

LEKARZ KOLEJOWY



LEKARZ KOLEJOWY



Stosownie do decyzji Zjazdu Delegatów Kół Zrzeszenia z dnia 4. 12. 27 r. wydawnictwo Zarządu Głównego nosić będzie obecnie nazwę: „Lekarz Kolejowy”. Liczba numerów, wydawanych w ciągu roku, będzie zależała od ilości materiału, jaki Kółka nadeszły. Z tej racji Zarząd Główny zwraca się z gorącym apelem do wszystkich członków Zrzeszenia, aby referaty swoje, wygłaszane na zebraniach Kół, zechcieli kierować przez swoje Zarządy do Zarządu Głównego.

ZARZĄD GŁÓWNY
ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH.



Biblioteka Jagie



100296982

54

II-gi Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Gdyni dnia 26—29 IV. 1927 r.

Komitet Zjazdu.

Dr. Bermański (Gdańsk), Dr. Łangowski (Gdańsk), Dr. Majkowski (Kartuzy), Dr. Mazurek (Warszawa), Dr. Mojkowski (Warszawa), Dr. Skowroński (Gdynia), Dr. Szwabe (Starogard), Dr. Tapper (Wejherowo), Dr. Temerowski (Gdańsk), Dr. Zawadzki (Warszawa), Dr. Żynda (Puck).

PROGRAM ZJAZDU.

I-szy dzień, niedziela 26 czerwca.

1. Godz. 11,15 otwarcie Zjazdu.
Przerwa 10 minutowa.
2. Posiedzenie plenarne:
 - a) Dr. Zawadzki. Organizacja pomocy lekarskiej na P.K.P.
 - b) Dyskusja.
3. Godz. 14-ta wspólny obiad.
4. Godz. 16—17-ej zebranie delegatów.
5. Godz. 17-ta dalszy ciąg obrad.
 - a) Dr. Demianowski. Ustrój sanitarno - lekarski na kolejach angielskich.
 - b) Wolne wnioski.
6. Zamknięcie Zjazdu.
7. Godzi 7.30 herbata w willi Świt dla uczestników Zjazdu i gości.

II-gi dzień, poniedziałek 27 czerwca.

8. Całodzienna wycieczka morska do Gdańska i na pełne morze.

III-ci dzień, 28 czerwca.

Wycieczka specjalnym pociągiem do Szwajcarji Kaszubskiej.

IV-ty dzień dnia 29 czerwca.

Zwiedzenie Sopotu i Oliwy.

1-szy dzień Zjazdu.

Przy udziale 110 członków Zrzeszenia, kilkudziesięciu członków, ich rodzin i licznych zaproszonych gości Prezes Zarządu Głównego, Dr. J. Zawadzki otworzył Zjazd i podziękował gościom za zaszczytowanie Zjazdu swą obecnością.

Na przewodniczącego powołano D-ra Zgórskiego ze Lwowa, na asesorów: Dr. Cieńciałę (Katowice), Dr. Surawskiego (Warszawa), na sekretarza D-ra Schwabe'go (Starogard).

Pierwszy zabrał głos Dr. Borzęcki, jako przedstawiciel Ministerstwa Komunikacji, i zaznaczył, że główny temat obrad Zjazdu szczęśliwie został wybrany, gdyż wkrótce projekt reorganizacji pomocy lekarskiej na kolejach będzie rozpatrywany przez Ministerstwo Komunikacji. Wnioski, uchwalone w tej sprawie na Zjeździe, będą wzięte pod uwagę przez Ministerstwo.

P. inż. Jędrkiewicz, przedstawiciel Dyrekcji Gdańskiej, złożył Zjazdowi życzenia, aby obrady jego były owocne dla Kolejnictwa polskiego i Sanitarjatu kolejowego.

Pan inż. Błaszkowski w imieniu Koła Gdańskiego Związku Polskich Inżynierów kolejowych pozdrawia uczestników Zjazdu i życzy, aby obrady przyniosły jaknajwiększą korzyść dla kolejnictwa i Ojczyzny naszej.

Odczytano listy i depesze od Prezesów wszystkich Dyrekcji kolejowych, starosty Województwa Pomorskiego i Naczelnika Wydziału Sanitarnego w Stanisławowie.

Dr. J. Zawadzki (Warszawa) wygłosił odczyt pod tytułem: Organizacja pomocy lekarskiej na P. K. P.

Autor zgłosił następujące tezy:

1. Każdy pracownik kolejowy i jego rodzina muszą mieć zabezpieczoną pomoc na wypadek choroby.

2. W powyższym celu powstaje fundusz ubezpieczeniowy, który składa się z wkładek pracowników kolejowych i Kolei w odpowiednim stosunku.

3. Zarząd funduszu spoczywa w rękach Ministerstwa Komunikacji, któremu dodana jest doradcza Rada Funduszowa, złożona z delegatów pracowników.

4. W poszczególnych Dyrekcjach Zarząd spoczywa w ręku Dyrekcji, której dodany jest doradczy komitet funduszowy, złożony z delegatów - pracowników kolejowych.

5. Pomocy lekarskiej pracownikom i ich rodzinom udzielać będą lekarze powoływani przez Dyрекcję.

6. Świadczenia na rzecz pracowników i ich rodzin nie mogą być niższe, od świadczeń, określonych w Ustawie o Kasach Chorych.

1. Wszyscy lekarze, pracujący w kolejnictwie, są funkcjonariuszami kolejowymi i powoływani są na stanowiska przez Dyрекcję Kolejową i zatwierdzani przez Ministerstwo Kolei.

2. Wynagrodzenie lekarzy normowane będzie indywidualnie wedle klucza, ustanowionego przez Ministerstwo Kolei.

3. Jako rejon normalny uważać się będzie nie więcej niż 1500 osób, mających prawo do pomocy lekarskiej.

4. Każdy 1 klm. przestrzeni odpowiada 10 osobom.

5. Rejony mniejsze, lub większe będą odpowiednio honorowane niżej, lub wyżej.

6. Co do lekarzy szpitalnych i specjalistów, to będą obowiązywały oddzielne normy wynagrodzenia ich pracy.

7. Lekarze mają ubezpieczoną emeryturę według obowiązujących w kolejnictwie przepisów.

8. Usunięci mogą być lekarze jedynie w drodze dochodzenia dyscyplinarnego lub przekroczeń, kolidujących z Ustawą Karną.

9. Wizyty nocne od godz. 20-ej do godz. 8-ej i wyjazdy po za teren rejonu mają być honorowane w wysokości jednodniowej djety urzędników VI rangi.

10. Każdy lekarz otrzymuje w ciągu roku jednomiesięczny urlop płatny.

11. W razie choroby lekarza koszt zastępstwa ponosi w całości Dyрекcja z tem, że przysługuje mu prawo chorowania w ramach, przewidzianych przez Ustawę Kolejową.

12. Dotychczasowi lekarze kolejowi muszą być pozostawieni na swoich stanowiskach, o ile nie mają 35-ciu lat służby.

13. Przy przechodzeniu na emeryturę wszystkim dotychczasowym lekarzom kolejowym muszą być zaliczone dotychczasowe lata służby kolejowej, państwowej i samorządowej.

14. Każdy lekarz kolejowy otrzymuje legitymację kolejową dla siebie i swojej rodziny klasy I-ej i bilet służbowy I-ej klasy na okręg dyrekcyjny.

DYSKUSJA.

Dr. Zieliński zapytuje, czy emeryci kolejowi również mogą korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej.

- Dr. Borzęcki wyjaśnia, że posiadają to prawo.
- Dr. Żebrowski zapytuje, czy robotnicy sezonowi mają prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej.
- Dr. Zawadzki kolumnuje, że wszyscy robotnicy sezonowi muszą być ubezpieczeni w Kasach Chorych.
- Dr. Nieć i Umiastowski przemawiają za tem, ażeby do Rady Funduszu należeli również lekarze.
- Dr. Zawadzki zaznacza, że pewna liczba członków wejdzie do Rady z nominacji Ministerstwa. Wśród nich napewno znajdują się i lekarze.
- Dr. Hager zaznacza, że, o ile projektowana reorganizacja weszła by w życie, uległaby skasowaniu Kasa Chorych kolejowa istniejąca na Śląsku. Byłoby to połączone z krzywdą dla lekarzy, gdyż zarobki ich uległyby znacznemu uszczupleniu. Przedmówca wyraża obawę, że Ministerstwo Komunikacji mogłoby zabronić wolnej praktyki i pracy w Kasach Chorych. Lekarze ze Śląska Górnego są przeciwni projektowanej reformie.
- Dr. Zawadzki uważa obawy D-ra Hagera za płonne, wynagrodzenie lekarzy kolejowych będzie powiększone, zabronienie zaś wolnej praktyki i pracy w Kasach Chorych jest wykluczone.
- Dr. Białowiejski uważa proponowany podział na rejony za niesłuszny. Będą one zbyt małe, co ujemnie odbije się na poborach lekarzy.
- Dr. Żebrowski zgłosił do art. 2 i 3 dwie poprawki:
- art. 2. Zwierzchni nadzór nad organizacją i działalnością służby lekarskiej na kolejach i Zarząd Funduszu ubezpieczeniowego należy do Ministerstwa Komunikacji, które posiada centralny Wydział Lekarsko-sanitarny dla wszystkich kolei. Pozatem zostaje utworzona doradcza Rada Funduszu, złożona z delegatów - pracowników.
- art. 3. W poszczególnych dyrekcjach Zarząd Funduszu spoczywa w ręku Dyrekcji za pośrednictwem Wydziału Sanitarnego, którym dodane są Rady doradcze, składające się z pracowników kolejowych.
- Poprawki przyjęto.
- Dr. Surawski proponuje poprawkę, ażeby pracownicy kolejowi płacili za lekarstwa chociażby minimalną sumę, co niewątpliwie wpłynęłoby na większe poszanowanie przez nich środków lekarskich.

Dr. Zawadzki przemawia za pozostawieniem redakcji art. 6 bez zmian.

Dr. Borzęcki zaznacza, że Ministerstwo Komunikacji nie będzie przeciwne omawianemu wnioskowi.

Dr. Borawski i Dr. Nieć przemawiają za wnioskami D-ra Surawskiego.

Przy głosowaniu nad I częścią tez przyjęto bez zmian art. 1, 4, 5 i 6.

Dyskusja nad II cz. tez.

Dr. Demianowski jest przeciwny brzmieniu art. 1 i proponuje, aby wyrazy „urzędnikami etatowymi” zastąpiono wyrazami „lekarzami powoływanymi”... Motywuje to tem, że chorzy będą mieli mniejsze zaufanie do lekarzy urzędników.

Dr. Cyran zaznacza, że na Górnym Śląsku lekarze powiatowi są przeważnie również lekarzami kolejowymi. Gdyby utrzymało się brzmienie art. 1 nie mieliby oni prawa zajmowania tych stanowisk, co ze względu na brak lekarzy Polaków byłoby wielce niepożądane.

Dr. Zawadzki proponuje poprawkę do art. 1 „Wszyscy lekarze kolejowi są funkcjonariuszami państwowymi, powoływanymi przez D. K. P.”.

Przy głosowaniu poprawkę przyjęto.

Dr. Zgórski zaznacza, że praca lekarska winna być wynagradzana jak najlepiej. W sprawie unormowania uposażeń lekarskich winny zabrać głos i Izby Lekarskie.

Dr. Nieć uważa brzmienie art. 2 za niebezpieczne. Proponuje, aby norma płac ustalona została w porozumieniu ze Związkami lekarskimi.

Dr. Hager zaznacza, że w Poznańskim lekarze miejscowi nie zgodzili się na wprowadzenie stałych płac, wskutek czego D. K. P. Poznań była zmuszona sprowadzić lekarzy z innych dzielnic, co doprowadziło do dalszych nieporozumień. Ponieważ lekarze górnośląscy stoją na stanowisku lekarzy poznańskich, przedmówca proponuje dodać do art 2 wyrazy „po porozumieniu się z Zrzeszeniem lekarzy kolejowych”.

Dr. Smoliński wyjaśnia, że lekarze poznańscy domagali się wprowadzenia do lecznictwa kolejowego wolnego wyboru, na co Ministerstwo nie zgodziło się. To było przyczyną zatargu, jaki w Poznaniu powstał.

Dr. Surawski. Wysokość uposażenia lekarzy kolejowych może być

ustalona w porozumieniu z Zrzeszeniem lekarzy kol. Jednakże decyzje Rządu nie mogą być uzależnione od postulatów i wniosków Zrzeszeń.

Dr. Z g ó r s k i proponuje aby art. 2, wobec rozbieżności zdań, odesłać dla ostatecznej redakcji na posiedzenie delegatów Kół.

Propozycję tę przyjęto.

Dr. Z a w a d z k i komunikuje, że w referacie swoim, w celu dokładniejszego określenia art. 3, proponuje, aby u jednego lekarza mogło się leczyć nie więcej niż 1000 osób. Ten stosunek uwzględniony jest w statystykach prawie wszystkich krajów. Przedmówca sądzi, że w interesie lekarzy są większe rejony, gdyż wtedy i pobory będą wyższe.

Dr. Z g ó r s k i uważa liczbę 600 pracowników za zbyt wysoką, gdyż na jednego pracownika należy liczyć $1\frac{1}{2}$ członka rodziny.

Dr. N i e d ź w i e c k i. Każdy lekarz w swoim miesięcznym sprawozdaniu podaje ilość leczonych pracowników i członków rodzin, nie trudno więc zrobić odnośne obliczenie. Zapytuje, gdzie będzie się leczyła nadwyżka ponad 1000 uprawnionych do leczenia, odłączyć bowiem pracowników od ich rodzin nie można.

Dr. S u r a w s k i. W większych skupieniach kolejarzy tworzenie dużych oddziałów jest możliwe i pożądane, a to w celu lepszego uposażenia lekarzy. Na linii system ten nie da się utrzymać i tutaj muszą być zastosowane pewne ograniczenia. Proponuję aby wszystkich pracowników i członków rodzin mnożyć przez ustaloną mnożną.

Dr. Z g ó r s k i i B i a ł o w i e j s k i proponują, ażeby liczbę uprawnionych do leczenia ustalić na 3000—4000 osób, o ile niema linii.

Dr. F l i s uważa, że 1500 uprawnionych do leczenia najzupełniej wystarcza.

Dr. P o k r z y w k a podaje, że w swoim rejonie posiadającym 623 pracowników + rodziny, musi przeciętnie pracować 10 godzin dziennie.

Dr. D e m i a n o w s k i zaznacza, że obecna dyskusja byłaby wtedy celową, gdybyśmy wiedzieli, jaka będzie opłata od jednego uprawnionego do leczenia.

Dr. N i e ć jest zwolennikiem małych rejonów, gdyż wtedy lekarz ma możliwość dokładnego poznania personelu kolejowego.

- Dr. Surawski podnosi, że lekarz kolejowy może dokładnie załatwić 20 porad dziennie, o ile będzie dobrze opłacany i nie będzie potrzebował szukać pobocznych zajęć.
- Dr. Zawadzki stawia następujący wniosek do art. 3:
„Maksymalna ilość uprawnionych do leczenia u jednego lekarza nie powinna przekraczać 1500 osób”. Wniosek przyjęto.
- Dr. Mazurek proponuje uchwalić art. 4 w następującym brzmieniu: „Każdy 1 kilometr linii odpowiada 15 członkom”. Wniosek przyjęto.
- Art. 5, 6 i 7 przyjęto bez dyskusji.
- Dr. Lang zapytuje, jaką maksymalną grupę uposażenia będzie mógł osiągnąć lekarz rejonowy.
- Dr. Zgórski wyjaśnia, że dojść może do VI grupy.
- Dr. Wróblewski zwraca uwagę, że przy opłacie ryczałtowej lekarz rejonowy nie może żądać diet. Winny być jedynie pokryte koszta przejazdu.
- Dr. Zebrowski proponuje następującą redakcję art. 8.
„Wyjazdy na linię, wizyty nocne, praca w dni świąteczne winny być osobno honorowane, a to przez podwyższenie otrzymywanych poborów z 10% na 25%”.
- Dr. Zgórski przemawia za koniecznością osobnego wynagradzania za pracę w nocy.
- Dr. Langowski komunikuje o stosunkach w Gdańskim Sanitarjacie kolejowym. Wydział dąży do tego, aby przez stworzenie jak największej ilości placówek lekarskich dać kolejarzom jak najlepszą pomoc lekarską.
- Dr. Jeliński uważa, że zabiegi operacyjne winny być osobno opłacane.
- Dr. Zgórski zbija to żądanie.
- Art. 8 przyjęto w pierwotnej redakcji.
- Art. 9, 10 i 11 przyjęto bez dyskusji.
- Dr. Nieć proponuje aby do art. 12 dodać: „W ramach obowiązującej ustawy emerytalnej”. Poprawkę przyjęto.
- Art. 13 i 14 przyjęto bez dyskusji.
-

Dr. Demianowski wygłosił referat pod tytułem: Ustrój Sanitarno-lekarski na kolejach angielskich.

Po wysłuchaniu referatu Dr. Demianowskiego odbył się wspólny obiad przy udziale prawie 200 osób w nastroju bardzo serdecznym. Wygłoszono cały szereg przemówień.

Po przerwie obiadowej odbyło się zebranie delegatów, na którym powzięto pewne uchwały. Do zatwierdzenia przedstawiono je ogólnem zebraniu, które rozpoczęło się o godzinie 18.30.

Wnioski zebrania delegatów.

1. Poszczególne koła wydelegują do Warszawy Prezesa lub jego zastępcę, który wraz z Zarządem Głównym rozpatrzą projekt Ministerstwa o reorganizacji pomocy lekarskiej na kolejach i zredagują poszczególne artykuły naszych postulatów. Zebranie odbędzie się w niedzielę 10 lipca o godzinie 11 rano.

2. Dodatek do art. 2 część II.

„Prawa i obowiązki lekarzy specjalistów i lekarzy szpitalnych będą objęte osobnym artykułem dodatkowym do projektu”. Wnioski powyższe przyjęto.

Po wyczerpaniu dyskusji Dr. Zgórski zamyka posiedzenie i zaprasza wszystkich obecnych do Lwowa, gdzie odbędzie się Zjazd przyszlorski.

Dwa następne dni poświęcono na wycieczki. Zwiedzono Gdańsk, Hel, Kartuzi etc. Na nowowypbudowanym statku polskim odbyto dłuższą wycieczkę morską, która pozostawiła niezatarte wrażenie, tembardziej, że liczni uczestnicy Zjazdu po raz pierwszy oglądali morze polskie.

S R A W O Z D A N I E K A S O W E

ze Zjazdu w Gdyni dnia 26/28. VI. 1927 r.

Dochód		Wydatki	
Wpłacono w Warszawie	815.90	Obiady	2220.35
Nadesłano z Gdańska	436.09	Wino	295.50
Lwów wpłacił	260.00	Statek	1460.—
Wpłacono za obiady	2460.—	Znaczki	200.—
„ za statek	1460.—	Programy	60.—
		Przewodniki	270.—
		Sala	20.—
		Karty z widokami	16.65
		Depesze, listy polecone	
		i wydatki drobne	82 55
</			

Organizacja pomocy lekarskiej na kolejach Rzeczypospolitej Polskiej.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe w Gdyni przez D-ra J. Zawadzkiego.

Powstała z połączenia 3-ch zaborów Polska musiała długie jeszcze lata dążyć do scalenia na każdym niemal polu administracji państwowej. Zbyt długo rozdartą między państwa o różnym poziomie kultury ogólnej, o różnym światopoglądzie, nosi piętno niedopasowanych do społecznego życia ogniw, które trzeba dopiero przekuwać w dopasowany łańcuch, który by powiązał ostatecznie wszystkie ziemie polskie i dał możliwość zgodnej współpracy dla dalszego postępu.

Jedno kolejnictwo już bardzo szybko po powstaniu Państwa zdołało się dopasować do wytworzenia względnie dobrze funkcjonującego ciała i po nieznacznych odchyleniach może dziś z dumą powiedzieć, że jest jedną z niewielu gałęzi pracy państwowej, która dorównała państwom zagranicznym w dziedzinie sprawności i organizacji pracy.

Jeżeli zważymy, że po zaborach pozostały tylko gołe linje kolejowe z wybrakowanym taborom, zniszczonymi stacjami, zużytymi szynami, wysadzonymi mostami, że w okresie od wybuchu wojny światowej nikt nie prowadził potrzebnych inwestycji, a lwia część państwa była pod władaniem Rosji, która potrzeby komunikacyjne podporządkowywała wyłącznym wymogom strategii — dziwić się zaiste należy tej sile twórczej, która z takiego materiału stworzyć umiała to co jest, a co ważniejsza, znalazła jeszcze możliwość budowy nowych linii i utrzymania dawnych w możliwej sprawności.

To też stale będąca na porządku obrad sprawa reorganizacji kolei, komercjalizacji ich jako przedsiębiorstwa, tworzenia jednostki samodzielnej i t. p. — w społeczeństwie budzi obawy, czy lekarstwa proponowane przez organizatorów nie będą stokroć gorsze od nielicznych niedomagań, które zresztą określić się dadzą jednym słowem — brak kapitałów na inwestycje niezbędne dla doprowadzenia kolejnictwa do stanu, odpowiadającego kulturze nowoczesnego państwa.

I w istocie jakież inny był by cel reorganizacji kolei jak zdobycie kapitału inwestycyjnego. Wiele jednak razy trzeba przemyśleć sprawę, nim nastąpi decyzja, gdyż nietylko komercjalizacja kolei dać nam może fundusze, a zaprzędanie arterji życiodajnej dla Państwa — kolejnictwa — kapitałowi obcemu, może wyjść na szkodę i dla kolejnictwa i dla państwa.

Każdy nieuprzedzony musi przyznać, że lepiej pozostawić nieraz sprawę powolnemu, normalnemu rozwojowi, niż skakać w niepewną przyszłość. Kapitały inwestycyjne można otrzymać i inną drogą, mniej niebezpieczną dla Państwa i jego życia gospodarczego.

Nie o ogólną jednak reorganizację kolei nam chodzi, wężiej chcę ująć sprawę ogół tu zebranych obchodzącą — reorganizację pomocy lekarskiej na kolejach.

Aczkolwiek sprawę tę wiązano niejednokrotnie z reorganizacją ogólną — czyniono to niesłusznie, gdyż ani Zarząd ściśle administracyjny, ani ścisła komercjalizacja nie powinny wpływać na system sanitarjatu kolejowego, opierać się on winien jedynie na postulacie utworzenia takiej pomocy lekarskiej dla personelu, który był by dla kolejnictwa najdogodniejszy, najsprawniej działał dla kolejowców i ich rodzin, a jednocześnie dawał gwarancję milionom podróżujących i Państwu, że stoi na wysokości wymagań sanitarnych społecznych i zapewnia bezpieczeństwo ruchu.

Czy to będzie zarząd Ministerstwa, czy Dyrekcji jeneralnej, czy zarząd będzie w rękach rządu, czy akcjonariuszy — system musi być sprawny i celowy w lecznictwie i sanitarjacie kolejowym, musi mieć na widoku sprawę bezpieczeństwa publicznego, oraz sprawę korzyści dla pracowników kolei.

I dlatego sprawę sanitarjatu traktować należy nie w związku z tą lub inną reformą systemu administracji kolei, ale z potrzebami kolejnictwa wogóle, a pracowników kolejowych w szczególności.

Gdyby chodziło w sanitarjacie kolejowym wyłącznie o sprawy sanitarne, sprawa dała by się rozstrzygnąć z łatwością, wystarczało by mieć lekarzy sanitarnych, niekoniecznie nawet związanych z koleją. Gdyby chodziło o samo lecznictwo — wystarczało by oprzeć się na istniejących już Kasach Chorych, względnie stworzyć instytucję podobną. Gdyby chodziło o bezpieczeństwo podróży, wystarczałoby może stworzyć gdzie nie ma, lub wejść w umowę ze stacjami ratunkowymi i tą drogą starać się rozstrzygnąć sprawę. Gdyby wreszcie chodziło o odpowiedzialność kolei za sprawność personelu — wystar-

czyłoby stworzyć sieć lekarzy - inspektorów, badający personel przy przyjęciu i w czasie służby.

Ale gdy chodzi o całokształt sanitarjatu kolejowego, pojmowanego społecznie, drogi powyższe nie doprowadziły by do celu.

Tak, jak nie każdy inżynier może budować, a nawet konserwować drogi i mosty, jak nie każdy mechanik może prowadzić pociąg, nie każdy ślusarz zmontować parowóz, tak samo najlepszy lekarz nie od razu może stać się lekarzem kolejowym, ale musi poznać tę gałąź pracy ludzkiej, aby był dobrym wykonawcą zadań sanitarjatu kolejowego, musi zrozumieć treść zadania, które na zeszłorocznym zjeździe starałem się przedstawić Sz. Panom.

W kolejnictwie leczenie personelu nie można oddzielić od nadzoru nad stanem jego zdrowia, a nawet nad zdrowiem najbliższego otoczenia, nie można oddzielić od sanitarjatu kolejowego w ścisłym znaczeniu, ani od bezpieczeństwa podróżujących i ich higieny. Zagadnienia te tak zazębiają się wzajemnie, że oddzielić ich bez szkody dla któregośkolwiek nie można, trzeba zjednoczyć je i traktować razem i spójnie.

Dlatego też Zrzeszenie Lekarzy Kolejowych stoi na stanowisku połączenia funkcji nadzoru zdrowia i leczenia personelu, oraz sanitarjatu i ratownictwa w jednym ręku.

Jednem z najważniejszych zadań kolejnictwa, jest zapewnienie milionom ludzi bezpieczeństwa i ochrony zdrowia i życia podróżnych — zadania te muszą leżeć w granicach władzy kolejnictwa i nie mogą być oddane w ręce przygodnych, nie związanych z Koleją czynników, czy będą niemi lekarze wolnopraktykujący, czy zbiorowe instytucje — kasy chorych. Odpowiedzialność za bezpieczeństwo podróżnych może wziąć na siebie kolejnictwo tylko wtedy, gdy ma sztab własnych, zrosniętych z jego potrzebami lekarzy, zależnych od niego i dostatecznie do swych zadań przygotowanych.

Stąd płyną dwa wnioski: sanitarjat kolejowy musi być jednym z ogniw ogólnej administracji kolejowej i z innymi ogniwami tej administracji związanych, personel kolejowy i najbliższe jego otoczenie musi korzystać z wyjątkowej opieki ze strony kolejnictwa w razie choroby i musi mieć wszelkie pomoce lecznicze dla najszybszego powrotu do zdrowia.

Jeżeli o wszelki inny personel administracyjny państwo dbać powinno, to w dwójnasób dotyczyć to winno kolejowców; jeżeli zdrowie pracowników innych działów administracji obchodzi państwo ubocznie, to w tym wypadku państwo jest zainteresowane bezpośrednio. Dla-

tego też państwo musi mieć sanitarjat w swoich rękach, ale nadto musi dać go pracownikom kolejowym w tak udostępnionej formie, aby kolejowiec nie odczuł ciężarów, które pielęgnowanie zdrowia za sobą pociąga. Państwo winno mu dać nie tylko nadzór nad jego sprawnością fizyczną, ale i środki do powrotu tej sprawności w razie jego choroby, wziąć jednym słowem na swoje barki całkowite starania o jego zdrowie.

W kolejnictwie nie ma funkcji bezwartościowych, robotnik zmieniający podkłady, lub usypujący tor piaskiem, czy żwirem, jest również wartościowym pracownikiem, jak inżynier wytykający tor, bo od złego ułożenia podkładu, od złego związania szyn zależy tak samo bezpieczeństwo publiczne, jak od złego wytyczenia toru. I dlatego błędną jest zasada opieki tylko nad funkcjonariuszami t. z. etatowymi i pozostawienie własnemu losowi t. z. nieetatowych. Każdy pracownik kolejowy bez względu na funkcje winien korzystać z opieki kolejowej lekarskiej i to nie tylko w imię prawidłowego stosunku pracownika do pracodawcy, ale w imię zasady bezpieczeństwa publicznego.

Usunie się przez to niesłuszny dziś podział w niektórych Dyrekcjach na pełnoprawnych i półprawnych pracowników, na korzystających z pomocy kolejowej, lub z kas chorych i zaprowadzi się unifikację pomocy kolejowej lekarskiej.

Czy dotyczyć winna ta pomoc wyłącznie pracowników kolei, czy i ich rodzin?

Ktokolwiek styka się z życiem, wie dobrze, że stan zdrowia rodziny wpływa nie tylko pod względem fizycznym, ale i moralnym na ojca rodziny. Nie mówiąc już o chorobach zakaźnych, które mogą z członków rodziny przejść na jej chlebobawcę, gruźlicy, która grozi mu zakażeniem przez obcowanie, sam fakt choroby, a jeszcze gorzej niepewność otrzymania pomocy lekarskiej lub niemożność otrzymania jej dla braku środków — fatalnie wpływa na stan moralny pracownika i wytrąca go z równowagi, tak niezbędnej w jego pracy.

Stąd płynie wskazanie udzielania przez kolej pomocy lekarskiej nie tylko pracownikom, ale i ich rodzinom i to nie tylko ze względów ogólnie ludzkich, ale interesu kolei.

Kto tą pomocą kierować powinien?

Już wyżej zaznaczyłem, że pomocy lekarskiej nie można oddzielać od sanitarjatu i nadzoru, że muszą być związane z sobą. Wynika z tego, że kierownictwo sanitarjatem kolejowym nie może znajdować się w niczyich rękach — a wyłącznie w rękach Państwa, względnie Ministerstwa Kolei, stąd wynika, że personel musi być za-

leżny od Państwa, przez Państwo dobierany i przez Państwo opłacany. Nie może być to personel dobierany przez kolejowe kasy chorych, czy inne organizacje tego typu, pochodzące z wyborów, jak nie może pochodzić z wyborów naczelnik dystansu, czy oddziału, czy inżynier budujący most lub tor, gdyż czynniki te muszą być uzależnione od czynników władczych stałych, a nie zmiennych, przeciwnie muszą być uniezależnione od wszelkich czynników politycznych, które w każdym wyborach odgrywają i muszą odgrywać rolę dominującą. Jak administracja państwa, jako władza wykonawcza, może podlegać tylko kontroli publicznej (sejm, senat, rady miejskie i t. p.), tak samo i wykonawcy sanitarjatu mogą być i muszą być pod kontrolą publiczną w danym razie najbardziej zainteresowanych pracowników kolejowych, ale kontrola ta nosić winna cechy instytucji doradczej przy władzach wykonawczych, opiniodawczej w kierunku polepszenia lecznictwa, wreszcie dającej inicjatywę do ulepszeń sanitarjatu.

Głos poważny przedstawicielstwa ma zawsze walor i wzięty być winien pod rozważę, ale same zmiany muszą nastąpić za zgodą czynników fachowych niezależnych, współdziałających tym dążeniom, ale bynajmniej nie podporządkowanych. — Dlatego też konieczne jest utworzenie z przedstawicielstwa pracowników ciała doradczego przy Dyrekcji Kolei.

Z tą sprawą łączy się sprawa czysto finansowa.

Kolejnictwo, aczkolwiek ze względów publicznych obowiązane dostarczyć pomocy lekarskiej wszystkim — nie jest w stanie sprostać wszystkim w tej dziedzinie wymaganiom. Aby leczyć skutecznie gruźlicę, dziś nie starczy porada lekarska i leki, trzeba stosować klimatoterapję, leczenie w sanatorjach i t. p. Koszta są olbrzymie. Leczenie gruźlicy wymaga niekiedy półrocznego pobytu w sanatorium, co jak wiemy nie zawsze jest dostępne dla ludzi bardzo zamożnych. Z drugiej strony środkami pomocniczymi w lecznictwie są dziś różne odłamy fizykoterapii, wymagające budowy zakładów różnego typu. Niezależnie od tego dzisiejsza medycyna dąży wszelkimi sposobami do zapobiegania chorobom przez wzmocnienie ustroju, szczególnie dziecięcego, dostarczając mu światła, dobrego powietrza i obfitego pożywienia.

Tych wszystkich zadań wziąć na siebie kolejnictwo nie może i dlatego konieczną jest pomoc ze strony tych, co z leczenia kolejowego korzystają — samych pracowników, którzy sami sobie dostarczyć muszą tych pomocniczych środków leczenia.

I dziś dostarczają w postaci opłat za karty porady po 50 gr. i 25% dopłat za lekarstwa, szpitale i t. p. Forma to niewygodna.

Ile razy zdarza się nam obserwować, że w początkach miesiąca, po otrzymaniu wynagrodzenia mamy pełne ambulanse, podczas gdy pod koniec liczba chorych się zmniejsza, dzieje się to z braku środków pod koniec miesiąca na kartki porady i lekarstwa — z wielką krzywdą dla zdrowia.

Daleko lepszą formą jest stała składka procentowa, dająca uprawnień stałe bez kłopotów, bez wyrabiania kart porady w miejscu pracy, bez wydatkowania pieniędzy na lekarstwa.

Składka ta winna być ustalona tak, aby starczyła na najskuteczniejsze leczenie bez względu na koszty.

Kolej opłacać winna lekarza i pomoc dla niego, dać urządzenia ambulatoryjne, dać nie mniejsze, a wyższe do 100%-towe świadczenia pieniężne, ale wszelkie inne pomoce winny być opłacane przez pracowników w formie stałej składki.

Składka ta według obliczeń nie powinna przekraczać 2% od uposażenia, co przy przeciętnem wynagrodzeniu 300 zł. nie przekroczy 6 zł. miesięcznie, a 72 zł. rocznie, podczas gdy Kasy Chorych pobierają 2 lub 3-krotnie większe składki.

Nic dziwnego: kolej daje administrację darmo, w kasach chorych dosięga ona 20% składek, kolej świadczenia pieniężne daje w wysokości 100% t. j. całkowitego wynagrodzenia pracownika w ciągu 4-ech miesięcy. Kasy Chorych dają je wprawdzie w ciągu 39 tygodni, t. j. 9 miesięcy, ale tylko w wysokości 60%. Jeżeli wziąć pod uwagę jednostkę wynagrodzenia — to kolej wypłaci w tym czasie na każde 100 zł. — 400 zł., Kasa Chorych 540 zł. t. j. o 140 zł. więcej, jeżeli jednak wziąć pod uwagę, że przy leczeniu szpitalnem Kasa Chorych zapłaci tylko 20%, kolej zaś, jak obecnie potrąci tylko 25% kosztu dnia szpitalnego, wypadnie dla rodzin chorych kolejowców rachunek znacznie lepiej. W danym przykładzie kolej zapłaci 400 zł. a po potrąceniu 25% od 6 zł., t. j. 45 zł. miesięcznie, $55 \times 4 = 220$ zł., Kasa Chorych zaś zaledwie 90 do 180 zł. Rodzina zatem kolejowca będącego w szpitalu znajdzie się w znacznie lepszych warunkach niż przy ubezpieczeniu w Kasie Chorych.

Zresztą świadczenia te muszą być podwyższone do norm Kasy Chorych t. j. wypłacane przez czas dłuższy bez wielkiego uszczerbku dla kasy kolejowej, o ile zaszłaby potrzeba, a pobieranie 2% od pensji pracowników pozwoli nietylko na wypłacenie pełnych zarobków w ciągu 39 tygodni, ale nadto na opłacenie szpitala w całości,

co postawi pracownika kolei w daleko lepszych warunkach, niż ubezpieczenie w Kasie Chorych.

Jak zatem wyobrażamy sobie przyszłą organizację służby zdrowia na kolejach.

Na czele służby zdrowia stoi lekarz - zwierzchnik tej służby przy Ministrze Komunikacji względnie Generalnej Dyrekcji Kolejowej. — Jest on organem samodzielnym, kierującym całą akcją sanitarną i leczniczą. Każda Dyrekcja posiada swego naczelnika wydziału sanitarnego, podwładnego lekarzowi sanitarnemu Ministerstwa oraz prezesowi Dyrekcji.

Lekarze kolejowi są mianowani przez Ministerstwo, ewentualnie Generalną Dyrekcję Kolei na przedstawienie Naczelnika Wydziału Sanitarnego odnośnych dyrekcji z konkursu, względnie inną drogą. O prawach i obowiązkach lekarzy kolejowych kilka słów powiem poniżej.

Przy każdej Dyrekcji pod przewodnictwem naczelnika wydziału sanitarnego organizuje się rada funduszu leczniczego, złożona z delegatów pracowników kolejowych, wybieranych na 3 lata, na zasadzie wyborów powszechnych.

Rada jest organem opiniodawczym i doradczym co do zarządu funduszem powstałym z potrąceń z wynagrodzeń na rzecz tego funduszu, ma prawo inicjatywy, ma prawo kontroli wydatkowania sum i stawia wnioski co do zużycia funduszu na cele polepszenia lecznictwa i zwiększania świadczeń pieniężnych w granicach danej dyrekcji.

Wnioski tej rady, przyjęte przez Wydział Sanitarny i Prezesa Dyrekcji, są skierowywane do Rady Głównej funduszu przy Ministerstwie Kolei względnie Generalnej Dyrekcji Kolei.

Rada Główna składa się z delegatów Rad Dyrekcyjnych po 2 z każdej Dyrekcji i funkcjonuje pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Sanitarnego Ministerstwa lub Generalnej Dyrekcji Kolei, zbierając się 4 razy do roku na obrady. Dzieli ona między Dyrekcje wspólny fundusz leczniczy, rozpatruje budżet leczniczy, i wnioski swe składa do zatwierdzenia Ministrowi, zachowuje część funduszu na potrzeby ogólne, jako to: budowa sanatorjów, szpitali ogólnopństwowych, przychodni do leczenia fizykalnego dla wszystkich lub kilku sąsiednich dyrekcji i t. p.

Do korzystania z pomocy lekarskiej mają prawo wszyscy pracownicy kolejowi, zarówno etatowi, jak czasowi, płatni ryczałtowo lub dziennie oraz utrzymywane przez nich rodziny. Wszyscy pracownicy mają prawo do otrzymywania wszystkich świadczeń pieniężnych po

roku od chwili objęcia obowiązków, z prawa zaś leczenia korzystają od dnia przyjęcia na służbę. Aby nie obciążać funduszu nadmiernymi wydatkami, wszyscy przyjmowani na kolej, nawet czasowo, muszą się wykazać przed przyjęciem świadectwem zdrowia i zdolnością do pracy kolejowej, wydanem przez lekarza kolejowego.

Na rzecz funduszu wszyscy pracownicy płacą 2% od swego wynagrodzenia, który to fundusz służy na pokrycie świadczeń w naturze (lecznictwo). Kolej jako swój wkład opłaca personel lekarski, lekarstwa, szpitale i personel administracyjny oraz pokrywa świadczenia pieniężne, wypłacając chorym pełne uposażenie w ciągu 4 miesięcy.

Dalsze świadczenia pieniężne, opłaty za sanatorja, oraz środki leczenia fizykalne, balneologiczne i t. p. idą na rachunek funduszu. Z funduszu corocznie przynajmniej 15% przeznaczają się na inwestycje lecznicze, a 5% na kapitał zapasowy na wypadek epidemji i na pokrycie nieprzewidzianych, a koniecznych wydatków. Kapitał zapasowy może być użyty wyłącznie na wniosek Rady Głównej funduszu i za zewolaniem Ministra Kolei.

Przechodzimy do ostatniej sprawy, stosunku lekarzy kolejowych, ich obowiązków i praw.

Jak wynika z powyższej organizacji, lekarz kolejowy jest na przedstawienie odnośnego naczelnika Wydziału Sanitarnego, mianowany przez Ministerstwo Kolei, względnie Generalną Dyрекcją Kolei jako pracownik etatowy, posiadający też same prawa co i inni pracownicy etatowi co do służby i emerytury.

Każdy z lekarzy kolejowych otrzymuje swój oddział, w którym obowiązany jest:

- a) zawiadywać higieną urządzeń kolejowych, dworców, domów kolejowych, pociągów i t. p.;
- b) udzielać pomocy w wypadkach nagłych personelowi kolejowemu i pasażerom;
- c) badać nowowstępujący personel kolejowy oraz poddawać oględzinom periodycznym personel kolejowy, stosownie do istniejących instrukcji;
- d) uczestniczyć w komisjach sanitarnych wszelkiego typu;
- e) leczyć personel swego oddziału oraz rodziny pracowników, zamieszkałe w obrębie jego oddziału;
- f) zwalniać od pracy obłożnie chorych lub czasowo niezdolnych i wypisywać im odpowiednie świadectwa;
- g) wydawać zaświadczenia do lekarzy-konsultantów oraz przekazy do leczenia w zakładach własnych lub obcych.

Jako oddział normalny uważać się będzie atki oddział, w którym mieszka nie więcej niż 600 pracowników i nie więcej niż 1500 osób t. j. pracowników łącznie z rodzinami, nadto ustala się klucz dodatkowy dla przestrzeni — 1 klm. linii kolejowej równa się 15 pracowników.

Oddziały większe, nie dające się podzielić ze względu na warunki, — będą mieli starsi lekarze oddziałowi z wyższem wynagrodzeniem. Oddział może być podzielony na rejony, obsługiwane przez młodszych lekarzy rejonowych z niższem wynagrodzeniem.

Prócz lekarzy oddziałowych, względnie rejonowych, w siedzibach Dyrekcji oraz w miastach ponad 50.000 ludności Ministerstwo mianuje na przedstawienie Dyrekcji odpowiednią liczbę lekarzy konsultantów, płatnych ryczałtowo lub za porady, z pośród lekarzy wolnopraktykujących, specjalistów.

Lekarze ci angażowani są kontraktowo, otrzymują te same świadczenia, co i lekarze rejonowi, mają obowiązek leczenia chorych pracowników i ich rodzin zarówno w przychodniach jak i u siebie w gabinetach i w mieszkaniu chorego, na zlecenie odnośnego lekarza oddziałowego, wydając opinię o stanie zdrowia pracowników dla lekarza oddziałowego, uczestniczą w komisjach oddziałowych i głównej z głosem stanowczym.

Wszystkim lekarzom etatowym, a w miarę możliwości i kontraktowym przysługuje prawo do emerytury państwowej, względnie ubezpieczenia w społecznej kasie emerytalnej. Potrącenia z tego powodu z wynagrodzeń normują się tak, jak i dla innych pracowników kolejowych.

Lekarze kolejni mogą być usuwani na ogólnych tylko zasadach w drodze postępowania dyscyplinarnego.

Lekarze etatowi obecni pozostają na swych stanowiskach automatycznie, o ile nie przeszli już 35 lat i nie wysłużyli emerytury państwowej, a przy reorganizacji wszystkim lekarzom będą zaliczone w pełni lata służby dotychczasowej na kolejach, oraz służby poprzedniej państwowej, samorządowej, względnie pracy zawodowej.

Lekarze otrzymują corocznie urlopy po przesłużeniu jednego roku miesięczne, po latach 10 służby — 5-cio tygodniowe, po latach 20-tu 6-cio tygodniowe. Urlopy są płatne przez kolej, zarówno jak i zastępstwa w czasie choroby lekarza na tych samych zasadach, co i innym pracownikom kolejowym.

Zastępują lekarzy w czasie urlopów, lub choroby specjaliści lekarze nadetatowi lub konsultanci.

Lekarze kolejowi otrzymują wynagrodzenie nie niższe niż odnośni pracownicy VIII kategorii (młodszy) aż do VI kategorii włącznie w zależności od klucza, ustalonego przez Ministerstwo Kolei na zasadzie liczby pracowników i ich rodzin w danym oddziale oraz liczby obsługiwanych klm. linii kolejowej, licząc 1 klm. — 15-tu pracownikom.

Lekarz otrzymuje nadto wszystkie uprawnienia etatowych pracowników oraz dla siebie i swojej rodziny uprawnienie do korzystania z biletów I-ej klasy za dopłatą, oraz dla siebie bilet służbowy I-ej klasy w obrębie Dyrekcji, w której pracuje.

Takie są dezyderaty lekarzy, które zresztą nie wykraczają poza normę dziś przyjętą i pragną zachować lekarzowi odpowiednie stanowisko, a kolejom tem samem zapewnić jaknajlepszy materiał lekarski.

Szanowni Panowie! W tym krótkim referacie mogłem dać zaledwie szkic organizacji, nie chciałem przeładowywać go szczegółami, które wymagałyby pogłębienia sprawy i nie nadawałyby się do szerokiej dyskusji.

Zeszłoroczny referat o Kasach Chorych kol. Żebrowskiego i związane z nim uchwały I-go Zjazdu zwalniają mnie od obowiązku powtórzenia tu krytyki, zresztą dziś już może zbędnej. Całe społeczeństwo dziś rozumie, że Kasy Chorych, w ich stanie obecnym, wymagają gruntownej reformy. Kolejnictwo ma tak specjalne zadania, że przyłączenie pracowników do Kas Chorych nie tylko nie wyszłoby na ich korzyść, ale i na niekorzyść samych Kas, do tej pory do tego nieprzygotowanych.

Kolej musi stworzyć własną instytucję leczniczo - sanitarną, która miałaby na celu:

- a) dobro Państwa;
- b) bezpieczeństwo publiczne;
- c) bezpieczeństwo i higienę podróżnych;
- d) dobro pracowników kolejowych i ich rodzin.

Kolejnictwo przy organizacji musi pogodzić te interesy i stworzyć taką organizację, która wyszła by na dobre tym 4-em rozstrzygającym czynnikiem.

Zrzeszenie lekarzy kolejowych, złożone wyłącznie z lekarzy kolejowych, pragnie służyć Ministerstwu doświadczeniem swoich członków, zdobytem długoletnią praktyką. Mamy obietnicę, że przy opracowaniu projektów opinia Zrzeszenia będzie wysłuchana. Zjazd obecny winien skryształizować tę opinię i dać swemu przedstawicielstwu możliwość

obrony postulatów lekarzy kolejowych, którzy, mam nadzieję, w dyskusji potwierdzą znaczną część wypowiedzianych tu myśli. Powstały one z istotnej troski o dobro Państwa i o zdrowie i pożytek liczного grona pracowników kolejowych.

Referaty wygłoszone na zebraniach kół Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

CHOROBY OCZU W SŁUŻBIE KOLEJOWEJ I ICH ZNACZENIE.

Autoreferat odczytu D-ra Szaada, wygłoszonego na zebraniu Koła Gdańskiego w Tczewie, dn. 9.X.27 r.

Wskazawszy na wstępie swego odczytu, że rola rejonowego lekarza kolejowego przy badaniu oczu funkcjonarjuszów kolejowych ogranicza się zazwyczaj do stwierdzenia ich siły wzroku bez stosowania szkieł optycznych oraz zdolności do odróżniania barw, prelegent w krótkich słowach wspomniął o teoretycznych podstawach określenia pojęcia tak zwanego normalnego wzroku oraz sposobów oznaczenia stopni obniżenia tegoż z demonstracją odpowiednich rysunków. Następnie prelegent przeszedł do omówienia warunków, które tak ze strony otoczenia, jak i ze strony badanego mogą wywierać wpływ na siłę wzroku i odróżnianie kolorów.

Ze strony otoczenia najważniejszymi czynnikami są: prawidłowe i dobre oświetlenie i odpowiednia odległość badanego od tablicy. Względem tych czynników w przepisach badania lekarskiego znajdują się praktycznie wystarczające wskazówki. Dodać tylko należy, że w razie konieczności można badać także na odległości 4 metrów, lecz w tym wypadku dla oznaczenia siły wzroku 1,0 należy żądać prędkiego i bardzo precyzyjnego czytania wszystkich liter rzędu „4”, jeżeliby zaś litery lub cyfry rzędu „4” czytane były z wahaniem lub przymrużeniem oczu, należy uznać nie 1,0 — lecz 0,8. Stosuje się to samo do każdego innego rzędu tablicy.

Ze strony badanego wchodzi w grę momenty psychiczne i fizyczne. Do pierwszych należy obawa o wynik badania, która może być wywołana momentami fizycznymi, — nieraz takimi pozornie drob-

nostkami, jak zmęczenie ogólne i niewyspanie po podróży nocnej, nieznaczne nieżyty spojówek, zapalenie brzegów powiek, zwężenie kanałów łzowych, które jednak powodują swędzenie, pieczenie, łzawienie i wzmożone mruganie, poczucie ciężaru w powiekach i t. p. podmiotowe objawy, do pewnego stopnia ujemnie wpływające na siłę wzroku, nie mówiąc już o rzeczywistych stanach chorobowych, które wszystkie bez wyjątku w mniejszym lub większym stopniu mogą wpływać na siłę wzroku i które, o ile są uleczalne, — muszą być usunięte przed ostatecznem zaopiniowaniem o zdolności do służby badanego.

Wskazawszy następnie krótko na choroby zewnętrznych części oczu, powiek, spojówek i dróg łzowych oraz na stopień ewentualnego ich czasowego lub stałego wpływu na siłę wzroku, prelegent nieco dłużej zatrzymał się na dostępnych bezpośredniemu badaniu częściach samej gałki ocznej — rogówce i tęczówce. Pomijając ostre cierpienia rogówki, które wywołują tak wybitne podmiotowe i przedmiotowe objawy, że każdy lekarz zrozumie konieczność ich usunięcia przed wydaniem opinii o sile wzroku badanego, baczna uwagę należy zwracać na plamy i zmętnienia rogówki, które istnieją jako stare zmiany bez wszelkich objawów podrażnienia oka i nieraz nawet mało są widzialne, a mimo to wywierają ogromny wpływ na ostrość wzroku. Wchodzą tu w grę wielkość plamy (wzgl. blizny) rogówki, — umiejscowienie i gęstość plamy, czyli większa lub mniejsza jej przezroczystość: im większa plama oraz im bliżej centrum rogówki jest umiejscowiona — tem więcej obniża wzrok, — zaś z obwodowych plam więcej obniżają wzrok te, które są położone w dolnym wewnętrznym kwadrancie rogówki, gdyż oś wzrokowa przechodzi nie ściśle przez centrum rogówki, lecz nieco na wewnątrz i ku dołowi od centrum. Co do gęstości plam spotykamy się tu z objawem, pozornie paradoksalnym, że przy mniejszych plamkach nieraz gęsta (biała) plamka mniej obniża wzrok, niż mniej gęsta (szarawa). Zależy to od tego, że gęsta, nieprzezroczysta plamka zupełnie wyklucza pewną ilość promieni światła i czynność odpowiedniej ograniczonej ilości elementów siatkówki, nie przeszkadzając sąsiadnym, natomiast półprzezroczysta plamka promienie te rozprasa na szerszej przestrzeni siatkówki, wywołując tem zagniatwane obrazy w znaczniejszej ilości elementów siatkówki, co o wiele więcej obniża wzrok, niż zupełne wykluczenie z aktu widzenia nieznacznej ilości tych elementów.

Analogicznie jak plamy rogówki, wpływają na ostrość wzroku ograniczone zmętnienia w soczewce (częściowa zaćma), z tą różnicą, że wpływ ujemny tych zmętnień jest jeszcze większy, a zbadanie ich

jest mniej dostępne dla niespecjalisty, gdyż wymagają one koniecznie bocznego (fokalnego) lub oftalmoskopowego oświetlenia.

Charakterystycznym dla centralnych zmętnień w rogówce i soczewce jest oświadczenie chorego, że on lepiej widzi przy mniejszem oświetleniu (o zmroku, w dnie mgliste), niż w jasny dzień słoneczny, co na razie wydaje się paradoksalnem, lecz jest słuszne, gdyż w mniejszem oświetleniu źrenica jest szersza i więcej wpuszcza światła wewnątrz oka, zaś w jasny dzień źrenica jest bardzo zwężona, tak, iż centralna plama zakrywa całą zwężoną źrenicę.

Bardzo ważne znaczenie mają cierpienia tęczówki, szczególnie te, które z samego początku mają przebieg podostry lub przewlekły, gdyż mniej wywołują objawów przedmiotowych, a szczególnie przedmiotowych w postaci bólu, światłowstrętu i łzawienia oka i tem samem mniej na siebie zwracają uwagę tak samego badanego, jak i lekarza. Nieraz w takich wypadkach w pierwszych dniach choroby widzimy tylko nieznaczne nastrożnienia rzęskowe w postaci nieznacznego czerwonego wieńca wokoło rogówki, składającego się z drobnutkich lecz głęboko położonych naczyń rzęskowych o charakterystycznym lekkim odcieniu fioletowym. Mimo to badany, na skutek wysięku surowiczego w obrębie źrenicy już znacznie gorzej widzi, przyczem twierdzi słusznie, że przedtem przy wszystkich badaniach perjodycznych zawsze bardzo dobrze widział, zaś gorzej widzi dopiero od kilku dni. Jasnem jest, że takiego chorego trzeba poddać poważnemu fachowemu leczeniu przed wydaniem opinii o jego zdolności do służby, gdyż po wyleczeniu może odzyskać zupełnie normalny wzrok. Cierpienia głębszych części oka, poważnie wpływające na obniżenie wzroku, mało lub wcale nie są dostępne dla niespecjalisty, lecz wymagają badania przez specjalistę, do którego w tych wypadkach, jak zresztą i we wszystkich wypadkach wątpliwego pochodzenia obniżenia wzroku, badani powinni być skierowani.

Odrębne zupełnie miejsce zajmują cierpienia na tle urazów, a to z tego powodu, że nieraz skutki urazów narazie mogą być mało widzialne, lecz następują później, co może w znacznej mierze utrudnić ustalenie związku przyczynowego obniżenia siły wzroku z poprzednim urazem. Jako przykład prelegent przytoczył przypadki zaćmy urazowej, szczególnie częściowej, która może nastąpić wskutek przenikającego zranienia oka bardzo drobnym odłamkiem twardego przedmiotu (szkła, kamienia, węgla, metalu), jeżeli odłamek ten zranił też torebkę soczewki, lub samą soczewkę. Nieraz częściowe zmętnienia soczewki następują nawet bez przenikającej rany, od samego wstrząsu gałki

ocznej, wywołującego tak zwane molekularne zmiany w komórkach soczewki lub jej torebki. W tych wypadkach nieraz obniżenie siły wzroku zaraz po wypadku jest nieznaczne, lecz stopniowo zwiększa się wraz ze zwiększeniem się zmętnienia w soczewce.

Jako drugi przykład przytoczył prelegent zanikowe zmiany w nerwach wzrokowych i okoruchowych, następujące nieraz dość późno po urazach z wylewem krwi na podstawie czaszki lub w okolicach dróg wzrokowych i okoruchowych oraz ośrodków psychooptycznych w mózgu.

Przykłady połowicznego widzenia (hemianopsia) oraz naruszenia odruchów źrenicowych zilustrował prelegent odpowiednimi rysunkami, na których drogi i ośrodki wzrokowe i okoruchowe, zaczynając od siatkówek, aż do ośrodków mózgowych i rdzeniowych, przedstawione były w różnych kolorach, celem uwydatnienia każdej z tych dróg i ośrodków oraz podziału włókien nerwów wzrokowych w siatkówkach.

Następnie prelegent wspominał o wadach łamliwości (refrakcji), wskazawszy na celowość i dopuszczalność naznaczenia odpowiednich wyrównywających okularów funkcjonariuszom kolejowym na tych stanowiskach, gdzie one nie są przeszkodą do prawidłowego pełnienia służby przez danego funkcjonariusza. Zaznaczył przytem prelegent, że nie zawsze odnośni funkcjonariusze noszą zapisane im okulary, czego należałoby żądać od nich stanowczo, gdyż bez okularów taki funkcjonariusz niema tej wartości i nie odpowiada pod względem wzroku wymaganiom tej kategorii, do której jest zaliczony. Istotę wad łamliwości prelegent zademonstrował na rysunkach, przedstawiających trzy typy oczu: normalne, krótkowzroczne i nadwzroczne oko, kierunek promieni świetlnych, — wpadających w każde z tych oczu oraz zmiany w tych kierunkach, — spowodowane nieodpowiednimi szklami.

Przeszedłszy następnie do badania odróżniania barw i wspomniawszy pokrótce o teorjach pocucia barw, prelegent zaznaczył, że dla celów praktycznych najdogodniejszym sposobem badania pocucia kolorów jest sposób Holmgreena z motkami kolorowej wełny, przy czem podkreślił konieczność przestrzegania przepisów tego badania. Sposób Nagela (kartki z kolorowymi krążkami), — aczkolwiek bardzo odobry i ścisły, więcej nadaje się do badań naukowych, gdyż jest skomplikowany, a dla praktyki lepszych rezultatów nie daje. Pożądane jest powszechne wprowadzenie na kolejach sposobu Holmgreena jeszcze ze względów oszczędnościowych, gdyż kartki Nagela prędzej się brudzą i psują, niż motki Holmgreena.

Omawiając w końcu sprawę symulacji, wskazał prelegent, że przy badaniu funkcjonariuszów kolejowych rzadko bywają wypadki, gdy dany osobnik chciałby wykazać gorszy wzrok, niż ma w rzeczywistości lub udawać, że nie odróżnia kolorów, kiedy w rzeczywistości je odróżnia. Chodzi więc tutaj właściwie częściej nie o symulację, lecz o dyssymulację, czyli nie o udawanie choroby, lecz odwrotnie, o udawanie braku tejże.

Dlatego też przy badaniu wzroku trzeba zwracać baczną uwagę, żeby badane było rzeczywiście każde oko oddzielnie, żeby badanemu uniemożliwione było podglądanie drugim okiem, oraz żeby badany nie mógł się nauczyć napamięć cyfr lub liter na tablicach.

Przepisy badania lekarskiego dają w tym kierunku wskazówki co do badania na wyrywki, zaś najprostszym sposobem takiego badania, zmniejszającym możliwość orjentowania się badanego co do tego, który rząd mu pokazuje się, jest przykrywanie tablicy arkuszem papieru lub tektury w różnych kierunkach i na różnych poziomach tablicy, lub też przykrywanie tablicy dużym arkuszem, w którym pośrodku wycięta jest kwadratowa dziura i który przesuwa się dość szybko, przeskakując przytem przez kilka rzędów, tak, żeby w dziurze widać było zawsze tylko jedną literę.

Naogół we wszystkich wątpliwych wypadkach badanych należy kierować do specjalisty wobec fatalnych skutków, które błędy w określeniu siły wzroku i odróżniania kolorów pociągnąć za sobą mogą.

W dyskusji prelegent dawał dodatkowe wyjaśnienia na pytania zebranych kolegów.

RATOWNICTWO KOLEJOWE W WYPADKACH KATASTROFY KOLEJOWEJ.

Referat D-ra Machnickiego, wygłoszony na posiedzeniu Koła Gdańskiego w Bydgoszczy.

Szanowni Koledzy!

Nawiązując mój referat do ostatnich wypadków zaszłych na kolejach, chcę w krótkości opisać panom kolegom stan pociągów ratunkowych takich, jakie posiada Dyrekcja Kolejowa Gdańska, a mianowicie, nasamprzód wozów sanitarnych, rozlokowanie tych wozów na poszczególnych stacjach oraz możliwości szybkiego dostawienia ich na miejsce wypadku. Pociągi ratunkowe posiada Dyrekcja w swoim okręgu na stacjach następujących: Gdańsk, Bydgoszcz, Toruń, Gru-

dział i Tczew. Pociągi te składają się z trzech części, a mianowicie: wozów ratunkowych wydziału mechanicznego, jednego wozu oddziału drogowego oraz wozu sanitarnego. Nas obchodzi wóz ratunkowy lekarski, urządzenie sanitarne tego wozu oraz sposób oczyszczania jego. Panowie koledzy zamieszkali na stacjach mniejszych nie mieli sposobności widzieć te wozy, dlatego opisuję w krótkości urządzenie takiego wozu. Wnętrze wozu dzieli się na dwie części, pierwsza część ambulatorjum, druga część dla rannych i poszkodowanych. Ambulatorjum wozu zaopatrzone jest w skrzynię ratunkową, zawierającą wszelkie niezbędne instrumenta, opatrunki, lekarstwa, dalej w stół operacyjny składany, kuchenkę gazową, sterylizator, nadto butlę z wodą destylowaną. Ambulatorjum mniejwięcej zawiera to, co konieczne jest do udzielenia pierwszej pomocy.

Drugą część wagonu stanowi sześć łóżek - noszy, które są urządzone na sprężynowych podstawach stałych i łatwo dają się wynosić. Nosze takie służą do umieszczenia poszkodowanych po udzieleniu im pomocy. Wóz jest urządzony w ten sposób, że pomost jego daje się z łatwością zupełnie założyć i nosze po otwarciu drzwi łatwo bardzo wynieść z wozu. Dalej część ta wozu posiada małą szafkę, w której znajduje się bielizna oraz koce do przykrycia chorych. Tak mniejwięcej wygląda wóz sanitarny. Ponieważ często zdarzają się wypadki takie, że skład całego pociągu ratunkowego jest zbędny, a tylko wagon sanitarny jest potrzebny, i ponieważ odległość od stacji węzłowych, posiadających taki pociąg ratunkowy, jest dosyć znaczna, a zależy na czasie, wskazaniem by było, by Panowie Koledzy stworzyli sobie na stacjach prowizoryczne wozy sanitarne. Najlepiej uzyskać w tym celu zwykły wóz towarowy, do którego posiadać trzeba skrzynię ratunkową i nosze oraz szyny. Rzeczy te należy odpowiednio rozmieścić, a mając wyszkolony personel sanitarny, stworzą panowie wóz sanitarny w wypadkach nagłych, zanim przybędzie cały skład pociągu ratunkowego. Następnie powinniśmy uprosić wydział sanitarny, ażeby kierownikiem pociągu sanitarnego był mianowany tylko lekarz kolejowy, a nie, jak dotychczas, naczelnicy oddziału mechanicznego wzgl. drogowego. Dalej aby wóz sanitarny był wyłączony ze składu całego pociągu ratunkowego, gdyż zebranie personelu dla całego pociągu ratunkowego zabiera zwykle dużo czasu, tak, iż pomoc lekarska często bywa opóźniona.

DJAGNOSTYKA GRUŻLICY GRUCZŁÓW LIMFATYCZNYCH NA PODSTAWIE ROENTGENA.

Referat wygłoszony 24. IV. 27 r. w Gdańsku na zebraniu Koła Zrzesz.

Lek. kol. przez D-ra Lipczyńską.

Często zdarza się mnie samej, jako lekarzowi chorób dziecięcych, i często słyszę od kolegów, że trudno im rozstrzygnąć, co jest dziecku, które kaszle, gorączkuje od czasu do czasu dość wysoko, zmian zaś chorobowych pomimo najszczegółowszego badania w żadnych organach znaleźć u niego nie można. Mimo woli podejrzewa się wtedy u małego pacjenta powiększenie gruczołów węzkowych na tle gruźliczem. Wybadać je, znaleźć wszystkie objawy czy de la Campa, czy D'Espina, czy Smitha trudno. U kilkumiesięcznego, a nawet starszego pacjenta, tylko bardzo duży obrzęk gruczołów, taki, który wywołuje już nawet duszność, można rozpoznać dość łatwo jako gruźlicę gruczołów węzkowych. W wypadkach mniej zaawansowanych pozostaje jako rozstrzygnięcie Roentgen. Ale nie tylko u dzieci, również i u dorosłych często dopiero prześwietlenie promieniami Roentgena daje możliwość dokładniejszego stwierdzenia stanu chorobowego. Ponieważ te przypadki często stosunkowo zdarzają się, wybrałam ten temat i w tym moim krótkim referacie będę się starała podnieść, jakie trudności napotyka lekarz roentgenolog w rozpoznaniu gruźlicy gruczołów płucnych i do jakiego stopnia obserwacja kliniczna, a więc współpraca i zainteresowanie lekarza internisty, jest potrzebna do rozstrzygnięcia tej tak ważnej kwestji.

Znane jest pojęcie konstytucji limfatycznej czy skazy wysiękowej, lub co Francuzi *arthretisme* nazywają. Wiadomo, że polega ona na wrodzonym zaburzeniu w przemianie materji, mianowicie na zatrzymywaniu wody w ustroju. Charakterystyczną cechą tej konstytucji jest brak odporności na zakażenia. Czy dzieci, czy dorośli skłonni są do chronicznych katarów wszystkich błon śluzowych. Zimowe miesiące przechorowują, a dopiero wiosenne słońce przynosi im ulgę. U osobników dotkniętych są skazą aparat limfatyczny przy najmnijemszym zadrażnieniu infekcją odpowiada powiększeniem, i to nie tylko gruczołów zewnętrznych, ale i wewnętrznych. Począwszy od anginy, grypy, a skończywszy na gruźlicy, każde zakażenie w nich się usadawia. U dzieci i dorosłych, obarczonych konstytucją limfatyczną i zakażonych gruźlicą, charakterystyczne jest właśnie to powiększenie gruczołów. Dzieci blade, anemiczne, przeważnie słabo rozwinięte, chociaż zdarzają się i tęgic, tylko niałe i blade, wykazują od czasu do

czasu niewytłumaczone zwwyżki temperatury i z tego to powodu zwykle odsyłane bywają do roentgenologa. Obraz zaś roentgenologiczny w świeżych wypadkach daje nam tylko poznać, że chory jest obarczony konstytucją limfatyczną i że przechodzi lub przeszedł dopiero co infekcję, niezależnie od przyczyn, które ją wywołały.

Djagnozę bowiem stawia lekarz roentgenolog na podstawie obrazu, jaki na płycie lub ekran rzuca klatka piersiowa i gruczoły wętkowe. Ustalony dotąd pogląd, że wąskość klatki piersiowej usposabia do infekcji gruźliczej, najnowsze badania roentgenologiczne zmieniają o tyle, że łatwość zakażenia gruźliczego uzależniają nietylko od wąkości tej klatki, ile od zdolności przewietrzania płuc. Klatka piersiowa może być wąska, ale ruchliwość jej wystarcza zupełnie do dokładnej wymiany gazów i rozprostowywania się tkanki płucnej. Często zaś na pierwszy rzut oka szeroka klatka piersiowa może mieć szczyty wąskie wskutek wrodzonej krótkości pierwszych dwu żeber. Również przeszkodą w przewietrzaniu płuc może być przedwczesne zwapnienie chrząstek żeber, które wtedy na obrazie roentgenologicznym nie dają zwykłej, ostro odciętej granicy między chrzęstną a kostną częścią żeber. Zwapnienie to może dotyczyć pierwsze żebro lub rozszerzać się i na dalsze. Jeżeli to zdarzy się u młodych osobników, które jeszcze rosną i rozwijają się, rozwój płuc natrafia u nich na przeszkodę. Płuca mogą być nawet uciśnięte i choćby nawet nie można było na płycie czy ekranie znaleźć śladu ogniska, takiego osobnika trzeba uznać za usposobionego do infekcji gruźliczej. Przedwczesne zwapnienie chrząstek jest cechą konstytucji limfatycznej.

Co się tyczy obrazu wętki, cień jej na płycie czy na ekranie ma normalnie kształt rozłożonych skrzydeł motyla, bardzo słabo zacienionych obok silnego ośrodkowego cienia wielkich naczyń, tchawicy i serca. Na utworzenie tych skrzydeł składają się oskrzela, gruczoły limfatyczne, naczynia krwionośne i limfatyczne. I tu leży trudność w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów limfatycznych. Do powiększenia bowiem cienia wętki, co właśnie jest charakterystyczne dla gruźlicy gruczołów, mogą się przyczynić wszystkie sprawy, godzące w układ naczyniowy krwionośny, czy też dotyczące oskrzeli lub gruczołów i naczyń limfatycznych. Zapalenie około oskrzelowe, rozszerzenie oskrzeli, u starszych zaś zmiany arterjo-sklerotyczne w naczyniach powiększają cień wętki tak dobrze jak i obrzęk gruczołów. *Ważną zaś rzeczą dla lekarza internisty jest wiedzieć, że posyłając do prześwietlenia czy zdjęcia chorego z objawami kataralnymi w płucach, u którego pozatem podejrzewa zmianę na tle gruźliczem w gruczołach*

wnękowych, należy mu podać środek wykrztuśny na kilka dni przed postaniem do rentgenologa.

Gruczoły zaś same można podzielić, zależnie od usadowienia we wnęce, na trzy grupy: 1-o) położone w górnej części śródpiersia koło tchawicy, 2-o) na rozmieszczone w samej wnęce i 3-o) na obwodowe, leżące w rozgałęzieniach oskrzeli.

Gruczoły chorobowe zmienione dzielimy ze względu na cienie, jakie dają, na nacieczone, zserowaciałe i zwapniałe. Rozpoznanie *dwu pierwszych* rodzajów jest trudne. Jedne i drugie bowiem dają większe lub mniejsze okrągłe, mniej lub więcej ograniczone cienie. Pierwsze — nacieczone mogą powstać tak dobrze pod wpływem grypy, koklusz lub innego zakażenia, jak gruźlicy, drugie, zserowaciałe, są już charakterystyczne dla gruźlicy, a na cieniu prawie niczem się od pierwszych nie różnią. Można je również mylnie wziąć za cienie, jakie dają centralne nacieki, guzy, lub nawet oskrzela. Powiększenie więc tylko cienia węki nie uprawnia nas do mówienia o gruźlicy gruczołów. Bardziej charakterystyczną cechą w tym wypadku jest wystąpienie pojedynczych lub liczniejszych smug łączących gruczoły między sobą. A smugi te biegną ku szczytom lub do poszczególnych płatów płuc. Smugi te są to naczynia limfatyczne zapalnie zmienione i tutaj znów podnieść trzeba, że u osobników dotkniętych skazą limfatyczną nie tylko gruźlica ale i inne zakażenia wywołują ostre powiększenie gruczołów i zapalenie naczyń limfatycznych, które po wyleczeniu znikają. Nie znając więc właściwości konstytucji limfatycznej, można postawić fałszywą diagnozę. Zwapniałe gruczoły limfatyczne, które niejednokrotnie widzi się zupełnie wyraźnie nie tylko we wnęce, ale i wśród tkanki płucnej, wskazują tylko na to, że chory przebył kiedyś zapalenie gruźlicze. Nie można jednak stawiać rozpoznania „gruźlica gruczołów”, „czy recydywa” dawniej przebitego zakażenia u pacjenta, u którego, po przebytej właśnie grypie, widzimy świeże powiększenie się gruczołów we wnęce. Po podaniu bowiem środków salicyłowych po kilku dniach znika powiększenie gruczołów, gorączka i poty, na które chory się skarżył. Aby więc postawić diagnozę pewną, trzeba pacjenta prześwietlić jeszcze raz, trzeba znać anamnezę, przebieg choroby, czyli musi się mieć pacjenta w obserwacji własnej, względnie porozumiewać się z lekarzem, który go leczy.

Gruźlica gruczołów płucnych, jak wiadomo, zapomocą naczyń limfatycznych szerzy się w tkankę płucną i mimo, że ten rodzaj gruźlicy stosunkowo łatwo leczeniu podlega, ta uznana „dobrotliwość” jest do pewnego stopnia względną. Z czasem przychodzi do ognisk

wtórnych w płucach, a nawet do rozsiania gruźlicy po organizmie, — do zapalenia opon mózgowych i miljarki. Na płycie śledzimy najczęstsze posuwanie się gruźlicy. Ku szczytom i płatom dolnym biegną smugi naczyń limfatycznych, jasne pole płuc jest zarzucone mniej lub więcej licznymi plamami ognisk, lepiej lub gorzej ograniczonych, jaśniejszych lub ciemniejszych, zależnie od rodzaju sprawy.

Często również usadawia się gruźlica u limfatyków w gruczołach limfatycznych opłucnej i osierdzia. Chorzy, dotknięci zmianami, usadawiającymi się w tych właśnie gruczołach, podlegają w pierwszym wypadku zaburzeniom w oddychaniu wskutek silnych bólów, lub w drugim — zmianom w akcji serca z powodu zrostów. Zmiany te na podstawie tylko klinicznej obserwacji nie pozwalają postawić właściwego rozpoznania, dopiero zrosty, biegnące jako faliste lub szpiczaste wypustki od opłucnej lub osierdzia ku przeponie, widziane na płycie lub ekranie, naprowadzają nas na prawdziwą drogę.

Na podstawie obrazu roentgenologicznego można także rokować o przebiegu choroby, jeżeli bowiem płuco nie jest zbyt obficie poprzecinane ciemnymi smugami naczyń limfatycznych, łączących poszczególne gruczoły między sobą i z poszczególnymi częściami płuc, i jeżeli sprawa toczy się jednostronnie, stawiamy prognozę dobrą. Nawet jeżeli znajdziemy i część płuc jednostronnie zajętą, zmiana taka łatwo stosunkowo podlega leczeniu, zwłaszcza, że w tym wypadku możemy zastosować w terapii zakładanie odmy sztucznej pod kontrolą prześwietleń promieniami Roentgen'a.

Na zakończenie chcę jeszcze raz podnieść ważność kontaktu między lekarzem internistą a roentgenologiem. Przypominam jeszcze raz, że u osobników dotkniętych skazą limfatyczną obrzęk gruczołów wewnętrznych i smugi między niemi występują przy każdym ostrem zakażeniu, dla ułatwienia więc pracy i celem uniknięcia pomyłek, powinien lekarz internista, przysyłając chorego do badania, podać krótką anamnezę i kilka słów z obserwacji własnej co do stanu chorobowego pacjenta, by lekarz roentgenolog mógł się zorientować, czy ma zażądać przysłania chorego do powtórnego badania.

ZARYS DORAŻNEJ POMOCY PRZY KATASTOFACH KOLEJOWYCH.

Referat D-ra Wyrzykowskiego, wygłoszony w Toruniu na zeb. koła Gdańskiego

Znajomość ratownictwa przed przybyciem lekarza w wypadkach katastrof kolejowych jest niezbędnie potrzebna dla funkcjonariuszy

kolejowych, od niej bowiem zależy często uratowanie życia nie jednej ofiary. Społeczeństwo na Zachodzie już dawno rozumiało potrzebę takiego szkolenia jak największej liczby osób, któreby umiały ratować uległych różnym wypadkom. W tym celu zostały założone tam stowarzyszenia samarytańskie, a przy nich szkoły, kształcące całe zastępy osób, gotowych i oddanych tej pracy. I u nas niezbędną rzeczą jest znajomość choć wyłącznie tych sposobów udzielania pierwszej pomocy, które są najłatwiej zrozumiałe i możebne do zastosowania przez każdego nielekarza. Przedewszystkiem przy katastrofach widzimy wykołajone i połamane wagony, lub też nawet przewracane i wsunięte jeden w drugi, lub spiętrzone jeden nad drugim, a pośród tego rumowiska drzewa i żelaza ofiary nieszczęścia zabite, pokaleczone lub omdlałe z bólu i przerażenia. W takich wypadkach przed przybyciem lekarza każdy wyszkolony kolejarz z drużyny sanitarnej ma wzniosłe pole do popisu. On pierwszy może ulżyć cierpieniom ofiar nieszczęścia. Sanitarjusz musi sam orjentować się, jak najprędzej można oswobodzić ofiary z rumowiska potrząskanych wagonów. Stopniowo i ostrożnie usuwając lub odsuwając połamane i uszkodzone części wagonów, musi dotrzeć do ofiar katastrofy i takowe ostrożnie wydostawać z rumowiska, odgrzebując lub odsłaniając całego człowieka, nie wydostając go z użyciem większej siły, gdyż nieraz bywają wypadki, że ofiara, mając zmiażdżone części ciała, a wydobyta siłą z ucisku, okazuje się bez nóg lub rąk i kona natychmiast od wpływu krwi. Mając na uwadze wypadki podobnego rodzaju, personel ratunkowy musi postępować pomimo niezbędnego pośpiechu z wielką ostrożnością, by nie być przyczyną bólu i szkody. Po oswobodzeniu z wszelkich ucisków, rannego lub potłuczonego trzeba wynieść z samego miejsca katastrofy, by umieścić go w bezpiecznem miejscu. Przenosić może nawet jedna osoba, jeśli mamy lżej rannego. Wtedy chory bierze przenoszącego za szyję, przenoszący zaś chorego jedną ręką wpół, a drugą pod kolana i w ten sposób można przenieść o kilkadziesiąt kroków. Jeśli przenoszą dwie osoby bez noszy, wtedy chory bierze obydwoma rękami przenoszących za szyję, oni zaś robią z swoich rąk ławeczkę, na której sadzają przenoszonoego. Jeśli chorego przenosimy w pozycji leżącej, a noszy niema, wtedy jedna osoba bierze chorego pod pachy, opierając jego głowę o swe piersi, druga zaś pod kolana, stając pomiędzy nogami chorego.

Wszystkie te sposoby nie zawsze są odpowiednie dla rannych, gdyż najlepiej przenosić ich na noszach. W celu takiego przenoszenia dwaj ratownicy podnoszą rannego, trzymając go jedną ręką za plecy i drugą podtrzymując na wysokości uda, trzeci zaś trzyma powyżej

i poniżej kolan. Wtedy chory w stanie nieruchomym może być położony na nosze, na których bardzo wygodnie może być transportowany. Drażki noszy powinny być trzymane w rękach i chód niosących powinien być równy. Jeśli noszy nie ma, to musimy umieć je przygotować, korzystając z okoliczności. Jako noszy można użyć drzwi lub deski, na które kładzie się ubranie lub palto, a na to rannego. Dobrze nosze można urządzić z palta, wkładając dwa drażki w rękawy rozpiętego palta i zapiąwszy takowe, można położyć niem chorego.

Przystąpimy teraz do omawiania ran, tak często spotykanych w katastrofach kolejowych. Rany powstają, o ile przy uszkodzeniach ciała naruszona jest skóra. Jeśli zraniona jest skóra, mamy rany skórne, jeśli mięśnie — rany mięśniowe, wreszcie rozróżniamy rany kości, nerwów, naczyń i narządów wewnętrznych lub układu nerwowego. Rana sama przez się może wywołać śmierć z braku natychmiastowej pomocy przez upływ krwi z grubych naczyń lub też później przez zakażenie. Na każdą ranę należy nałożyć opatrunek wyjałowiony; przedtem trzeba obmyć otaczającą skórę, nie dotykając się samej rany, benzyną, jodyną, spirytusem lub eterem. Skórę obmywa się za pomocą sterylizowanej waty, umoczonej w jednym z wymienionych płynów. Po obmyciu skóry kładziemy na ranę kawałek wyjałowionej gazy, którą pokrywamy grubą warstwą sterylizowanej waty i bandażujemy. Jeśli na ranie znajduje się zaskrzepła krew, to należy ją pozostawić, gdyż ona zatrzymuje krwawienie. Rany brzucha i klatki piersiowej wymagają nader ostrożnego obchodzenia się z niemi, o czem należy pamiętać przy przenoszeniu i rozbieraniu rannych. Takich ran osoba bez doświadczenia nie powinna dotykać. Można tylko położyć na ranę kawałek sterylizowanej gazy i zabandażować, pozostawiając resztę lekarzowi. Przy ranach brzucha i klatki piersiowej rannemu powinien być zapewniony bezwzględny spokój. Jeśli rana jest podłużna, wtedy ranny powinien leżeć na wznak z wyciągniętymi dolnemi kończynami, jeśli rana jest poprzeczna, należy rannemu przegiąć ramiona i kolana, leżąc na plecach. Jeśli wypadają jelita, to należy przykryć ranę grubą warstwą wyjałowionej gazy, przygiąć kolana i nie ruszać rannego do przybycia lekarza. Przy ranie klatki piersiowej ranny powinien leżeć na zranionym boku i zachować bezwzględny spokój. Na miejsca zranienia po nałożeniu opatrunku, jak przy ranie jamy brzusznej, o ile to możliwe, trzeba położyć worek z lodem.

Przy katastrofach kolejowych z powodu silnych stłuczeń lub uszkodzeń następują krwotoki, które pochodzą z większych lub głębszych ran tłuczonych lub dartych, jeśli tętnica została uszkodzona

w swoim przebiegu. Wtedy jasno czerwona krew rytmicznie wylewa się z rany, czasem tryska strumieniem, jak z małej sikawki łukiem mniejszym lub większym i przerywanym. Te krwotoki z tętnic są bardzo niebezpieczne i zagrażają życiu. Dlatego przy krwotokach z tętnic doraźna pomoc w czas zastosowana może ocalić życie rannemu. Każdy człowiek, będący na miejscu wypadku, przy umiejętnem postępowaniu, zdziała więcej, niż lekarz, gdy przybędzie za późno. Wobec takiego krwotoku najlepszym środkiem jest ucisk na ranę, a czyni się to w ten sposób, że kładzie się na ranę duży kawał wyjałowionej gazy, a na nią grubą warstwę waty, silnie to bandażując. Przy zranieniu większej tętnicy, gdy taki sposób nie pomaga, a krew obficie wycieka, niezbędny jest ucisk na tętnicę powyżej miejsca zranienia. Jeśli rana silnie krwawiąca znajduje się na ręce lub przedramieniu, należy całe ramię unieść wysoko do góry, a powyżej rany owinać mocno gumową opaską, a z braku takowej taśmą, szelką lub czemś podobnem, na samą zaś ranę nałożyć uciskający opatrunek. Takie uciskające opaski mogą pozostawać najwyżej 2—3 godziny, gdyż po dłuższym czasie może nastąpić zgorzel. Te same środki muszą być zastosowane przy zranieniach uda lub podudzia, a mianowicie: ranny musi być położony poziomo, noga trzymana wysoko ku górze, udo zaciska się mocno powyżej kolana, poczem na ranę nakłada się mocno uciskający opatrunek. Daleko łatwiejsze do opanowania są krwotoki z uszkodzonych żył lub naczyń włosowatych. Krwawienia z żył zdarzają się dość często, gdyż żyły przebiegają bardziej powierzchownie i bliżej skóry, niż tętnice. Przy uszkodzeniu żyły ciemno - czerwona krew spływa zwolna z rany. Krwotoki te najlepiej tamować również uciskowym opatrunkiem. Należy rannego posadzić lub położyć, obnażyć zranione miejsce, unieść ramię lub nogę w górę i ranę mocno zabandażować. Co się tyczy krwotoków z naczyń włosowatych, to takowe łatwo udaje się zatamować zwyczajnym uciskowym opatrunkiem.

Kości, z których składa się nasz szkielet, w czasie katastrof kolejowych mogą ulegać złamaniom z powodu uderzenia, stłuczenia lub przygniecenia. Mówimy o złamaniu, jeśli kość po jakimś uszkodzeniu gnie się w miejscu, w którym normalnie giąć się nie powinna. Ranny wtedy nie może poruszać uszkodzoną częścią ciała bez silnego bólu, a przy poruszaniu często daje się słyszeć rodzaj trzeszczenia. Takie złamanie nosi nazwę zwykłego złamania. Na miejscu złamania może być także rana skóry i tkanek miękkich, spowodowana stłuczeniem lub też przebicciem skóry ostrym końcem złamanej kości. To ostatnie nazywa się otwartem złamaniem i jest niebezpieczne. Złamana kończyna

przedstawia się przeważnie wskutek zsunęcia się końców kości znacznie skróconą i na miejscu złamania grubszą. W takim wypadku doraźna pomoc polega na ułożeniu chorego wygodnie, by nie czuł bólu. Trzeba podeprzyć z boków złamaną kończynę dla jej unieruchomienia za pomocą wałków, które na razie można zrobić z ubrania, pledów, a nawet i drzewa. Podczas rozbierania chorego w razie złamania lub zwichnięcia należy zdjąć ubranie najprzód ze zdrowej kończyny, gdy zaś sprawia to ból, wtedy trzeba rozciąć ubranie, a mianowicie koszulę, marynarkę lub stanik należy rozcinać pośrodku, spodnie na szwach. Gdy niezbędnem jest przeniesienie takiego chorego na noszach, to usuwawszy ubranie, należy unieruchomić złamaną kończynę, okładając ją szynami dla uchronienia od wszelkich wstrząśnień. Prowizoryczne szyny mogą być z deseczek, lasek, parasoli, gałęzi z drzew, wreszcie gdyby i tego nie było, wtedy mocno przywiązujemy chorą nogę do zdrowej. Wszelkie te prowizoryczne szyny trzeba owinać jakąś materją, by nie uwierały na chorą część ciała. Przywiązywać je można za pomocą bandażu, tasiemki, a nawet pociętych części ubrania. Trzeba mieć na uwadze, że chorych ze złamaniami dolnemi kończynami lepiej pozostawić w spokoju i nie robić z nimi żadnych gwałtownych zabiegów, gdyż wtedy ostre złamane kości mogą przebić skórę i skomplikować sytuację. Złamane ramię przytwierdzamy za pomocą bandażu lub dużej chustki do tułowia, a złamane przedramię wkładamy na trójkątnej chustce, której końce owijamy wkoło szyi i zawiązujemy na barku nieuszkodzonego ramienia. Co się tyczy zwichnięć wszelkiego rodzaju, to takowe mogą być traktowane przez nielekarzy jak i złamania, i tego rodzaju chorzy powinni być transportowani z równą ostrożnością, jak i pierwsi.

Nareszcie przy katastrofach kolejowych często u ludzi nerwowych następuje zemdlenie, człowiek taki błednie i pada. Zjawisko to spowodowane bywa niedostatecznym przyływem krwi do mózgu wskutek silnego wstrząśnienia. Zemdłonego należy ułożyć tak, żeby głowa znajdowała się możliwie nisko. Najlepiej takiego leżącego na ziemi pozostawić w tej pozycji, nogi zaś trochę podnieść. Ubranie trzeba koniecznie porozpinać jak na szyi, tak i na brzuchu dla zapewnienia swobodnego krążenia krwi. Do powąchania można dać amoniak lub eter. Omdlenia bywają czasami tak głębokie, że przez laika mogą być uważane za śmierć, ale taka pozorna śmierć jest tylko stanem, w którym wszystkie czynności życiowe zredukowane są do minimum. Bicia serca prawie nie wyczuwa się, oddechu i czucia niema. W takim wypadku trzeba starać się o przywrócenie przedewszystkiem oddechu za

ruch ten powinien również trwać 2—3 sekundy, tym sposobem wycisowej. Następnie kończyny górne przyciskamy do boków chorego, pomocą sztucznego oddychania. Chorego należy położyć na wznak, przyczem ramiona powinny być uniesione przez podłożenie ubrania, pled lub coś podobnego, głowa nie powinna być oparta. Ratujący powinien znajdować się u wezgiłowia chorego, wziąć górne kończyny za łokcie, podnieść je ponad głowę chorego, wyciągnąć i trzymać tak 2—3 sekundy, wtedy otrzymujemy wdech — rozszerzenie klatki pierskamy powietrze z płuc — i otrzymujemy wydech. Każdy więc wdech i wydech powinien następować po sobie co 2—3 sekundy. Sztuczny wdech powinien być wykonany szybko, wydech powoli. Ruchy takie należy powtarzać 15—18 razy na minutę, dopóki chory nie zacznie oddychać samoistnie. Pierwszy samoistny oddech już wywołuje zmianę koloru skóry twarzy: biała twarz zaróżowi się, a czerwona odrazu zblednie. Z chwilą, gdy chory zacznie sam oddychać, trzeba starać się przywracać mu przytomność za pomocą eteru lub amoniaku.

Wyżej podane sposoby pomocy w katastrofach kolejowych mają na celu ułatwienie zadania tym, którzy pragną ulżyć cierpieniom bliźniego do chwili przybycia lekarza w myśl wysoko pojętej idei humanitarnej okazania pomocy nieszczęśliwemu.

W y k a z

lekarzy kolejowych Rzeczypospolitej polskiej i członków Zrzeszenia Lek. Kol.

DYREKCJA WARSZAWSKA.

1. Dr. Artyfikiewicz Czesław, lekarz oddziałowy, Łódź Fabryczna.
2. Dr. Bacciarelli Władysław, konsultant, Warszawa.
3. Dr. Bałaban Karol, konsultant, Warszawa.
4. Dr. Biehler Wacław, lek. oddz., Warszawa,
5. Dr. Bogucki Feliks, lek. oddz., Częstochowa.
6. Dr. Chomentowski Witalis, lek. oddz., Sosnowiec.
7. Dr. Chylewski Bronisław, lek. oddz., Radomsko.
8. Dr. Czczott Ignacy, lek. oddz., Łódź - Kaliska.
9. Dr. Czyżewski Ludwik, konsultant, Warszawa,
10. Dr. Długoszewski Antoni, lek. oddz., Warszawa.
11. Dr. Dmoch Władysław, lek. oddz., Ostrołęka.
12. Dr. Dobrowolski Stanisław, lekarz sanitarny, Warszawa.
13. Dr. Gościcki Stanisław, lek. oddz., Siedlce.
14. Dr. Górski Jan, lek. oddz., Konin.
15. Dr. Górkiewicz Stanisław, konsultant, Warszawa.
16. Dr. Grabiński Bronisław, emeryt, Otwock.
17. Dr. Gronowski Wacław, Zarz. Centr. Prz., Warszawa.
18. Dr. Horoszewicz Antoni, N. Lek. Szp. kol., Warszawa.
19. Dr. Jakimiak Bolesław, konsultant, Warszawa.
20. Dr. Jasieński Tadeusz, lek. oddz., Warszawa.
21. Dr. Jastrzębski Leon, lek. oddz., Warszawa.
22. Dr. Jastrzębski Władysław, lek. oddz., Aleksandrów.
23. Dr. Kabata, lek. oddz., Konin dojazdowy.
24. Dr. Kaliciński Ludwik, ordynator szpitala, Warszawa.
25. Dr. Kielkiewicz Jan, konsultant, Warszawa.
26. Dr. Knoff Wacław, konsultant, Warszawa.
27. Dr. Kowalski Wacław, konsultant, Warszawa.
28. Dr. Kozłowski Stanisław, lek. oddz., Lipno dojazdowe.
29. Dr. Kozubowski Jan, lek. oddz., Błonie.
30. Dr. Koziorowski Bronisław, konsultant, Warszawa.
31. Dr. Krysiński Józef, konsultant, Warszawa.
32. Dr. Kaszubski Stanisław, lek. oddz., Sompolno.
33. Dr. Krajewski Stefan, lek. oddz., Piotrków.
34. Dr. Królewski Stefan, lek. oddz., Grodzisk.

35. Dr. Krzyczkowski Antoni, emeryt, b. Nacz. Wydz. Sanit., Warszawa.
36. Dr. Łabędzki Alojzy, lek. oddz., Warszawa.
37. Dr. Markowski Bronisław, lek. oddz., Warszawa.
38. Dr. Mazurek Józef, Ordyn. szpitala, Warszawa.
39. Dr. Prof. Mazurkiewicz Jan, konsultant, Warszawa.
40. Dr. Mojkowski Ignacy, lek. sanit., Warszawa.
41. Dr. Nielubowicz Kazimierz, lek. oddz., Warszawa.
42. Dr. Nowakowski Wacław, lek. oddz., Piotrków.
43. Dr. Osiński Aleksander, lek. oddz., Łowicz.
44. Dr. Osmólski Stanisław, lek. oddz., Włocławek.
45. Dr. Ossowski Adolf, lek. oddz., Sochaczew.
46. Dr. Ostaszewski Józef, lek. oddz., Mława.
47. Dr. Ostrowski Hilary, lek. oddz., Siedlce.
48. Dr. Piotrowski Kazimierz, konsultant, Warszawa.
49. Dr. Polikowski Aleksander, lek. oddz., Łowicz.
50. Dr. Przedborski Aleksander, lek. oddz., Warszawa.
51. Dr. Rago Bronisław (emeryt), Radomsko.
52. Dr. Rajewicz Jan, lek. oddz., Łuków.
53. Dr. Roszkowski Zygmunt, lek. oddz., Warszawa.
54. Dr. Różański Zygmunt, lek. oddz., Łazy.
55. Dr. Rutkowski Henryk, lek. oddz., Mińsk - Mazowiecki.
56. Dr. Serbej Mikołaj, lek. oddz., Małkinia.
57. Dr. Sieraha Władysław, lek. oddz., Warszawa.
58. Dr. Skoryna Konstanty, lek. oddz., Żyrardów.
59. Dr. Skłodowski Józef (emeryt), Warszawa.
60. Dr. Staweno Tomasz, lek. oddz., Łódź Kaliska.
61. Dr. Sulikowski Franciszek, lek. oddz., Kalisz.
62. Dr. Świętecki Jan, lek. oddz., Warszawa.
63. Dr. Szaniawski Paweł, lek. oddz., Częstochowa.
64. Dr. Szawelski, emeryt, Siedlce.
65. Dr. Szemioth Wacław, emeryt, Warszawa.
66. Dr. Szpakowski Jan, lek. oddz., Płońsk.
67. Dr. Szymorowski Stanisław, lek. oddz., Koluszki.
68. Dr. Surawski Jan, Nacz. Wydz. Sanitar., Warszawa.
69. Dr. Sitkowski Wacław, konsultant, Warszawa.
70. Dr. Sosnowski Stanisław, lek. oddz., Warszawa.
71. Dr. Tuz Stanisław, konsultant, Warszawa.
72. Dr. Turski Antoni, konsultant, Warszawa.
73. Dr. Tymieniecki Edward, konsultant, Warszawa.
74. Dr. Umiński Józef, lek. oddz., Kutno.
75. Dr. Wagner Ludwik, lek. oddz., Wieluń.
76. Dr. Wieczorkiewicz Marjan (emeryt), Dąbrowa Górnicza.
77. Dr. Wolfram Aleksander, lek. oddz., Pruszków.
78. Dr. Wyganowski Jan, lek. oddz., Warszawa.
79. Dr. Wyszynski Feliks, lek. oddz., Krośnice.
80. Dr. Zawadzki Józef, lek. oddz., Warszawa.
81. Dr. Zielińska Antonina, konsultant, Warszawa.

DYREKCJA LWOWSKA.

1. Dr. Andruszewski Mieczysław, specjalista chorób skórnych, Lwów.
2. Dr. Ausobsky Józef, lekarz rejonowy, Chyrów.
3. Dr. Bilowicki Leopold, lekarz rejonowy, Złoczów.
4. Dr. Boratyński Józef, lekarz rejonowy, Stryj.
5. Dr. Choróbski Stanisław, lekarz rejonowy, Sambor.
6. Dr. Chutkowski Tadeusz, stomatolog, Lwów.
7. Dr. Deisenberg Adam, lekarz rejonowy, Brody.
8. Dr. Demianowski Adrian, inspektor sanitarny, Lwów.
9. Dr. Demianowska Marja, specjalistka chorób nerwowych, Lwów.
10. Dr. Falk Bernard, lekarz rejonowy, Brzeżany.
11. Dr. Felber Abraham, lekarz rejonowy, Stryj.
12. Dr. Feldman Markus, lekarz rejonowy w Jarosławiu.
13. Dr. Flis Kazimierz, lekarz rejonowy, Rudki.
14. Dr. Fritz Józef, specjalista chorób dziecięcych, Lwów.
15. Dr. Gruca Adam, specjalista - chirurg, Lwów.
16. Dr. Hernich Franciszek, lekarz rejonowy, Turka n/Sanem.
17. Dr. Hoffner Oskar, lekarz rejonowy w Drohobyczu.
18. Dr. Kaczurba Feliks, lekarz rejonowy w Przemyśle.
19. Dr. Kasprzyk Antoni, lekarz rejonowy, Podhajce.
20. Dr. Katz Jakób, dentysta w Przemyśle.
21. Dr. Kindler Dawid, lekarz rejonowy, Sokal.
22. Dr. Klarfeld Ignacy, lekarz rejonowy w Drohobyczu.
23. Dr. Koellner Zygmunt, dentysta, Lwów.
24. Dr. Kuhl Karol, lekarz rejonowy, specjalista chorób płucnych, Lwów.
25. Dr. Kulczycki Aleksander, lekarz rejonowy, Mszana.
26. Dr. Kwiatkowski Stefan, lekarz specjalista chorób wenerycznych, Lwów.
27. Dr. Langberg Zygmunt, dentysta, Sambor.
28. Dr. Lampert Adolf, lekarz rejonowy, Mikołajów Drohowyże.
29. Dr. Lenartowicz Roman, lekarz rejonowy, Ustrzyki.
30. Dr. Lewinter Adam, lekarz rejonowy, Leżajsk.
31. Dr. Malsburg Henryk, lekarz rejonowy w Gródku Jagiellońskim.
32. Dr. Markl Józef, lekarz rejonowy w Janowie.
33. Dr. Markstein Wilhelm, lekarz rejonowy, Kamionka Strumiłowa.
34. Dr. Mossorowa Wanda, lekarz bakterjolog, specjalista, Lwów.
35. Dr. Orski Jan, lekarz rejonowy w Jaworowie.
36. Dr. Ożga Jan, lekarz rejonowy, Turka n/Stryjem.
37. Dr. Parille Michał, lekarz rejonowy, Tarnopol.
38. Dr. Pokrzywka Henryk, lekarz rejonowy, Lwów.
39. Dr. Polakowski Józef, lekarz rejonowy, Rawa Ruska.
40. Dr. Połohajło Jan, lekarz rejonowy, Lubaczów.
41. Dr. Preyer Artur, lekarz rejonowy, Bełz.
42. Dr. Puzdrowski Jan, lekarz rejonowy, Zagórz.
43. Dr. Radziński Karol, lekarz rejonowy, Rozwadów.
44. Dr. Rawski Alfred, lekarz rejonowy, Stryj.
45. Dr. Sawicka Henryka, lekarz specjalista chorób kobiecych, Lwów.
46. Dr. Schmeidler Leon, lekarz rejonowy, Radymno.

47. Dr. Schutt Edward, lekarz rejonowy w Przemyślanach.
48. Dr. Smyczyński Ignacy, lekarz rejonowy, Przeworsk.
49. Dr. Sopel Franciszek, lekarz rejonowy w Lubieniu Wielkim.
50. Dr. Stanowski Karol, lekarz rejonowy w Winnikach.
51. Dr. Stauber Salomon, lekarz rejonowy, Lwów.
52. Dr. Stefek Emil, lekarz rejonowy, Lwów.
53. Dr. Stemerowicz Leonard, lekarz rejonowy, Radziechów.
54. Dr. Strzałkowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Skalat.
55. Dr. Szczurkowski Stanisław, lekarz rejonowy, Lwów.
56. Dr. Szelong Józef, lekarz rejonowy, Tarnopol.
57. Dr. Szepczenko Piotr, lekarz rejonowy, Radziwiłłów.
58. Dr. Trześniowski Eugenjusz, lekarz rejonowy w Szczercu.
59. Dr. Wachs Mayer, lekarz rejonowy, Żółkiew.
60. Dr. Wepper Matylda, dentysta, Stryj.
61. Dr. Wojtowicz Julian, lekarz rejonowy w Przemyślu.
62. Dr. Zabłocki Stanisław, lekarz specjalista, Lwów.
63. Dr. Zadurówicz Emil, lekarz rejonowy w Samborze.
64. Dr. Zapolski Mikołaj, lekarz rejonowy w Łanowcach.
65. Dr. Zgórski Kazimierz, dyrektor Wydziału Sanitarnego, Lwów.
66. Dr. Zion Oswald, lekarz specjalista okulista, Lwów.

DYREKCJA POZNAŃSKA.

1. Dr. Anders Józef, lekarz sanitarny, Poznań.
2. Dr. Budzyński Stefan, lekarz rejonowy, Krotoszyn.
3. Dr. Babiak Ludwik, lekarz rejonowy, Gostynin.
4. Dr. Czechowicz Czesław, lekarz rejonowy, Gniezno.
5. Dr. Cholewo Antoni, lekarz rejonowy, Szamotuły.
6. Dr. Czarliński Stanisław, lekarz rejonowy, Żnin.
7. Dr. Christman Wiktor, lekarz rejonowy, Kcynia.
8. Dr. Fiweger Wiktor, lekarz rejonowy, Leszno.
9. Dr. Fidelski Józef, lekarz rejonowy, Zbąszyń.
10. Dr. Jackowski Aleksander, lekarz rejonowy, Inowrocław.
11. Dr. Kolszewski Alfred, lekarz sanitarny, Poznań.
12. Dr. Koronkiewicz Kazimierz, lekarz rejonowy, Poznań.
13. Dr. Kasproicz Władysław, lekarz rejonowy, Ostrów.
14. Dr. Kowalewski Eugenjusz, lekarz rejonowy, Kępno.
15. Dr. Kropiwnicki Tomasz, lekarz rejonowy, Wolsztyn.
16. Dr. Kubczak Stanisław, lekarz rejonowy, Międzychód.
17. Dr. Lazarowicz, lekarz rejonowy, Wągrowiec.
18. Dr. Lewandowski Antoni, lekarz rejonowy, Mogilno.
19. Dr. Luisi Franciszek, lekarz rejonowy, Czarneków.
20. Dr. Niedźwiedzki Michał, lekarz rejonowy, Jarocin.
21. Dr. Rymaszewski Władysław, lekarz rejonowy, Poznań.
22. Dr. Rozanow Aleksander, lekarz rejonowy, Poznań.
23. Dr. Rydlewski Celestyn, lekarz rejonowy, Poznań.
24. Dr. Rączkowski Ludwik, lekarz rejonowy, Rogoźno.
25. Dr. Smoliński Emiljan, Naczelnik Wydziału Sanitar., Poznań.

26. Dr. Stawarz Władysław, lekarz rejonowy, Poznań.
27. Dr. Stankiewicz Mieczysław, lekarz rejonowy, Skalmierzyce.
28. Dr. Twórz Emanuel, lekarz rejonowy, Kościan.
29. Dr. Uliszewski Florjan, lekarz rejonowy, Września.
30. Dr. Wojtkiewicz Janusz, lekarz rejonowy, Ostrów.
31. Dr. Wagner Ludwik, lekarz rejonowy, Wieluń.
32. Dr. Zerbe Franciszek, lekarz rejonowy, Poznań.

Lekarze specjaliści:

1. Dr. Alkiewicz Jan, skórne i wener., Poznań.
2. Dr. Prof. Borowiecki Stefan, nerwowe i umysłowe, Poznań.
3. Dr. Doc. Głabisz Stefan, laryngolog, Poznań.
4. Dr. Doc. Stasiński Jan, okulista, Poznań.
5. Dr. Zieliński Stanisław, ginekolog, Poznań.

DYREKCJA KATOWICKA.

1. Dr. Adamczyk Ferdynand, lekarz rejonowy, Katowice - Bogucice.
2. Dr. Adamczewski Stefan, lekarz rejonowy, Mikołów.
3. Dr. Biały Feliks, lekarz rejonowy, Rybnik.
4. Dr. Cieńciała Edward, Naczelnik Wydziału Sanitar., Katowice.
5. Dr. Cyran Emil, lekarz rejonowy, Lubliniec.
6. Dr. Dadaczyński Zygmunt, lekarz rejonowy, Siemianowice.
7. Dr. Dadaczyński Jerzy, lekarz rejonowy, Rydułtowy.
8. Dr. Golus Teofil, lekarz rejonowy, Rybnik.
9. Dr. Hager Bronisław, lekarz rejonowy, Tarn. Góry.
10. Dr. Hanke Edward, lekarz rejonowy, Królewska Huta.
11. Dr. Hessek Karol, lekarz rejonowy, Hebdzie.
12. Dr. Hanke Maksymiljan, lekarz rejonowy, Katowice.
13. Dr. Kalus Jerzy, lekarz rejonowy, Orzesze.
14. Dr. Krynicki Stefan, lekarz rejonowy, Tychy.
15. Dr. Lesl Antoni, lekarz rejonowy, Chorzów.
16. Dr. Magiera Leon, lekarz sanitarny, Katowice.
17. Dr. Mierzowski Józef, lekarz rejonowy, Hajduki Wielkie.
18. Dr. Mende Lucjan, lekarz rejonowy, Wodzisław.
19. Dr. Malinowski Stanisław, lekarz rejonowy, Katowice - Ligota.
20. Dr. Nawrotek Apolonjusz, lekarz rejonowy, Tarn. Góry.
21. Dr. Neukirch Paweł, lekarz rejonowy, Zory.
22. Dr. Ogan Florjan, lekarz rejonowy, Szopienice.
23. Dr. Obremba Teodor, lekarz rejonowy, Mysłowice.
24. Dr. Rybok Wiktor, lekarz rejonowy, Nowy Bieruń.
25. Dr. Knapczyk Aleksander, lekarz rejonowy, Mysłowice.
26. Dr. Sośnierz Roman, lekarz rejonowy, Nowa Wieś.
27. Dr. Skiba Stanisław, lekarz rejonowy, Katowice Załęże.
28. Dr. Tomiak Stanisław, lekarz rejonowy, Katowice.
29. Dr. Willert Franciszek, lekarz sanitarny, Katowice.
30. Dr. Wilimowski Maksymiljan Stanisław, lekarz rejonowy, Katowice.
31. Dr. Witman Ludwik, lekarz rejonowy, Rodzianków.

Lekarze specjaliści:

1. Dr. Berger Wilhelm, dentysta, Tarn. Góry.
2. Dr. Brzozowski Franciszek, ginekolog, Katowice.
3. Dr. Gondzik Jan, dentysta, Król. Huta.
4. Dr. Geisler Piotr, okulista, Katowice.
5. Dr. Hlond Jan, wenerolog, Katowice.
6. Dr. Roszak Stanisław, pedjatra, Katowice.
7. Dr. Sianowski Andrzej, laryngolog, Król. Huta.

DYREKCJA KRAKOWSKA.

1. Dr. Ackerman Adam, lekarz rejonowy, Kraków.
2. Dr. Auber Leon, lekarz rejonowy, Bochnia.
3. Dr. Bednarski Józef, lekarz rejonowy, Alwernia.
4. Dr. Budzyński Kazimierz, lekarz rejonowy, Jaworzno.
5. Dr. Blumenfeld Edgar, lekarz rejonowy, Żywiec.
6. Dr. Blumenfeld Joachim, lekarz rejonowy, Żywiec.
7. Dr. Czapliński Władysław, lekarz rejonowy, Mszana Dolna.
8. Dr. Dura Józef, lekarz rejonowy, Krzeszowice.
9. Dr. Dziewoński Władysław, lekarz rejonowy, Kęty.
10. Dr. Dudziński Jan, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
11. Dr. Dorumo Jerzy, lekarz rejonowy, Stary Sącz.
12. Dr. Eisen Ludwik, lekarz rejonowy, Tarnów.
13. Dr. Fürbek Leon, lekarz rejonowy, Tarnów.
14. Dr. Frank Apolinary, lekarz rejonowy, Mielec.
15. Dr. Barański Emil, lekarz sanitarny, Kraków.
16. Dr. Gedl Edgar, lekarz rejonowy, Kraków.
17. Dr. Gross Henryk, lekarz rejonowy, Dziedzice.
18. Dr. Grzybowski Stefan, lekarz rejonowy, Zator.
19. Dr. Gusiński Michał, lekarz rejonowy, Limanowa.
20. Dr. Hirsch Dawid, lekarz rejonowy, Kraków.
21. Dr. Huppert Ludwik, lekarz rejonowy, Bielsko.
22. Dr. Harasowski Aleksander, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
23. Dr. Jabłoński Antoni, Naczelnik Wydziału Sanitar., Kraków.
24. Dr. Kronfeld Herman, lekarz rejonowy, Rzeszów.
25. Dr. Kraus Herman, lekarz rejonowy, Rzeszów.
26. Dr. Kadyj Józef, lekarz rejonowy, Jasło.
27. Dr. Kozaczka Adam, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
28. Dr. Król Ludwik, lekarz rejonowy, Chybie.
29. Dr. Lewicki Zygmunt, lekarz rejonowy, Krosno.
30. Dr. Langsman Gustaw, lekarz rejonowy, Nowy Targ.
31. Dr. Mamczyn Włodzimierz, lekarz rejonowy, Kraków.
32. Dr. Malinowski Alojzy, lekarz rejonowy, Chrzanów.
33. Dr. Mentel Gwidon, lekarz rejonowy, Cieszyn.
34. Dr. Maszewski Aleksander, lekarz rejonowy, Skawina.
35. Dr. Millet Abraham, lekarz rejonowy, Dębica.
36. Dr. Mściwujewski Seweryn, lekarz rejonowy, Muszyna.
37. Dr. Markowski Mieczysław, lekarz rejonowy, Szczucin.

38. Dr. Nikliborc Jan, lekarz rejonowy, Kalwarja.
39. Dr. Nieć Teofil, lekarz rejonowy, Rzeszów.
40. Dr. Nalter Wiktor, lekarz rejonowy, Frysztak.
41. Dr. Niedzielski Kazimierz, lekarz rejonowy, Sanok.
42. Dr. Obst Stefan, lekarz rejonowy, Szczakowa.
43. Dr. Okuljar Wacław, lekarz rejonowy, Węgr. Górka.
44. Dr. Pożniak Stanisław, lekarz rejonowy, Kraków.
45. Dr. Piotrowski Kazimierz, lekarz rejonowy, Kraków.
46. Dr. Pisek Henryk, lekarz rejonowy, Podgórze - Kraków.
47. Dr. Przesmycki Jan, lekarz rejonowy, Gorlice.
48. Dr. Pawlas Eugenjusz, lekarz rejonowy, Tarnobrzeg.
49. Dr. Raszka Paweł, lekarz rejonowy, Skoczów.
50. Dr. Rede Aleksander, lekarz rejonowy, Wieliczka.
51. Dr. Rośławski Leon, lekarz rejonowy, Dąbrowa.
52. Dr. Stankiewicz Wiktor, lekarz rejonowy, Kraków.
53. Dr. Sikorski Stanisław, lekarz rejonowy, Podgórze - Kraków.
54. Dr. Sternal Stanisław, lekarz rejonowy, Trzebinia.
55. Dr. Ślósarczyk Antoni, lekarz rejonowy, Oświęcim.
56. Dr. Sołtysik Józef, lekarz rejonowy, Wadowice.
57. Dr. Spannbauer Karol, lekarz rejonowy, Sucha.
58. Dr. Szatkowski Alojzy, lekarz rejonowy, Tarnów.
59. Dr. Shorr Jakób, lekarz rejonowy, Jasło.
60. Dr. Schmidt Józef, lekarz rejonowy, Siersza Wodna.
61. Dr. Uchacz Błażej, lekarz rejonowy, Maków.
62. Dr. Wilson Ryszard, lekarz rejonowy, Oświęcim.
63. Dr. Wachulski Bronisław, lekarz rejonowy, Dziedzice.
64. Dr. Wałach Józef, lekarz rejonowy, Bielsko.
65. Dr. Zieliński Edward, lekarz rejonowy, Nowy Sącz.
66. Dr. Zychoń Józef, lekarz rejonowy, Zakopane.

Lekarze specjaliści:

1. Dr. Doc. Artwiński Eugenjusz, nerw. i umysł., Maków.
2. Dr. Czadowski Edmund, dentysta, Kraków.
3. Dr. Haas Juljusz, dentysta, Bielsko.
4. Dr. Hładij Michał, chirurg, Kraków.
5. Dr. Kończycka Marja, dentystka, Nowy Sącz.
6. Dr. Karelus Kazimierz, okulista, Kraków.
7. Dr. Łapiński Stanisław, wewnętrzne, Kraków.
8. Dr. Łukasiewicz Karol, dentysta, Kraków.
9. Dr. Marcjaniak Franciszek, skórne i wener., Kraków.
10. Dr. Pogonowski Bolesław, kobiece, Kraków.
11. Dr. Swierz Witold, gardła, Kraków.
12. Dr. Schönfeld Symche, dentysta, Tarnów.
13. Dr. Twarog Feliks, dentysta, Rzeszów.

DYREKCJA STANISŁAWOWSKA.

1. Dr. Albin Samuel, lekarz rejonowy, Tłuste.
2. Dr. Bylicki Andrzej, lekarz rejonowy, Chodorów.

3. Dr. Blaustein Józef, lekarz rejonowy, Czortków.
4. Dr. Chodorowski Kazimierz, lekarz rejonowy, Delatyn.
5. Dr. Dortort Chune, lekarz rejonowy, Wybrańsk.
6. Dr. Dobrowolski Jan, lekarz rejonowy, Tyśmienica.
7. Dr. Felber Henryk, lekarz rejonowy, Stryj.
8. Dr. Harmatij Grzegorz, lekarz rejonowy, Trembowla.
9. Dr. Halarewicz Bazyli, lekarz rejonowy, Rohatyn.
10. Dr. Jarasiewicz Roman, lekarz rejonowy, Stanisławów.
11. Dr. Jurkiewicz Ambroży, lekarz rejonowy, Kozowa.
12. Dr. Kącki Stanisław, lekarz rejonowy, Dolina.
13. Dr. Kittner Jakób, lekarz rejonowy, Borszczów.
14. Dr. Kamiński Jakób, lekarz rejonowy, Kołomyja.
15. Dr. Muldziewicz Włodzimierz, lekarz rejonowy, Halicz.
16. Dr. Niemczewski Erazm, lekarz rejonowy, Stanisławów.
17. Dr. Opolski Jan, Naczelnik Wydziału, Stanisławów.
18. Dr. Ossoliński Artur, lekarz rejonowy, Stanisławów.
19. Dr. Pertak Marjan, lekarz rejonowy, Stanisławów.
20. Dr. Pelcmer Ewdard, lekarz rejonowy, Chodorów.
21. Dr. Parille Michał, lekarz rejonowy, Tarnopol.
22. Dr. Rozmarin Józef, lekarz rejonowy, Stanisławów.
23. Dr. Różankowski Marcei, lekarz rejonowy, Kałusz.
24. Dr. Skoczek Stanisław, lekarz rejonowy, Kopyczyńce.
25. Dr. Spindel Maurycy, lekarz rejonowy, Otnia.
26. Dr. Wachter Stefan, lekarz sanitarny, Stanisławów.
27. Dr. Weinreb Salomon, lekarz sanitarny, Buczacz.
28. Dr. Wasilewski Aleksander, lekarz sanitarny, Kołomyja.

Lęgarze specjaliści:

1. Dr. Gottfried Oskar, dentysta, Kołomyja.
2. Dr. Kocznerowa Gizela, dentysta, Czortków.
3. Dr. Mikucki Stanisław, ginekolog, Stanisławów.
4. Dr. Machheimer Stanisław, okulista, Stanisławów.
5. Dr. Ordower Leon, dentysta, Stanisławów.
6. Dr. Reinert Edward, otiatra laryng., Stanisławów.
7. Dr. Raczyński Adam, dentysta, Stanisławów.
8. Dr. Tomaszek Stanisław, nerw. fizykoter., Stanisławów.
9. Dr. Wojewidka Konstanty, ginekolog, Stanisławów.

DYREKCJA WILEŃSKA.

1. Dr. Borysewicz Tomasz, lekarz oddziałowy, Wilno.
2. Dr. Borusewicz Czesław, lekarz oddziałowy, Mołodeczno.
3. Dr. Budzyński Eugenjusz, ordynator szpitala, Wilno.
4. Dr. Cumft Jan Gabryel, ordynator szpitala, Wilno.
5. Dr. Czarnowski Czesław, ordynator szpitala, Wilno.
6. Dr. Dąbrowski Henryk, zarząd. Sanatorjum, Włodawa.
7. Dr. Gimzewski Marjan, lekarz oddziałowy, Nowo - Święciany.
8. Dr. Głębocki Antoni, lekarz oddziałowy, Grodno.

9. Dr. Jodko Eugenjusz, lekarz oddziałowy, Lida.
10. Dr. Koiszewski Napoleon, lekarz sanitarny, Wilno.
11. Dr. Korwin - Gronkowski Konst., lekarz oddziałowy, Królewsczyzna.
12. Dr. Kowalski Henryk, lekarz oddziałowy, Białystok.
13. Dr. Karnicki Aleksander, ordynator szpitala, Wilno.
14. Dr. Kisiel Karol, ordynator szpitala, Wilno.
15. Dr. Kuligowska Helena, zarząd. pracown., Wilno.
16. Dr. Łukiewicz Kazimierz, lekarz - konsultant, Wilno.
17. Dr. Markowski Kazimierz, lekarz oddziałowy, Czeremcha.
18. Dr. Moszyński Marjan, ordynator szpitala, Wilno.
19. Dr. Orzechowski Edward, lekarz oddziałowy, Łapy.
20. Dr. Pujkiewicz Andrzej, lekarz oddziałowy, Starosielce.
21. Dr. Rydzewski Jan, lekarz oddziałowy, Suwałki.
22. Dr. Szukiewicz Jarosław, Naczelnik Wydziału Sanitar., Wilno.
23. Dr. Swierzewski Stanisław, lekarz oddziałowy, Łuniniec.
24. Dr. Szat Anatol, lekarz oddziałowy, Baranowicze.
25. Dr. Sułkowski Leon, lek. nacz. szpitala, Wilno.
26. Dr. Sycianko Czesław, ordynator szpitala, Wilno.
27. Dr. Tomaszewski Emanuel, lekarz oddziałowy, Nowo-Wilejka.
28. Dr. Umiastowski Witold, ordynator szpitala, Wilno.
29. Dr. Wincz Aleksander, lekarz sanitarny, Wilno.
30. Dr. pr. Władyczko Stanisław, lekarz konsultant, Wilno.
31. Dr. Willrat Wilhelm, lekarz oddziałowy, Wołkowysk.
32. Dr. Woronowicz Stanisław, lekarz oddziałowy, Pińsk.
33. Dr. Zebrowski Bronisław, lekarz oddziałowy, Wilno.
34. Dr. Żywicki Julian, lekarz oddziałowy, Brześć n/B.

DYREKCJA RADOMSKA.

1. Dr. Białostocki Marcei, lekarz rejonowy, Strzemieszyce.
2. Dr. Brajczewski Antoni, lekarz rejonowy, Lublin.
3. Dr. Butkiewicz Tadeusz, lekarz - konsultant, Sosnowiec.
4. Dr. Cybulski Stefan, lekarz rejonowy, Lublin.
5. Dr. Dąbrowski Zygmunt, lekarz rejonowy, Dęblin.
6. Dr. Drożdż Wacław, lekarz - konsultant, Lublin.
7. Dr. Fuksiewicz Leon, lekarz - konsultant, Lublin.
8. Dr. Homolicki Aleksander, lekarz rejonowy, Sarny.
9. Dr. Jankowski Józef, lekarz rejonowy, Kielce.
10. Dr. Jaczewski Kazimierz, lekarz - konsultant, Lublin.
11. Dr. Kiersnowski Stanisław, lekarz sanitarny, Radom.
12. Dr. Kuczyński Florjan, lekarz rejonowy, Radom.
13. Dr. Kołakowski Feliks, lekarz rejonowy, Skarżysko.
14. Dr. Królewski Wacław, lekarz rejonowy, Kowel.
15. Dr. Kozłowski Michał, lekarz - konsultant, Sosnowiec.
16. Dr. Leszczewicz Wincenty, lekarz rejonowy, Radom.
17. Dr. Lisowski Borys, lekarz rejonowy, Skarżysko.
18. Dr. Leble Zygmunt, lekarz rejonowy, Kowel.
19. Dr. Lutyński Czesław, ordynator szpitala, Skarżysko.

20. Dr. Markowski Stanisław, lekarz okulista, Radom.
21. Dr. Modrzewski Jan, lekarz konsultant, Lublin.
22. Dr. Naruszewicz Czesław, lekarz rejonowy, Sarny.
23. Dr. Ostrowski Mieczysław, lekarz rejonowy, Radom.
24. Dr. Olewiński Jan, lekarz - konsultant, Radom.
25. Dr. Piast Szlubowski Jan, ordyn. pom. szpitala, Zdołbunowo.
26. Dr. Łubkowski Konrad, lekarz rejonowy, Kraśnik.
27. Dr. Rytzel Antoni, lekarz rejonowy, Kielce.
28. Dr. Raczyński Jan, ordynator szpitala, Zdołbunowo.
29. Dr. Ruszkowski Jan, lekarz konsultant, Warszawa.
30. Dr. Sobolewski Edmund, Naczelnik Wydziału Sanitar., Radom.
31. Dr. Siatecki Józef, lekarz rejonowy, Włodzimierz.
32. Dr. Stocki Franciszek, lekarz rejonowy, Równo.
33. Dr. Szymański Józef, emeryt., b. ordynator szpitala w Skarżysku.

DYREKCJA GDAŃSKA.

1. Dr. Bełkowski Witold, lekarz rejonowy, Chojnice.
2. Dr. Bermański Jan, lekarz sanit., Gdańsk.
3. Dr. Białopolski Aleksander, lekarz rejonowy, Toruń.
4. Dr. Białowiejski Zdzisław, lekarz rejonowy, Iłowo.
5. Dr. Cymbrowski Maksymiljan, lekarz rejonowy, Tczew.
6. Dr. Fedorowski Mikołaj, lekarz rejonowy, Nakło.
7. Dr. Gierszewski Józef, lekarz rejonowy, Tuchola.
8. Dr. Gintyło Witold, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
9. Dr. Katke Atanazy, umówiony lekarz kolejowy, Oliwa.
10. Dr. Krajski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
11. Dr. Kube Alfred, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
12. Dr. Lemańczyk Jan, lekarz rejonowy, Kościerzyna.
13. Dr. Lipczyńska Olga, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
14. Dr. Łangowski Antoni, lekarz sanit., Gdańsk.
15. Dr. Machnicki Stanisław, lekarz rejonowy, Jabłonno.
16. Dr. Majkowski Aleksander, lekarz rejonowy, Kartuzy.
17. Dr. Meger Antoni, lekarz rejonowy, Tczew.
18. Dr. Miedziszewski Maksymiljan, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
19. Dr. Otto Hipolit, lekarz rejonowy, Brodnica.
20. Dr. Panecki Władysław, Naczelnik Wydziału Sanitar., Gdańsk.
21. Dr. Ruśkiewicz Edward, umówiony lekarz kolejowy, Pelplin.
22. Dr. Skalski Stanisław, lekarz rejonowy, Laskowice.
23. Dr. Skowroński Bronisław, lekarz rejonowy, Gdynia.
24. Dr. Sujkowski Jan, lekarz rejonowy, Grudziądz.
25. Dr. Szwabe Jan, lekarz rejonowy, Starogard.
26. Dr. Taper Stanisław, lekarz rejonowy, Wejherowo.
27. Dr. Tarkowski Władysław, lekarz rejonowy, Grudziądz.
28. Dr. Tarnowski Michał, umówiony lekarz kolejowy, Słiwice.
29. Dr. Temerowski Leon, lekarz rejonowy, Gdańsk.
30. Dr. Tempski Ignacy, lekarz rejonowy, Skarszewy.

31. Dr. Wojtkiewicz Mikołaj, lekarz rejonowy, Bydgoszcz.
 32. Dr. Wyrzykowski Władysław, lekarz rejonowy, Toruń.
 33. Dr. Zieliński Bronisław, lekarz rejonowy, Czersk.
 34. Dr. Żynda Józef. lekarz rejonowy, Puck.
-

Wiadomości różne.

W związku z projektowaną reorganizacją pomocy lekarskiej na kolejach Zarząd Główny Zrzeszenia wysłał do Ministerstwa 2 pisma następującej treści.

DO MINISTERSTWA KOMUNIKACJI.

W odpowiedzi na pismo z dn. 28 czerwca r. b. N. I/14527/3/27 Zarząd Główny Zrzeszenia Lekarzy kolejowych ma zaszczyt zakomunikowania co następuje:

Po otrzymaniu czterech projektów rozporządzeń Rady Ministrów: 1) o prawach i obowiązkach pracowników przedsiębiorstwa P. K. P.; 2) o organizacji władz dyscyplinarnych i postępowaniu dyscyplinarnem przeciwko pracownikom przedsiębiorstwa P. K. P.; 3) o zaopatrzeniu emerytalnem etatowych pracowników przedsiębiorstwa P. K. P. i t. d.; 4) o funduszu leczniczym dla pracowników przedsiębiorstwa P. K. P. Zarząd zwołał zebranie delegatów wszystkich Kół Zrzeszenia, którzy po poznaniu się z treścią projektów, uchwalili rezolucję następującej treści:

1. Sprawy poruszone w projektach rozporządzeń Rady Ministrów posiadają ogromne znaczenie dla pracowników P. K. P. i dlatego winny być szczegółowo i dokładnie rozpatrzone. Niestety czas, jaki na powyższą pracę otrzymało Zrzeszenie, jest tak krótki, a przysiętem materiały do opracowania tak obszerny, że zebrani mogą wyrazić swoją opinię tylko co do niektórych punktów projektów.

Dla dokładniejszej ilustracji poglądów Zrzeszenia na organizację pomocy lekarskiej na kolejach Polskich załączamy odczyt D-ra Zawadzkiego i tezy, uchwalone na Zjeździe lekarzy kolejowych w czerwcu roku bieżącego.

2. Do art. 29-go projektu o funduszu leczniczym zebrani jednogłośnie uchwalili poprawkę, iż lekarze są stałymi, etatowymi pracownikami kolei, posiadają prawo wolnej praktyki i możliwość pracowania w szpitalach i t. d. Przenoszenie lekarza do innej miejscowości winno odbywać się w porozumieniu z nim. Tytuł lekarz winien nosić

„lekarz kolejowy”, bez dodatku „domowy”, gdyż do ich grona będą należeli nie tylko lekarze rejonowi, lecz szpitalni, zarządzający przychodniami i t. d.

3. W projekcie o F. L. K. niema wzmianki o lekarzach szpitalnych. Jest to sprawa bardzo ważna, gdyż rozwój szpitalnictwa kolejowego winien stać na jednym z pierwszych miejsc.

Według jednomyślnej opinii zebranych delegatów lekarze szpitalni winni korzystać z praw, jakie będą przysługiwać innym lekarzom kolejowym etatowym.

4. Wobec niedostatecznego uposażenia lekarzy kolejowych, zebrani jednomyślnie wypowiedzieli się za wprowadzeniem dodatkowego wynagrodzenia (oprócz uposażenia miesięcznego) za czynności dodatkowe i nadzwyczajne, a mianowicie:

- a) za badania perjodyczne pracowników sezonowych i przejściowych;
- b) za badania w komisjach rejonowych, szpitalnych, głównych;
- c) za badania nowowstępujących etatowych pracowników;
- d) za wizyty nocne od godziny 20-ej do 8-ej rano;
- e) za pomoc przy porodzie, poronieniu;
- f) za nagłe zabiegi operacyjne, dokonywane poza godzinami ordynacyjnemi.

5. Co do organizacji Zarządu F. L. K., to ze względu na dobro chorego i sprawność funkcjonowania instytucji winien on znajdować się w rękach Władz Sanitarnych kolejowych.

6. W sprawie projektu zaopatrzenia emerytalnego zebrani delegaci jednomyślnie wypowiedzieli się: 1) za obniżeniem opłaty do 3%; 2) za zaliczeniem do wysługi emerytalnej 4 lat studjów uniwersyteckich i czasu pracy zawodowej.

DO MINISTERSTWA KOMUNIKACJI.

W odpowiedzi na otrzymany dnia 25. VII. r. b. Projekt Rozporządzenia Rady Ministrów co do wynagrodzenia etatowych pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe”, Zarząd Główny Zrzeszenia Lekarzy kolejowych ma zaszczyt zgłosić następujące uwagi:

a) Do § 4 ustęp 2 jest upośledzeniem w stosunku do obecnych warunków, pracownik bowiem etatowy otrzymuje obecnie dodatek na 4 dzieci łącznie. Z punktu widzenia państwowego nie jest to krok pożądany, pozbawia bowiem liczniejsze rodziny słuszenie im należnego przywileju i, aczkolwiek dla dawnych pracowników projekt przewiduje

wyjątek do czasu wygaśnięcia ich praw, nowi pracownicy, obarczeni liczniejszą rodziną, odczują to upośledzenie, które z punktu widzenia państwowego i moralności ogólnej nie jest słuszne.

Z tych motywów projektujemy, aby ustęp 2 tego paragrafu brzmiał:

„Dodatek ekonomiczny przysługuje na nie więcej niż 4 dzieci”.

b) Do § 10. Ze względu na to, że lekarze rejonowi, szpitalni, Naczelnik Wydziału i specjaliści poza zwykłymi swymi obowiązkami są powoływani do Komisji Głównych, rejonowych i szpitalnych, poza czasem swego urzędowania, iż dotyczy to również delegatów poszczególnych Wydziałów, proponujemy dodać i w tym paragrafie, że „członkowie Komisji lekarskich pobierają specjalne wynagrodzenie za udział w Komisjach poza godzinami zajęć obowiązkowych”, tembardziej, że do roku 1922 udział w tych Komisjach był płatny.

Wychodząc z tych samych motywów, Zrzeszenie stoi na stanowisku, że osobno winny być honorowane również wizyty nocne, pomoc przy porodzie, poronieniu i nagłe zabiegi operacyjne poza godzinami zajęć obowiązkowych.

c) W ustępie ostatnim tego paragrafu, opierając się na zwyczaju wszystkich kolei państw, należy przyznać pracownikom etatowym i ich rodzinom dotychczasowe przejazdy ulgowe i bezpłatne. Tembardziej dotyczyć to winno lekarzy, którzy niejednokrotnie korzystać muszą z tych przejazdów w interesie służbowym. Wobec tego ustęp ten winien być zmienić:

„Ponadto pracownikom i ich rodzinom przysługują bezpłatne i ulgowe przejazdy według dotychczasowych przepisów”.

Do § 18. Lekarze rejonowi II klasy w projekcie są zaszeregowani do 8 stopnia, lekarze rejonowi I klasy i ordynatorzy szpitalni do 9 stopnia, lekarz naczelny szpitala do 10 stopnia, lekarz sanitarny i główny okulista do 11 stopnia. Naczelnik Wydziału Sanitarnego do 13 stopnia. O asystentach szpitalnych niema wzmianki. Gradację tą uważamy za niesłuszną z następujących motywów:

1. Lekarze rejonowi I klasy i ordynatorzy szpitalni są lekarzami starszymi doświadczonymi i mogą otrzymać odnośne stanowiska po dłuższej praktyce lekarskiej i dokładnem zapoznaniem się z działalnością kolejową. W większości wypadków stanowiska te nie dają możliwości awansu, gdyż przejście do stopnia 11, a tembardziej 13 może nastąpić w drodze wyjątku, jeden jest bowiem tylko Naczelnik Wydziału i 2 lekarzy sanitarnych.

Zajęcia lekarzy rejonowych są bardzo skomplikowane i rejonny obejmują od 3—6 tysięcy ludzi, na dużej nieraz przestrzeni. Również praca ordynatorów szpitalnych jest wielce odpowiedzialna i wyczerpująca, gdyż trwa ona nie tylko w godzinach urzędowych, lecz bardzo często w wypadkach nagłych odbywa się o każdej porze dnia i nocy.

Z tych względów lekarze rejonowi I klasy i ordynatorzy szpitalni winni być zaliczeni do 10 stopnia, lekarze rejonowi II klasy do 9 stopnia i asystenci szpitalni do 8 stopnia.

Również lekarze naczelnicy szpitali w stolicy i miastach wojewódzkich, którzy obok wiadomości lekarskich muszą mieć wyrobienie administracyjne, winni być zaliczeni do 11 stopnia. Obowiązki ich są nie mniej odpowiedzialne i obszerne niż głównego okulisty, który posiada stopień 11-ty.

Jeden z lekarzy Sanitarnych jako zastępca Naczelnika Wydziału winien otrzymać stopień wyższy i być zaliczony do 12 stopnia.

W ten sposób tabelka dla służby lekarskiej byłaby następująca:

Asystenci szpitalni	8 stopnia.
Lekarze rejonowi II klasy	9 „
Lekarze rejonowi I klasy	10 „
Ordynator szpitala	10 „
Zarządzający szpitalem mniejszym . .	10 „
Naczelnicy lekarze szpitalni w stolicy i miastach wojewódzkich	11 „
Lekarz sanitarny	11 „
Lekarz sanitarny i zastępca Naczelnika Wydziału	12 „
Naczelnik Wydziału sanitarnego . . .	13 „

Przesyłając następczające się nam uwagi, wyrażamy nadzieję, że przy ostatecznej redakcji rozporządzenia zostaną one w zupełności uwzględnione.

TOWARZYSTWO KOLONJI LETNICH PRACOWNIKÓW WARSZAWSKIEJ DYREKCJI KOLEI PAŃSTWOWYCH.

W roku 1920, podczas najazdu bolszewickiego na Polskę, z inicjatywy pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej, przy pomocy Dyrekcji i Czerwonego Krzyża został ufundowany pociąg sa-

nitarny, który przy ewakuacji rannych z pola walk oddał ogromne usługi. Wpływy ze składek pracowników wyniosły 4.863.781 mkp.

Po zakończeniu działań wojennych, w maju 1921 r. postanowiono cały inwentarz pociągu i pozostałe fundusze (2.875.608 mkp.) przeznaczyć na cel związany z potrzebami pracowników kolejowych i ich rodzin, a mianowicie na utworzenie kolonji letnich dla dzieci kolejarzy.

Powstały one w Aleksandrowie w pobliżu Ciechocinka, dzięki czemu dzieci mają ułatwione korzystanie z kąpeli Ciechocińskich. Przy końcu roku zeszłego upłynęło 6 lat od chwili otwarcia kolonji. Wciągu tego czasu skorzystało z nich 2.793 dzieci, a mianowicie:

w roku 1922 przebywało na kolonjach 222 dzieci.

„	1923	„	„	„	374	„
„	1924	„	„	„	281	„
„	1925	„	„	„	371	„
„	1926	„	„	„	658	„
„	1927	„	„	„	887	„

W miarę zwiększania się funduszków, polepszało się również i żywienie dzieci; otrzymywały one posiłek 5 razy dziennie, a mianowicie:

1-sze śniadanie (godzina 7); po 2 kubki kakao na syieziem mleku i po 2—3 bułki (nie licząc dokładek) w zależności od wieku i apetytu dziecka. 2-e śniadanie (godzina 10); kubek mleka słodkiego przegotowanego i po 1—2 bułki.

Obiad (godzina 13); zupa ze śmietaną (przeważnie owocowa), z ryżem, kluseczkami i t. p., pieczone z dwoma jarzynami i deser.

Podwieczorek (godzina 16); mleko zsiadłe lub kawa biała z wdoma kawałkami chleba z masłem śmietankowym lub miodem.

Kolacja (godzina 19); herbata z 2—3 kawałkami chleba, (nie licząc dokładek), z masłem śmietankowym wraz z pieczeniem, serem lub twarogiem.

Przyjeżdżające na kolonje dzieci, po uprzednim wykąpaniu, bada Lekarz kolonji, rezultaty badania i waga każdego dziecka zapisuje się do oddzielnych kontroli.

Przeciętnie biorą dzieci od 10—15 kąpeli solankowych w Ciechocinku, a oprócz tego z zapisu Lekarza żelazo i naświetlania lampami kwarcowymi. Dla czystości zaś ciała raz na tydzień ciepłe prysznic lub wanny.

Po obiedzie wszystkie dzieci każdodziennie odbywają tak zwaną ciszę t. j. leżenie na łódeczkach.

Dzieci Kolonji są pod bezustanną opieką wychowawczyń i wychowawców, rekrutujących się przeważnie z pośród studentek — studentów, którzy pracowali na innych Kolonjach Letnich lub w Obozach Harcerskich. Dzieci podzielone są na grupy (30—40) według wieku. Każda grupa ma swego wychowawcę. Dwa razy dziennie (rano i wieczorem) dzieci modlą się wspólnie.

Po wstaniu i umyciu (godzina 6½) dzieci wychodzą na boisko, ustawiają się grupami i pod kierunkiem swego wychowawcy — wychowawczynie odbywają ćwiczenia ruchowe. W chwilach wolnych od godzin przeznaczonych na kąpiel i na ciszę — dzieci czytają książki otrzymane z biblioteki kolonijnej, bawią się piłkami, grają w latającą piłkę, w krokiet, tennis lub chodzą do lasu na spacer.

Koszt utrzymania dziecka podany jest dwójaki: a) wyłącznie żywienia i b) łącznie z kosztami na: administrację, służbę, pomoc lekarską, kąpiele ciechocińskie i t. p.

Koszty te poczynawszy od 1926 r. wynosiły:

z 1926 roku przypuszczalnie z 1927 roku	Żywienie 1-go dziecka		Ogólny koszt utrzy- mania 1-go dziecka	
	dziennie	miesięcznie	dziennie	miesięcznie
	1,70 zł	51,00 zł	3,35 zł	105,90 zł
	1,95 zł	58,50 zł	3,70 zł	111,00 zł

Każdy członek Towarzystwa Kolonji Letnich wpłaca po 1 zł. miesięcznie czyli 12 zł. rocznie; o ile jego dziecko korzysta z kolonji, członek dopłaca na utrzymanie 25 zł. miesięcznie.

W r. 1926 wpływy ze składek członkowskich wyniosły 49.392 zł. W wyżej podanych pracach brali lub biorą udział następujący członkowie Zrzeszenia, D-rzy:

Szukiewicz, Skłodowski, Gronowski, Krzyczkowski, Turski Surawski, Roszkowski, Mojkowski, Chomentowski, Jastrzębski.

REGULAMIN

KOMITETU DLA BUDOWY SANATORJÓW NA TERENIE MAŁOPOLSKI.

Nazwa Komitetu jest, Centralny Komitet dla budowy Sanatorjów kolejowych.

Komitet ma na celu zainaugurowanie i przeprowadzenie akcji budowy sanatorjów dla pracowników P. K. P.

Terenem działania Komitetu ma być początkowo teren Małopolski. Po utrwaleniu swej egzystencji w dzielnicy Małopolski może Komitet rozszerzyć swą działalność na inne Dyrekcje Rzeczypospolitej.

Z chwilą gdy Komitet zdobędzie odpowiednie fundusze na rozpoczęcie budowy choćby jednego sanatorium, przemieni się na kooperatywę i jako osoba prawna przystąpi do budowy. Członkami kooperatywy będą poszczególne Związki pracowników kolejowych, przyczem udziały rozdzieli się między poszczególnych członków w stosunku do reprezentowanych przez związki ilości pracowników.

Centralny Komitet składa się z tylu autonomicznych Komitetów Dyrekcyjnych, ile Dyrekcji organizuje u siebie Komitety dyrekcyjne. Komitet dyrekcyjny składa się z Komitetu ścisłego i Komitetu obszerniejszego. Protektorat nad Komitetem Dyrekcyjnym spoczywa w ręku Prezesa Dyrekcji.

Komitet ścisły reprezentuje wszystkie Związki zawodowe danej Dyrekcji, które przystąpią do akcji i wydelegują swoich stałych przedstawicieli (po 1 z każdego Związku) do Komitetu. Komitetowi ścisłemu przewodniczy wybrany przez członków prezes. Członkowie Komitetu ścisłego wybierają z pośród siebie prezesa, trzech zastępców prezesa, z pośród których jeden jest referentem organizacyjnym i skarbnikiem oraz sekretarza. Poszczególni prezesi Dyrekcji K. P. t. j. Patronowie Komitetów dyrekcyjnych mianują 3 członków Komisji rewizyjnej dla kontroli rachunkowości i kasowości Komitetu.

Uchwały zapadają większością głosów przy obecności co najmniej połowy wszystkich członków.

Komitet obszerniejszy składa się z nieograniczonej liczby osób, zaproszonych przez protektora Komitetu lub członków Komitetu ścisłego, które to osoby posiadają tylko głos doradczy.

Prezesi i pierwsi Wiceprezesi poszczególnych Komitetów dyrekcyjnych tworzą Centralny Komitet.

Centralny Komitet ukonstytuuje się, wybierając z pośród siebie jednego prezesa, wiceprezesa i sekretarza.

Mandaty prezesów, wiceprezesów, skarbników i sekretarzy zarówno centralnego Komitetu jakoteż Komitetów Dyrekcyjnych trwają jeden rok.

Do Dyrekcyjnego Komitetu ściślejszego należy zbieranie funduszków, zarząd zebranymi funduszami oraz wykonywanie poleceń C. K. B. S.

C. K. B. S. jest władzą naczelną poszczególnych Komitetów. Do C. K. B. S. należy wybór miejsca pod budowę sanatorium, kal-

kulacja cen i kosztorysów. Z chwilą zdecydowania określonej budowy C. K. B. S. zawiązuje kooperatywę, do której zakresu działania należy zakup gruntu, kierownictwo budową i zarząd sanatorium.

Utworzonej kooperatywie oddadzą poszczególne Komitety Dyrekcyjne do dyspozycji zebrane fundusze, wpłacając je jako udziały poszczególnych członków.

Każda Dyrekcja posiadać będzie w Sanatorium ustaloną liczbę miejsc dla swoich pracowników w prostym stosunku do wpłaconych udziałów.

Tegoroczny Zjazd Zrzeszenia odbędzie się we Lwowie w pierwszych dniach września.

