

DORAŻNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ
POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACJI RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373

KONTO w K. K. O. 1086

Rok I – 1935

CZERWIEC

Nr. 6



Ś. P. JÓZEF PIŁSUDSKI, Pierwszy Marszałek Polski
Doktor Medycyny Honoris Causa Uniwersytetu Warszawskiego.

ORĘDZIE PANA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ

Obywatele Rzeczypospolitej!
Marszałek Józef Piłsudski życie zakończył.

Wielkim trudem swego życia budował siłę w narodzie, geniuszem umysłu, twardym wysiłkiem woli Państwo wskrzesił. Prowadził je ku odrodzeniu mocy własnej, ku wyzwoleniu sił, na których przyszłe losy Polski się oprą. Za ogrom Jego pracy danem Mu było oglądać Państwo nasze jako twór żywy, do życia zdolny, do życia przygotowany, a armję naszą – stawą zwycięskich sztandarów okrytą.

Ten największy na przestrzeni całej naszej historii Człowiek z głębi dziejów minionych moc swego ducha czerpał, a nadludzkim wyężeniem myśli drogi przyszłe odgadywał.

Nie siebie tam już widział, bo dawno odczuwał, że siły Jego fizyczne ostatnie posunięcia znaczą, szukał i do samodzielnej pracy zaprawiał ludzi, na których ciężar odpowiedzialności skolei musiałby spocząć.

Przekazał Narodowi dziedzictwo myśli o honor i potęgę Państwa dbałej.

Ten jego testament, nam żyjącym przekazany, przyjąć i udźwignąć mamy.

Niech żałoba i ból pogłębią w nas zrozumienie naszej – całego Narodu odpowiedzialności przed Jego Duchem i przed przyszłymi pokoleniami.

Prezydent Rzeczypospolitej

I. MOŚCICKI

Warszawa – Zamek dnia 12 maja 1935 r.

DORAŻNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ
POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACYJ RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373

KONTO w K. K. O. 1086

Rok I — 1935

CZERWIEC

Nr. 6

KOMITET REDAKCYJNY: Dr. Dr. J. Perl, R. D. Woyno, Z. Zdrojewski
(Warszawa), Dr. J. Notz (Lwów).

TREŚĆ: Dr. J. Perl: Rozpoznawanie krwawień z tętnicy oponowej. —
Sprawozdania z posiedzeń. — Sprawozdanie miesięczne Towarzystw
Ratunkowych. — Z Kroniki wypadków. — Przegląd czasopism lekarskich.

Dr. J. Perl.

Warszawa.

Rozpoznawanie krwawień z tętnicy oponowej.

Urazy czaszki, a zwłaszcza jej złamania, stanowią według Brun-
sa i Chudowsky'ego 3,5% ogólnej liczby złamań kości i zdarzają się prze-
ważnie u osobników młodszych, częściej mogących się znaleźć w oko-
licznościach, w których urazy czaszki mogłyby wystąpić (np. praca fi-
zyczna, bójki, alkoholizm i t. p.). 60% przypadków urazów czaszki
zdarza się pomiędzy 20 i 40 rokiem życia. Najczęściej wskutek urazu
pęka pokrywa czaszki, rzadziej ulega pęknięciu podstawa czaszki; zła-
mania te są jednak niebezpieczniejsze ze względu na bliskie są-
siedztwo rdzenia przedłużonego i ważniejszych części układu ośro-
dkowego.

Urazy czaszki zdarzają się coraz częściej ze względu na rozwój
w ostatnich czasach motoryzacji oraz sportu (boks, piłka nożna).

Wachholz odróżnia złamania czaszki bezpośrednie i pośrednie,
np. przy złamaniu w miejscu przeciwległym urazowi.

Spotykamy jednak ciężkie uszkodzenia wewnątrzczaszkowe, np.
krwawienia z tętnicy oponowej bez żadnego uszkodzenia powłok skór-
nych i kostnych czaszki (Meint, Werkgartner, Kołaczyński, Borri).

W przypadku Koopmanna 11-letnia dziewczynka została uderzona kulą śnieżną w głowę; obrażeń brak. Następnego dnia nagle zmarła. Badanie pośmiertne wykazało obecność krwiaka podoponowego.

Goroncy opisuje przypadek pourazowego krwawienia wewnątrzczaszkowego, którego objawy wystąpiły dopiero po upływie 36 godzin; śmierć po 62 godzinach.

W przypadku Werkartnera wystąpiło podłużne pęknięcie uprzednio niezmienionej tętnicy oponowej pochodzenia urazowego bez żadnych objawów uszkodzenia czaszki.

Wszystkie wyżej wymienione przypadki są jednocześnie przykładem spóźnionego okresu wolnego (*spatium lucidum*).

Jeszcze jeden przypadek z praktyki. Pewien mężczyzna, wyskakując z tramwaju, uderzył głową o latarnię. Na głowie stwierdzono nieznaczne obrażenie. Poszkodowany sprawiał wrażenie pijanego i nie pozwolił się odwieźć do szpitala. W godzinę później zmarł.

Na podstawie wyżej wymienionych przykładów trzeba przyjść do wniosku, że z urazami czaszki, choćby przebiegały bez wyraźnych i widocznych obrażeń powłok miękkich i kostnych, trzeba być w postępowaniu i rokowaniu bardzo ostrożnym. W każdym przypadku kilkugodzinna obserwacja jest wielce wskazana.

W przypadkach takich, jak wyżej wymienione, może odgrywać również i pewna predyspozycja u ludzi starszych, gdzie naczynia nie są już tak elastyczne. Kucharzewski opisał 5 przypadków i Putnam 8, gdzie względnie słabe urazy u młodych osób w wieku od 20 do 35 wywołały krwawienia wewnątrzczaszkowe.

Takież spostrzeżenia poczynili i inni autorzy jak de Martel i Guillaume.

Wielu autorów spostrzegało krwawienia wewnątrzczaszkowe podoponowe również i u noworodków (Konitz, Demelin, Küstner); niektórzy przypisują to zjawisko małej wartościowości naczyń u noworodków.

W przypadku Achmatowicza słaby stosunkowo uraz spowodował u 58-letniego mężczyzny po 2 dniowym okresie wolnym od objawów zmiany, świadczące o wzrastającym ucisku mózgu (drgawki, śpiączka i t. d.).

Najbardziej ze względu na swoje położenia narażona jest na uszkodzenie tętnica oponowa. Spostrzeżenia wskazują dalej, że głównie ulega uszkodzeniu tętnica oponowa środkowa lub jej przednia ga-

łazka, rzadziej zaś tylna. Jeszcze rzadziej obserwowano pęknięcie innych naczyń, np. zatok żylnych.

Ponieważ opona twarda jest zrośnięta z wewnętrzną powierzchnią pokrywy czaszki, uszkodzenia więc w postaci złamań otwartych lub podskórnych a nawet urazy, nie wywołujące żadnych uszkodzeń pokrywy miękkiej lub kostnej, mogą spowodować pęknięcie tętnicy oponowej.

Hochenegg podaje, że np. silne uderzenie w twarz może wywołać pęknięcie tętnicy oponowej.

Tętnice oponowe mieszczą się między oponą twardą i pokrywą czaszki i dlatego krew po pęknięciu naczynia wytwarza sobie przestrzeń wolną i oddziela stopniowo oponę twardą od kości i tam się gromadzi, tworząc zwykle krwiak, mieszczący się w okolicach skroniowych i uciskający mózg w miarę powiększania się.

Początkowo wytworzenie się niewielkiego krwaka nie daje lub może nie dawać żadnych objawów. Szybkość narastania ich jak również i czas trwania okresu wolnego (*spatium lucidum*) zależne są od takich czynników, jak wielkość naczynia uszkodzonego, średnica jego, wewnątrzczaszkowe ciśnienie i ciśnienie krwi, zachowania się poszkodowanego. Chorzy, u których zaczyna wytwarzać się taki krwiak, mogą sprawiać niekiedy wrażenie osób upojonych alkoholem; dla tego też w czasie zbierania wywiadów, mówiących o urazie czaszki lub wobec uszkodzeń powłok skórnych lub kostnych, trzeba myśleć o możliwości uszkodzenia tętnicy oponowej.

W razie uszkodzenia zatok żylnych objawy narastają znacznie szybciej, ponieważ krew wylewa się szybciej, w większej ilości i gromadzi się między oponą twardą i miękkimi, tworząc krwiak międzyoponowy.

Objawy uszkodzenia tętnicy oponowej i krwawienia z niej mogą być zaznaczone wybitniej lub też, zwłaszcza na początku, słabiej, lub krwawienia takie przez pewien okres czasu mogą nie dawać żadnych objawów.

Według Achmatowicza krwawienie z tętnicy oponowej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie całość powłok kostnych nie jest naruszona, nie często bywa właściwie rozpoznawane. Tej też okoliczności trzeba przypisać, że pewna liczba osób, u których objawy pourazowe były słabo wyrażone i z tego powodu nie otrzymali właściwej pomocy, nagle umiera.

Objawy krwawienia z tętnicy oponowej niekiedy mogą być niezbyt widoczne. Dzieje się to wtedy, kiedy mamy jednocześnie złamanie kości czaszki, stłuczenie lub wstrząśnienie mózgu.

Niekiedy przy powolnem wypływanu krwi może się wytworzyć krwiak, poczem krwawienie wstrzymuje się samoistnie (Dege), choć objawy naskutek ucisku mogą się utrzymywać a nawet narastać.

Tilman podaje, że objawy ucisku mózgu występują wtedy, gdy ilość płynu wewnątrzczaszkowego zwiększy się o 5,3%, t. j. o 75 cm³.

Kocher spostrzegał ciężkie objawy z powodu istniejącego krwiaka nadoponowego przy obecności 60 cm³ krwi.

Pagenstecher spotykał już objawy istniejącego krwiaka przy obecności 37—40 cm³ krwi.

Według Bergmanna objawy kliniczne uszkodzenia tętnicy oponowej zjawiają się przy wypływie krwi nad lub podoponowo w ilości 60—240 cm³.

Krwawienia urazowe z tętnicy oponowej umiejscawiają się głównie nadoponowo między oponami i podoponowo, zwykle w miejscu przeciwległem urazowi (t. zw. contre-coup) (Kołaczyński, Hartwell, Achmatowicz, Krecke, Quervain).

Krecke podaje, że krwiaki najczęściej umiejscawiają się między oponą twardą i pokrywą czaszki. W miarę powiększania się krwawienia występują objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz ucisku na mózg. Zwykle naskutek ciśnienia wewnątrzczaszkowego i wąskiej przestrzeni zbiera się krew powoli aż do wystąpienia ucisku, który daje już objawy kliniczne.

Istnieje t. zw. wolny okres — od chwili urazu aż do wystąpienia pierwszych objawów. — Wolny okres (spatium lucidum) może być i krótki i długi. Zależy to od szybkości wypływu krwi, ciśnienia wewnątrzczaszkowego, miejsca w czaszce, do którego krew się wylewa oraz od ilości krwi wylanej.

Według Krecke'ego przy niepowikłanem krwawieniu z tętnicy oponowej wolny okres nie trwa zbyt długo. Często jednak wraz z uszkodzeniem tętnicy oponowej środkowej mamy złamanie powikłane czaszki, stłuczenie lub zgniecenie mózgu. Wtedy objawy kliniczne występują szybko i wolny okres trwa krótko.

Broër uważa, że przy krwiakach zewnątrzoponowych, wolny okres trwać może krócej, od 24 godzin do tygodnia, przy krwiakach

zaś podoponowych i podpajęczynówkowych wolny okres może trwać całe tygodnie i miesiące.

Niekiedy krwawienie z tętnicy oponowej daje zespół objawów, podobny do wstrząśnienia mózgu, niekiedy po kilku minutach chory wraca do pozornego stanu normalnego (Achmatowicz), po upływie jednak pewnego czasu (od kilku godzin a nawet do roku — Bollinger) występują dopiero objawy ucisku mózgu.

Bollinger utrzymuje, że pod wpływem urazu czaszki powstać może przemieszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego w różnych okolicach mózgu. Proces taki, w czasie którego powstają ogniska martwiczorozmiękczynowe w mózgu, stopniowo może posuwać się dalej i powodować zmiany zwyrodnieniowe ścian naczyń, które wreszcie pękają, w następstwie czego powstają krwawienia, dające w końcu objawy kliniczne.

Potwierdzenie teorii Bollingera o przyczynach przedłużonego okresu wolnego można znaleźć w badaniach Friedmanna, Mendla, Schustera, Kronthala i Sperlinga, którzy nawet przy ciężkich urazach całego ciała, znajdowali zmniejszenie elastyczności w ścianie naczyniowej naczyń mózgowych. Urazy czaszki tembardziej prowadzić mogą do takich zmian w naczyniach mózgu. Według ostatnich badań przedłużony okres wolny od objawów zwykle trwa od 4 dni do 8 tygodni.

Niekiedy istnieją krwawienia w postaci jam z krwią w głębszych tkankach mózgu (Kołaczyński).

Quervain odróżnia trzy okresy w przebiegu krwawienia z tętnicy oponowej a mianowicie okres I początkowego ucisku. Są to objawy podrażnienia mózgu (ból głowy, zwolnienie tętna).

Okres 2 rozpoczynającego się ucisku mózgu z objawami podrażnienia i porażenia mózgu.

Okres 3 z objawami porażenia ośrodków mózgowych.

Każdy przypadek urazu czaszki, zwłaszcza silniejszego lub też związany z utratą przytomności, powinien pozostawać pod obserwacją lekarską przez czas dłuższy. Z objawów ogólnych okresu pierwszego na pierwszy plan według Kreckego wysuwają się bóle głowy, które po uszkodzeniu tętnicy oponowej zjawiają się po upływie 1—2 godzin i nasilają się stopniowo.

Według Magendiego bóle pochodzą z uszkodzenia pęczków nerwu trójdzielnego w oponie twardej, gdyż uszkodzona tkanka mózgowa nie daje bólów.

Bóle głowy mogą również świadczyć o ucisku pokrywy czaszki lub dużego jej fragmentu w miejscu uszkodzenia (Quervain).

Tętno w okresie wolnym od objawów jest niezmienione. Z chwilą wytworzenia się krwiaka tętno zwalnia się, co jest najczęstszym i najpewniejszym objawem postępującego ucisku mózgu (Krecke). Zwolnienie tętna może dojść do 40 — 30 uderzeń na minutę. Stałe zwolnienie tętna jest objawem źle rokującym, zwłaszcza, jeżeli do niego dołącza się utrata przytomności (Hochenegg).

Oddech w okresie wolnym jest niezmieniony, następnie w miarę zwiększania się ciśnienia wewnątrzczaszkowego z reguły zwalnia się. Później staje się nieregularny, pogłębiony, z dużymi przerwami, w końcowym okresie może być o typie Cheyne-Stokesa.

Wymioty wraz z innymi objawami mózgowymi potwierdzają rozpoznanie. Same przez się nie stanowią objawu pewnego, albowiem występować mogą i przy innych uszkodzeniach czaszki, przy wstrząśnieniach mózgu, u pijanych, odruchowo po wypełnieniu żołądka i t. d.

Świadomość z początku jest normalna, później zjawić się może podniecenie ruchowe, niepokój, bredzenie, jako objawy podrażnienia mózgu. W takim stanie niekiedy osobnicy mogą być wzięci za pijanych, a w związku z tem nieodpowiednio traktowani i umieszczeni zamiast w szpitalu — w komisariacie policyjnym.

Świadomość stopniowo przygasa, zjawiają się drgawki, śpiączka, która trwać może całymi dniami i tygodniami. Po tym okresie podrażnienia zjawiają się objawy pochodzenia miejscowego: mono- i hemiparezy, mono- i hemiplegje, aphasia i t. p.

Żrenice zwykle są nieruchome (Kocher), niekiedy bywa jednostronne rozszerzenie, wskazujące na uszkodzenie tej strony (Quervain, Krecke). Obustronne rozszerzenie źrenic jest objawem porażennym.

Ciśnienie krwi z początku podnosi się; w okresie kiedy podrażnienie zaczyna ustępować miejsca okresowi porażenia, ciśnienie krwi obniża się.

Wszystkie objawy narastającego ucisku na mózg przez krwiak upodobnia Hochenegg do objawów niedokrwienia mózgu.

Objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i ucisku na mózg są następstwem ucisku na naczynia włosowate i żyłne (Bergmann, Adamkiewicz, Albert, Kocher, Reiner, Grashly).

Rozpoznanie krwawienia z tętnicy oponowej, a zwłaszcza wczesne, nie należy do zadań łatwych dla lekarza, udzielającego pierwszej pomocy. Szczególniejszą uwagę musi zwrócić lekarz, kiedy cho-

dzi o urazy czaszki, połączone z niewielkimi uszkodzeniami powłok zewnętrznych lub ich brakiem, i obrażenia czaszki u pijanych. Nieraz zdarzyć się może, że lekarz nie może dokładnie zbadać obrażeń czaszki (pęknięcia kości), lub zdać sobie sprawy, czy ma do czynienia z upojonym alkoholem czy też z chorym po urazie czaszki z objawami przypominającymi upojonego. Wtedy winno się takich chorych skierować do obserwacji. Najlepszym rozwiązaniem takiej sprawy byłoby przeznaczenie jednego ze szpitali (jeżeli chodzi o Warszawę) na szpital dla chorych wypadkowych.

W rozpoznaniu różniczkowym trzeba uwzględnić inne schorzenia czaszki i mózgu. Przedewszystkiem trzeba pamiętać o wstrząśnieniu mózgu, które bywa w następstwie urazu czaszki. Wstrząśnienie mózgu — cierpienie, które nie przebiega z uszkodzeniem powłok czaszki, daje objawy natychmiastowe (utrata przytomności, błądność powłok, zanik odruchów, zwolnienie oddechu, często jego niemiarywość, tętno zwolnione, źrenice oddziałują leniwie, często wymioty). Po upływie mniej lub więcej krótkiego przeciągu czasu objawy wstrząśnienia mijają i pozostaje tylko niepamięć wsteczna.

Stłuczenie mózgu może nastąpić przy nienaruszonej czaszce, częściej jednak łączy się z jej obrażeniami. Zwykle stłuczeniu ulegają powierzchowne warstwy mózgu. Od usadowienia, rozmiaru obrażenia zależą objawy stłuczenia mózgu. Objawy mogą pochodzić z podrażnienia lub porażenia danej okolicy mózgu (wymioty, drgawki, aphasia, widzenie połowiczne).

W rozpoznaniu różniczkowym dalej trzeba brać pod uwagę złamanie podstawy czaszki, którego objawami pewnymi są wydobywanie się płynu mózgowo-rdzeniowego lub tkanki mózgowej z ucha lub nosa, krwawienie z nosa lub ucha wraz z jednoczesnym niedowładem nerwu twarzowego lub innych nerwów, wychodzących z podstawy czaszki.

Udar mózgowy również trzeba uwzględnić w rozpoznaniu różniczkowym. Cechuje się on wystąpieniem bólów głowy i zawrotów, podnieceniem, niepokojem lub utratą przytomności, śpiączką, porażeniem połowicznym, niemotą. Ciężota zwykle obniża się nawet do 35,5, źrenice nie oddziałują; w śpiączce szerokie. Do tych objawów należy dołączyć jeszcze zwykle wiek powyżej 50 lat, tętno twarde i napięte.

I o mocznicy również trzeba pamiętać (śpiączka, powolne narastanie objawów, drgawki, częste wymioty, napięte i twarde tętno).

Zatory mózgowe, śpiączka cukrzycowa, wstrząs pourazowy lub psychiczny w równej mierze winny być brane pod uwagę.

Naturalnie przy urazach czaszki złamania otwarte i powikłane, wstrząśnienie i stłuczenie mózgu mogą się wikłać z krwawieniami z tętnicy oponowej. I w takich przypadkach rozpoznanie właściwe napotyka na wielkie trudności i wymagać może tem pilniejszej i krytyczniejszej obserwacji.

Krecke opisuje przypadek, dotyczący pewnego młodzieńca, który upadł na kamienny schodek. Na drugi dzień po upadku wystąpiła nieprzytomność. Rozpoznano ostre zapalenie mózgu. Badanie pośmiertne wykazało obecność dużego krwiaka nadoponowego (obrażeń czaszki nie stwierdzono).

W przypadku Coopera podejrzewano stłuczenie mózgu, którego objawy trwały całymi miesiącami. W rzeczywistości był krwiak nadoponowy, po usunięciu którego ustąpiły i objawy „stłuczenia mózgu“.

Długotrwała nieprzytomność przemawia bądź za stłuczeniem mózgu bądź za obecnością krwiaka, zwłaszcza przy narastaniu objawów po okresie wolnym od objawów.

Niekiedy szybko występujące objawy miejscowe mogą przemawiać za stłuczeniem mózgu (aphasia), podniesienie ciepłoty może również przemawiać za stłuczeniem (ze strony ciała prążkowanego mózgu), objawy mózgowe przy stłuczeniu mózgu są długotrwałe. Jeżeli przytomność nie wraca po kilku dniach, to zawsze należy podejrzewać obecność krwiaka nadoponowego.

c. d. n.

Sprawozdania z posiedzeń

Protokół IV-go Walnego Zgromadzenia Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, które odbyło się w dniu 26-go maja 1935 r. w lokalu Towarzystwa Doradźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie przy ul. Leszno 58 o godz. 11 rano.

Obecni pp. Dr. Józef Zawadzki, prezes Wydziału Wykonawczego Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, Dr. J. Notz, Przedstawiciel Lwowskiego Ochotniczego Tow. Ratunkowego, Dr. E. Mittelstaedt, przedstawiciel Łódzkiego Tow. Ratunkowego, prezes J. Krzyżanowski i sekretarz M. Górka, przedstawiciele Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, Dr. Z. Słoniński, przedstawiciel Poznańskiego Pogotowia Ratunkowego, Dr. J. Mazurek (jun.), przedstawiciel Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Sr. Rudziński, Przedstawiciel Związku Miast Polskich, Dr. Zalewski, przedstawiciel Wyd. Zdrowia Komisarjatu Rządu, Dr. M. Stawiński, przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, F. Branny, przedstawiciel Związku Powiatów R. P., Dr. H. Kucharczyński, skarbnik Wydz. Wykonawczego, Fr. J. Mazurek (sen.) inspektor Wydz. Wykonawczego, R. Kunkel, członek Komisji Rewizyjnej Wydz. Wykonawczego, Dr. L. Sobieszczański, zastępca członka komisji Rewizyjnej, Dr. F. Obarski, sekretarz Wydz. Wykonawczego.

Dr. Józef Zawadzki, jako Prezes Komitetu, zagaił Zgromadzenie wezwaniem do uczczenia ś. p. Marszałka Józefa Piłsudskiego przez powstanie i jednominutowe milczenie.

Na wniosek Dyrektora Krzyżanowskiego na Przewodniczącego Zgromadzenia przez akklamację zaproszono Dr. J. Zawadzkiego, który na asesorów powołał Dr. Słonińskiego (Poznań) i Dr. Mittelstaedta (Łódź).

Protokół poprzedniego Walnego Zgromadzenia został rozesłany wszystkim członkom Komitetu. Nie zgłoszono w sprawie jego żadnych zastrzeżeń, przeto został przyjęty.

Następnie Zgromadzenie przeszło do rozpatrzenia sprawy nadania Komitetowi i poszczególnym Towarzynom ratunkowym praw Instytucji Wyzszej Użyteczności. Po przeprowadzonej dyskusji na wniosek D-ra Mazurka (sen.) Zgromadzenie upoważniło Wydział Wykonawczy Komitetu do poczynienia starań o uzyskanie praw Instytucji Wzwyższych Użyteczności dla Komitetu, a w następstwie dla Towarzystw Ratunkowych.

Sprawozdanie z działalności za rok sprawozdawczy 1934 odczytał sekretarz Komitetu Dr. F. Obarski.

Skarbnik Komitetu Dr. Kucharzewski odczytał sprawozdanie kasowe za okres od 1 stycznia 1934 r. do 26 maja 1935 r., które wyraża się w cyfrach, jak następuje:

Na dzień 1 stycznia 1934 r. saldo na korzyść Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierw. pom. lek. wynosiło Zł. 1.640.60

Wpływy

Ze składek wpłynęło w roku 1934	„	1.500.—
ofiara Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi	„	50.—

ze składek wpłynęło od 1/I.35 r. do 26/V.35 r.

Pogotowie Ratunkowe w Poznaniu zł. 100.—, Związek	
Miast Polskich zł. 200.—, Związek Powiatów R. P. zł. 200.—	
Pogotowie Ratunkowe w Warszawie zł. 200.— . . .razem	700.—
za ogłoszenie do N-ru „Doraźna Pomoc Lekarska”, prenu-	
merate i ofiara	69.

Ogółem wpływy za ten okres . . .	Zł.	3.959.60
----------------------------------	-----	----------

Wydatki

za rok 1934 i do dn. 26/V.1935 r. były następujące:

za tłumaczenie i korektę referatu D-ra J. Zawadzkiego p. t. „Organizacja doraźnej pomocy lek. w Polsce	Zł.	120.—
za tłumaczenie sprawozdania z ratownictwa w Polsce w związku ze zjazdem w Kopenhadze	„	25.—
za druk referatu D-ra J. Zawadzkiego na Kongres Lekarzy w Kopenhadze	„	600.—
koszty wyjazdu delegatów na Kongres do Kopenhagi . .	„	800.—
koszty administracyjne (pisanie biuletynów i odbitki na powielaczu)	„	150.—
koszty wydania biuletynów (papier, farba, kłisze)	„	387.95
druk NN. 1/2, 3/4 miesięcznika p. t. „Doraźna Pomoc Lekarska	„	252.34
drobne wydatki i porto do biuletynów i korespondencji .	„	117.36
subsydja dla Lwowskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego w wysokości składek za lata 1930/23 wedł. uchwały Walnego zgromadzenia z dn. 6/V. 1934 r. . . .	„	800.—

Ogółem wydatki za pow. okres — 3.253.65

Pozostaje na dzień 26/V. 1935 r. na rachunku Polskiego Komitetu do spraw ratown. i pierwszej pom. lek. suma . .	Zł.	705.95
---	-----	--------

P. R. Kunkel odczytał protokół Komisji Rewizyjnej. Sprawozdanie z działalności finansowej i projekt budżetu na rok 1935, przewidujący w wpływach i w wydatkach zł. 2.200, oraz protokół Komisji Rewizyjnej zebrani przyjęli i zatwierdzili. Io przyjęciu sprawozdań zabrał głos p. M. Górka (Kraków), prostując niektóre dane w broszurze Dr. J. Zawadzkiego „Organizacja Pomocy Lekarskiej w Polsce“ założycielami Krakowskiego Pogotowia byli nie Prof. Dr. Wicherkiewicz i Rosner, którzy byli tylko pierwszymi przesami Towarzystwa, faktycznym zaś projektodawcą był Dr. Alfred Bannet, którego nazwisko mylnie wydrukowano.

Dr. Józef Mazurek (sen.) składa sprawozdanie z IV Międzynarodowego Zjazdu Ratownictwa w Kopenhadze, odbytego w dniach 11—16 czerwca 1934 r., podnosząc rozwój stacji ratunkowych za granicami, gdzie nawet małe miasteczka mają zorganizowane stacje pierwszej pomocy lekarskiej. Także miejsca kąpielowe na wybrzeżach morskich, fabryki, drogi i t. d. posiadają racjonalnie urządzone posterunki ratownicze. Idea rozpowszechnienia wiadomości praktycznych wśród najszerszych warstw społeczeństwa zagranicznych, a zwłaszcza w Danji i Szwecji, znalazła szerokie praktyczne zastosowanie.

Wobec tego, że na naszym gruncie sprawa szerzenia wiadomości praktycznych z zakresu umiejętności udzielenia pierwszej pomocy, jak również bardzo słaby rozwój stacji ratunkowych (Pogotowi Lekarskich), nie znalazły jeszcze dostatecznego zrozumienia, Dr. J. Mazurek zgłasza następujące wnioski:

- 1) aby rozwinąć agitację za zakładaniem nowych stacyj ratunkowych;
- 2) aby niezwłocznie podjąć starania o założenie stacji ratunkowej a Gdyni i sieci stacyj ratunkowych na wybrzeżu polskim, które pozbawione jest racjonalnej pomocy lekarskiej, jeżeli chodzi o kąpiących się;
- 3) aby wystąpić do władz uniwersyteckich o utworzenie katedry ratownictwa na wydziale lekarskim;
- 4) aby wystąpić do departamentu zdrowia Min. Opieki Społ. o obowiązkowy staż z ratownictwa dla kończących wydziały lekarskie (2 miesięczny kurs praktyczny na stacjach ratunkowych) w miastach uniwersyteckich;
- 5) aby w szkołach powszechnych, gimnazjach i liceach był prowadzony popularny wykład ratownictwa, jako przedmiot obowiązkowy;
- 6) aby przygotować masy ludności do ratownictwa w nagłych wypadkach przez urządzanie wykładów i zajęć praktycznych na stacjach ratunkowych.

P. Górka zabiera głos w sprawie udzielania pierwszej pomocy na drogach, oświadczając, że na odcinku Kraków-Myślenice znajduje się 28 posterunków, co 2 kilometry posterunek, na którym dróżnik wyposażony jest we wszystko, co potrzebne jest do udzielania pierwszej pomocy w razie wypadku na szosie. Nad to posterunki posiadają w pobliżu telefony. Dróżnicy przeszli potrzebne przeszkolenie. Dr. Słoniński utrzymuje, że załatwienie wypadków powinno być udziałem odpowiednio przeszkolonego i doświadczonego personelu lekarskiego, albowiem nawet w Ubezpieczalniach i szpitalach sprawa racjonalnie udzielonej pierwszej pomocy nie stoi na wysokości zadania. Dla tego też mówca jest za założeniem specjalnych szpitali wypadkowych, co w Poznaniu ma pewne widoki do urzeczywistnienia. Dr. Notz oświadcza, że właściwie w Kopenhadze nic nowego nie powiedzieli; dominującym tematem była sprawa wykonywania sztucznego oddychania.

Pewne modyfikacje w wykonaniu sztucznego oddychania, zaproponowane przez Prof. Jellinka z Wiednia, nie spotkały się z przychylną oceną zebranych, zwłaszcza ze strony delegacji niemieckiej.

Dalej Dr. Notz mówi o uporządkowaniu finansów Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego we Lwowie, o zreorganizowaniu pracy lekarskiej na stacji ratunkowej, na której dyżurować będzie 14 lekarzy w ciągu 14 godzin dziennie. Lekarzem Pogotowia może być tylko taki lekarz, który ma 2-letni staż i na stacji pracować może tylko rok, a to dla tego, żeby wykształcić jak największą liczbę lekarzy, obeznanych z pracą udzielania pierwszej pomocy lekarskiej.

Stan finansowy Towarzystwa Ratunkowego we Lwowie znacznie się poprawił dzięki odwołaniu się Zarządu Towarzystwa do społeczeństwa lwowskiego, które nie pozostało głuche na wezwanie i dopomogło wraz z Zarządem miasta do uratowania instytucji od ruiny.

Dr. J. Mazurek (jun.) podtrzymuje w całej rozciągłości wnioski Dr. Mazurka (sen.) dodając, że szczególniejszą uwagę trzeba by zwrócić na nauczanie szerszych mas udzielania pomocy w nagłych wypadkach.

Dr. Notz proponuje zamknąć dyskusję na temat sprawozdania Dr. Mazurka, Dr. Słoniński jest za ograniczeniem czasu przemówienia do 3 minut. Przyjęta zostaje propozycja Dr. Słonińskiego.

Dr. Stawiński oświadcza, że wobec zmienionej sytuacji na terenach Ubezpieczalni, Zarządy tej Instytucji szukają kontraktu z istniejącymi stacjami ratunkowymi (np. Łódź).

Dr. Mazurek (sen.) stawia wniosek, aby w razie potrzeby upoważnić prezydium do wysłania delegatów już to do miejscowości w kraju, już to za granicę. Zgromadzenie przyjmuje tylko pierwszą część wniosku, wysłać delegata w razie potrzeby do miejscowości w kraju.

Następnie Zgromadzenie przystąpiło do wyborów. Przez aklamację wybrano ustępujących trzech członków Wydziału Wykonawczego, a mianowicie: Dr. Słonińskiego, Dr. Mazurka (sen.) Dr. Obarskiego. Na zastępców powołać tych samych członków, jak również w tym samym składzie Komisję Rewizyjną. Na zastępców członków Komisji Rewizyjnej D. L. Sobieszczańskiego (Warszawa) i p. M. Górke (Kraków).

Skład Wydz. Wykonawczego na r. 1935 jest następujący:

- 1) Prezes — Dr. Józef Zawadzki (Warszawa),
- 2) Vice-prezes — Dyr. Jan Krzyżanowski (Kraków),
- 3) Vice-prezes — Dr. Zygmunt Słoniński (Poznań),
- 4) Skarbnik — Dr. Henryk Kucharzewski (Warszawa),
- 5) Inspektor — Dr. Józef Mazurek (Warszawa),
- 6) Sekretarz — Dr. Franciszek Obarski (Warszawa),
- 7) Dr. Edward Mittelstaedt (Łódź),
- 8) Dr. Juljusz Notz (Lwów),
- 9) Gen. Marjusz Zaruski (Zakopane).

Zastępcy:

- 1) Inż. Zygmunt Słoniński (Warszawa),
- 2) Dr. Wacław Drożdż (Lublin),
- 3) Dr. Mieczysław Trzeciak (Wilno),
- 4) Dr. Aleksander Safarewicz (Wilno),
- 5) Franciszek Branny (Warszawa),
- 6) Dr. Stanisław Higier (Warszawa),
- 7) Prof. Jan Szmurło (Wilno),
- 8) Dr. Jerzy Drozdowski (Kraków).

Komisja Rewizyjna:

- 1) Józef Wegner (Warszawa),
- 2) Roman Kunkel (Warszawa),
- 3) Dyr. M. Porowski (Warszawa).

Zastępcy:

- 1) Dr. Lucjan Sobieszczański,
- 2) Mieczysław Górka (Kraków),

Następnie wpłynęły dwa wnioski, jeden, żeby obniżyć składkę członkowską do wysokości 100 złotych (wniosek większości Wydziału) i drugi wniosek, żeby utrzymać wysokość składki na obecnym poziomie. Większością trzech głosów uchwalono utrzymać wysokość składki na dotychczasowym poziomie (200 zł.). Na nieprzyjęcie wniosku Wydziału wpłynęła i ta okoliczność, że zmiana wysokości składki pociągnęła by za sobą zmianę odpowiedniego punktu Statutu.

Następnie Zgromadzenie przeszło do sprawy poczynienia ulg Towarzystwu Tatrzańskiemu, co znalazło wyraz w przemówieniach Dr. J. Mazurka (jun.).

Zgromadzenie postanowiło nie zwalniać Towarzystwa Tatrzańskiego od płacenia składek, tylko wyznaczyć zapomogę w wysokości składki rocznej, a dług pozostawić na rachunku. Na wniosek D-ra Obarskiego Zgromadzenie postanowiło zastosować toż samo i do Towarzystwa Ratunkowego w Lublinie.

P. Branny postawił następujące wnioski, stanowiące uzupełnienie wniosków Dr. Mazurka, aby Komitet porozumiał się ze związkiem gmin wiejskich, ze związkiem straży pożarnych i z polskim Czerwonym Krzyżem i zaprosił wspomniane Związki na członków Komitetu. Wnioski przyjęto.

Dr. Słoniński wnosi projekt zorganizowania pokazów ratowniczych w Gdyni (w roku bieżącym z powodu wystawy w Gdyni niemożliwe do przeprowadzenia).

Wreszcie Dr. Słoniński proponuje, żeby w prasie ogłosić uchwalone wnioski Walnego Zgromadzenia.

Walne Zgromadzenie zakończono o godzinie 13 m. 45.

Dodać należy, że przed przystąpieniem do obrad Walnego Zgromadzenia prezes Towarzystwa Dorażnej Pomocy Lekarskiej Dr. J. Zawadzki pokazał zebranym typ samochodu sanitarnego bardzo praktyczny i tani, który może być użyty i jako samochód osobowy i jako sanitarny po włożeniu noszy.

Nosze spoczywają na podłodze wozu na specjalnych szynach, wysuwa się je z tyłu po otwarciu dwóch klap, znajdujących się z tyłu samochodu.

Przewodniczący: (—) *Dr. J. Zawadzki.*

Sekretarz (—) *Dr. Fr. Obarski.*

Naukowe posiedzenie lekarzy Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Dnia 25/IV r. b. w sali Towarzystwa Dorażnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe) odbyło się miesięczne naukowe posiedzenie lekarzy Pogotowia Ratunkowego przy udziale 18 kolegów pod przewodnictwem kol. Jokiela.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego zebrania, omówieniu spraw urzędowych, kol. J. Perl wygłosił referat pod tytułem „W sprawie rozpoznawania krwawień z tętnicy oponowej”.

Po referacie wywiązała się dyskusja, w której kol. Jokieli podał opis przypadku pęknięcia środkowej tętnicy oponowej. Chodziło o chorego, który zachowywał się jak pijany. Po upływie $\frac{1}{2}$ godziny od chwili wizyty lekarskiej chory zmarł.

Kol. Śledziwski zwraca uwagę, że chorych podejrzewanych o uszkodzenie tętnicy oponowej należałoby dłużej obserwować.

Dr. Obarski poleca przywożenie takich chorych na stację Pogotowia do dalszej obserwacji, jeżeli zaś chorego odwozi się do domu, odpowiednio pouczyć o toż czenie.

Statystyka Stacji Ratunkowych

za m. luty 1935 r.

		War- szawa	Kra- ków	Lwów	Łódź	Wilno	Po- znań	Lublin
	Udzielono pomocy osobom:	2.011	1.147	1.245	639	—	572	—
	Na mieście	523	566	527	377	—	386	—
	W ambulatorjach	1.488	581	718	262	—	186	—
	Mężczyznom	1.005	658	578	242	—	215	—
	Kobietom	744	447	513	348	—	199	—
	Dzieciom do lat 15 . . .	262	42	158	49	—	58	—
	Odwieziono do szpitali .	—	421	365	267	—	81	—
	Odwieziono do domu . .	—	40	58	35	—	12	—
Zasłabnięcia nagłe	Napady nerwowe	37	2	8	18	—	4	—
	Oslabienia i omdlenia . .	22	39	5	52	—	42	—
	Zatrucia wyskokiem . . .	14	12	4	—	—	2	—
	Zatrucia pokarmami . . .	1	2	10	—	—	1	—
	Zatrucia gazami	9	5	20	—	—	3	—
	Inne zasłabnięcia	185	28	75	93	—	45	—
	Śmierci	*) 16	*) 3	5	4	—	6	—
	Razem	268	88	127	167	—	103	—
U r a z y	Wstrząs	—	3	2	—	—	1	—
	Rany cięte, klute, tłucz. i t.d.	717	378	277	134	—	112	—
	Rany postrzałowe	3	3	1	1	—	1	—
	Złamania kości	109	15	57	23	—	17	—
	Krwotoki	23	6	25	23	—	26	—
	Oparzenia term. i chemicz.	36	19	23	7	—	7	—
	Ciała obce i udławienia . .	293	149	156	61	—	15	—
	Inne urazy	428	4	142	67	—	55	—
	Śmierci	*) 3	*) 1	2	—	—	2	—
	Odmrożenia	—	11	50	1	—	—	—
	Razem	1.609	588	735	317	—	236	—
Zamachy samobój.	Otrucia	68	6	7	12	—	13	—
	Postrzały	12	1	2	—	—	1	—
	Rany cięte i klute	8	1	2	3	—	—	—
	Powieszenia	4	—	—	3	—	—	—
	Utopienia	1	—	—	—	—	—	—
	Rzucenie się z wysokości	1	1	—	1	—	1	—
	Inne	1	2	1	—	—	—	—
	Śmierci	*) 9	*) 2	—	*) 4	—	2	—
	Razem	95	11	12	19	—	17	—
Urazy według przyczyn	Przejechania { Samochody	43	9	6	10	—	2	—
	przez { Tramwaje	10	—	—	2	—	1	—
	{ Inne pojazdy	35	2	2	10	—	7	—
	Upadki z wysokości . . .	31	3	1	49	—	16	—
	Napady i rozprawy nożowe	175	4	—	32	—	12	—
	Bójki	114	24	—	3	—	16	—
	Obłąkanie	2	1	—	8	—	4	—
	Porody i poronienia . . .	24	3	14	128	—	—	—
	Symulacje	12	2	—	1	—	—	—
	Wezwania niewłaściwe . .	9	6	—	6	—	—	—
	Przewozy chorych	211	378	348	3	—	112	—

W)* tem

Z kroniki wypadków

Pomoc lekarska dla wojska i ludności cywilnej w czasie eksportacji zwłok ś. p. Marszałka Józefa Piłsudskiego z Katedry na lotnisko w dniu 18/V 1935 r.

Kierownictwo pomocy lekarskiej objął Naczelnny Lekarz Garnizonu Mjr. Lek. Dr. Rymaszewski. W organizowaniu pomocy przyjęły prócz wojska następujące instytucje: Polski Czerwony Krzyż, Komisarjat Rządu, Ubezpieczalnia m. Warszawy, magistrat m. Warszawy i Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (Pogotowie Ratunkowe).

Na całej trasie konduktu pogrzebowego, jak również na Polu Mokotowskiem podczas defilady funkcjonowały punkty sanitarne i patrole sanitarne. Wszystkich punktów było 17, prócz tego były jeszcze w rezerwie trzy punkty sanitarne w dyspozycji Kierownika pomocy lekarskiej przy Komendzie miasta. Pogotowie Ratunkowe obsadziło sześć punktów. Obsadę punktu sanitarnego stanowił lekarz, sanitariusz, lub siostra Czerwonego Krzyża, patrol sanitarny wojskowy lub Czerwonego Krzyża i samochód sanitarny. Łączność między poszczególnymi punktami utrzymywały patrole, zaopatrzone w odpowiedni sprzęt ratowniczy.

Pogotowie Ratunkowe było czynne w następujących punktach: na Nowym Świecie Nr 1, w gmachu Politechniki przy wejściu głównym, na Lotnisku cywilnym, u wylotu ulicy Wiśniowej na Lotnisko, na Lotnisku cywilnym na wysokości białego domu mieskiego i szkółek ogrodniczych, u wylotu ulicy Karowej na ulicę Dobrą i w Komendzie miasta. Dwa ostatnie punkty ostatecznie pracowały na Polu Mokotowskim.

Lekarze Pogotowia Ratunkowego udzielili pomocy 243 osobom. W tej liczbie było 52 mężczyzn, 138 kobiet, 53 dzieci. Wojskowych było 6, cywilnych 237. 13 osób było z cierpieniami natury chirurgicznej, 230 osób z wewnętrznymi.

Wśród chorych wewnętrznych było 205 osób omdlałych, 2 z atakami sercowymi, 10 ogólnie osłabionych, 3 z innymi chorobami. 3 osoby zostały odwiezione do domu i 2 osoby (chorzy na serce) do szpitala.

Punkty sanitarne były czynne od godz. 6 rano do 5 po południu.

Przegląd czasopism.

Szpital a obrona przeciwlotniczo-gazowa. („Das Krankenhaus im Rahmen des zivilen Gas- und Luftschutzes“ von Stabsarzt Dr. O. Muntz. Ztschrft. f. d. ges. Krankwesen, Heft 7, str. 140. 1933).

Autor podkreśla, że obrona przeciwlotniczo-gazowa jest dla Niemiec bardzo ważnym zagadnieniem, że względu na dobrze uzbrojonych pod względem lotniczym sąsiadów. Do tej pory, liczba samolotów wojskowych w Europie osiągnęła cyfrę 12.000. Ludność Niemiec jest zgrupowana przeważnie w dość blisko obok siebie położonych dużych miastach, a ważne ośrodki przemysłowe leżą blisko granic.

Jeżeli się przeprowadzi linię zasięgu działania z większych miast z lotniskami wojskowymi z zagranicy włąb Niemiec, to nie znajdzie się takiego miejsca w całych Niemczech, któryby nie leżał w polu zasięgu samolotu nieprzyjacielskiego.

W czasie wielkiej wojny były liczne napady lotnicze na miasta niemieckie. W 600 takich napadach na miasta niemieckie rzucono około 15,000 bomb. Straty wynosiły: 746 zabitych i 1843 rannych, szkody materialne zaś wyniosły około 25 milionów marek niem. W samym 1918 r. było 334 napadów, liczba zaś rzuconych bomb wyniosła okragło 8000, o ogólnej wadze około 400 tonn. Dla porównania może służyć fakt, że obecne lotnictwo francuskie może w jednym dniu wyrzucić 200 tonn bomb, t. j. połowę tego, co przez cały rok rzucono w 1918 r.

Jeżeli się zważy, że na 1918 r. przypada 45% strat w ludziach oraz 62% strat materialnych, spowodowanych przez napady lotnicze na miasta niemieckie w ciągu całej wojny, to trzeba przyznać, że rozwój lotnictwa i jego możliwości w dobie obecnej są ogromne.

Cywilna obrona lotniczo-gazowa jest obroną przeciw katastrofie (Katastrophenschutz) napadu lotniczego; nie chroni ona przed tą katastrofą, ale znacznie osłabia jej skutki.

Organizowanie obrony przeciwlotniczo-gazowej tylko w kierunku obrony przeciw gazom bojowym, byłoby zasadniczym błędem, gdyż wiemy, że przy ataku lotniczym może większe niebezpieczeństwo grozić od pocisków i od pożaru, niż od gazów bojowych, choć nie należy lekceważyć niebezpieczeństwa zatrucia gazami, zwłaszcza jeżeli dotyczy to nieobeznanej i bezbronnej pod tym względem ludności.

Z patologii zatruc gazami bojowymi wynika, że pierwsza pomoc, szybko i trafnie udzielona odgrywa wielką, a nawet decydującą w dalszym przebiegu zatrucia, rolę.

Ważna rola przypada w tym względzie szpitalom. Ażeby one spełniły swoje zadanie, muszą mieć odpowiednio *wyszkolony personel* nie tylko lekarski ale i personel pomocniczy oraz muszą posiadać odpowiednie aparaty.

Do niezbędnych *aparatów* należą aparaty tlenowe, które powinny się znajdować na izbie przyjęć oraz na oddziałach szpitalnych. Dla szpitali nadają się raczej aparaty z kilkoma kranami, z których może korzystać od razu dwu lub więcej chorych.

Urządzenia te nie wymagające większego nakładu pieniężnego, winny być zainstalowane jako jedne z pierwszych; personel lekarski i pomocniczy szpitala musi być wyszkolony w ratownictwie zagazowanych.

Dalsze urządzenia na wypadek wojny, wymagają już większego nakładu pracy i pieniędzy.

W szpitalach muszą powstać *drużyny ratownicze przeciwgazowe*, wyposażone w maski przeciwgazowe i aparaty izolacyjne tlenowe. Drużyny te, rekrutujące się z niższego personelu szpitalnego, mają służyć do transportu zagazowanych dostarczonych do szpitala oraz do przenoszenia chorych szpitalnych do pomieszczeń uszczelnionych.

Pomieszczenia uszczelnione można urządzić w piwnicach, które naogół łatwo uczczelnić i które mogą jednocześnie służyć za ochronę przed odławkami pocisków. W innych wypadkach, takie pomieszczenie może dać korytarz, otoczony ze wszystkich stron pokojami.

W każdym wypadku, przy urządzaniu pomieszczenia uszczelnionego, należy indywidualizować i wybór miejsca nie powinien być uzależniony od sił fachowych. Urządzenie takiego pomieszczenia zazwyczaj nie pociąga za sobą większych wydatków.

W szpitalu musi być odpowiednio zabezpieczona przed wkroczeniem gazu oraz przed działaniem odławków pocisków *sala operacyjna*, gdyż podczas nalotu nieprzyjacielskiego zawsze jest duża liczba rannych i pewne zabiegi, jak np. podwiązanie naczyń muszą być załatwione bezzwłocznie. W razie, gdy szpital znajdzie się pod działaniem gazów, chirurg musi mieć uszczelnioną salę operacyjną, aby bez przeszkody mógł dokonać tych koniecznych zabiegów. Operowanie zaś w maskach przeciwgazowych jest chyba nie do uskutecznienia.

Sala operacyjna musi mieć zapewniony dopływ wody, światła i t. p. Powietrze winno dochodzić przez specjalne filtry. Jednym słowem, tu już nic nie da się zrobić, muszą być odpowiednie przeróbki, czy też nowe budynki, co nie da się skutecznie prowizorycznie od razu, choćby ze względu na koszt.

Pomieszczenia uszczelnione winny być tak obliczone, aby wypadło na 1 osobę i na około 3 godz. pobytu bez zmiany powietrza około 4 m³ powietrza.

Przy wejściu do każdego pomieszczenia uszczelnionego winno się znajdować urządzenie ochronne, zabezpieczające od wdarcia się gazów podczas otwierania drzwi (Gasschleuse).

Uszczelnienie okien i drzwi można uskutecznić w sposób tani przy pomocy pasków filmu.

Pomieszczenie uszczelnione musi być tak urządzone, aby było łatwo dostępne; liczba miejsc w nim powinna być wyraźnie określona i podana na widocznym miejscu, zabezpieczać musi przed gazami jak również przed odławkami pocisków i przed pożarem.

Liczba pomieszczeń musi być tak wyliczona, aby wystarczała dla wszystkich. Nie może być, w razie niebezpieczeństwa, walki o miejsca w pomieszczeniu!!

W końcu należy stworzyć *drużyny odkażające*, odpowiednio wyekwipowane i wyszkolone. Funkcją ich byłoby odkażanie terenu i budynków szpitala a zwłaszcza odkażanie ubrań dostarczonych chorych.

Dr. Z. Zdrojewski.

S. B. Budzyńska — Sokołów (Leningrad), opierając się na 1700 kartach statystycznych, w których rozpoznanie ustalone na zasadzie obserwacji szpitalnej, zestawia w odsetkach błędy rozpoznawcze, popełnione przez lekarzy Pogotowia i Szybkiej Pomocy.

Z 1700 wskazanych chorych przypadało: na choroby chirurgiczne 712, rozpoznanie ustalone prawidłowo u 533, mylnie u 154 (20,3%); choroby wewnętrzne 726, rozpoznanie ustalone prawidłowo u 556, mylnie u 139 (19,1%); choroby kobiece 82, rozpoznanie ustalone prawidłowo u 51, mylnie u 31 (38%). Wreszcie w 172 (10%) przypadkach lekarze Pogotowia nie ustalili istotnego rozpoznania objawowego. Ogólna odsetka mylnych rozpoznań wynosi 20%.

U chorych chirurgicznych najczęściej zdarzały się urazy, a poza tym ostre schorzenia brzucha. W ostatniej grupie schorzeń popełnione omyłki, ustalając niewłaściwe rozpoznania: w ostrej zapaleniu wyrostka 48% przypadków, w przepuklinie uwięźniętej — 7%, w ostrej niedrożności jelit — 46,4%, w krwotoku żołądkowym lub w pękniętym wrzodzie żołądka — 35%. Pośród chorób wewnętrznych ustalono mylnie rozpoznania: w chorobach płuc (zapalenie płuc) — 22%, chorobach serca — 16 — 18%, w chorobach zakaźnych: dur brzuszny — 38%, dur plamisty — 22%, zapalenie opon mózgowych — 23% często w chorobach zakaźnych lekarze Pogotowia ograniczali się do rozpoznania objawowego, w zatruciach — omyłek rozpoznawczych nie było, również rzadko zdarzały się omyłki w schorzeniach układu nerwowego. W chorobach kobiecych odsetka mylnych rozpoznań wynosi przeciętnie 34%.

Znamienny jest dalszy los chorych, przyjętych do szpitala: rzuca się w oczy znaczna śmiertelność w ciągu pierwszego dnia po przyjęciu, im dłuższy pobyt w szpitalu, tem % śmiertelności niższy.

W tym względzie ostatecznym autorka stwierdza, iż lekarze Pogotowia i Szybkiej Pomocy orjentują się, jakich chorych należy przewozić do szpitali, ta okoliczność zaś, iż niezawsze ustalają właściwe rozpoznania, zależy od swoistych warunków pracy.

(Uwaga sprawozdawcy: ciekawe byłyby podobne badania w naszych warunkach).

P. S. Medycyna Nr. 5, str. 164, r. 1935.

Lekarze Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego już w 1928 roku na posiedzeniach naukowych rozpatrywali i porównywali swoje rozpoznania z rozpoznaniem szpitalnymi i wynikami sekcyjnymi.

Praca była zorganizowana w ten sposób, że prawie w każdym większym szpitalu był lekarz Pogotowia Ratunkowego, który notował rozpoznania szpitalne, ważniejsze momenty z karty choroby i nawet bywał na sekcjach zmarłych z powodu wypadków. Szczególniej zwracano uwagę na zatrucia sublimatem.

Zatem bywali przedstawiciele lekarzy Pogotowia Ratunkowego i podczas zabiegów operacyjnych. Niestety materiał ten nie został ujęty w jakąś całość naukową i nie dał się poznać szerszemu ogółowi lekarzy, Wzmianki o posiedzeniach i niektórych omówieniach przypadków znajduje czytelnik w poszczególnych numerach wydawnictwa „Ratownictwo” organu Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego, które wychodziło w latach 1929/30/31 r.

Redaktor: **Dr. Fr. Obarski**. Wydawca: Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych.

Redakcja czynna codziennie od godz. 9 rano do 13 prócz świąt.

Prenumerata miejscowa i zamiejscowa rocznie 9 zł. Pojedynczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Leszno 53 tel. 11-59-00

Druk. „BAGATELA” Al. Jerozolimskie 29, Tel. 9-40-99