

DORAŻNA POMOC LEKARSKA

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

WARSZAWA, LESZNO 58

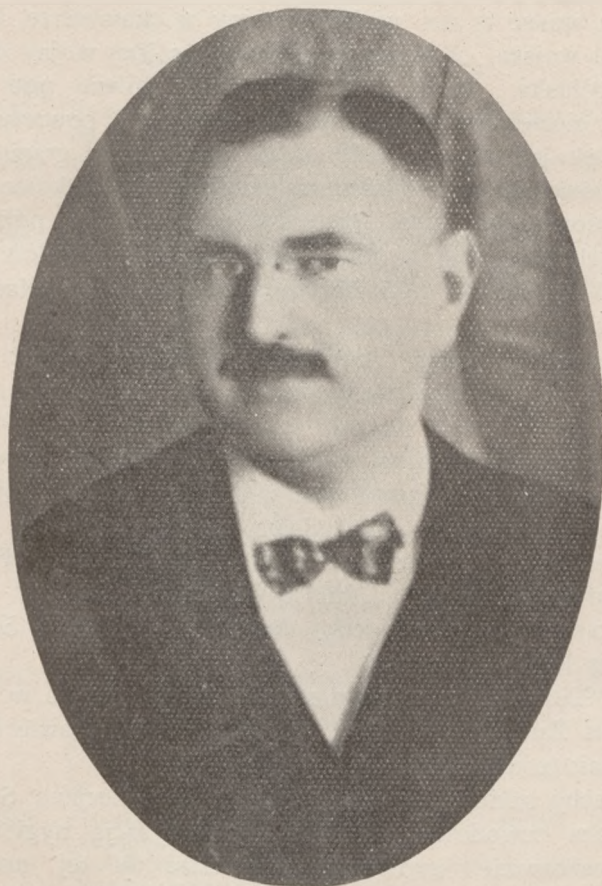
KONTO w P. K. O. 7373

KONTO w K. K. O. 1086

Rok II – 1936

KWIECIEŃ-MAJ

Nr. 4-5.



Ś. p. Dr. Lucjan Regmunt-Sobieszczański

Członek Zarządu — Sekretarz Towarzystwa Dorażnej Pomocy Lekarskiej
w Warszawie

ur. w r. 1892 zm. 18.V 1936 r.

DORAŻNA POMOC LEKARSKA

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

KONTO w P. K. O. 7373

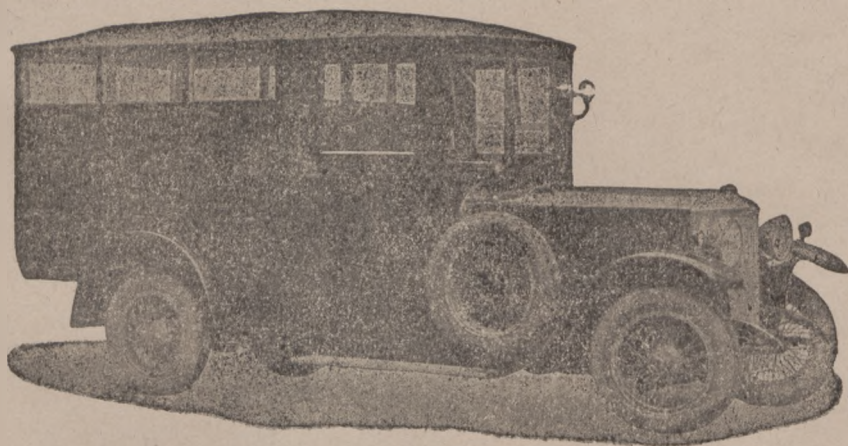
WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w K. K. O. 1086

Rok II – 1936

STYCZEŃ – LUTY

Nr. 1 – 2.



Przewozy chorych miejscowe i zamiejscowe
uskutecznia najlepiej i najtaniej
w Warszawie

Pogotowie Ratunkowe

Leszno 58

Tel. 11-03-69 (stacja) lub 11-69-00 (kancelaria)

DORAŻNA POMOC LEKARSKA

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

KONTO w P. K. O 7373

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w K. K. O. 1086

Rok II – 1936

STYCZEŃ – LUTY

257 Nr. 1 – 2.

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

TREŚĆ: *Dr. H. Tomaszewska:* — Wrażenia ze zwiedzania stacji ratunkowych w Wiedniu, Budapeszcie i Beogradzie. — Sprawozdanie z posiedzenia naukowego lekarzy Pog. Rat. — Statystyka Stacji Ratunkowych za lipiec 1935 r. — Przegląd czasopism. — Różne.

Dr. H. TOMASZEWSKA.

Warszawa.

Wrażenia ze zwiedzania stacji ratunkowych w Wiedniu, Budapeszcie i Beogradzie.

Podczas pobytu w Wiedniu, Budapeszcie i Beogradzie miałam możność zwiedzenia stacji Pogotowia Ratunkowego i zakładów mających łączność z tą organizacją; miałam możność poznać kierunki oraz nowsze metody pracy podczas udzielania pierwszej pomocy.

W Wiedniu, po załatwieniu formalności i uzyskaniu pozwolenia na pracę na terenie Pogotowia, zainteresowałam się przede wszystkim urządzeniem Stacji Ratunkowej.

Budynek — Stacja Główna — jest b. pomyślnie usytuowany dla celowej pracy, mianowicie przy zbiegu 3 ulic. Karetki mają wjazd od innej ulicy niż wyjazd, co daje możność uruchomienia w parę minut kilkunastu karetek bez tworzenia się zatorów.

W samym budynku, ani też w urządzeniu garaży nie zauważyłam nic specjalnie praktycznego, nowego lub oryginalnego. Budynek jest stary, mieści gabinety głównego sekretarza i lekarza naczelnego, salę wykładową, kancelarję, salę posiedzeń, muzeum, na parterze zaś pokoje lekarzy, ambulatorjum i centralkę telefoniczną.

Sala posiedzeń jest przeznaczona wyłącznie dla zebrań Zarządu.

Muzeum jest dość bogate, ma interesujące zbiory nagromadzone przez lata, posiada pamiątki osobiste, prace oryginalne po Bilrocie, jednym z pierwszych lekarzy naczelnych Pogotowia i po wielu uczonych o sławie światowej.



Lekarze dyżurujący rozporządzają 2-ma pokojami, wygodnie urządzone, oraz posiadają oddzielny telefon do rozmów prywatnych, z którego to telefonu w razie potrzeby mogą korzystać i pacjenci.

Ambulatorjum jest małe, wyposażone tylko w najniezbędniejsze instrumentarium. Do ambulatorjum przylega pokój z dwoma łóżkami, gdzie można w ciągu paru godzin obserwować niejasne przypadki.

Na większą może uwagę zasługuje urządzenie centralki telefonicznej. Jest to mały pokój, gdzie przy kilku telefonach dyżuruje specjalny urzędnik (nie lekarz). Wrazie przyjęcia wezwania dzwoni on do garażu i do dyżurki lekarskiej. Lekarzowi wręcza kartkę z adresem i rodzajem wypadku, a po powrocie wciąga jego meldunek (coś w rodzaju naszego biuletynu) do księgi głównej.

Mimo, że urządzenie Stacji jest bogatsze niż nasze, czułam się jakgdyby w środowisku warszawskim. Na każdym kroku spotkać można było daleko idące analogie i podobieństwa, boć przecież nasze Pogotowie było urządzone nawet w szczegółach na wzór wiedeńskiego, zarówno pod względem organizacyjnym, jak i technicznym.

Garaże, które z kolei oglądałam, nie dały też nic nowego.

Natomiast karetki w liczbie 18 pod względem technicznym stoją na bardzo wysokim poziomie. Udoskonalenia w ich budowie są rezultatem długoletnich obserwacji pod kątem widzenia celowości urządzenia wewnętrznego i wygody chorego. Dlatego też może trochę szczegółowiej opiszę ostatni model karetki, będącej w użyciu dopiero od paru tygodni (patrz fotografia). Samochód jest duży i odpowiada wielkością naszej karetce „Józef”. Posiada dwa wejścia: boczne dla personelu i tylne dla wnoszenia chorego. Tylne wejście zaopatrzone jest w 3-stopniowe składane schody, które ułatwiają łagodne wnoszenie chorego i unikanie w ten sposób wszelkich wstrząsów, co zwykle zdarza się przy wejściu bocznym. Pozatem wnoszenie chorego przy tym urządzeniu jest znacznie łatwiejsze dla personelu obsługującego. Odpada też tutaj ujemny moment psychologiczny, jakim jest zatraskiwanie nad głową chorego ściany karetki. Nosze ustawione są na czterech sprężynowych nóżkach. Sprężyny te spełniają rolę znakomych resorów, o czym mieliśmy możność przekonać się osobiście. Przy próbnym wyjeździe po kocich łbach, leżąc na noszach, nie odczuwało się żadnych wstrząsów. Pozatem nosze zaopatrzone są w boczne oparcia, dające pewność choremu, że nie spadnie przy wnoszeniu do karetki i w czasie podróży przy gwałtowniejszych skrętach. Oparcia te

można zdejmować. Jeżeli zachodzi potrzeba ustawia się w karetce nosze zapasowe, które się znajdują stale na dachu samochodu.

Dla lekarza i sanitariuszy przeznaczone są trzy składane siedzenia, z których w wypadku korzystania z noszy zapasowych, pozostaje do użytku tylko jedno. Przestrzeń pod dachem nad siedzeniem szofera i sanitariusza wykorzystano dla pomieszczenia zapasowych materiałów opatrunkowych. Dla oświetlenia karetki służą dwa źródła światła: jedno na suficie, drugie na tylnej ścianie. To pierwsze używa się tylko w razie potrzeby dla lepszego oświetlenia, druga lampka o słabym świetle pali się stale. Lampka tylna jest osadzona w okienku o podwójnej ścianie, — od wewnątrz z szybką białą, od zewnątrz czerwoną, — przez co jest jednocześnie sygnałem bezpieczeństwa. Karetka posługuje się syreną o dźwięku stałym, nieprzerywanym, o tonacji wysokiej, charakterystycznej i używanej tylko w Pogotowiu.



Najnowszy model karetki samochodowej Pogotowia Ratunkowego w Wiedniu.

Kufarki wnoszone są każdorazowo do karetki. Każdy sanitariusz ma swój kuferek, za który jest odpowiedzialny. Kufarki Pogotowia wiedeńskiego budową swoją przypominają kufarki warszawskiego Pogotowia, a zawartość ich odpowiada również, mniej więcej, zawartości naszych. Zauważyłam tylko drobne różnice. Narzędzia chirurgiczne są

zredukowane do minimum (nożyk, pincetka, nożyczki, pean) nie sterylizowane, a tylko przed użyciem przeciera się je spirytusem. Opatrunki do małych uszkodzeń są w postaci gotowej do użytku.

Bandáže do opatrunków ustalających mają papierowe, podobno dobre w zastosowaniu i tanie.

Surowicę przeciwtężcową stosują nieco odmiennie, jak w Warszawie — z ampułek zaopatrzonych w igły.

Leków w postaci wstrzykiwań używają mało, między niemi nasercowe, przeciwbólowe, lobelinę, astmolinę.

W kuferkach mają pozatem nitroglicerynę w kroplach.

W przypadkach oparzeń nie stosują, jak w Warszawie taniny, lecz używają po dawnemu waseliny.

Przy zatruciach tlenkiem węgla podają z balonu Co_2 , do pierwszego samodzielnego wdechu.

W kuferkach wożą pozatem duże arkusze papieru, którymi się okrywa zwłoki.

W czasie długich godzin oczekiwań na wezwania zaznajamialiśmy się z dr. Sroczyńskim*), z życiem wewnętrznym i organizacją Pogotowia.

Wiedeń nie posiada prywatnych instytucji pierwszej pomocy. Wszyscy lekarze, z którymi rozmawialiśmy na ten temat, wyrażali wielkie zdziwienie, że Izba Lekarska może w Warszawie aprobować podobny stan rzeczy, tak podkopujący praktykę prywatną.

Pogotowie ma 2 stacje, autonomicznie pracujące w wyznaczonych rejonach. Organizacja tych stacji jest jednakowa, na filji jest tylko mniej karetok.

Zarówno na tej jak i na drugiej stacji przyjmują wezwania wyżej wzmiankowani specjaliści urzędnicy.

Ogólna liczba tych urzędników wynosi 6-ciu po 3-ech na stację. Służbę pełnią 24 g., co trzeci dzień.

Lekarzy w Pogotowiu pracuje łącznie 19-u. Etat jest tylko dwuletni. Miejscowych lekarzy niema. Wszyscy mieszkają poza Pogotowiem. Przy przyjmowaniu lekarzy bądź na etat, bądź w charakterze zastępców, wymagane jest duże doświadczenie lekarskie. Przyjmuje się mianowicie tylko emerytowanych sekundarjuszy, to jest lekarzy, którzy byli cztery lata asystentami szpitalnymi. Dodać należy, że otrzymanie miejsca sekundarjusza w Wiedniu nie jest rzeczą trudną. Każdy, chcący pracować w szpitalu, może otrzymać to stanowisko w ciągu roku po ukończeniu uniwersytetu, — praca jest jednak bardzo ciężka i naogół niema nadmiaru kandydatów.

*) Uczestnik wycieczki naukowej.

Dyżur lekarza Pogotowia trwa zasadniczo trzy godziny, może powtarzać się dwa razy dziennie. Nocne dyżury są dwunasto-godzinne. W dzień pracuje na centrali jednocześnie trzech lekarzy, w nocy dwóch. Na filji w dzień dwóch, w nocy jeden.

Zarząd ma zamiar wkrótce wprowadzić przymusowe szkolenie lekarzy w kierowaniu samochodem, wychodząc z założenia, że w życiu Pogotowia decydującą rolę odgrywa sztuka lekarska i maszyna.

W razie wielkich katastrof, gdy uruchamia się wszystkie karetki — w razie choroby szofera w drodze lub w czasie wojny, gdy z powodu mobilizacji odczuwać się daje brak niższego personelu, połączenie dwu umiejętności w osobie lekarza może mieć duże znaczenie. Sanitarjusze również mają być kształceni na szoferów. Obecnie szofer jest jednocześnie sanitariuszem, ale sanitariusz posiada tylko jedną umiejętność.

Szoferów i sanitariuszy obowiązuje 24 godzinny dyżur, po którym mają 24 godzin wolnych.

Podobnie jak lekarze i niższy personel mieszka poza Pogotowiem.

Ponieważ prawie całkowita akcja udzielania pierwszej pomocy w wielkim mieście skupiła się w rękach Pogotowia Ratunkowego ruch wyjazdowy jest bardzo duży, przeciętnie 100 — 120 wezwań dziennie.

Dziwnym zbiegiem okoliczności natrafialiśmy na godziny „martwe”, mimo to odbyliśmy łącznie około 40 wyjazdów i wcale nieźle mogliśmy się zorientować w pracy lekarskiej i metodach postępowania.

Jakże często zazdrościliśmy kolegom wiedeńskim warunków w jakich pracują.

Zawsze mają zapewnione przyjęcie poszkodowanego w najbliższym szpitalu. W razie potrzeby załatwienia przypadku ambulatoryjnie, odwożą do jednej z dwu czynnych dzień i noc stacji wypadkowych. Jeśli nieszczęściu uległ ubezpieczony robotnik, w parę minut jest już przyjęty w szpitalu wypadkowym Böhlera. Na oddziałach chirurgicznych i innych specjalności stale dyżuruje zespół trzech lekarzy, gotowych każdej chwili przystąpić do operacji. Na oddział oczny np. przywieźliśmy około 11 wieczorem dziecko z przebitą przednią komorą oka. W czasie gdy lekarz łączył się ze stacją, czy niema nowego wezwania, chorą obejrzano, zakwalifikowano i przystąpiono do mycia rąk.

Wobec łatwości zabezpieczenia poszkodowanym pierwszorzędno-go leczenia następowego, panuje tendencja odwożenia pacjentów do szpitali nawet w takich przypadkach, które na gruncie warszawskim

nie bardzo są do pomyślenia. Naprzykład — nadają przejechanie. Na miejscu — potrącony przez tramwaj — zdrapanie naskórka na grzbiecie dłoni. Człowiek zamożny, z dobrą opieką domową, mimo to po dłuższej namowie został odwieziony do szpitala, a lekarz tłumaczył decyzję swą tem, że, to człowiek starszy, że stanowczo wymaga obserwacji i to fachowej.

Drugi przypadek — w mieszkaniu — służącej pękł żyłak, krwotok, po nałożeniu opatrunku krwotok zupełnie zatamowany. Po dłuższej namowie pojechała do szpitala „na radykalne leczenie”.

W takich warunkach Pogotowie spełnia właściwie rolę i sprawnie działającego biura przewozowego.

Wszak chory w ciągu niewielu minut znajdzie się w szpitalu, w doskonałych warunkach, gdzie czy to w dzień, czy to w nocy będzie mu udzielona jaknajdalej idąca pomoc. Lekarze Pogotowia wobec tego ograniczają swą interwencję do minimum. Dzieje się tak zresztą nietylko przy wyjazdach. Na stacji, w ambulatorjum, dziennie zgłasza się 5 — 10 chorych. Nie jest to rzeczą dziwną, że tak mało, bo każdy szpital, — a jest ich tak wiele w stolicy dawnego wielkiego Imperjum — ma czynne ambulatorja w dzień i w nocy. I tylko poszkodowany w pobliżu stacji zachodzi do ambulatorjum Pogotowia.

Przy dłuższym pobycie w Wiedniu obserwowaliśmy stale dziwnie miły stosunek między lekarzami, a poszkodowanymi lub publicznością. Trudno ująć w słowach na czem właściwie on polega. U pacjenta odczuwało się głębokie zaufanie do udzielanej pomocy. Postępowanie lekarza było pełne serdeczności, cierpliwości i zainteresowania. Może jest to wykładnikiem ogólnego poziomu kultury, a może cechą narodu.

To samo można powiedzieć o stosunku wiedeńczyków do nas. Otoczeni byliśmy zawsze ich miłą opieką, starali się stworzyć nastrój pełen serdeczności w odniesieniu do swych zagranicznych kolegów.

BUDAPESZT.

Przy małej uliczce Marcó wznosi się okazały, trzypiętrowy gmach Budapesztańskiego Pogotowia Ratunkowego. Reprezentacyjny portjer wskazuje nam pokój lekarza dyżurnego. Przy stole z sześciu aparatami telefonicznymi siedzi umundurowany lekarz. Właśnie w tej chwili rozmawia przez telefon. Skończył rozmowę, naciska na stole jeden, a następnie drugi guzik. W tej chwili rozlegają się dzwonki alarmowe, a wskazówka wielkiego stoppera ściennego zaczyna poruszać się mia-

rowo. Słychać zapuszczenie motoru, a po paru chwilach karetka wyjeżdża na miasto — w tym momencie automatycznie zatrzymuje się wskazówka zegara. Przyjęto wezwanie do wypadku — karetka wysłana. Lekarz jest wolny. Zwraca się do nas z pytaniem o cel przybycia. Krótka informacja z naszej strony. Pełna uprzejmości gotowość ze strony dyżurnego wprowadza nas w dobry nastrój. Potęguje się on po pełnym zdumienia pytaniu lekarza, skierowanym w moją stronę, czy rzeczywiście jestem lekarzem Pogotowia, jest to bowiem nie do pomyślenia w Budapeszcie. To ustosunkowanie się do pracy kobiet miało dla mnie tę przykrą konsekwencję, że nie mogłam wyjechać w następstwie do wypadku na miasto.

Nasz rozmówca nie mógł poświęcić więcej czasu z uwagi na dyżur przy telefonie i poprosił jednego z lekarzy o udzielenie wszelkich informacji i oprowadzenie nas po stacji.

Zaczynamy od zwiedzania garaży. Tabor składa się z 15 samochodów różnego typu, z urządzeniem naogół podobnym do warszawskich samochodów. Wszystkie karetki mają drzwi od tyłu. W samochodach, podobnie, jak w Wiedniu, niema kufereków. Przy wyjeździe karetki na miasto są one każdorazowo wynoszone ze specjalnie na ten cel przeznaczonych pokoiu.

Uwagę naszą zwraca wielki samochód, przeznaczony wyłącznie do katastrof. Samochód może pomieścić 8 lekarzy, 8 sanitariuszy, pozatem materiału opatrunkowy i 8 par noszy. Na miejscu katastrofy samochód przeistacza się w mały ambulans dzięki temu, że można powiększyć jego powierzchnię użytkową, rozwijając z boków samochodu, zwinięte w kształcie rolet brezenty, które tworzą namioty. Do oświetlenia terenu pracy służą w nocy dwie pochodnie, umieszczone z boków samochodu.

Do przewozów płatnych używa się samochodów wypadkowych, ale dla sfer zamożniejszych pogotowie rozporządza luksusową karetką, zewnątrz podobną do zwykłej limuzyny i różniącą się barwą karoserji od pozostałych aut. Również obsada (szofer i sanitariusz) ma uniform odmiennego kroju i koloru.

Wszystkie karetki są zaopatrzone w syreny mechaniczne, o dźwięku używanym w straży ogniowej. Syreny zasadniczo używa się tylko w razie rzeczywistego pośpiechu, w przypadkach utopienia, postrzału i t. p. Przepisy ruchu kołowego dla straży ogniowej i dla Pogotowia Ratunkowego są takie same. W razie użycia syreny, wszelki ruch na jezdni zamiera samorzutnie, a nie na skutek rozkazu policjanta.

Jak wspomniałam wyżej, kuferki wypadkowe znajdują się w specjalnym pokoju. Na pozór niezrozumiały ten system ma swoje logiczne wytłumaczenie. Pogotowie rozporządza kilku typami kufrów, używanych zależnie od rodzaju wypadku, więc są kufrы: pożarowe, do zatruc masowych gazem świetlnym, do otruc, do topielców i po-zatem ogólne z materiałem opatrunkowym i narzędziami. Kufrów do pożarów i zatruc masowych jest po kilka. Innych kufrów jest kilka-dziesiąt.

Kufrы pożarowe zawierają sterylizowane prześcieradła, serwetki gazowe i słoje bornej wazeliny. Taniny nie stosuje się.

Do zatruc gazem świetlnym używają przy bezdechu specjalnego aparatu z dwutlenkiem węgla, oraz w chwili doprowadzenia do od-dychania-tlenu.

Aparaty te są tak urządzone, że mogą być jednocześnie używane do ratowania 2—3 osób. Zbiorniki z dwutlenkiem węgla są niewielkie. Gaz z pod bardzo znacznego ciśnienia przepływa przez odpowiednie moderatory do gumowej poduszki i stąd pod małym ciśnieniem do-prowadzany jest do ust ratowanego. Kuferki ogólne różnią się tylko w drobnych szczegółach od budowy naszych, mianowicie: narzędzia są umieszczone na wewnętrznej stronie wieka. Nie są sterylizowane, a w razie potrzeby oczyszcza się je spirytusem. Narzędzia są używane te same co u nas, niema tylko strzykawek w spirytusie w specjalnych futerałach. Ciekawy jest nożyk (scalpel) składający się z dwu części, z których trzon jest jednocześnie pochewką.

Jeżeli chodzi o leki, to z zastrzyków jest używana tylko coffeina, kamfora, adrenalina i morfina, po-zatem wapń, który dają domięśniowo, lub dożylnie w zatruciach kwasem szczawiowym (acidum oxalicum). W przy-padku zatrucia CO dają dożylnie jednocentowy roztwór błękitu me-tylenowego w 33% glukozie.

Jodynę i amonjak przechowuje się w jednocentymetrowych am-pułkach do każdorazowego użytku. Opatrunki są gotowe. Przy zła-maniach posługują się tekturowymi łupkami i bandażami papierowymi. W przypadkach otruc kwasami podaje się oliwę, przy zasadach roz-twór 3% kwasu bornego łyżeczkami.

Po obejrzeniu garaży przechodzimy do ambulatorjum. Ruch tutaj jest mały. Zakres pracy ambulatoryjnej nie jest szeroki. Praca ograni-cza się do doraźnej pomocy w bardzo małym zakresie. Biuletynów się nie pisze. Wszelkie dane są notowane odrazu w księdze wypad-ków, w której, poza danymi osobistymi, mieści się krótka historia choroby.

Pogotowie budapesztańskie, podobnie jak i warszawskie, jest instytucją filantropijną — ze środkami utrzymania takimi jak i nasze. Zapłaty za udzielanie pomocy nie bierze się, przyjmowane są dobrowolne ofiary, bądź na kwity, bądź do puszek. Puszki są tam inne niż u nas. Przez długie lata zbierano obok fałszywych monet — guziki. Obecnie puszki są szklane o bardzo prostej konstrukcji. Przezroczystość puszek udaremnia w znacznym stopniu drobne nadużycia w ofiarności publicznej.

W sąsiedztwie ambulatorjum mieści się pokój z kilku łózkami, przeznaczony specjalnie dla epileptyków.

W pobliżu znajduje się obszerna składnica leków i materiałów opatrunkowych.

Pogotowie nie ma mieszkań dla personelu niższego. Sanitarjusze i szoferzy mieszkają na mieście. Kilka izb o urządzeniu koszarowym przeznaczonych jest na dyżurki.

Odwrotnie — mieszkań dla lekarzy jest b. dużo. Piętnastu lekarzy i 16 studentów zamieszkuje gmach Pogotowia. Mieszkania są jednopokojowe, urządzone z pewnym komfortem.

Lekarze dyżurni mają dwa pokoje sypialne, pokój jadalny, oraz pokój dzienny, gdzie jest radjo i różne gry towarzyskie. Do ambulatorjum przylega mały pokoik — gabinet lekarski — gdzie lekarz Pogotowia może przyjąć w godzinach pozaurzędowych swego prywatnego pacjenta. W pokoju dziennym wisi na ścianie specjalna tablica, na której codziennie określa się różnego koloru tabliczkami miejsce pobytu wszystkich lekarzy Pogotowia. Szybkie zmobilizowanie większej liczby lekarzy w wypadku katastrofy jest w ten sposób znacznie ułatwione.

Na górnych piętrach głównego gmachu, mieszczą się: mieszkanie naczelnego lekarza, kancelarja, sale posiedzeń, sale wykładowe, oraz muzeum.

W tem ostatniem znajduje się wiele interesujących eksponatów, między innymi relikwie po wielkim pożarze w Budapeszcie, w czasie którego zginęło kilka tysięcy osób, następnie szereg barwnych tablic z zakresu pierwszej pomocy, wykonanych odręcznie przed 50 laty, przez naczelnego lekarza Pogotowia, a zarazem profesora chirurgji na Uniwersytecie.

Obok muzeum mieści się wielka sala wykładowa z wielu fantomami, barwnymi tablicami oraz aparatem kinowym. W sali tej odbywają się przymusowe kursy z ratownictwa dla właścicieli samochodów prywatnych, dla szoferów i policjantów, pozatem dobrowolne dla robotników, nauczycieli i szeregu instytucyj. Co pewien czas i personel

niższy Pogotowia słucha wykładów dokształcających. Na kursach tych anatomję i fizjologję człowieka traktuje się bardzo pobieżnie, a ćwiczy się na fantomach samą technikę ratowania.

Pogotowie Ratunkowe, poza propagandą metod ratownictwa wśród szerokiej publiczności, stara się jeszcze rozbudzić zainteresowanie tą pracą w świecie lekarskim. Rok rocznie, na początku roku szkolnego, są organizowane kursy praktyczne i teoretyczne dla studentów I semestru medycyny. Ci ostatni po ukończeniu studjów odbywają jeszcze raz 3 miesięczny staż w Pogotowiu.

Wykładowcami na tych kursach są lekarze Pogotowia, specjalnie za to dobrze wynagradzani. Z salą wykładową sąsiaduje wielka sala posiedzeń, gdzie, tak jak i u nas, odbywają się raz w miesiącu posiedzenia referatowe. Prelekcje mają najczęściej zaproszeni profesorowie uniwersyteccy różnych specjalności. Tematy są z rozmaitych dziedzin wiedzy lekarskiej, związane z zagadnieniem pierwszej pomocy. Referuje się pozatem ciekawsze wypadki z zakresu działalności Pogotowia. Posiedzenia są zwykle bardzo licznie uczęszczane i przez lekarzy z miasta. Corocznie ogłaszany bywa konkurs na pracę z dziedziny ratownictwa, a Uniwersytet oddaje uczestnikom do rozporządzenia swe pracownie.

W westybulu zwróciły naszą uwagę wiszące dyplomy. Okazuje się, że lekarze Pogotowia otrzymują oznaki honorowe w postaci brązowych, srebrnych i złotych medali za wybitniejsze czyny, dokonane w ciągu roku.

Pozatem Pogotowie wydaje, tak jak i u nas, miesięcznik w sprawach ratownictwa.

Zapoznawszy się z urządzeniami, przechodzimy do pokoju gościnnego, oczekując na wyjazd.

Rozmawiamy z naszym przewodnikiem na temat organizacji instytucji i warunków pracy jej personelu.

Budapesztańskie Pogotowie ma wieloletnią tradycję. Jest towarzystwem filantropijnem z obieralnym zarządem na czele. Utrzymuje się przeważnie ze składek, darowizn, przewozów, ofiar, subwencyj ze strony miasta i imprezy sylwestrowej. Cały ostatni dzień roku odbywa się pod znakiem Pogotowia. Dochody z balów, teatrów, redut i restauracyj przeznacza się na rzecz tej instytucji. W tym dniu jest również zwyczaj, że każdy administrator zbiera w swoim domu ofiary na Pogotowie według imiennej listy. Wielcy fabrykanci i właściciele zakładów przemysłowych dają znaczne ofiary pieniężne.

W Pogotowiu pracuje lekarz naczelny, jego zastępca, 9 lekarzy starszych, 10 lekarzy-kontrolerów, 15 lekarzy-internów, oraz 16 rygorozantów-stażystów.

Stały dyżur pełni 4 lekarzy i 4 rygorozantów. Jeden z lekarzy przyjmuje telefony, jeden pracuje wyłącznie w ambulatorjum, 2 wyjeżdża do wypadków. Do wypadków mniejszej wagi jak np. zachorowań jadą rygorozanci, do poważniejszych lekarze.

Dyżuryienne są 3 godzinne, nocne 12 godzin. Rygorozanci mają służbę 24 g. W nocy dyżuruje 7 lekarzy, 3 na stacji i 4 miejscowych. Liczba wyjazdów dziennie 60—70. Przewozów płatnych mają 30—40 dziennie. Prywatnych organizacyj pierwszej pomocy niema w Budapeszcie, podobnie jak i w Wiedniu.

Mimo rozległego terenu i wielkiego ruchu ulicznego pieszego i kołowego w mieście istnieje tylko jedna stacja. Filji niema i to wpływa nie tyle z trudności organizacyjnych ile z braku potrzeby. Mieszkańcy Budapesztu są w wielkiej liczbie wyszkoleni w ratownictwie, mogą udzielać sprawnie pierwszej pomocy, nie zrywając w wielu wypadkach Pogotowia.

Dużą rolę odgrywa i szybkość z jaką karetki przenoszą się z miejsca na miejsce, dzięki odpowiednim przepisom, o których wspominałam powyżej.

W czasie naszej rozmowy wpływają 3 wezwania. Wyjeżdżają do nich rygorozanci. Są to zachorowania uliczne. Obserwuję czas, jaki upływa od momentu wezwania do wyjazdu. Wskazówka wielkiego stoppera nie przekroczyła nigdy minuty.

Znowu wezwanie. Karetka już czeka w bramie. Lekarz ma tylko czapkę Pogotowia, pozatem ubrany jest po-cywilnemu.

W imieniu d-ra Sroczyńskiego pozwalam sobie przytoczyć w tem miejscu jego wrażenia z wyjazdu na miasto.

Jedziemy bez syreny,—wypadek pospolity,—częsty u nas—chory z gruźlicą płuc z krwiopluciem,—nie mógł dostać miejsca w szpitalu, położył się na ulicy. Lekarz bada chorego, a ja przyglądam się tłumowi. Wydaje mi się, że stosunek publiczności jest b. miły, myślę, że Pogotowie Budapesztańskie cieszy się zasłużoną sympatją wśród publiczności.

Wracamy wolno. Rozpoczynam rozmowę z lekarzem na temat życia wewnętrznego Pogotowia. Stosunki między lekarzami i dyrekcją są bardzo miłe. Zarobki lepsze niż u nas. Młodemu lekarzowi jest bardzo trudno uzyskać zajęcie w Pogotowiu, gdyż czasokres pracy lekarza nie jest ograniczony. Pracują niektórzy po kilkadziesiąt lat. Emerytur niema.

Rozmowa się przerywa. Jesteśmy na miejscu. Lekarz wpisuje wszelkie dane o wypadku do księgi głównej wyjazdowej. Są w niej

te same pozycje co i u nas. Tylko podobnie, jak w księdze ambulatoryjnej, notuje się tutaj krótką historję choroby, nieco może obszerniej niż w tamtej.

Znowu wezwanie. Jedziemy do utopionego.

Wypadek ważniejszy, więc szofer używa syreny. Na dźwięk sygnału Pogotowia ruch uliczny zamiera, stają samochody, tramwaje, publiczność zatrzymuje się na skrzyżowaniach ulic. Droga zupełnie wolna. Samochód jedzie z szybkością 80 km. na godzinę. W ciągu kilku minut jesteśmy na miejscu.

Samobójczyni jest przytomna. Pierwszej pomocy udzielił jej policjant. Zabieramy do szpitala. Przyglądam się formalnościom przy przyjęciu. Widzę, że lekarz nie zostawia biuletynu w szpitalu. Lekarz dyżurny kładzie tylko pieczętkę i podpis na znak, że chorego przyjął. Biuletyn zabiera lekarz Pogotowia. Formalności już załatwione. Trzeba dowiedzieć się, czy niema wezwania do innego wypadku.

Krótką rozmowa telefoniczna i wracamy na stację.

* * *

W Budapeszcie zorientowano się dawno, że Pogotowie nigdy nie zdąży na czas w wypadku topienia się. Tu pomoc musi być rzeczywiście udzielana natychmiastowo, w chwili wydobycia topielca z wody, jeśli ma się okazać skuteczną. Oba brzegi Dunaju usiano więc szeregiem ratunkowych stacji policyjnych, tak zwanych wodnych. Policjanci są specjalnie szkoleni w ratownictwie utopionych, a Pogotowie wzywają tylko do osób dających oznaki życia.

Na zakończenie spostrzeżeń budapesztańskich chcę jeszcze podkreślić jeden szczegół charakterystyczny dla tego miasta. Oto o wypadkach nieszczęśliwych, ani o samobójstwach nie zawiadamia się prasy, ani ze strony policji, ani ze strony Pogotowia.

Wszak opisy zamachów samobójczych znajdować mogą naśladowców. Prasa zajmuje zresztą uwagę czytelników godniejszemi tematami.

B E O G R A D.

Organizacja pierwszej pomocy jest w założeniu pomyślana bardzo racjonalnie. Jest jedyną instytucją tego rodzaju w Beogradzie.

Składa się z trzech elementów: polikliniki, stacji wyjazdowej i małego oddziału dla chorych, wymagających natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Wszystkie te jednostki są skupione w jednym budynku, mają wspólne mianownictwo, kancelarię i są utrzymywane przez miasto.

Poliklinika ze specjalnościami — chirurgją, ginekologją, internją, laryngologją, okulistyką, dentystryką i zakładem rentgenologicznym jest czynna cały dzień.

Leczy się tu ambulatoryjnych chorych, pozatem lekarze specjaliści załatwiają wszystkie przypadki nagłe, chorych przychodzących, narówni z przywożonemi przez karetki.

Chorzy wymagający natychmiastowego zabiegu są w porze dziennej operowani przez lekarzy specjalistów na jednej z 4-ch sal operacyjnych. Po operacji pacjenta można umieścić na przeciąg 3 — 4 dni w separatkach polikliniki. Po upływie tego terminu kieruje się go do domu, lub na dłuższe leczenie do jednego ze szpitali miejskich.

Poliklinika jest czynna tylko w dzień. Wypadki nocne i dzienne, nie wymagające natychmiastowej interwencji, są odwożone do szpitali miejskich.

Zalety tego systemu udzielania pomocy są bardzo duże. Pomocy daleko idącej, udziela się szybko, przez specjalistów. Dla lekarza system ten jest wysoce doksztalcający, gdyż daje mu możność stalego sprawdzania swych rozpoznań i obserwowania przebiegu leczenia.

Pierwszej pomocy przy wyjazdach udzielają lekarze, którzy dyżurują w liczbie dwóch jednocześnie w dzień, a pojedynczo w nocy.

Telefony z miasta odbiera lekarz wyłącznie tem się zajmujący. Nie pełni on pozatem dyżurów lekarskich.

Karetek mają 4. Każda karetka zaopatrzona jest w nosze i dwa kufry; jeden z materiałem opatrunkowym, drugi do zatruc. Zestaw kufurów jest wzorowany na typie wiedeńskiego Pogotowia.

Poza wypadkami na ulicy Pogotowie załatwia wszystkie wezwania, nie wyłączając zachorowań nagłych w mieszkaniach prywatnych.

Pogotowie wyjeżdża również do wypadków poza obręb miasta w promieniu 100 km., w okolice pozbawione komunikacji kolejowej. Oczywiście tylko do wypadków ważniejszych.

Liczba ogólna wyjazdów dziennie wynosi około 30. Za udzielenie pomocy Pogotowie pobiera opłatę, w wysokości 30 dy-narów (około 3 zł.), tylko w tym wypadku, jeżeli ktoś może płacić. Miernikiem zamożności pacjenta jest subiektywna ocena lekarza. Zresztą, kierując się względami humanitarnymi, nie kładzie się większego nacisku na stronę finansową. Przeciętnie płaci $\frac{1}{4}$ poszkodowanych.

Za pomoc udzielaną członkom Kasy Chorych instytucja Pogotowia otrzymuje 30 dynarów.

Pogotowie ma duże możliwości rozwojowe. W Beogradzie widzi się wogóle duży rozmach życiowy w kierunku rozbudowy miasta i nowoczesnie urządzonej szpitali. Poza to dzięki hojnemu darowi jednego z obywateli (p. Spasicza) w postaci 5 milj. dynarów, ma powstać wkrótce przy Pogotowiu oddziałek chorób wewnętrznych, do umieszczania nagłych zachorowań.

Z organizacją Pogotowia w Beogradzie zapoznał nas łaskawie naczelny lekarz dr. Terbojewicz, który przesyła za naszym pośrednictwem pozdrowienia braciom Polakom.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego lekarzy Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Dnia 30 stycznia b. r. w sali Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej odbyło się posiedzenie naukowe przy udziale zaproszonych gości i lekarzy Pogotowia Ratunkowego pod przewodnictwem D-ra A. Jokiela.

Porządek dzienny:

- 1) Ref. „Tlen w lecznictwie i ratownictwie“ — wygłosił Dr. Malinowski
- 2) „Stosowanie CO₂ w przypadkach udzielania pierwszej pomocy“ — wygłosił Dr. Śledziwski.

W toku wygłaszanych referatów przedstawiciel firmy „Perun“ demonstrował 3 typy aparatów tlenowych, które mogłyby znaleźć zastosowanie na terenie Pogotowia, zwłaszcza aparat dwustopniowy z dozownikiem.

W dyskusji wyrażono życzenie, aby na stacji Pogotowia Ratunkowego wprowadzono pewne ulepszenia do już istniejących aparatów tlenowych i przygotowano personel lekarski do stosowania CO₂.

Z dniem 1 stycznia 1936 r. ustąpił z komitetu redakcyjnego „Doraźnej Pomocy Lekarskiej Dr. R. Woyno.

Do Redakcji nadesłano Kalendarz Lekarskiego Pogotowia imienia Marszałka Piłsudskiego w Poznaniu na rok 1936.

W wydawnictwie tem uwzględniono udzielanie pomocy w nagłych wypadkach, w pracy dr. Goszczyńskiego pod tytułem: „Poradnik lekarski w nagłych wypadkach“.

Statystyka Stacji Ratunkowych

za m. lipiec 1935 r.

| | | War- szawa | Kra- ków | Lwów | Łódź | Wilno | Po- znań | Lublin |
|-----------------------|---|---------------|-------------|-------|------|-------|-------------|--------|
| | Udzielono pomocy osobom: | 2.717 | 1.412 | 1.667 | 817 | — | 650 | — |
| | Na mieście | 674 | 624 | 531 | 389 | — | 308 | — |
| | W ambulatorjach | 2.043 | 788 | 1.136 | 428 | — | 342 | — |
| | Mężczyznom | 1.447 | 784 | 812 | 369 | — | 337 | — |
| | Kobietom | 828 | 553 | 569 | 329 | — | 239 | — |
| | Dzieciom do lat 15 | 442 | 75 | 286 | 119 | — | 74 | — |
| | Odwieziono do szpitali | 282 | 478 | 362 | 220 | — | 68 | — |
| | Odwieziono do domu | 107 | 38 | 70 | 49 | — | 6 | — |
| Zastąpienia nagłe | Napady nerwowe: | 40 | 9 | 9 | 12 | — | 6 | — |
| | Oslabienia i omdlenia | 54 | 181 | 20 | 34 | — | 56 | — |
| | Zatrucia wyskokiem | 20 | 12 | 8 | 6 | — | 1 | — |
| | Zatrucia pokarmami | 3 | — | 10 | 5 | — | 3 | — |
| | Zatrucia gazami | 7 | 3 | 2 | — | — | — | — |
| | Inne zastąpienia | 257 | 32 | 116 | 141 | — | 79 | — |
| | Śmierci | *) 8 | 1 | 3 | 5 | — | 3 | — |
| Noworodki | — | — | — | 1 | — | — | — | |
| Razem | 381 | 237 | 168 | 204 | — | 148 | — | |
| Urazy | Wstrząs | 1 | 2 | 2 | — | — | 4 | — |
| | Rany cięte, klute, tłucz. i t.d. | 976 | 502 | 510 | 204 | — | 211 | — |
| | Rany postrzałowe | 17 | 1 | 7 | 8 | — | — | — |
| | Złamania kości | 126 | 21 | 44 | 17 | — | 32 | — |
| | Krwotoki | 20 | 2 | 34 | 49 | — | 19 | — |
| | Oparzenia term. i chemicz. | 59 | 12 | 25 | 12 | — | 4 | — |
| | Ciała obce i udławienia | 320 | 201 | 306 | 85 | — | 28 | — |
| | Inne urazy | 699 | 9 | 229 | 142 | — | 80 | — |
| | Śmierci | *) 16 | — | 2 | 3 | — | 4 | — |
| | Razem | 2.218 | 750 | 1.159 | 520 | — | 382 | — |
| Zamiaty samobój. | Otrucia | 62 | 7 | 13 | 19 | — | 4 | — |
| | Postrzały | 3 | — | 2 | 3 | — | — | — |
| | Rany cięte i klute | 6 | 3 | 2 | 2 | — | — | — |
| | Powieszenia | 4 | 1 | — | 4 | — | — | — |
| | Utopienia | 4 | — | — | — | — | — | — |
| | Rzucenie się z wysokości | 5 | 2 | 2 | — | — | — | — |
| | Inne | — | 1 | 1 | — | — | — | — |
| | Śmierci | *) 3 | 1 | 2 | *) 4 | — | 3 | — |
| Razem | 84 | 14 | 22 | 28 | — | 7 | — | |
| Urazy według przyczyn | Przeje- ciańia { Samochody | 50 | 7 | 6 | 3 | — | 11 | — |
| | { Tramwaje | 17 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — |
| | { Inne pojazdy | 113 | 16 | 8 | 19 | — | 10 | — |
| | Upadki z wysokości | 95 | 3 | — | 128 | — | 5 | — |
| | Napady i rozprawy nożowe | 285 | 13 | — | 14 | — | 6 | — |
| Bójki | 215 | 44 | — | 8 | — | 37 | — | |
| | Obłąkanie | 1 | 2 | 3 | 9 | — | 1 | — |
| | Porody i poronienia | 18 | 6 | 24 | 54 | — | — | — |
| | Symulacje | 12 | 2 | — | 2 | — | 5 | — |
| | Wezwania niewłaściwe | 10 | 5 | — | 11 | — | 3 | — |
| | Przewozy chorych | 192 | 409 | 276 | — | — | 104 | — |
| | Rażenie prądem elektrycz. | 3 | — | — | — | — | — | — |
| | Śmierci | *) 1 | — | — | — | — | — | — |

*) W tem

Przegląd czasopism

Wstrzykiwanie podskórne tlenu przy leczeniu krwotoków płucnych.

M. Courcoux stosował takie leczenie w 34 przypadkach obitych krwotoków płucnych i uzyskał w 25 — efekt natychmiastowy bez uciekania się do innych środków przeciwkrwotocznych. Należy wstrzykiwać w ilości od 300 do 600 cm. tlenu. Chorzy znoszą te wstrzykiwania doskonale; działają one dodatnio nawet na stan ogólny, wywołując uczucie spokoju i pewnej euforii, zwłaszcza u pacjentów z anemikojnych częstym widokiem krwi. Zazwyczaj wystarcza jedno wstrzyknięcie; można jednak powtarzać je w miarę potrzeby. Mechanizm działania przeciwkrwotocznego tej metody jest dotychczas nie wyjaśniony.

L. G.

Medycyna Współczesna, str. 143 r. 1935.

Z. Dziembowski. Leczenie ran zapomocą miejscowego stosowania tranu
Now. Lek. N. I. 1935.

Autor, idąc za wskazówkami Loehra, wypróbował stosowanie tranu w przypadkach ran urazowych pochodzenia jak również w przypadkach oparzeń.

Polecając miejscowe stosowanie tranu, Loehr wymienia jego zalety, a mianowicie: tran, otrzymany z apteki nie zawiera żadnych zarazków, zawiera witaminy, działa korzystnie na młody, narastający na gojącą się ranę naskórek, przyspiesza wybitnie pokrycie się naskórkiem ran rozległych np. po rozległych oparzeniach. Opatrunki z tranu mogą długo leżeć, nawet dni kilkanaście, co ma duże znaczenie, chroniąc pacjenta od zakażenia wtórnego i chroniąc granulacje od uszkodzenia podczas zmiany opatrunku.

W Niemczech maść tranowa nosi nazwę „unguentanol“ według Loehra. Autor stosował maść tranową według następującego przepisu: Ol. Jecoris aselli 40 i vaselini ad 100. Na ranę przykładła się gazę opatrunkową z grubą warstwą maści. Opatrunek pozostaje możliwie długo na ranie bez zmiany, zależnie od tego, czy rana silnie ropieje lub nie — 10 — 14 dni. Autor odniósł wrażenie, że maść ta w grubej warstwie działa kojąco na ból. O stosowaniu maści w razie oparzeń Dziembowski mówi, jak następuje: „Nie od rzeczy będzie tu podkreślić, że w bardzo rozległych, a w szczególności cyrkularnych oparzeniach, gdy chory wręcz zmuszony jest leżeć na miejscach oparzonych, oraz tam, gdzie oparzone są partje skóry narządów płciowych lub w pobliżu odbytu oraz w rozległych oparzeniach u dzieci, możemy posługiwać się znakomicie maścią tranową, którą wówczas w grubej warstwie smarujemy na większe kawałki płótna, pieluszki lub prześcieradła, zawijając większe przestrzenie ciała, całe kończyny albo wręcz całych drobnych pacjentów. Blizny po oparzeniach dzięki zastosowaniu omawianej metody były zawsze dobre. Jeżeli chodzi o oparzenia to i tu ew. zabieg chirurgiczny ogranicza się do usuwania ciał obcych lub takich strzępów tkanek, które są napewno stracone i luźne, i nakłócia co najwyżej pęcherzy oparzeniowych.

Fr. O.

Otto Munsch: Zmiany we krwi po zatruciu gazami bojowymi jako czynnik ułatwiający rozpoznanie. (Klin. Woch. Nr. 13, 1934).

Autor przeprowadził badania na zwierzętach zmian w obrazie krwi, jakie zachodzą po zadziałaniu pary iperytu i doszedł do następujących wniosków: zmniejszenie liczby czerwonych ciałek, jak również i hemoglobiny, przemijająca netrofilja, po której neutropenja, limfopenja i po niej limfocytoza. W okresie ozdrowienia silna limfocytoza i zjawienie się eozynofilów. Zwiększa się szybkość opadania czerwonych ciałek krwi. Autor podkreśla wielką wartość badania krwi po zatruciu gazami bojowymi.

Przegląd obr. przeciwłot. i przeciwigaz. Nr. 2, 1935.

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 58 tel. 11-69-00.