád őrgy., Kiss András őrgy.: Magasabbegység bemutató harcászati gyakorlatának egészségügyi-anyagi biztosítása.



honvédorvos

SZERKESZTI A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG

Főszerkesztő: Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy, az orvostudományok kandidátusa
Szerkesztőségi titkár: Dr. Wittek László orvos alezredes

Szerkesztő bizottsági tagok:

Dr. Bíró György orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa,

Dr. Nagy György orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa,

Dr. Manninger Jenő orvos ezredes, egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa

Rovatvezetők:

Dr. Bernát Iván ny. orvos ezredes, az orvostudományok doktora, egyetemi tanár,

Dr. Kurucz Tibor gyógyszerész alezredes, a gyógyszerésztudományok kandidátusa,

Dr. Manninger Jenő orvos ezredes, egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa,

Dr. Nagy György orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa,

Dr. Sántha András orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa,

Dr. Tabák Péter orvos őrnagy,

Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

Szerkesztőség:

1134 Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44. MN. Központi Kórháza.

Telefon: 405-744.

Kéziratok a szerkesztő bizottság titkárának küldendők (dr. Wittek László o. alez.)
a szerkesztőség címén.

Kiadja a Zrínyi Katonai Kiadó, Budapest XIII., Dózsa György út 49.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 31.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Bpest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlapiroda, 1900 Budapest) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj: 1 évre 64,— Ft; ¼ évre: 16,— Ft

Lapengedély száma 9031/1948. T. M.

Megjelenik negyedévenként

Egyes szám ára 16,— Ft.

Index: 25376

