

LEKARZ KOLEJOWY

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. *Jan Bermański* (Gdańsk).— Dr. *Wacław Biehler* (Warszawa).
Dr. *Czechowicz* (Radom). — Doc. *Adrian Demianowski* (Lwów).
Dr. *Gubrynowicz* (Warszawa). - Dr. *Ludwik Kaliciński* (Warszawa).
Dr. *Józef Mazurek*, przewodniczący. — Dr. *Ignacy Mojkowski*
(Warszawa) — Dr. *Michał Niedźwiedzi* (Poznań). — Dr. *Artur*
Ossoliński (Stanisławów). — Dr. *Kazimierz Piotrowski* (Kraków).
Dr. *Hanke* (Katowice). — Dr. *Emanuel Tomaszewicz* (Wilno).
===== Dr. *Emil Zadurowicz* (Sambor). =====

Redaktor: *Dr. med. Józef Mazurek.*

Administrator: *Dr. med. Wacław Gronowski.*

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6 m. 8.

Biocalcol-Klawe

Preparat odżywczo-leczniczy oparty na wynikach najnowszych badań w zakresie mineralnej przemiany materji.

Zawiera najbardziej racjonalne sole wapnia z kwasami pochodzenia roślinnego oraz witaminy A, B, D I E w postaci skoncentrowanej.

WSKAZANIA:

Krzywica, wszelkie postacię gruźlicy, zaburzenia gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego, astenja i wszelkie stany wyczerpania ustroju.

DAWKI:

2 – 4 miarki 3 razy dziennie w wodzie lub mleku. Biocalcolu gotować nie należy.

Flakony cca 100,0 proszku.

Wszelkie schorzenia jelit grubych, zwłaszcza sprawy owrzodzeniowe, zaleganie kału, nieprawidłowa fermentacja, stany spastyczne i atoniczne wymagają obok innych środków przede wszystkim stosowania

„ENTEROLU-MOTOR“

jako leku, który nie tylko reguluje wypróżnienia, ale i chroni schorzałą śluzówkę przed zetknięciem się z masami kałowymi. Szybkość gojenia owrzodzeń najlepiej świadczy o skuteczności środka.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 1—2.

M A J

1929 r.

WYDZIAŁ SANITARNY DYREKCJI KOLEI PAŃSTWOWYCH w WARSZAWIE 1918 — 1928

podał

Dr. Ignacy Mojkowski

Lekarz Sanitarny Dyrekcji.

Biblioteka Jagiellońska



1002969822

Wielki kataklizm dziejowy, jakim była bezsprzecznie „wielka“ wojna 1914—1918 r. powołał do życia na nowo nasz byt państwowy, a z nim kolejnictwo polskie. Rozstrzygający szereg bitew na Zachodzie, zalewanie pól bitewnych przez Sprzymierzeńców falami iperytu zmusiło wreszcie Niemców do kapitulacji. Pamiętny jest przeto rok 1918, a w nim początki listopada.

Z pewnego rodzaju „Schadenfreude“ odstępowali z okupowanych obszarów Niemcy, ciesząc się w duchu, że na porzuconych nagle terenach kolejowych, stalowych biegnących w dal srebrzystych szynach, życie stanie. Nie zamarło, nie stanęło jednak. Już bowiem w powietrzu z końcem września, a coraz bardziej w październiku 1918 r., zaczęły się unosić słuchy, że coś niedobrze dzieje się na Zachodzie, a gdy rachuby na brankę żołnierza polskiego jako przyszłego „Kanonenfutter“ zawiodły, zrzedły miny naszych odwiecznych wrogów. Temu tylko przypisać należy, że ustępowanie bądź co bądź uzbrojonych Niemców odbyło się bez większego rozlewu krwi, a nawet miejscami duch dyscypliny tak już upadł, że zwykłe baby wiejskie lub małomiasteczkowe zwykłą miotłą lub szczotką dokonywały ostatecznego rozbrojenia (Sosnowiec). I nie tylko dotyczyło to wojskowych; na kolejach było podobnie: jeden, drugi dzielniejszy z przed wojny kolejarz z brau-



ningiem w ręku wdarł się na porowóz, pociąg zatrzymał, służbę parowozową okupantów spędził z pomostu (Sosnowiec). Impet był tak duży, a opór słaby, że pod wpływem jak gdyby różdżki czarnoksięskiej nikła owa przysłowiowa stalowa odporność i sprężystość zionących pychą najeźdźców i często tam, gdzie spodziewać się należało tragedji lub conajmniej dramatu, kwitła wesoła groteska. Scen takich był cały szereg; i tej znanej słowiańskiej łagodności i dobroduszości przypisać należy, że nie było z naszej strony aktów zemsty lub gwałtu.

Nieco wcześniej jednak, gdy już słońce powodzenia państw centralnych zaczęło błędnąć, wczesną jesienią 1918 r., tembardziej, że władze niemieckie dyskretnie obiecywały przekazanie władzy w ręce polaków, tak pozostali w kraju, jak i powracający stopniowo z przymusowej ewakuacji do Rosji, gdzie już instynktownie łączyli się w Związek Kolejarzy-Polaków, pracownicy Służby Zdrowia b. kolei Warszawsko-Wiedeńskiej zaczęli sposobić się do objęcia swych placówek, których uwolnienie od okupantów przewidywano już w najbliższym czasie, i w tym celu zarówno lekarze jak i wszyscy inni pracownicy Służby Zdrowia zapisywali się do t. zw. Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy b. pracowników kolejowych, którego biuro w Warszawie funkcjonowało przy ul. Wareckiej № 12. Rejestrowani pracownicy kolejowi podzieleni zostali na t. zw. sekcje; do powstałej w ten sposób sekcji sanitarnej wchodziłi wszyscy pracownicy dawnej Służby Zdrowia, poczynając od lekarzy do służących włącznie, a więc aptekarze, felczerzy, urzędnicy. W biurze wydawano zaświadczenia przynależności do Stowarzyszenia z oznaczeniem stanowiska zajmowanego dawniej w kolejnictwie i miejsca zatrudnienia; świadectwa te, które stanowiły później legitymacje przy zgłaszaniu się do pracy, opatrzone były pieczęcią Związku Zawodowego Pracowników Kolejowych. A gdy nastąpiła ewakuacja Niemców, biuro Stowarzyszenia znalazło przytułek w domu kolejowym przy zbiegu ul. Brackiej z Al. Jerozolimską, gdzie w dalszym ciągu na posiedzeniach sprawdzano dokumenty, tożsamość osób pracujących na kolejach przed wojną, obsadzano je na stanowiskach służbowych, mianowano nowych na miejsca zmarłych lub tych, którzy jeszcze nie powrócili z Rosji, przyczem główną uwagę zwracano na to, aby nowomianowany kandydat był synem lub bratem pracownika kolejowego.

W ten sposób, gdy nadszedł pamiętny dzień 11 listopada, dzień rozbrojenia Niemców, służba lekarska objęła automatycznie swoje przedwojenne posterunki, tak w Warszawie jak i na linii; zapytani przez okólnikową depeszę dawni z przed wojny lekarze kolejowi w przewa-

zającej liczbie nadesłali potwierdzające odpowiedzi, że są na stanowiskach, i przystąpili do pracy, przyjmując na razie chorych w swych mieszkaniach, w budce dróżnika, w starym wagonie, jednym słowem gdzie się dało, gdyż tylko część pomieszczeń dawnych przychodni była odzyskana odrazu, inne zaś, które w czasie okupacji zmieniły przeznaczenie, dopiero później mogły być jako przychodnie uruchomione.

Jako ilustracja podanego wyżej pozostały barwne wspomnienia tak z prowincji, jak i z Warszawy. Lekarz rejonowy w Częstochowie Dr. Szaniawski pisze: „Ten sam woźny z telegrafu, co i przed wybuchem wielkiej wojny dnia, II/XI. 1918 r. przyniósł depeszę wzywającą lekarza do obłożenia chorej żony telegrafisty T..., zamieszkałej w Rudnikach.

Niezapomniane wrażenie, gdy udałem się z pierwszą poradą lekarską do chorej na gruźlicę T. . . pierwszym pociągiem towarowym polskim, pozostanie do końca życia. Woźny rejonowy Błażej Wiśniewski, który na kolei pełni swe obowiązki od lat przeszło 20-tu, w dniu II-XI. w południe zajął pomieszczenie dawnej i dzisiejszej przychodni, w której mieściły się pokoje urzędników niemieckich, i zaczął gromadzić wszelkie meble i sprzęty dla urządzenia ambulatorjum; większość mebli w dzisiejszej przychodni została pościągana przez niego do przychodni; na drugi dzień zjawił się felczer St. Majewski i w parę dni po rozbrojeniu okupantów przychodnia kolejowa została już uruchomiona i Dr. Nowak, drugi lekarz kolejowy przedwojenny, zaczął pełnić swe czynności“. Trzeba tu również dodać parę wdzięcznych słów za współpracę w ukrywaniu majątku przychodni przed okupantami, jakie się należą żonom dawnych pracowników kolejowych, dzięki którym niejeden instrument cenniejszy, niejeden artykuł umeblowania (jak np. stoły operacyjne lub ginekologiczne przechowywane w piwnicach) uniknęły grabieżczych rąk chciwego Niemca (Sosnowiec, Łódź, Radomsko). Charakterystyczne są również podane przez felczera Krawczyka (obecnego felczera przychodni Warszawa Towarowa Kaliska) wspomnienia o pierwocinach pomocy lekarskiej na P.K.P. Pisze on: „Od lekarza rejonowego Dr. Jasińskiego w dniu II/XI.1918 r. wieczorem otrzymałem zawiadomienie, abym natychmiast objął posterunek sanitarny, znajdujący się wówczas na st. Osobowej w miejscu, gdzie obecnie mieści się kancelarja Komendy Policji. Ówczesne okupacyjne władze kolejowe opuściły ten posterunek, pozostawiając wszystkie znajdujące się tamże środki lekarskie i opatrunkowe; pierwsze czynności polegały na udzielaniu pierwszej pomocy głównie pasażerom i rodzinom kolejarzy przybyłym z Rosji (t. zw. wówczas „bieżencom“). Natłok chorych był tak duży, że na trzeci dzień

przysłano z Czerwonego Krzyża dwie sanitariuszki, którym oddano wyłącznie opiekę nad „bieżencami“. Okazało się dalej, że po tygodniu już z polecenią Wydziału Lekarskiego dawne przedwojenne ambulatorjum przy wiadukcie kaliskim rozpoczęło swą działalność w warunkach bardzo prymitywnych, gdyż lekarz z felczerem siedzieli przy parapetach okien, których szyby były powybijane, załatane deskami, ławki i stoły wybrane z rzeczy leżących bezładnie na podwórzu; jednak już po trzech tygodniach lokal odnowiono i doprowadzono do porządku; narazie środki opatrunkowe i lekarstwa brano z pobliskiej apteki: W wielu wypadkach podobnie odbywało się na linii. Równoległe z samorzutnym obejmowaniem przez dawny personel różnych stanowisk we wszystkich Wydziałach organizowały się w Warszawie władze centralne Dyrekcji pod kierunkiem upatrzonego zawczasu Prezesa Dyrekcji inżyniera W. Jakubowskiego.

Na zebraniu b. lekarzy kolejowych, jakie odbyło się przy końcu listopada 1918 r. w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy przy ul. Widok 23 przy udziale około 70 lekarzy, obecny na niem Dr. Świętochowski, mianowany już Lekarzem Naczelnym Ministerstwa, na żądanie Ministra prosił o wskazanie mu trzech kandydatów z pośród lekarzy kolejowych na stanowisko Lekarza Naczelnego Dyrekcji i dwu jego pomocników; wkrótce stało się wiadomem, że Lekarzem Naczelnym Dyrekcji został mianowany Dr. Skłodowski, pomocnikami zaś p p. Dr. Krzyczkowski i Dr. Leszczyński, który po kilku dniach przeszedł do Ministerstwa Zdrowia. Od Nowego Roku 1919 Dr. Skłodowski, nie czując powołania do pracy administracyjnej, lecz pragnąc zachować bezpośrednią łączność z lecznictwem, rzekł się zajmowanego stanowiska, pozostając nadal zastępcą Lekarza Naczelnego z tytułem Głównego Konsultanta i obowiązkami konsultanta w zakresie chorób wewnętrznych oraz przewodniczącego Głównej Komisji Lekarskiej. Lekarzem Naczelnym został odtąd Dr. A. Krzyczkowski, który zajmował przed wojną przez wiele lat miejsce lekarza oddziałowego na Warszawskim odcinku Dr. Żel. Petersburskiej.

Świeżo ukonstytuowane władze kolejowe rozpoczęły energicznie swą pracę: Lekarz Naczelnny Dr. Skłodowski wraz ze swym pomocnikiem D-rem Krzyczkowskim otrzymali dla swego Wydziału lokal przy ul. Brackiej № 14, brudny, ciemny, zastawiony bezładnie przeróżnemi gratami i skrzyniami, zaśmiecony całą masą papierów, słomy, pozostawionemi przez pośpiesznie uciekające biuro niemieckiego Sztabarcza; znajdujące się tam biurko, otomana, szafy były widocznie zarekwirowane przez okupantów z mieszkań prywatnych.

Wogóle stan posiadania Służby Sanitarnej na początku kolejnictwa polskiego był bardzo ubogi, prawie opłakany, gdyż z jednej strony składał się z przypadkowo w pośpiechu pozostawionych przez okupantów nielicznych rzeczy, których wywieźć nie mogli, a z drugiej—cały dawny względnie bogaty i scharmonizowany inwentarz dawnych przychodni, aptek, szpitali kolejowych pod surowym nakazem władz rosyjskich został ewakuowany do Petersburga lub Moskwy, nieco tylko inwentarza ocalało dzięki zabraniamu go z lokali kolejowych do lokali prywatnych w chwili ewakuacji i zwrócenia Polsce po ustąpieniu wrogów, o czym już z wdzięcznością wspomniano wyżej.

Pogotowie Ratunkowe początkowo prawie nie istniało: okupanci porzucili na stacjach kilka skrzynek stacyjnych, naturalnie pustych, kilka par noszy brudnych lub zaplamionych krwią najrozmaitszych typów; wogóle inwentarz po Niemcach odziedziczony nie mógł być bardzo wielki, ponieważ na zmilitaryzowanych kolejach okupacji nie zaprowadzali oni nigdzie prawidłowej obsługi lekarskiej, wogóle zresztą w Niemczech daleko luźniej z kolelnictwem związanej, aniżeli w b. zaborze rosyjskim; dość duże na wspólne potrzeby okupacji przeznaczone zapasy leków, opatrunków oraz przyrządów lekarskich i sanitarnych, jakie po wypędzeniu Niemców w Polsce zostały, wobec ścisłego związku wszystkich władz niemieckich z wojskowością, znajdowały się przeważnie pod jej zarządem i przypadły ostatecznie w udziale polskim władzom wojskowym. Jednak przy bardziej skrętnych poszukiwaniach w magazynach stacyjnych udało się wśród wielu towarów i rzeczy niewiadomo do kogo należących odszukać trochę butelek, chemikalji, parę maszyn do szycia, które oddano szpitalowi; chemikalja, między którymi było mnóstwo namiastek (Ersatz), oraz materiałów opatrunkowych, zebrane wówczas, zostały umieszczone w wyżej wspomnianym lokalu przy ulicy Brackiej № 14 i dały początek Składnicy Sanitarnej, której następny dalszy rozwój i rolę w lecznictwie kolejowym będziemy mieli możność rozpatrzeć poniżej.

Tutaj należy zaznaczyć wielkie trudności, jakie spotykano wówczas w zaopatrywaniu w środki farmaceutyczne; na rynku handlowym zapasy były znikome, ceny dowolnie rosły z godziny na godzinę, o zawarciu kontraktu z dostawcą nie było mowy, a gdy się gdziekolwiek znalazło jakąś niewielką ilość leków, żądano natychmiastowej decyzji i wpłacenia niezwłocznego gotówką, co było prawie niewykonalne, gdyż na każdy zakup potrzeba było decyzji władz Dyrekcji i żądanych awansów Wydział Lekarski nie posiadał. O współpracy z aptekami prywatnymi, które wyzyskiwały sytuację, nie było wówczas mowy, natomiast walka z nimi była bardzo uciążliwa i pochłaniała dużo czasu i energii.

Sprawa mieszkaniowa w chwili przejścia kolejnictwa nastęczała dużo do zyczenia; panował w pierwszych chwilach zupełny chaos. Do opuszczonych przez Niemców lokali urzędowych, pozostawionych w stanie opłakanym, przeważnie pełnych śmiecia, z powybijanymi szybami, z otwartem wejściem, każdy z ulicy przechodzień mógł wejść i w nich myszkować; trzeba było użyć dużo energii, aby doprowadzić je do jakiegoś takiego ładu, ustawić pozwołczone zewsząd meble i za-instalować najpotrzebniejsze urzędy, które po kilku dniach przenosiły się gdzieindziej, gdy znalazły lepsze pod względem wygody pomiesz-czenie. Mieszkania prywatne, zajmowane przez cały czas wojny przez kolejarzy w domach kolejowych, długo nieodnawiane, konserwowały w sobie brud i stęchliznę; lokatorzy tolerowani w nich tylko przez okupantów, gdyż tylko niewielu z kolejarzy służyło dalej na kolei, cieszyli się, że mieli dach nad głową i drżeli na myśl, że nadejść może „Bahnmeister“, który w kategoriycznej formie zażąda opuszczenia lokalu. To też w chwili, gdy pęta okupacji opadły, powstała gwałtowna po-trzeba choćby pobieżnego remontu, rozsegregowania ludzi inaczej; stała się aktualną potrzeba oddania nanowo lokali służbowych dawnym pracownikom, którzy nanowo wstąpili na kolej, powrócili z ewakuacji do Rosji lub powracali do swych dawnych mieszkań, które Niemcy poprzednio pod przymusem kazali im opuścić. Dla wielu jednak pra-cowników nie było miejsca w domach kolejowych: ci zamieszkiwali, gdzie się dało, zajmując nawet piwnice, a niekiedy całe szeregi wa-gonów stały na bocznych torach stacji i w nich lokowali się kolejarze z rodzinami i swą ubogą chudobą.

Ze skompletowaniem personelu Dr. Skłodowski i Dr. Krzyczkow-ski nie mieli wielkiego kłopotu; stawili się pracownicy dawnych kolei Nadwiślańskich i Warszawsko-Wiedeńskiej i musieli być przyjęci na podstawie Dekretu Rządu; większość stanowili pracownicy rutynowani, sumienni i ci oddali duże usługi kolejnictwu przy pracy organizacyjnej; kilka sił fachowych musiało być przyjętych nowych wobec braku ich wśród zespołu zebranego na zasadzie Dekretu Rządu, który wskazywał powrót na dawniej zajmowane miejsca.

Mając już skompletowany personel, obaj kierownicy Wydziału Lekarskiego stanęli przed zapytaniem, jaki system byłby najbardziej odpowiedni dla nowopowstałego Wydziału Lekarskiego. Służba Sani-tarana na kolejach rosyjskich była postawiona o wiele wyżej, niż na kolejach austrijackich, gdzie nie było ani szpitali, ani zakładów lecz-nicznych, ani dostatnio urządzonych przychodni; w zaborze pruskim służby sanitarnej kolejowej prawie zupełnie nie było, wobec tego

uznali za najwłaściwsze odtworzenie organizacji przedwojennej, wzorując się głównie na urządzeniach i przepisach b. Dr. Żel. Warsz.-Wiedeńskiej, które jednak zgodnie z postulatami, jakie wystawiało życie, ulepszyli i rozszerzali.

Należy zaznaczyć, że zaraz na progu swej działalności Wydział Lekarski stanął w obliczu ciężkiego i odpowiedzialnego zadania, a mianowicie poddania w jaknajkrótszym czasie badaniu lekarskiemu ogółu pracowników Dyrekcji, żadnych bowiem dokumentów w tym kierunku nie pozostało, natomiast okupanci pozostawili po sobie w spadku sporą liczbę niższych pracowników z pośród elementu miejscowego, którzy nigdy prawidłowemu badaniu wstępnemu nie byli poddawani. To też badanie stanu zdrowia pracowników trwało dość długo, gdyż lekarze, oprócz umiejętności, wyrobienia, musieli okazywać dużo taktu, ażeby tak wymagań administracji, jak i nakazów ludzkości na szwank nie narazić, chodziło tu bowiem o liczne rzesze pracowników dawnych, dla których niepodobna było stosować w całej rozciągłości ostrych przepisów, jakie obowiązują przy pierwotnem badaniu podczas wstępowania na służbę; pracownikom tym należało przyznać pewne ulgi naturalnie w wypadkach, kiedy warunki służbowe na to pozwalały, co dotyczyło norm wzroku i słuchu; zgłaszający się do badania dawni kolejarze byli przeważnie pozbawieni zasobów, powracali z kilkoletniej poniewierki po Rosji, ze steranemi siłami i nadwątlonem zdrowiem, lecz z wiarą, że Ojczyzna ich przysparzy i że służbę na kolei pomimo pewnych braków w zdrowiu otrzymają.

Organizacja Wydziału Lekarskiego tak w Warszawie jak i na linii robiła szybkie postępy, gdyż już w ciągu pierwszych dni na wszystkich prawie oddziałach (rejonach) lekarskich personel został skompletowany i czynności swoje rozpoczął. Podane było już wyżej, że lekarze początkowo przyjmowali u siebie w domu, wreszcie gdzie się dało, gdyż przychodnie nie mogły być odrazu uruchomione.

Najwięcej było zachodu z urządzeniem i puszczeniem w ruch Centralnej Przychodni w Warszawie przy ul. Chmielnej № 69, gdzie poprzednio również mieściła się przychodnia za czasów dawnej dr. żel. Warszawsko-Wiedeńskiej; tu w ciągu paru tygodni listopada 1918 r. na parterze urządzono gabinety dla czterech lekarzy oddziałowych (rejonowych), gabinet chirurgiczny i pokój dla dyżurnego felczera; na pierwszym piętrze uruchomiono stopniowo gabinety dla konsultantów specjalistów, a mianowicie dla okulisty, ginekologa i laryngologa wraz z internistą, co całkowicie zostało ukończone dopiero we wrześniu 1919 r. W niewielkich dwu pokojkach obok gabinetu neurologa stopniowo

powstawała pracownia analityczna, która coraz bardziej zasobna w urządzenia, odczynniki i przyrządy wreszcie w dniu I.IX.20 r. jako już całkowite laboratorium chemiczno-bakterjologiczne pod kierunkiem wykwalifikowanego analityka zaczęło grać dużą rolę jako integralna część lecznictwa kolejowego. Skupienie w jednym miejscu i udostępnienie w ten sposób porad u konsultantów oraz obecność na miejscu pracowni analitycznej dla użytku lekarzy można uważać za postęp istotny w porównaniu do urzędzeń przedwojennych.

Wydawanie leków odbywało się początkowo głównie za pośrednictwem aptek prywatnych, z którymi bezzwłocznie nawiązano kontakt na podstawie warunków ułożonych przez Wydział Lekarski wspólnie z przedstawicielem Towarzystwa Farmaceutycznego w Warszawie; na prowincji wypadło zawierać gdzieś umowy specjalne. Już wkrótce jednak coraz więcej środków prostszych zwłaszcza na linii zaczęto wydawać w miejscowych przychodniach, korzystając z usług Składnicy Sanitarnej, która od połowy grudnia 1918 r. z małych poczyniń, zużywając początkowo pozostawiony przez okupantów materiał apteczny i opatrunkowy w domu kolejowym przy ulicy Brackiej № 14, rozrosła się do imponujących rozmiarów, obejmując nie tylko środki apteczne, lecz i wszystkie inne potrzeby lekarskie. Wreszcie przystąpiono do tworzenia własnych aptek kolejowych, z których pierwsza w Przychodni Centralnej przy ulicy Chmielnej № 69 otwartą została I.IX.1921 r.

Szybki rozwój lecznictwa wywołał potrzebę uruchomienie szpitala kolejowego w dawnym gmachu szpitalnym przy ulicy Brzeskiej № 12 w Warszawie, odziedziczonym po b. dr. żel. Nadwiślańskich; musiano zwalczyć duże trudności, gdyż budynki ogołocone z urządzeń wewnętrznych przez Rosjan, a następnie zajęte przez miasto na szpital epidemiczny dla duru plamistego, wymagały bardzo gruntownego remontu, wreszcie szpital oddany został do użytku pierwszego kwietnia 1919 r. Magistrat, opuszczając gmach szpitala, sprzedał szpitalowi część mocno zniszczonego inwentarza, a mianowicie 100 łóżek żelaznych bez siatek, 40 stoliczków, 97 taborecików, 893 sztuki różnej bielizny; dużą pomoc okazał szpitalowi Amerykański Czerwony Krzyż, ofiarowując bezinteresownie część bielizny, kołder, poduszek, instrumentów i wszelkie gumowe artykuły jak rękawiczki, dreny, worki, kręgi, trudne w owych czasach do zdobycia; wreszcie z kredytu przyznanego przez Dyрекcję 100447 marek urządono kuchnię, pralnię, kupiono poduszki, powłóczki, część sienników i bielizny pościelowej, 100 szlafroków barchanowych, autoklaw, meble do sali operacyjnej i opatrunkowej.

Nad odnowieniem i zorganizowaniem szpitala pracował gorliwie b. jego Lekarz Naczelny z przed wojny Dr. A. H o r o s z e w i c z, który też po otwarciu objął poprzednie swoje stanowisko, wrócili też wszyscy ordynatorzy przedwojenni; zamiast felczerów, którzy byli w szpitalu przed wojną, zaprowadzano sanitariuszki.

Wogóle stopniowa organizacja Wydziału Sanitarnego da się przedstawić w postaci następującego kalendarza:

- 1) Otwarcie przychodni w Warszawie i na linii . II.XI.1918 r.
- 2) Początek Składnicy Sanitarnej 1/2 grudnia 1918 r.
- 3) Zapoczątkowanie instytucji lekarzy specjalistów konsultantów (okulisty, dwu chirurgów, dwu ginekologów, urologa i wenerologa). I.II.1919 r.
- 4) Otwarcie szpitala kolejowego I.IV.1919 r.
- 5) Otwarcie kamery dezynfekcyjnej I.VII.1920 r.
- 6) Otwarcie laboratorium chemiczno-bakterjolog. . I.IX.1920 r.
- 7) Otwarcie apteki przy Przychodni Centralnej . . I.IX. 1921 r.

Biuro Wydziału Sanitarnego, skompletowane, jak zaznaczono wyżej, w przeważającej liczbie z dawnych pracowników kolejowych Centrali b. kol. Nadwiślańskich i Warszawsko-Wiedeńskiej, składało się w pierwszych początkach z 15 osób i zajmowało początkowo lokal w domu kolejowym przy ul. Brackiej № 14 z trzech pokoi (w 4-ym mieściła się Składnica Sanitarna); od I.VII.1919 r. biuro było przeniesione do większego lokalu w domu prywatnym przy ul. Brackiej № 18, gdzie rozszerzyło się i doszło do 19 osób; jednak w 1923 r. nakazana została bardzo znaczna redukcja pracowników na kolejach Państwowych, wobec czego personel biura musiał być zmniejszony do 13 osób; musieli wtedy ustąpić ci, których praca wskutek kalectwa, choroby lub wieku była mniej wydajną, również ci, których ojcowie służyli na kolei, jako też męzatkki. Należy zaznaczyć, że obecna nazwa Wydziału Sanitarnego weszła w użycie w dniu I.VII.1925 r., gdy dawny Wydział Lekarski przemianowany został na Wydział Sanitarny, a lekarze oddziałowi na lekarzy rejonowych. Wreszcie w dniu 17.VIII.1926 r. biuro Wydziału Sanitarnego przeniesiono ponownie do domu kolejowego tym razem przy ulicy Chmielnej № 71 b, gdzie pozostaje dotychczas. Miarę pracy biura Wydziału Sanitarnego ilustruje następująca tablica, w której wykazana jest liczba zanotowanych w dzienniku aktów, począwszy od 1919 roku.

1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
8319	10079	10894	11030	11077	11719	17500	17880	16131

Mniejsza liczba aktów w 1927 r. objaśnia się tym, że w roku wspomnianym nie były wciągane do dziennika, lecz tylko datowane następujące rodzaje korespondencji: 1) kwestjonariusze w sprawie studzien, sprawozdania: 2) o ruchu chorych zakaźnych, 3) z czynności lekarza rejonowego, 4) lekarzy specjalistów, 5) lekarza rejonowego o stanie sanitarnym terenu, budynków i taboru kolejowego, 6) protokoły komisji sanitarnych, rejonowych, 7) świadectwa lekarskie dla nowowstępujących i badanych ponownie.

W normalnym swym rozwoju Wydział Sanitarny napotykał jednak liczne trudności i przeszkody, które wstrzymywały prawidłowy rozwój prac i z którymi walka była dość ciężka. Szczupłe kredyty wyznaczane przez Ministerstwo kazały liczyć się z każdym wydanym groszem, co było stałym hamulcem i nie pozwalało w tempie, jakby należało, zaprowadzać potrzebne inwestycje. W owym czasie (1919) wybuchła również wojna ukraińska, a z nią potrzeba kierowania części energii ku wschodnim rubieżom Rzeczypospolitej, których utrata groziła niepowetowaną klęską; przeto koniecznym się stało czynne wystąpienie ze strony Dyrekcji w postaci współdziałania w pociągu sanitarnym, tak zwanej czołówce „im. Heleny Paderewskiej“ narówni z Pogotowiem Ratunkowym i władzami wojskowymi; współdziałania kolei, a właściwie Wydziału Sanitarnego, wyrażał się w dostarczaniu opatrunków, części narzędzi i wydelegowaniu lekarza-chirurga, którym był Dr. Biehler, obecnie lekarz rejonu Warszawa Towarowa Kałiska; jak były naówczas szczupłe kredyty, dowodzi fakt, że Dr. Biehler, udając się na wojnę, dał zastępcę, któremu sam za czas zastępstwa zapłacił. Gdy wreszcie na froncie wschodnio-małopolskim nastąpiło uspokojenie, w 1920 r. wybuchła ponownie wojna tym razem z bolszewją. I znów Wydział Sanitarny przyjął czynny w niej udział, organizując z inicjatywy pp. Dra Wacława Gronowskiego i p. Jana Glassa i ze składek pracowników kolejowych, którzy złożyli na ten cel. 4.863.781 mkp., przy pomocy Czerwonego Krzyża poc. sanitarny; przy ewakuacji rannych z pola walki oddał on ogromne usługi. Stały współtowarzysz działań wojennych choroby zakaźne dały znać o sobie: w Krośniewicach dur płamisty panował nagminnie; dla walki z nim była sprowadzona z Aleksandrowa kamera dezynfekcyjna i uruchomione łazienki kolejowe; dzięki przedsięwziętym tym środkom nikt z personelu i z rodzin nie zaraził się dudem oprócz felczera kolejowego, który zaraziwszy się w miasteczku, był izolowany w szpitalu epidemicznym w Kutnie i tam zmarł. W Sosnowcu istniejąca oddawna remiza czworokątna przerobiona została na schronisko dla rodzin kolejarzy ewakuowanych z frontu, między którymi

panowała w ciągu kilku miesięcy zawleczona z frontu biegunka krwawa; do pomocy personelowi lekarskiemu st. Sosnowiec został dodany felczer ze st. Czerwony Bór; dużo trzeba było zużyć starań i energii, aby umiejscowić zarazę i unieszkodliwić ją w stosunku do stałych mieszkańców. W Warszawie również na VI Posterunku został urządzony obsługiwany przez felczera punkt obserwacyjny, na którym zatrzymywały się pociągi wojskowe z jeńcami-bolszewikami; pociągi podlegały ścisłej rewizji, chorym udzielano pierwszej pomocy, której potrzeba wynosiła od 3 do 5 razy dziennie; jednocześnie zwracali się o poradę przejeżdżający w tym czasie żołnierze wojsk polskich. Szczupłe kredyty i ścisłe liczenie się z wydatkami trwały w dalszym ciągu przez cały okres 1921—1923 r., dopiero gdy kolejnictwo osiągnęło równowagę finansową w r. 1924-ym r., nastąpiła konsolidacja, i praca Wydziału Sanitarnego już bez przeszkód mogła wejść na normalne tory; dopiero więc od roku 1925-go pod względem finansowym stosunki dla Wydziału Sanitarnego zbliżyły się do normalnych.

Ogólna ilość personelu Wydziału Sanitarnego, począwszy od 1923 do 1928 r., jest upostaciowana ua załączonej tablicy.

PERSONEL	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Biuro Wydz. Sanitarnego	19	13	12	16	16	16
Szpital kolejowy	36	34	31	31	32	32
Lekarze rejonowi	63	63	61	62	61	62
„ specjaliści	12	12	12	15	18	18
„ dentyści	—	—	7	7	10	10
Felczerzy	66	66	63	63	60	59
Laboranci	—	—	1	1	2	2
Składnica Sanitarna	9	11	11	11	11	11
Apteki kolejowe	16	16	16	15	15	15
Woźni	33	33	31	31	29	29
OGÓŁEM	254	248	245	252	254	254

Stosunek ilości pracowników kolejowych oraz ich rodzin do liczby personelu lekarskiego Wydziału Sanitarnego powinien wykazać intensywność zapotrzebowania pracy w tym względzie; mając pod ręką dane liczbowe za poszczególne lata co do pierwszych i drugich, łatwo wyprowadzić odpowiednie wnioski. Inna sprawa, czy ilość personelu jest dostateczna lub niedostateczna; prędzej to drugie, gdyż zapotrzebowanie na pracę lekarską ze strony pracowników kolejowych rośnie z roku na rok, jak to widać z umieszczonej w odpowiednim miejscu tablicy. Tembardziej zwraca to na siebie uwagę, jeżeli porównać z danymi przedwojennymi na b. kolei Warszawsko-Wiedeńskiej przed wykupieniem jej w dniu 1.1.1912 r. przez Rosjan; pomoc lekarska była

zorganizowana wówczas w podobny sposób jak obecnie z tą różnicą, iż ilość personelu lekarskiego w stosunku do ilości pracowników była większa; prócz lekarzy etatowych z pensją byli lekarze konsultanci-specjaliści t. zw. honorowi (za bilet roczny jazdy), jak np. okulista i chirurg w Częstochowie; lekarskie rejony były mniejsze, zazwyczaj na jednego lekarza wypadało nie więcej niż 350—450 pracowników, z rodzinami około 1200 osób.

Co do liczby emerytów, Wydział Sanitarny ma możność sądenia o niej z dwu punktów widzenia: 1^o. jako emerytów Wydziału Sanitarnego, 2^o jako emerytów z całej Dyrekcji. którzy żądając pomocy lekarskiej, a ona im się w myśl odpowiednich przypisów należy, są w Wydziale zarejestrowani. Pierwszych Wydział Sanitarny posiada 7, drugich zaś w końcu kwietnia 1928 r. w Wydziale zarejestrowano 385.

Dla prawidłowego funkcjonowania Wydziału Sanitarnego już od samego początku okazało się niezbędnem ujęcie w stałe karby pracy kancelaryjnej tak biura Wydziału Sanitarnego, jak i lecznictwa, należało zatem przygotować jaknajprędzej wzory i przepisy badania; pierwsze można było skopjować prawie bez zmian z przedwojennych; z przepisami była sprawa trudniejsza, gdyż z uwagi na pracowników dawnych, którzy zgłaszali się licznie do służby na P. K. P., trzeba było dawnym przepisom nieco kategorycznym nadać więcej elastyczności. Zadania tego podjął się Lekarz Naczelny Dr. Krzyczkowski, Główny konsultant Dr. Skłodowski i lekarz okulista konsultant Dr. Czyżewski; przepisy te zostały przyjęte przez Ministerstwo Kolei Żelaznych i wydane przez jego Wydział Sanitarny w marcu 1919 r. pod nazwą „Przepisów Tymczasowych Badania Lekarskiego Pracowników Kolejowych“. Obok wskazówek dotyczących badania przez lekarzy kolejowych przepisy te ustalały również porządek badania w komisjach lekarskich rejonowych (dawniej zwanych oddziałowemi) i w Komisji Głównej. Wkrótce jednak, gdyż już w roku następnym, Ministerstwo Kolei Żelaznych wydało „Przepisy badania lekarskiego pracowników kolejowych“ oraz „Przepisy o określaniu stopnia utraty zdolności do pracy wskutek nieszczęśliwych wypadków“, a w roku 1921 wydanie ich ponowiło. W połowie 1923 r. weszła w życie „Tymczasowa instrukcja o pociągach ratunkowych“, której treść objaśnia tytuł, a z końcem grudnia 1924 r. (31.XII.) zaczęło obowiązywać umieszczone w № 16 Dziennika Urzędowego Ministerstwa Kolei „Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26.XI.1924 r. o państwowej pomocy lekarskiej dla urzędników i państwowych funkcjonariuszów niższych w służbie podlegającej Ministrowi Kolei, ich rodzin, emerytów oraz etatowych pracowników państwowych

kolei żelaznych“, zawierające w sobie instrukcje porządku leczenia w przychodniach, szpitalach, instrukcje wydawania leków oraz wzory niezbędnych druków; rozporządzenie to w № 1 z 1925 r. Dziennika Zarządzeń Dyrekcji K. P. w Warszawie otrzymało szereg wyjaśnień. W 1925 r. zostały przez Ministerstwo wydane i zastosowane w Dyrekcji „Przepisy o Sanitarnem Pogotowiu Ratunkowym“ regulujące sprawy rozmieszczenia skrzynek ratunkowych w pociągach i na stacjach, noszy ratunkowych, tablic-skorowidzów oraz atlasów pierwszej pomocy wreszcie pociągów ratunkowych, zaopatrzone przez Wydział Sanitarny Warszawskiej Dyrekcji szeregiem wyjaśnień. Wreszcie w 1927 r. rozdano za pośrednictwem lekarzy rejonowych pracownikom, którzy przeszli kurs szkolenia w Ratownictwie Sanitarnem, wydane przez Ministerstwo „Przepisy dla pracowników kolejowych o udzielaniu doraźnej pomocy w nagłych wypadkach przed przybyciem lekarza“. Cały szereg druków opracowanych przez Wydział Sanitarny Ministerstwa znalazł zastosowanie i uregulował sprawozdania miesięczne lekarzy rejonowych o ruchu chorych, o chorobach zakaźnych, o stanie sanitarnym terenów kolejowych i taboru kolejowego, sprawozdania szpitalne, świadectwa badań nowowstępujących, protokołowanie wypadków, oględziny perjodyczne, badania w komisjach rejonowych i Głównej. Wreszcie Wydział Sanitarny Dyrekcji opracował t. zw. „bloki sanitarne“, mieszczące w postaci książeczki szereg kartek do notowania przez lekarzy rejonowych podczas lotnych rewizji sanitarnych znalezionych uchybień.

Na zasadzie rozporządzenia Ministerstwa Komunikacji N.S. 700/26 z dn. 25.X.26 r. przeprowadzone zostało szkolenie personelu kolejowego w Ratownictwie Sanitarnem. Rozpoczęto je w pierwszych dniach grudnia 1926 r. w Warszawie i na linii; w Warszawie w czterech punktach jednocześnie (2 na st. Warszawa Gł. Osobowa, 1 na st. Warszawa-Wschodnia, 1 na st. Warszawa-Praga), na linii prawie we wszystkich rejonach lekarskich. Na kursach obejmujących 10 godzin, z których 3 godziny były poświęcone na kurs anatomji i fizjologii, 2 godziny-hygieny, 2 godziny teorii ratownictwa i 3 godziny praktyki Ratownictwa, wykładowcami byli lekarze rejonowi, a między nimi w Warszawie Lekarz Sanitarny Dyrekcji. Preliminowana liczba do przeszkolenia wysiła 10685 osób (z Wydziału Eksploatacji-7076, z Mechanicznego-2770, z Drogowego-639, z kolei Podjazdowych-368). Szkolenie trwało przez cały 1927 r. i tylko jeszcze w 3 większych rejonach kontynuowane było w 1928 r. Pomimo że lekarze rejonowi prowadzili je z dużym nakładem energii, jednak nie cała preliminowana liczba 10685 osób

personelu kolejowego została przeszkolona; dane statystyczne wykazały przeszkolonych z dniem 31.XII.27 r. 5405(=51,06%), a z tych przeegzaminowanych 5049 (=47,5%); z przeszkolonych 5405 osób nie stawiało się do egzaminu 356 (=6,5%). Na niestawienie się do przeszkolenia 5180 osób (=48,9%) wpłynęło głównie pociągnięcie do szkolenia elementu płynnego, będącego w ciągłym ruchu, jak konduktorzy i maszyniści; na niektórych stacjach były trudności nie do pokonania z powodu zbyt szczupłego personelu i konieczności ciągłego utrzymania na służbie. Wobec powyższego liczba 10685 osób preliminowana do przeszkolenia okazała się w zetknięciu z życiem zbyt wielka; liczba przeszkolonych 5 i pół tysiąca powinna wystarczyć jako liczba, którą warunki życiowe i służbowe pozwoliły z wielkim nakładem energii w Ratownictwie Sanitarnem uświadomić.

Wykłady z dziedziny anatomji, fizjologii i Ratownictwa Sanitarnego były prowadzone również wiosną i jesienią 1927 r. na kursach aspirantów kolejowych oraz ślusarzy kandydatów przez Lekarza Sanitarnego Dyrekcji.

W myśl „Przepisów o Sanitarnem Pogotowiu Ratunkowem“ egzaminowani z wynikiem pomyślnym z Ratownictwa Sanitarnego winni nosić na fałdzie lewej kieszeni na piersiach munduru metalową odznakę sanitarną; takich odznak rozdano jednak w roku 1927 tylko 2313, winnem tu było zbyt późne otrzymanie kredytów.

Szkolenie w Ratownictwie przeciwgazowem, prowadzone w grudniu 1927 r. i w styczniu 1928 r., polegało na wygłoszeniu przez Lekarza Sanitarnego Dyrekcji prelekcji w ilości 5 godzin na kursach instruktorskich, obejmując charakterystykę gazów trujących, ich wpływ na organizm ludzki oraz sposoby przeciwdziałania. Dla lekarzy rejonowych w maju i czerwcu 1928 r. przez Ministerstwo Komunikacji zostały zorganizowane kursy Ratownictwa zatrutych gazami w Sanitarnej Szkole Oficerskiej (Szpital Ujazdowski)—w nadziei, że powstały w ten sposób szereg ośrodków w postaci odczytów lub kursów ad hoc organizowanych będzie rozsądnikiem wiedzy przeciwgazowej pośród zastępów pracowników kolejowych.

Sprawy Sanitarne. Przegląd prac Wydziału Sanitarnego, który takie miano otrzymał dopiero w dniu I/VII.1925 r., pierwiej zaś zwał się Wydziałem Lekarskim, w okresie od 1918—1928 r., w pierwszym dziesięcioleciu od czasu istnienia P.K.P., daje całokształt usiłowań, zamierzeń, a wreszcie rezultatów otrzymanych w dziale lecznictwa oraz w dziale sanitarji czyli higieny stosowanej. Obie te dziedziny mają wiele zadań wspólnych jako to usunięcie zła, które już się stało, gdy cho-

roba wkroczyła do organizmu, mają również za zadanie zapobieganie temu złu przez stosowanie zasad profilaktyki, do której przymyka wprowadzanie w życie przepisów higieny czy to osobniczej, czy też publicznej, czy wreszcie specyficznie kolejowej.

W Dyrekcji K.P. w Warszawie, w której długość eksploatacyjna linii kolejowych normalnotorowych wynosi 2258 klm. zaś wąskotorowych 938 klm., czyli ogółem 3196 klm. zatrudnionych jest 34077 pracowników kolejowych, jak świadczy ostatni wykaz za 1927 r.; ogólna liczba ujęta w przybliżeniu uprawnionych do pomocy lekarskiej winna wynosić 119259, w tem 34077 pracowników oraz 85182 członków rodzin.

Liczby tu przytoczone z konieczności podane są w przybliżeniu, w tę lub w drugą stronę mogą być nieznaczne odchylenia, gdyż zmiany służbowe wskutek tranzlokacji, śmierci lub narodzin wywierają wpływ na nie muszą i niezawsze lub niedość prędko dochodzą do świadomości lekarza rejonowego, w którego obowiązku leży ściśle ich rejestrowanie.

Lecznictwo. Przy udzielaniu pomocy lekarskiej przytoczonej wyżej masie pracowników kolejowych oraz członków ich rodzin Dyrekcja K.P. w Warszawie jako teren pracy wykonawczej posiada przychodnie lekarskie, szpital kolejowy, składnicę sanitarną, apteki kolejowe oraz odpowiedni personel, o którym była już wzmianka wyżej.

W przeważnej liczbie przychodnie są związane z rejonami lekarskimi, na jakie podzielony jest cały teren Dyrekcji; początkowo było w Warszawie 8 przychodni, na linii 25; z rozwojem pomocy lekarskiej i zaufania chorych do lekarzy kolejowych powstały nowe rejony w Łazach (1921 r.), w Koninie i Płońsku (1922 r.) i w Płocku (1925 r.). Obecnie samodzielnych rejonów I klasy w Warszawie jest 13, na linii 32, rejonów lekarskich II klasy 5 oraz 6 felczerskich.

W Warszawie rejon I-szy, mieszczący się w Centralnej Przychodni składa się z 5 samodzielnych rejonów; pozostałe rejony mają przychodnie: na st. Warszawa Gdańska, przy Depot Czyste, na st. Warsz. Gł. Towarowa (ul. Grójecka 2/4), Warsz. Tow. Kaliska, Warszawa-Praga, Warszawa Wileńska, (ul. Wileńska Nr. 39), wspólna dla dwu rejonów na st. Warszawa Wschodnia (przy ulicy Kijowskiej).

Rejony na linii istnieją na stacjach: Pruszków, Grodzisk, Skiernewice, Koluszki, Piotrków, Radomsko, Częstochowa, Łazy, Dąbrowa, Sosnowiec, Sochaczew, Łowicz, Łódź Fabryczna, Łódź Kaliska, Kalisz, Kutno, Konin, Włocławek, Aleksandrów, Mława, Małkinia, Ostrołęka, Mińsk Mazowiecki, Siedlce, Łuków, Otwock, Płońsk, Płock, Krośnice, Sompolno, Lipno, Wieluń.

Rejony Lekarskie II klasy: Żyrardów, Maczki, Błonie, Sieradz, Wołomin; felczerskie: Pruszków (Warsztaty), Rogów, Ząbkowice, Zawiercie, Czerwony Bór, Sobolew, Sierpc, Myszyniec.

W przychodni Centralnej istnieją pomocnicze urządzenia: laboratorium chemiczno-bakterjologiczne (od I.IX.1920 r.), oraz pracownia roentgenowska wraz z gabinetem fototerapii (lampy kwarcowe, lampa Minina, kąpiele świetlne szafkowe).

W specjalnych gabinetach ordynuje 18 lekarzy specjalistów konsultantów, korzystających z liczego instrumentarium i nowoczesnych urządzeń. Jak wzmiankowano wyżej w dniu I.II.1919 r. wprowadzono do lecznictwa kolejowego lekarzy konsultantów, a mianowicie okulistę, dwu chirurgów, dwu ginekologów, urologa, neurologa i wenerologa; w miarę potrzeby wprowadzono dalej drugiego okulistę (od połowy lutego 1921 r.), laryngologa i otiatrę (od I.XI. 1922 r.), drugiego neurologa (od I.VIII.1923 r.), a wreszcie trzeciego okulistę (I.XII.1926 r.), drugiego laryngologa (I.I.1926 r.), pediatrę (I.II.1926 r.), roentgenologa (I.II.1926 r.).

Na linii lampy kwarcowe posiadają przychodnie st. Skierniewice, Piotrków i Sosnowiec.

Pomoc lekarska, udzielana przez lekarzy rejonowych, lekarzy specjalistów i lekarzy dentystów w ostatnich pięciu latach liczbowo da się odtworzyć w następującej tablicy:

Liczba porad.

ROK	LEKARZE REJONOWI				LEKARZE SPECJALIŚCI				Lek. dent.	
	Porady w przychodn.		Wizyty w domu chorych		Porady w przychodn.		Wizyty w domu chorych		Porady w gabinetach własnych	
	Prac.	Czł. rodz.	Prac.	Czł. rodz.	Prac.	Czł. rodz.	Prac.	Czł. rodz.	Prac.	Czł. rodz.
1923			154.054							
1924	184113	166613	16792	38116	10427		—	—	—	—
1925	140380	130101	17504	36515	15059	16334	49	242	—	—
1926	147038	149848	13433	30617	18496	24831	45	331	6351	10874
1927	149175	151106	13244	28695	20347	27506	86	336	11880	18135

Uważne rozpatrzenie danych za ostatnie trzy lata, gdy rejestracja była już bardzo ścisła, doprowadza do wniosku, że zapotrzebowanie pomocy lekarskiej z roku na rok wzrasta, a z niem praca personelu

lekarskiego zwiększa się; z porównania np. najbliższego roku 1927 z 1926-ym widać, że w 1927 roku porad udzielono o 7766 więcej, analiz wykonano o 1617 więcej, prześwietleń Roentgenem o 1349 więcej, naświetlań lampą kwarcową o 1099 więcej, różnice te dadzą się spostrzegać również i w latach ubiegłych.

Oprócz leczenia lekarze rejonowi występują na kolei jeszcze w roli lekarzy zaufania; obie te czynności są ze sobą ściśle zespolone. Jako lekarz zaufania lekarz rejonowy ma sobie powierzone dokonywanie pierwotnych badań pracowników kolejowych przy wstępowaniu ich na służbę, badań perjodycznych niektórych kategorii służb corocznie lub co 3 lata, rejestracji nieszczęśliwych wypadków, co skutecznia na właściwych blankietach; ponadto bierze udział jako przewodniczący lub członek w komisjach rejonowych; lekarze rejonowi w Warszawie kolejno przy udziale lekarzy konsultantów są członkami komisji Głównej, której posiedzenia odbywają się raz na tydzień pod przewodnictwem Naczelnika Wydziału Sanitarnego; wreszcie czynność lekarza rejonowego związana jest z wydawaniem pracownikom świadectw zwalniających ich od pracy z powodu choroby. Liczne te czynności, a właściwie wyniki ich, zobrazowane są za ostatnie 10-letcie w załączonej tablicy:

ROK	Badań nowowstępow.	P R O T O K O U Ł Y		
		o nieszczęśl. wypadkach	Komisji rejonowych	Komisji głównej
1919	Przeszło 45.000	1803	172	213
1920		2380	293	269
1921		1941	688	285
1922		1524	976	355
1923		1850	928	310
1924		1656	854	281
1925		2325	1008	277
1926		2584	1305	301
1927		3508	1824	290

Jako przyczynek do historii Wydziału Sanitarnego należy zanotować, że pierwsza komisja Główna odbyła się 20 lutego 1919 r., nie można pominąć faktu charakterystycznego, że o udział w komisji Głównej, decydującej w ostatniej instancji o losie pracowników, upomniały się wkrótce Związki kolejowe, naprzód Z.Z.K., potem P.Z.P. Wydział Lekarski nie sprzeciwił się temu żądaniu i przez pierwsze

trzy lata przedstawiciele Związków pilnie uczestniczyli w posiedzeniach, pracując z lekarzami w zupełnem porozumieniu i zgodzie; stopniowo mimo stałego zapraszania przestali jednak przychodzić, motywując to tem, że wobec osobiście stwierdzonej na mocy długiej obserwacji bezstronności lekarzy obecność swoją na komisjach uważają za zbyteczną.

Jeżeli zwrócimy uwagę na rok 1927, który stoi na szczycie całego dziesięciolecia, przychodzimy do ciekawych zestawień i wniosków: średnia liczba dni zwolnień od pracy z powodu choroby dla jednego pracownika=ca 6(5,6,) stosunek leczonych wogóle w przychodniach do leczonych w domu=7:1 (7,2:1), ten sam stosunek wyłącznie dla pracowników=11:1 (11,3:1), zaś dla członków rodzin=5:1 (5,1:1), skąd wynika, że lekarz kolejowy jest wzywany do członków rodzin dwa razy zgorą częściej aniżeli do pracowników; częstość potrzeby pomocy specjalistów wyraża się stosunkiem I porady specjalisty do 7 porad wogóle, przyczem dla pracowników stosunek ten wyraża się 1:ca 8 (7,9), dla członków rodzin 1:6 (6,4). Ogólna liczba porad w ciągu roku=320% ludności kolejowej, czyli że średnio wypada po 3,2 porady ambulatoryjnej rocznie na każdego pracownika i członka rodziny. Koszt porady ambulatoryjnej łącznie z lekarzem i lekarstwem wynosi średnio 3zł.

Szpital kolejowy. Szpital kolejowy pod wezwaniem Św. Wojciecha przy ulicy Brzeskiej № 12, istniejący w tem miejscu już w okresie przedwojennym jako szpital b. kolei Nadwiślańskiej, został puszczony w ruch od I.IV.1919 na sto łóżek (50 wewnętrznych i 50 chirurgicznych). Pomimo bardzo trudnych początkowo warunków rozwijał się w żywym tempie, chociaż braki były duże: łóżka niewygodne bez siatek, zamiast materaców sienniki, z których część była uszyta z worków, z powodu niewielkiej ilości poduszek z pierza zastępowano je słomianemi, brak niezbędnych narzędzi chirurgicznych utrudniał operacje, były stałe trudności aprowizacji przy ciągłej dewaluacji marki. Wszystko to jednak ustąpić musiało przy energii i dobrych chęciach personelu.

O stopniowym rozwoju szpitala świadczą przytoczone poniżej dane.

Rok	Ilość chor.	Dni szpit.	Ilość oper.	Ilość opatr.	Koszt I dnia
Od I.IV.					
1919	635	17864	268	5828	6,39 mk.
1920	1042	27584	333	8385	89 mk.
1921	1205	29082	508	9217	532 mk.
1922	1124	28494	528	8749	42701 mk.
1923	1060	25349	525	7226	195763 mk.
1924	1043	25371	527	8487	4,97 1/2 zł.
1925	706 x	17310	263	5729	5,01 zł.
1926	1321	29584	540	6685	5,86 zł.
1927	1366	31750	565	8534	6,28 zł.

x) Z powodu odnawiania przez 7 miesięcy część szpitala była zamknięta.

Jeżeli poddamy analizie rok ostatni, w którym w szpitalu leczono się 1366 chorych, a z nich na oddziale wewnętrznym 517, na chirurgicznym 849, widzimy, że pierwsi przeciętnie leczyli się 24, 18 dni każdy, drudzy 22,9 dni, przy średnim dziennym koszcie utrzymanie 6,28 zł. O działalności szpitala na oddziale chirurgicznym daje pojęcie 565 operacji wykonanych w ciągu roku, czyli 47 miesięcznie, drobnych zabiegów chirurgicznych dokonano 1404, czyli 117 miesięcznie, opatrunków w ciągu roku 8544; praca dzienna wobec tego oddziału chirurgicznego wyrażała się liczbą półtora operacji poważnych, drobnych 3,9 czyli trzy operacje poważne na dwa dni, a około 4 zabiegów drobnych i zgorą 23 opatrunki dziennie. W tym czasie pracownia szpitala wykonała 1318 analiz, anatomo-patologicznych 14, zdjęć roentgenowskich 207, prześwietleń 224, naświetlań 28, lampa kwarcowa była w użyciu 351 razy, badań przewodu pokarmowego wykonano 71.

Śmiertelność wśród chorych szpitalnych w 1927 r. była niewielka: ogółem 64 wypadki śmierci, co wynosi 4.78%, na którą z pomiędzy 1366 chorych złożyło się 12 wypadków śmierci z powodu chorób krążenia (=18,75% ogólnej śmiertelności), 8 trawienia (=12,5%), 1 spowodowany starością (=1,55%), z powodu nowotworów 3 (=4,65), chorób organów oddechowych 9 (=13,95), moczopłciowych 6 (=9,3%) nerwowych 9 (=13,95%), z powodu bodźców zewnętrznych 3 (=4,65%), gruźlicy 5 (=7,75%), ogólnych chorób niezakaźnych 1 (=1,55%), związanych z porodem 2 (=3,1%), chorób skóry 1 (=1,55%), kości i narządów ruchu 1 (=1,55%).

Podana wyżej liczba zmarłych wogóle w szpitalu (64) na oddziale chirurgicznym wyniosła tylko 20 osób, co stanowi 1,46% ogólnej śmiertelności.

Jak mało wystarczającym jest szpital kolejowy w obecnej swej postaci dla pokrycia potrzeb, świadczy o tem porównanie następujących danych: wogóle w ciągu 1927 roku do szpitala odesłano pracowników 1502, członków rodzin 2300, czyli razem 3802, w tem do szpitala kolejowego skierowano pracowników 697, członków rodzin 669, razem 1366, zaś do innych szpitali (niekolejowych) pracowników 805, członków rodzin 1632, razem 2437, czyli że ledwie 1/3 prawie chorych szpitalnych przypadła na szpital kolejowy, 2/3 zaś prawie na szpitale obce. Dane te pozwalają na wysnucie odpowiednich wniosków wrazie zamierzenia powiększenia obecnego szpitala. Co się zaś tyczy wniosków wyprowadzonych z danych statystycznych co do leczenia szpitalnego wogóle (szpital kolejowy+szpitale obce), należy przyjąć, że liczba

chorych odsyłanych wogóle do szpitali = 3% ogólnej liczby ludności; pobyt chorego w szpitalu średnio trwa 23 dni, biorąc jako podstawę obliczenia za rok 1927-y. Na ogólną liczbę dni szpitalnych przypada 20% na klasę II, 80% zaś na klasę III-cią, przyczem za jeden dzień pobytu w szpitalu należy liczyć w klasie II 11 zł., w klasie III-ej 7 zł.

Pomimo szczupłego względnie terenu szpital kolejowy jest zaopatrzoney obecnie obficie; od początku 1926 roku warunki pracy znacznie się poprawiły; nabyto dostateczną ilość narzędzi chirurgicznych, ulepszony aparat Roengtena, lampę kwarcową, odnowiono również majątek szpitala przez wymianę 240 prześcieradeł, 113 szlafroków dla chorych, 20 par pantofli skórzanych, 35 trzypoduszkowych materacy włosianych, 43 koców, 60 szafek nocnych; ujednostajniono naczynia kuchenne, wprowadzając naczynia aluminiowe, sprawiono dla laboratorium miejscowego wirówkę elektryczną, dla sali operacyjnej nowv stół operacyjny, dwie puszkiz dla sterylizatora, pantostół, zaprowadzono aparat „Elektrolux“ do mechanicznego odkurzania, a pralnię przerobiono na mechaniczną.

Składnica Sanitarna. powstała, jak o tem wspomniano już wyżej, z porzuconego przez okupantów materiału aptecznego i opatrunkowego na Dworcu Głównym; materiał ten zebrano i przeniesiono do domu kolejowego przy ulicy Brackiej Nr. 14, gdzie przy lokalu biura Wydziału Lekarskiego znalazł przytułek w niewielkim pokoiku; stamtąd w ten sposób powstała Składnica Sanitarna po półtora roku wraz z biurem Wydziału Lekarskiego przeszła do nowego lokalu w domu prywatnym przy ulicy Brackiej Nr. 18, gdzie pozostawała aż do 17.VIII.1926 r., gdy przeniesiono ją do nowego lokalu w domu kolejowym przy ulicy Chmielnej Nr. 71 b. Mając za zadanie dostarczanie leków tak aptekom kolejowym jak i przychodniom pierwszorzędnej jakości, rozwijała się szybko i zaczęła dawać duże korzyści wskutek zakupywania surowców z pierwszej ręki, tembardziej że istniejące przy Składnicy od I.XII.1926 r. dzięki specjalnie uzyskanemu kredytowi z Ministerstwa laboratorium chemiczno-analityczne sprawdzało i sprawdza wciąż dobroć zakupionych surowców i wten sposób daje rękojmię ich dobroci, jako też ścisłego składu wyrobionych w Składnicy z surowców przetworów farmaceutycznych.

Rozwój Składnicy ilustrują następujące dane:

Zakupiono leków za	1926 120121 zł. 94 gr.	1927 208052 zł. 73 gr.
Otrzymano wytworów farmaceutycznych wartości	16790 zł. 73 gr.	43896 zł. 37 gr.

Za lata przeszłe dokładnych danych zebrać się nie dało.

Wzajemny stosunek szpitala kolejowego, aptek kolejowych oraz przychodni do Składnicy Sanitarnej jest uregulowany przez ustalenie terminów wpływania zapotrzebowań na leki oraz terminów ich wysyłania; opracowany został w tym celu stały kalendarz, dla każdej przychodni wyznaczono jedną datę w miesiącu, dla aptek kolejowych przy ulicy Chmielnej, na Dworcu Wschodnim, na Pelcowiźnie i dla szpitala kolejowego po dwie daty w miesiącu, przyczem przychodnia, apteki i szpital kolejowy według spodziewanego kontyngensu chorych zostały podzielone na 5 grup w ten sposób, że dla każdej grupy wypadło średnio 5 dni na załatwienie spraw połączonych z wysłaniem leków; uregulowane w powyższy sposób terminy wysyłania zapotrzebowań na leki i terminy wysyłania samych leków są przestrzegane ściśle i dają możliwość równomiernego zaopatrywania przychodni, szpitali i aptek kolejowych. Przygotowywanie przez felczerów lekarstw w przychodniach, które praktykowało się przez czas długi, może nawet zbyt długi i nie dawało gwarancji ani czystości, ani precyzji wykonania, ustać wreszcie musiało. Z dniem 17/XII.1926 r. na skutek polecenia Naczelnika Wydziału Sanitarnego (N.X.17081 (26) wszelkie przyrządy aptekarskie (wagi, menzurki, infuzorki), zostały przez przychodnie Wydziałowi Sanitarnemu zwrócone.

Ponieważ w myśl istniejących obecnie przepisów przychodnie kolejowe recept złożonych wyrabiać u siebie nie mogą, gdyż nawet nie posiadają odpowiednich urządzeń, przeto w razie potrzeby lekarze kolejowi kierują pisane przez siebie recepty złożone, dokąd wchodzi środki silnie działające, wszelkie napary i odwary, w razie braku na miejscu apteki kolejowej, do umówionych aptek prywatnych; recepty są nadsyłane dla uregulowania należności do Wydziału Sanitarnego, gdzie podlegają retaksacji. O stopniu zaangażowania w tym kierunku lekarzy i aptek prywatnych świadczy przytoczona tablica:

WARSZAWA.

LINJA.

Rok	Ilość rec.	Należność	Ilość rec.	Należność
1919	53706	421.306 mk. 37 fęń.	52430	288.099 mk. 66 fęń.
1920	88118	2.066.047 " 10 "	76946	1.446.438 " 85 "
1921	80878	9.871.559 " 32 "	53707	5.792.744 " 89 "
1922	23863	13.401.976 " 20 "	49132	29.946.647 " 65 "
1923	12228	13.972.567 " 54 "	48680	42.073.814 " 04 "
1924	4496	7.422 zł. 46 gr.	45237	196.644.994 " 36 "
1925	6519	12.236 " 22 "	38913	41.982 zł. 93 gr.
1926	10980	21.256 " 31 "	74407	52.811 " 75 "
1927	11497	23.482 " 58 "	66548	92.416 " 18 "
				83.203 " 81 "

Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że w 1927 r. udzielono pracownikom kolejowym oraz ich rodzinom o 7766 porad więcej niż w roku 1926-ym, zaś recept z aptek prywatnych zretaksowano o 7342 mniej, wypływa jasno pożytek, jaki przynosi Składnica Sanitarna, wysyłając dla przychodni leki w gotowej już dozowanej formie i w ten sposób skracając potrzebę korzystania z usług aptek prywatnych. W przychodni wydawanie leków jest więc bardzo uproszczone; pozostaje tylko wydanie gotowego leku i pobranie należności według taksy obliczonej zawczasu przez Składnicę Sanitarną w wysokości 25% należności.

Apteki kolejowe. Trzy apteki kolejowe, istniejące tylko w Warszawie, a mianowicie 1) przy ul. Chmielnej Nr. 69 w gmachu Przychodni Centralnej, 2) w gmachu przychodni Warszawa-Wschodnia, 3) istniejąca na Pelcowiznie-samodzielnych zakupów nie uskuteczniają, lecz otrzymują potrzebny materiał ze Składnicy Sanitarnej. Załączony wykaz za przeciąg lat ostatnich świadczy o ciągłym i na tym polu rozwoju:

Ilość wykonanych recept	1924	1925	1926	1927 I kwartał
Apteka przy Przychodni Centralnej .	66725	50314	62676	18450
Apteka na stacji Warszawa-Wschodnia	42350	29303	34419	11392
Apteka na stacji Praga (Pelcowizna).	23602	13745	14460	5.363
Przychodnie wydały	—	—	34274	27.209
R A Z E M . . .	132677	93362	145829	62414
Wpłacono 25 ^o /o przy odbiorze lekarstw		48301.49	76745.62	29502.82

Wzrastająca liczba recept wydanych przez aptekę w lokalu Przychodni Centralnej zwraca uwagę na konieczną potrzebę rozszerzenia szczupłego lokalu, w jakim apteka się mieści, co należy mieć nadzieję nastąpić winno przy spodziewanej nadbudowie całego domu.

Sanitarja. Stosowanie postulatów ogólnej higieny wkrótce po doraźnem uporządkowaniu stosunków na świeżo objętych kolejach było nakazem chwili, gdy wskutek konjunktur politycznych pod wpływem wciąż tlejącego jeszcze zarzewia wojennego wojna wybuchła płomieniem we Wschodniej Małopolsce w 1919 roku, a w 1920-ym nawała bolszewicka zwała się na Polskę. Personel lekarski, w większości swej dawny, przedwojenny, miał do pewnego stopnia we krwi przepisy higieny, które stosował doraźnie, prowadząc oględziny torów, mieszkań, bufetów stacyjnych. Rozporządzenie Prezesa Dyrekcji

z dnia 20.VI.1919 roku Nr. III/4 powołało do życia Komisje Sanitarne, zwoływane dwukrotnie w ciągu roku na wiosnę i jesienią, które cały szereg bolączek postawiły pod światło i wywołały odruchowo szereg zarządzeń do ich usunięcia, Od czasu swego powołania do życia aż do połowy roku bieżącego (1928) Komisji takich odbyło się w każdym rejonie lekarskim około 16-18. Tak obfity materiał zostawał umieszczony w protokołach nadsyłanych do Wydziału Sanitarnego przez przewodniczących na nich lekarzy rejonowych. Wprowadzone druki Ser. S. Nr. 39 wypełniane co kwartał również przez lekarzy rejonowych i nadsyłane do Wydziału Sanitarnego zdawały sprawozdanie ze stanu, w jakim znajdowały się tereny, budynki i tabor kolejowy. W ten sposób zebrane w jednym ręku protokoły Komisji Sanitarnych, jako poważnego wyrazu opinii ciała zbiorowego, składającego się z lekarza rejonowego i przedstawicieli Wydziałów Eksploatacji, Mechanicznego i Drogowego, w połączeniu z osobistymi wrażeniami lekarzy rejonowych, które znalazły odbicie na druku Ser. S. Nr. 39, dawały całokształt stanu sanitarnego. Wyciągi tak z protokołów komisji sanitarnych, jak i ze sprawozdań na druku Serja S. Nr. 39 były i są nadal komunikowane przez Wydział Sanitarny odpowiednim Wydziałom, w których kompetencji leży usunięcie zauważonych i podkreślonych przez Wydział Sanitarny braków. Z praktyki 10-letniej w tym kierunku widać, jaki niespożyty zapas energii, pomysłowości, a przede wszystkim kredytów jest potrzebny, aby choć w grubszych zarysach zaspokoić sumienie higienisty; to też prawdziwe zadowolenie budzić musi każda w warsztatach świeżo urządzona umywalnia do mycia rąk, każda wybudowana na nowo studnia, zaprowadzenie przykryć na studniach, zaopatrzenie ich w stałe kubły, każda nowa pompa na miejscu studni z żórawiem lub kręconej, nieobojętnym jest i będzie zawsze zniesienie brudnych, cuchnących rowów i ścieków, w które tak obfitują nasze tereny kolejowe na prowincji; stan ustępów tak jeszcze bardzo prymitywnych, źle utrzymanych, opieszale opróżnianych, nieraz budzi zgrozę, tak jak smutne refleksje co do naszej czystości powstają na widok skąpych urządzeń kąpielowych, w jakie są zaopatrzone nasze stacje kolejowe, do najważniejszych jednak i budzących poważną troskę należy zawsze brak dobrej wody do picia, jako przyczyna wielu chorób.

Ciekawe światło rzuca na poruszone tu kwestje cyfrowe ujęcie braków, stwierdzonych w roku ubiegłym (1927) przez lekarzy rejonowych. A więc np. przy oględzinach **terenów kolejowych i biur** w 12,4% wypadków wykryto niedostateczną czystość, na salach stacyjnych (poczekalniach) w 5,4%, w mieszkaniach prywatnych w 3,8%, utrzymanie

podwórz dało 14,6% uchybień, zaś torów na stacjach i placów wydankowych 9,3%; techniczne braki (co do podłóg, okien, pieców etc.) zauważono w 9,3%, szczupłość lokali służbowych bijąca w oczy zwracała uwagę w 1,5%, brak spluwaczek zauważono w 6,9%.

Przy oględzinach **śmietników** najczęściej spotykano przepełnienie wskutek opieszałego opróżniania (55,17%), niedokładności techniczne w istniejących śmietnikach (31,03%), potrzebę budowy nowych śmietników (10,34%), przeniesienie ze względów miejscowych na bardziej odpowiednie miejsce (3,4%).

Braki wykryte w **ustępach** ze strony **technicznej** znaleziono w 20% (braki całości ścian, posadzki, brak haczyków u drzwi wejściowych, brak pokrycia drewnianego u zewnętrznego otworu lub też parawanu z desek od strony publiczności, niedokładności spadku drewnianej rynny pisuarowej, jako też wentylacji), ze strony zaś **utrzymania**: przepełnienie dołów ustępowych ca w 40%, niedość czyste i staranne utrzymywanie ca w 48%.

Oplakany stan **mieszkań** w domach kolejowych, ciasnota, jaka panowała na początku kolejnictwa polskiego, ustępowały pomału w miarę poprawy warunków materialnych i układania się stosunków. Z biegiem czasu powstały komisje mieszkaniowe złożone z przedstawicieli Wydziałów, które sprawiedliwie w miarę posiadanych zapasów dzieliły lokale wolne między kolejarzy. Do dziś dnia higiena mieszkań w domach kolejowych stanowi problemat trudny do rozwiązania, liczne czynniki wpływają na to, a przedewszystkiem duży popyt na mieszkania ze strony kolejarzy, a mała podaż ze strony Dyrekcji. I dlatego w dalszym ciągu musimy tolerować na st. Siedlce kolonję mieszczącą się w dawnych magazynach wojskowych rosyjskich, która skupia w sobie kilkaset osób; mieszkania przeważnie prowizoryczne, o ścianach cienkich, zbitych niekiedy z tarcic, uszczelnionych niekiedy papą lub zaklejonych papierem nastroczają dużo wątpliwości pod względem wentylacji, oświetlenia, a przedewszystkiem bezpieczeństwa pożarowego. Na st. Kutno w istniejącym baraku warunki są jeszcze gorsze aniżeli w Siedlcach; część kolejarzy mieszka do tej pory w wagonach.

Mieszkania czasowe kolejarzy czyli t. zw. **pokoje noclegowe** przeznaczone na chwilowy pobyt, do którego zmuszone są pewne kategorie pracowników kolejowych wskutek specjalnych warunków służbowych, są pod stałą opieką Wydziału Sanitarnego, który na braki wykryte przy doraźnych oględzinach przez lekarzy rejonowych zawsze odpowiednie reagował i reaguje. Wyłoniona jednak specjalna komisja

w październiku 1927 r. poddała pokoje noclegowe, których Dyrekcja posiada 3 rodzaje (dla brygad parowozowych, dla brygad konduktorskich i gościnne czyli komisyjne) bardzo szeregółowym oględzinom i pośród nich bez zarzutu wykryła 21,42%, w pozostałych 78,58% braki znaleziono następujące:

A) W pokojach noclegowych **brygad parowozowych**, które są rozlokowane na 24 stacjach, a między nimi bez zarzutu tylko 5 (Sosnowiec, Częstochowa, Łódź-Kaliska, Aleksandrów, Małkinia) (=20,8%), ze strony lokalu główną uwagę zwraca w 54,1%, konieczna potrzeba odnowienia oraz braki ze strony ustępów (16,6%), jako też względna ciasnota (16,6%); brak osobnej jadalni spotyka się w 8,3%. Ze strony wewnętrznego urządzenia największe są braki umeblowania w 41,6%, brak słuwczek w 29,1%, braki w bieliźnie pościelowej w 16,6%.

B) Wśród pokoi noclegowych **brygad konduktorskich**, które znajdują się na 21 stacjach, bez usterek Dyrekcja posiada tylko trzy (Sosnowiec, Częstochowa, Małkinia) (=14,2%). Z braków spostrzeganych w lokalach zwraca uwagę ciasnota w 23,8%, wobec czego zrozumiałe są braki wentylacji (19%), oraz brak osobnej jadalni (14,2%), remont okazał się konieczny w 9,5% wypadków, jako też potrzeba powiększenia liczby ustępów (9,5%). Urządzenie wewnętrzne najbardziej wymaga uzupełnienia w kierunku umeblowania (52,3%), liczby słuwczek (14,2%), umywalni (14,2%), oraz koszy do śmieci (14,2%).

C) Z ogólnej liczby 14 **pokoi gościnnych** (komisyjnych), jakie posiada Dyrekcja, 50% nie wykazuje braków (Maczki, Łazy, Częstochowa, Piotrków, Aleksandrów, Płock, Łuków), w pozostałych usterki okazały się w stosunku do lokalu następujące: potrzeba remontu w 28,5%, zmiany lokalu na większy w 7,1%, braki wentylacji oraz oświetlenia każde z osobna 7,1%, co zaś do urządzenia wewnętrznego uzupełnienia są niezbędne w kierunku mebli (28,5%), umywalni (28,5%), bielizny pościelowej (14,2%), koszy do śmieci (14,2%).

Z porównania powyższych danych wynika, że najbardziej upośledzone pod względem pojemności lokalu są pokoje noclegowe drużyn konduktorskich (23,8%), poczem idą pokoje drużyn parowozowych (16,6%); brak jadalni osobnej w pierwszej linii należałoby usunąć w pokojach dla brygad konduktorskich=14,2%, gdyż w pokojach brygad parowozowych brak ten jest znacznie mniejszy (=8,3%). Co do urządzenia wewnętrznego z porównania przytoczonych wyżej danych wynika, że pod względem umeblowania najbardziej upośledzone są pokoje noclegowe drużyn konduktorskich (=52,3%), poczem idą pokoje brygad parowozowych (=41,6%), a wreszcie pokoje gościnne

(komisyjne) (=28,5%); pod względem liczby spluwaczek pokoje brygad parowozowych są bardziej upośledzone aniżeli pokoje konduktorskie; wreszcie co do braku w bielinie pościelowej prym trzymają pokoje dla brygad parowozowych, poczem idą pokoje gościnne, a na końcu pokoje konduktorskie.

Z bolączek, które stale zwracają na siebie uwagę i domagają się uregulowania, należy podkreślić sprawę zmiany bielizny na łóżkach w pokojach noclegowych; sprawa ta jest nader trudna do rozwiązania, gdyż łóżko jest czynne nieraz dwa razy na dobę, przyczem chwilowi lokatorzy są różnych przyzwyczajęń kulturalnych. Zdaje się, że najłatwiejszem i najbardziej zgodnem z wymaganiami higieny rozwiązaniem byłoby takie, przy którym każdy korzystający z noclegu przywoziłby bieliznę z sobą, otrzymując od Dyrekcji po dwa prześcieradła i dwie poszewki na pewien określony czas (system taki ma zastosowanie w Dyrekcji Poznańskiej), a w razie zjawienia się na nocleg bez bielizny dostawałby komplet na miejscu przymusowo za pewną określoną opłatą, którą możnaby ściągać z poborów.

Bufety. Wśród stacji taryfowych 173 i przystanków 62, jakie posiada Dyrekcja K.P. w Warszawie, stale dokonywane przez lekarzy rejonowych oględziny bufetów w ciągu szeregu lat stwierdzają, że stan bufetów, których jest w Dyrekcji III, a między nimi 19 restauracji, jest naogół pomyślny: stan kuchni, jej czystość, dobroć produktów, czystość personelu obsługującego kuchnie i bufety są to punkty, na które przy oględzinach zwraca się szczególną uwagę; znalezione braki w postaci zanieczyszczenia podłóg, fartuchów lub małej ilości lodu w lodowni usuwane są doraźnie; nie wszystkie jednak żądania lekarzy szczególnie co do zaprowadzenia technicznych ulepszeń mogą być przez dzierżawców bufetów spełniane, gdyż niejednokrotnie z powodu wygórowanej tenuty dzierżawnej szczególnie na mniejszych stacjach dzierżawcy nie są w stanie tego dokonać; wogóle należy zauważyć, że przy stałej tendencji do podbijania ceny dzierżawnej i częstej wskutek tego zmiany dzierżawców trudno utrzymać wysoki poziom bufetów. Tembardziej z przyjemnością podkreślić należy, że okólnik N z listopada 1927 r. Nr. IV,43609/3 B, zaprowadzający bądź co bądź drogie aparaty do automatycznego płukania kufli i szklanek w bufetach, jako też urządzenie gablotek szklanych w połączeniu w siatkami drucianymi dla ochrony od kurzu i much, a jednocześnie dla zapobieżenia tęchnięciu ułożonych pod szkłem produktów spożywczych, znalazł zrozumienie wśród sfery dzierżawców bufetów i wszędzie w czyn w prowadzony został. Wprowadzono również ostat-

niemi czasy ścisłą kontrolę sposobu podawania przez chłopców do wagonów napoi i przekąsek, kierując się koniecznością zabezpieczenia od kurzu, dymu, dotykania rękami i wpadania rozpylonej śliny lub plwociny podczas rozmowy lub kaszlu, w tym celu są obmyślane przykrycia aluminiowe do szklanek, także pokrywki do kufli, klosze szklane do przekąsek lub też całkowite pudła dla lekkości o ściankach z miki, jak to widzimy np. na st. w Kuluszkach.

Fryzjernie. Podczas oględzin fryzjerni, których na stacjach kolejowych Dyrekcja posiada 14, zwraca się uwagę na czystość lokalu, ścian, podłóg, całości i czystości umywalni, na dostateczną ilość bieżącej wody, (ręczników, prześcieradeł) dla klientów, na czystość białych kurtek, w które przybrani są podczas wykonywania czynności pracownicy fryzjerscy, jako też na czystość nożyczek, maszynek i pędzli używanych do namydlenia twarzy. Naogół fryzjernie odpowiadają swemu zadaniu z małymi wyjątkami, gdzie doraźne usuwane są drobne usterki; wpływa się w odpowiedni sposób na dobór personelu, któryby rozumiał przestrzeganie elementarnych przepisów higieny pod względem czystości ubrania, rąk i narzędzi.

Z powyższego przeglądu powstaje cały szereg postulatów higienicznych w zastosowaniu do kolejnictwa: 1^o należy kłaść większy nacisk na utrzymanie w czystości lokali biurowych oraz podwórz, jako też terenów na stacjach i placów wyładunkowych; należy również zwracać uwagę na bardziej intensywne zaopatrywanie miejsc publicznych w spluwaczki wodne: 2^o konieczne jest opracowanie normalnego typu śmietnika o ścianach nieprzepuszczalnych, zaopatrzonego w przykrycie, które winno posiadać armaturę umożliwiającą łatwe opróżnianie i zamykanie śmietnika oraz wyciągową rurę wentylacyjną. Obecnie istnieje dużo rozmaitych typów: skrzynie z desek, zagrody z pokładów, murowane z cegieł, budowane z betonu, przykryte lub stale otwarte; 3^o należałoby opracować normalny typ ustępu zgodnie z postulatami inżynierji sanitarnej, i jako ogólny typ wprowadzić z uwzględnieniem odpowiedniej wentylacji; należałoby również po dokonaniu prób wprowadzić środki odwaniania; pożądane również usprawnienie służby stacyjnej w kierunku sprzątania i utrzymywania czystości w ustępach.

Wogóle dla prosperowania spraw higieny pożądaną jest harmonijna współpraca Wydziału Sanitarnego i Wydziału Drogowego przez komunikowanie sobie planów nowych budowli przed ich zatwierdzeniem dla uzgodnienia z jednej strony postulatów inżynierji, z drugiej higieny.

Kąpieliska. W obrębie Dyrekcji K.P. w Warszawie znajdują się w 32 punktach kąpieliska kolejowe na stacjach: Warszawa Gł., Warszawa Wschodnia, Warszawa Praga (warsztaty), Piastów, Skierniewice, Rogów, Koluszki, Piotrków, Radomsko, Częstochowa, Myszków, Łazy, Ząbkowice, Maczki, Dąbrowa, Sosnowiec, Łowicz, Zielkowice, Łódź Fabryczna, Łódź Kaliska, Zgierz, Kalisz, Żychlin, Krośniewice, Kutno, Włocławek, Aleksandrów, Małkinia, Ostrołęka, Siedlce, Łuków, Wieluń.

Wydział Sanitarny stale zabiega, ażeby gdzie tylko jest możliwe, urochomić kąpieliska, lecz brak odpowiednich pomieszczeń i kredytów na nowe budowle często stał i staje temu na przeszkodzie; w rezultacie kąpielisk Dyrekcja posiada zamało. Stwierdzając ten fakt, jako też fakt, że kąpieliska wogóle są zbyt małe, należy zwrócić uwagę na to, że dla prosperowania ich koniecznym jest ujednostajnienie opieki nad kąpieliskami i skoncentrowanie jej w jednym rękę (np. w Wydziale Drogowym lub Mechanicznym). Kąpieliska winny by posiadać nie tylko wszystkie stacje węzłowe; przy projektowaniu nowych i przebudowie istniejących należałoby dążyć do tego, aby uzgodnić rozmiary budynku i urządzeń z gęstością zaludnienia przez kolejarzy danego terytorjum kolejowego.

Studnie kolejowe. Jednym z najbardziej ważnych tematów, na jakich zatrzymać się musi oko higienisty, jest sprawa dobrej wody do picia. Na terenie Dyrekcji znajduje się 1466 studzien, które są w Wydziale Sanitarnym zarejestrowane. Na zasadzie ankiety rozesełanej w końcu 1926 roku otrzymane od lekarzy rejonowych 1339 odpowiedzi zostały zestawione w tablicy, opracowania której dokonał Wydział Statystyczny Państwowego Instytutu Hygieny pod kierunkiem D-ra med. Kacprzaka.

Z przytoczonej tablicy da się wyprowadzić następująca charakterystyka obecnego stanu studzien kolejowych: połowa (prawie 49%) studzien jest przykryta, są one w 3/4 (w 73%) w gruncie przepuszczalnym, posiadają cembrowinę w przeważającej liczbie (46,67%) z kręgów betonowych, prawie 3/4 z nich zaopatrzone są w ścieki idące od studni, a więcej niż połowa (52,8%) posiada teren nokoło wolny od nieczystości, przyczem spadek powierzchni gruntu od studni jest w 82,3%; stałą pompę posiada z nich nieco mniej niż 1/4 (23,67%); w przeważającej liczbie odległość ustępu od studni wynosi około 20 metrów. Do cech ujemnych należy zaliczyć dużą liczbę studzien jeszcze niepokrytych (45%), a więcej niż połowa (57,72%) niema stałego wiadra, lecz wiadro do nich jest przynoszone.

Z powyższego wynika, że stanu studzien naogół nie można nazwać opłakany, należy nacisk położyć główny na uzupełnienie pokrycia i zaprowadzenie stałych wiader, gdzie ich brak.

W ciągu 1927 r. laboratorium chemiczno-bakterjologiczne Wydziału Sanitarnego dokonało 182 analiz wody studziennej, przeciętnie po 15 na miesiąc.

Laboratorium chemiczno-bakterjologiczne. Olbrzymi rozwój wiedzy lekarskiej zawdzięcza swój stan obecny w dużej mierze pracom laboratoryjnym; stały i ciągły kontakt klinicyści i analityka stał się wprost koniecznością. W początkach 1920 r. rozpoczęto przeto działalność laboratorium chemiczno-bakterjologiczne początkowo w jednym, a w 1924 r. w dwu pokojach na pierwszym piętrze gmachu Przychodni Centralnej. Zaopatrzenie młodej pracowni w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, niezbędną aparaty i przyrządy nastęrczało duże trudności z powodu braku kredytów; wielką pomoc okazał tu Amerykański Czerwony Krzyż i b. Instytut Epidemjologiczny (obecnie Państwowy Zakład Hygieny), skąd otrzymano cieplarkę, suszarkę, aparat Kocha, autoklaw, zaś całe urządzenie wewnętrzne jak stoły, szafki, półki, taborety zostało wykonane przez warsztaty kolejowe. Mimo różnych braków i niedomagań laboratorium szybko rozwijało swą działalność nietylko pod względem ilości, lecz i jakości nadsyłanego materiału, o czem świadczą dane liczbowe za ubiegłe 8 lat istnienia pracowni, która dziś już poszczycić się może przeciętną liczbą 700 analiz miesięcznie, co przy dwu osobach personelu jest liczbą nader poważną.

Powyższe ilustruje załączona tablica:

Rok	Mocz	Kał	Plwo- cina	Krew	Treść żoład.	Różne bakter- jolog.	Woda	R a z e m
1920	3903	9	29	12	9	32	—	3994
1921	4396	33	47	100	21	73	8	4678
1922	4211	58	69	115	19	125	24	4621
1923	3481	22	89	213	10	159	40	4014
1924	2780	48	96	702	27	234	44	3931
1925	3085	66	132	763	36	194	168	4444
1926	4455	131	286	1270	110	307	208	6767
1927	5587	180	261	1645	187	332	182	8374

Statystyka Sanitarna. Statystyka Sanitarna, która jest nauką o stanie zdrowotności i masowych objawach patologicznych w społeczeństwach ludzkich, dla celów swych posługuje się w kolejnictwie z dawien dawna skrzętnym notowaniem osobników chorych z uwzględnieniem, czy zgłaszają się do lekarza poraz pierwszy lub powtórnie, odpowiednio szeregując wypadki zachorowań na te same choroby. Od samego początku istnienia kolejnictwa polskiego posługiwano się w przychodniach księgami do zapisywania chorych, które ciągle ulepszano, nadając im bardziej praktyczny format i dzieląc je na odpowiednie rubryki. Co miesiąc lekarze rejonowi obowiązkowo składali do Wydziału Sanitarnego według ustalonego wzoru sprawozdania o ruchu chorych; wreszcie z chwilą wejścia w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26.XI.1924 r. o Państwowej Pomocy lekarskiej, wydrukowanego w Nr. 16 Dziennika Urzędowego Ministerstwa Kolei, został ustalony typ „Karty porady“, który obowiązuje dotychczas. Posługiwanie się kartami porady ma duże zalety, gdyż pozwala na dokładne notowanie na nich przebiegu choroby, samo przeto nastęcza się grupowanie kart choroby poszczególnych chorych jako środek do otrzymania całokształtu stanu ich zdrowia i stanowić może cenny dokument, z którego czerpać może w przyszłości tak lekarz praktyk, mając przed sobą jak gdyby film z życia chorego lub też ciekawy lekarz-statystyk, wyprowadzający wnioski ogólne z drobnych napozór rysów i punktów, jakie odnaleźć będzie mógł w zgrupowanych kartach porad. I nie tylko dotyczyć to może poszczególnych osobników, dotyczy to również i całych rodzin, jeżeli zgrupować w jedną całość powstałe w opisany sposób „paszporty zdrowia“ poszczególnych ich członków. Karty porady w przychodniach, aby z nich był pożytek, winny znaleźć odpowiednią opiekę, należy przeto umieścić je w karto-tekach, które mogą mieć postać skrzynek drewnianych, czy też szafek z przegródkami z właściwymi literami alfabetu, czy też w postaci kopert, które również nosić będą na sobie litery. Wydany przez Wydział Sanitarny Ministerstwa Komunikacji druk Serja S. N. 32 reguluje w typie jednolitym dla całej Polski sprawozdanie miesięczne o ruchu chorych, druk zaś Ser. S. N. 31 ustala statystykę miesięczną chorób zakaźnych. Wreszcie z dniem 1 marca 28 r. zaprowadzono w Dyrekcji Warszawskiej wykazy pracy dziennej lekarza rejonowego, przystosowane do wspomnianego wyżej druku Serja S. N. 32, gdzie za pomocą kresek w odpowiednich rubrykach lekarz oznacza pomoc udzieloną choremu, znacząc jednocześnie charakter cierpienia, przynależność jego do poszczególnych ważnych dla statystyki zachorowań. Książka

do zapisywania chorych, przez szereg lat istniejąca w przychodni, wobec tego straciła rację bytu. Omawiane wykazy pracy dziennej lekarza już w krótkim czasie wykażą swą praktyczność, gdyż 1^o dają bardzo ściśle dane, 2^o przygotowanie z nich sprawozdania miesięcznego polega na zwykłym tylko dodaniu z góry na dół odpowiednich kolumn wypełnionych kreskami.

Sanitarne Pogotowie Ratunkowe. Sanitarne Pogotowie Ratunkowe w ciągu 10-lecia przechodziło kilka etapów rozwoju. W chwili objęcia przez władze polskie kolei na stacjach gnieniegdzie pozostały nosze dla rannych najprostszych i najrozmaitszych typów, a przytem brudne i poplamione krwią, i kilka skrzynek ratunkowych niemieckich najstaranniej z zawartości ogołoconych. Na prędcie zakupiono wtedy około 40 — 50 noszy w fabryce Konrada i Jarnuszkiewicza i rozesłano na stacje; zebrane skrzynki niemieckie napełniono środkami opatrunkowymi i rozdano stacjom. W 1923 r. Ministerstwo opracowało typ skrzynki ratunkowej z drzewa, lecz skrzynki tego typu okazały się w praktyce mało odpowiednie, gdyż zbyt mało mieściły w sobie materiałów opatrunkowych i środków leczniczych niezbędnych przy udzielaniu pierwszej pomocy. Stan taki trwał do drugiej połowy 1926 roku, gdy wydane przez Ministerstwo „Przepisy o Sanitarnem Pogorowiu Ratunkowem“ sprawę pogotowia ratunkowego praktycznie uregulowały. Zaprowadzono skrzynki typu „A“ pociągowe i typu „B“ stacyjne oraz nosze brezentowe, atlasy i tablice wyjaśniające procedurę udzielania pierwszej pomocy jednego typu w całej Polsce, tak że czy to w Pucku czy w Zaleszczykach, czy w Stołpcach czy też pod Bytomiem, wszędzie skrzynki te są te same, zawierają przepisaną ilość opatrunków i środków leczniczych. W 1926 r. otrzymano z Ministerstwa skrzynek ratunkowych typu „A“-180 i typu „B“-342 sztuki oraz 520 par noszy. Ponieważ w owym czasie Dyrekcja K. P. w Warszawie nie posiadała ani jednego wagonu sanitarnego, rozesłano po dwie skrzynki typu „B“ wraz z noszami do ślusarskich pociągów ratunkowych na stacjach Warszawa Główna, Warszawa Gdańska, Warszawa Główna Towarowa, Warszawa Praga, Warszawa Wileńska, Warszawa Wschodnia, Skierniewice, Piotrków, Częstochowa, Łazy, Sosnowiec, Aleksandrów, Ostrołęka, Kutno, Łódź Kaliska i Siedlce. Następnie 246 skrzynek typu „B“ wraz z noszami na poszczególne stacje, 123 skrzynki typu „A“ wraz z noszami na stacje macierzyste dla pociągów i 31 typu „A“ oraz 55 typu „B“ lekarzom rejonowym.

Po rozdaniu powyższego kompletu pozostało jako rezerwa w Wydziale Sanitarnym 26 skrzynek typu „A“ i 9 typu „B“, z tych jednak

w ciągu roku 1927 wysłano 3 skrzynki typu „A“ i 3 skrzyki typu „B“, pozostało więc jako rezerwa na rok 1928-y 23 skrzynki typu „A“, 6 typu „B“ i 17 par noszy.

Wspomniane komplety ratunkowe na stacjach, przepisowo są umieszczone we wskazanym miejscu: nosze zaopatrzone w przytrzymujące je u ściany klamry, skrzynka „B“ złożona na kroksztynie.

Wagonów sanitarnych w ciągu roku 1927 przybyło 3; rozmieszczono je w punktach następujących: wagon Nr. 18250 (demonstrowany na Wystawie Hygienicznej) na stacji Warszawa Gł. Osobowa, wagon N. 17362 (na st. Warszawa Wschodnia), wreszcie pozostały po okupantach wagon Sanitarny N. 550 (na st. Łódź-Kaliska).

Sanitarja stosowana. Rok zeszyły (1927) zaznaczył się wprowadzeniem ulepszeń higienicznych w urządzeniu i eksploatacji bufetów kolejowych; w ciągu ubiegłych lat ze strony Wydziału Sanitarnego były robione często próby różnych ulepszeń w innych również dziedzinach sanitarji kolejowej: stosowano przeto chloryzację studzien, odpowiednie pyłochłony dla nasycania podłóg drewnianych celem zapobieżenia podnoszeniu się kurzu; czyniono również próby z płynem „Saprol“ dla odnawiania pisuarów, obecnie jest w próbach zwykły torf suszony i proszkowany dla celów dezodoryzacji miejsc ustępowych, wreszcie obmyśla się aparat do picia wody na stacjach, któryby zastąpić mógł niemające z higieną nic wspólnego dawne wielkie stągwie z kubkiem wiszącym na łańcuszku, rozsadnikiem gruźlicy i syfilisu.

Profilaktyka. W ciągu ubiegłego 10-lecia profilaktyka czyli medycyna zapobiegawcza na kolei pozostawała w ukryciu; choć praca jej była niewidoczna, jednak pewnymi przebłyskami niekiedy dawała znać o sobie. Niewielki jej teren jeszcze został uszczuplony, gdyż stosowane przed laty szczepienia ochronne przeciw ospie pracowników kolejowych oraz ich rodzin, które wykonywali lekarze rejonowi i mieli ścisłą na nimi kontrolę, przeszły w ręce władz komunalnych wskutek rozporządzenia byłego Ministerstwa Zdrowia; natomiast z biegiem czasu życie wysuwało coraz częściej żądania ścisłego określenia przedmiotu profilaktyki. Powstaje pytanie, czemu przypisać należy, że medycyna zapobiegawcza tak długo leżała odłogiem i była nieusystematyzowana oraz jakie środki przedsięwzięćby należało, aby temu zapobiedz. Wydaje się najbardziej celową drogą propagandy i pedagogiki; pożądane są odpowiednie kredyty dla zaopatrzenia lekarzy rejonowych w broszury pouczające z dziedziny chorób zakaźnych wogóle, zapobiegania chorobom wenerycznym, jaglicy etc.; również ważnem jest zaopatrzenie przychodni w pokazy w postaci tablic

i rysunków rozwieszonych na ścianach poczekalni: oczekujący swej kolei wejścia do lekarza chory w poczekalni zwróci na nie napewno uwagę i coś niecoś zawsze pozostanie mu w pamięci; wreszcie od czasu do czasu urządzone pogadanki lub odczyty przez lekarzy rejonowych mogłyby dużo pomódz w tym względzie, gdyby zaopatrzyć ich w odpowiednie pomoce naukowe. W poruszanej tu sprawie zapobiegania chorobom zakaźnym Wydział Sanitarny brał czynny udział, stosując z końcem roku 1927 (od połowy grudnia) szczepienia ochronne przeciw cholercze personelowi konduktorskiemu mającemu styczność ze wschodnimi granicami Rzeczypospolitej. Nietylko znalazły zastosowanie szczepionki przeciwcholeryczne; inne szczepionki, jak np. Delbeta, przeciwplonicza, przeciw wścieklicznie, dostarczane przez Państwowy Zakład Hygjeny w Warszawie, wydawane są również na każdorazowe żądanie lekarzy. Koniecznym w walce z chorobami zakaźnymi okazało się zaprowadzenie ścisłej rejestracji chorób zakaźnych, które lekarze rejonowi notują skrzętnie i jako miesięczny raport nadsyłają do biura Wydziału Sanitarnego. Wogóle należy zauważyć, że zachorowalność na choroby zakaźne wśród kolejarzy jest nieznaczna, a śmiertelność wskutek tychże minimalna i wynosi w ciągu np. całego roku 1927-82 wypadki (wśród pracowników 13 zgonów, wśród członków rodzin 69), przyczem dla 5 najczęściej spotykanych chorób (duru brzuszego, odry, plonicy, błonicy i czerwonki) wśród pracowników było 6 zgonów, wśród członków rodzin 56 czyli razem 62. Zestawienie danych liczbowych dla poszczególnych wymienionych 5 chorób tworzy następującą tablicę:

Nazwa choroby zakaźnej	ZACHOROWALNOŚĆ			ŚMIERTELNOŚĆ		
	prac.	czł. rodz.	Ogółem	prac.	czł. rodz.	Średnia
Dur brzuszny	65 (0,1 ⁰ /o)	159 (0,23 ⁰ /o)	224	5	11	7,13 ⁰ /o
Odra	1 (0,001 ⁰ /o)	763 (1,11 ⁰ /o)	764	—	6	0,78 ⁰ /o
Plonica	12 (0,019 ⁰ /o)	334 (0,48 ⁰ /o)	346	—	28	8,92 ⁰ /o
Błonica	22 (0,035 ⁰ /o)	196 (0,28 ⁰ /o)	218	1	10	5,04 ⁰ /o
Czerwonka	248 (0,39 ⁰ /o)	72 (0,105 ⁰ /o)	320x)	—	1	0,31 ⁰ /o

x) Bardziej masowe zachorowania odnotowano w Kóluszkach (18 pracowników i 22 członków rodzin) oraz w Warszawie (189 pracowników i 14 członków rodzin), wszystkie zakończone wyzdrowieniem;

jedyny wypadek śmiertelny odnotowano w rejonie Łódź-Fabryczna. Omawiane wypadki, tak częste w Warszawie, dotyczyły—jak widać—pracowników, których warunki służbowe (służba parowozowa i konduktorska) mogą nastroczać dużo okazji do używania nieodpowiedniej wody lub nieodpowiedniego gatunku produktów spożywczych.

Analiza stosunku liczby zachorowań na choroby zakaźne do liczby udzielonych pierwszych porad powinna dać pojęcie o częstości zachorowań na te choroby. A więc stosunek ten do udzielonych w roku 1927—62286 pierwszych porad pracownikom wskazuje na cierpienia kiszek jako najbardziej częste wśród pracowników; dotyczy to czerwoni ewentualnie duru brzuszego, zaś wśród rodzin pracowników (pierwszych porad udzielono 68509) najczęstszą jest odra, następne miejsce zajmuje płonica, poczem idzie błonica, a wreszcie dopiero dur brzuszny i na końcu czerwotka.

Przy systematycznem corocznem zwracaniu uwagi na zachorowalność dadzą się z czasem ustalić wytyczne do djetetyki podróży pracowników kolejowych, których warunki trzymają zwykle poza domem (służba konduktorska i parowozowa).

Jak widać tereny kolejowe nie stanowią wdzięcznego pola dla rozwoju chorób zakaźnych, a to dzięki sumiennej opiece lekarskiej nad chorymi, przestrzeganiu przepisów izolacji, umieszczaniu chorych w szpitalu i odkażaniu mieszkań tak w domach kolejowych jako też w mieszkaniach w domach prywatnych. Dezynfekcję w domach kolejowych skuteczniają władze komunalne na rachunek Dyrekcji (w Warszawie Miejskie Zakłady Dezynfekcyjne - ulica Spokojna № 15), mieszkania prywatne zamieszkiwane przez kolejarzy są odkażane siłami władz komunalnych i na ich rachunek (Zarządzenie M. K. z dnia 30/IX.26 r. N.S. 600/26 oraz z dnia 14/IV.27 r. N.S. 354/27).

Sprzątanie wagonów towarowych polega na stosowaniu wymięcenia, a następnie na puszczeniu strumienia pary z parowozu. Co się zaś tyczy wagonów osobowych, to głównem zadaniem jest utrzymanie ich w prawdziwej, nieiluzorycznej czystości, która poza mechanicznem oczyszczeniem, umyciem szyb, wytarciem na mokro podłogi, wytrzepaniem chodników ewentualnie usunięciem kurzu ssąciami aparatami z miękkich obić musi dążyć do zabezpieczenia podróżnych od pasorzytów; zadanie to spełnia Kamera dezynfekcyjna.

Puszczona w ruch w dn. I.VII.1920 r. **kamera dezynfekcyjna**, a właściwie dezynsekcyjna, znajduje się w zawiadywaniu Wydziału Mechanicznego, lecz pod kontrolą Wydziału Sanitarnego i zajmuje specjalne pomieszczenie na stacji Warszawa Główna Towarowa między

4a 5 posterunkiem na t.zw. „Piaskach.“ Dezynsekcji wagonów dokonywa się za pomocą pocisków zawierających kwas pruski (CN) z zapasów, jakie posiada Dyrekcja od czasu wojny w Mławie, skąd w miarę potrzeby pociski dowożone są do Warszawy.

Praca kamery w roku 1927 wyrażała się przeciętnie w oczyszczaniu całkowitem 35 wagonów z górą miesięcznie, poddawano również dezynsekcji na żądanie władz wojskowych czapraki wojskowe oraz szczecinę świńską; zużyto w ciągu roku pocisków cjanowych 3074, co wyniosło po 7 pocisków cjanowych na wagon.

Jak praca kamery dezynsekcyjnej rozwijała się stopniowo w ostatnim sześcioleciu, o tem świadczą dane następujące:

Rok	ZDEZYNSEKOWANO		Zużyto pocisków	Średnio na wagon pocisków
	Wagonów	w ciągu 1 miesiąca		
1922	201	16	3320	16 z górą
1923	253	21	4720	18 „
1924	273	22	4080	14 „
1925	407	34	2977	7 „
1926	373 x)	31	2509	6 „
1927	423	35	3074	7 „

x) W sierpniu 1926 roku remont kamery.

Przesuwając się pamięcią przez całe 10-letnie, możemy spostrzedz etapy, przez które Wydział Sanitarny przejść musiał: oto przed nami pierwsze chwile chaosu, zbieranie tego, co okupanci raczyli pozostawić, małe kredyty; gdy już Wydział zaczął stawiać nieco śmielsze kroki, przyszła wojna ukraińska, a następnie bolszewicka; ciągły brak równowagi finansowej w kraju krępował wszelkie śmielsze zamierzenia, marka się chwiała, dewaluacja następowała w szalonym tempie; dopiero w 1924 roku, gdy nastał dobrze postawiony złoty polski, nastąpił stan równowagi i wtedy już w roku 1925-ym zaczął się normalny rozwój, który szedł odtąd, a zwłaszcza już w roku 1926-ym, nieprzerwanie równym pewnym krokiem.

W tym właśnie czasie nastąpiła zmiana na kierowniczym stanowisku: po D-rze Krzyczkowskim, który przeszedł w stan spoczynku, od 1.2.1926 r. został Naczelnikiem Wydziału Sanitarnego Dr. Jan Surawski.

Potrzeby i zamierzenia na najbliższą przyszłość. Dokonał już Wydział Sanitarny, jak widzieliśmy, wielu rzeczy; w swej jednak ewolucji nie może on stanąć i dlatego ma na najbliższą przyszłość cały szereg zadań i zamierzeń, które zrealizowane będą napewno, o ile-co jest całkiem naturalne-dopiszą kredyty i czasy pod względem pokoju będą pomyślne.

A więc w pierwszej linii palącą sprawą jest:

1^o. Rozszerzenie Przychodni Centralnej przy ulicy Chmielnej № 69 w Warszawie. Wzrastająca, jak widać z odpowiedniej tablicy, liczba chorych mówi o tem wyraźnie; warto odwiedzić Przychodnię, aby się przekonać, jak szczupłą jest poczekalnia i gabinety, w których ześrodkowani są chorzy z węzła warszawskiego, stanowiący dzienny ambulans, i przyjezdni z całej Dyrekcji, a skierowani przez lekarzy rejonowych do lekarzy specjalistów. Obecna liczba gabinetów musi być powiększona, brak np. gabinetu dla konsultanta-internisty, gabinet fizjoterapii wymaga również rozszerzenia, brak pomieszczenia na zabiegi hydroterapeutyczne. Sprawy poruszone wyżej znaleźć winny pomyślne rozwiązanie przy spodziewanej wkrótce nadbudowie całego domu.

2^o. Rozszerzenie szpitala kolejowego, który w obecnym stanie może obsłużyć zaledwie 1/3 część chorych. Koniecznym jest urządzenie w nim oddziału obserwacyjnego; spory kontyngens stanowią chorzy czy to po wypadkach nieszczęśliwych, czy też dotknięci chorobami wewnętrznymi lub nerwowymi, co do których orzeczenie ostateczne w komisji lekarskiej możliwem się staje dopiero po dłuższej obserwacji; obecnie z chorymi tego rodzaju jest poważny kłopot wobec braku odpowiedniego oddziału w szpitalu własnym, kolejowym, gdyż szpitale obce ze względu na nawał chorych i stałe przepełnienie przez dłuższy czas chorych tego rodzaju trzymać nie mogą; z poruszoną tu sprawą związane jest wprowadzenie w odpowiedniej liczbie wyszkolonego personelu pielęgniarskiego, gdyż obecny personel sanitariuszy jest liczebnie zbyt szczupły, a swoim przygotowaniem fachowem nieodpowiada skali dzisiejszych wymagań.

3^o. Zaopatrzenie szpitala kolejowego i przychodni w narzędzia i jednolite umeblowanie; w tym kierunku co do instrumentarium zrobiono już bardzo wiele, niestety jednak-szczególniej tyczy się to przychodni - o jednolitych narzędziach pod względem liczby i charakteru jeszcze niema mowy; meble (krzesła, stoły, szafy) winny mieć ustalony rysunek, rodzaj drzewa i wykonanie.

4^o. Wprowadzenie na szerszą skalę **przyrodolecznictwa**, jako to dja-termji, foto-,heljo-, mechano-, a wreszcie hydroterapii jest konieczne,

gdyż dziedzina fizykalnego leczenia rozwija się bardzo i daje w wielu razach, gdzie zawodzi leczenie farmaceutyczne, doskonałe wyniki.

5°. **Zwiększenie liczby konsultantów (na prowincji)**; umiejscowienie wszystkich konsultantów w Warszawie w miarę rozwoju i ulepszania pomocy lekarskiej na długo ostać się nie może, gdyż są nieraz wypadki chorób, gdzie pomoc specjalisty jest nieodzowna na miejscu, a wozenie chorego lub chorej do odległej Warszawy jest niewykonalne. Pomimo woli nasuwa się wspomnienie konsultantów w większych miastach na linji, jak to praktykowało się przed wojną na b. kolei Warszawsko-Wiedeńskiej; brak kredytów można ominąć przez udzielenie lekarzom, o jakich mowa, bezpłatnych biletów okresowych imiennych.

6°. Z dziedziny **profilaktyki** Wydział Sanitarny ma na myśli jaknajwiększą dbałość o propagandę higieny przez odpowiednie kompletowanie i rozsyłanie broszur popularyzujących pewne działy higieny np. szkodliwość alkoholu, nikotyny; urządzenie pogadarek higienicznych na zebraniach wśród kolejarzy, ilustrowanych odpowiednimi pokazami. Pomoc swą w tym celu mógłby okazać odpowiednio skonstruowany i zaopatrzony wagon, któryby jako ruchoma wystawa higieny kursował po linji i stawał na stacjach na wezwanie lekarzy rejonowych, którzyby wzięli na siebie miły trud i obowiązek obywatelski szerzenia elementarnych wiadomości z higieny wśród słabo uświadomionych w tym kierunku kolejarzy. Tworzenie „ośrodków zdrowia“, gdzieby udzielane były fachowe rady co do zachowania się przyszłych matek w czasie ciąży, gdzieby udzielano rad, jak ma być karmione niemowlę etc., popieranie i szerzenie zdrowych pojęć o pielęgniarstwie, jego istocie i różnicy, jaka zachodzi między niem, a dawnym wiejskiem samorodnym felczerstwem; dalej-stosowanie jaknajszersze szczepień ochronnych, to są zadania, które Wydział Sanitarny ma na widoku i szerzyć je zamierza. Ideę Kolonji letnich kolejowych, obecnie istniejących w Ciechocinku, Wydział Sanitarny uważa za niezbędne rozszerzyć na Otwock i Zakopane dla chorych dotkniętych gruźlicą nie tylko dzieci, lecz i dorosłych, pamiętając o tem, jak gruźlica jest rozpowszechniona i jak obfite zbiera żniwo śmierci.

7°. Ze względu na coraz większe znacznie, jakie posiadać w przemyśle i kolejnictwie winna normalizacja pracy, Wydział Sanitarny uważa za pożądane zapoznanie lekarzy rejonowych z **badaniami psychotechnicznymi**, któreby uzupełniały badanie nowowstępujących danymi co do posiadania przez nich właściwego uzdolnienia na stanowiska, o jakie ubiegają się.

8°. Większy udział Wydziału Sanitarnego w **opinjowaniu wartości**

pod względem higienicznym planów nowowznoszonych budowli kolejowych oraz wagonów kolejowych; współpraca czy to z Wydziałem Drogowym, czy to z Mechanicznym we wskazanej dziedzinie wydaje się Wydziałowi Sanitarnemu konieczną dla uwzględnienia postulatów higieny. 9.^o Wydział Sanitarny uważa za konieczny udział lekarzy rejonowych w komisjach mieszkaniowych; lekarz powinien mieć na nich głos decydujący jako stały zastępca interesów higieny, jako najbardziej w tym kierunku znający potrzeby terenów kolejowych, domów mieszkalnych oraz ich mieszkańców, tembardziej że częstokroć zmuszony jest wydawać opinię o zdrowiu zamieszkujących w nich pracowników kolejowych oraz ich rodzin i opinjować o związku zachorowań z warunkami higienicznymi, w jakich znajduje się mieszkanie.

10.^o Ze względu na wielką **ilość myszy i szczurów** w magazynach, komórkach i domach kolejowych w obawie o rozwój chorób epidemicznych, których zarazki owe gryzonie w sobie mogą hodować, a zwłaszcza w czasie wojny, która może przyjąć charakter bakterjologicznej, Wydział Sanitarny podkreśla konieczność tępienia ich wszelkimi sposobami (gaz Clayton'a, szczepienie duru mysiego etc.)

11.^o Na stacjach węzłowych, zwłaszcza na tych, gdzie ruch intensywny trwa przez rok cały, a potęguje się latem, sprawa **wody do picia** (np. w Częstochowie dla licznych rzesz pątników) jest sprawą nader doniosłą i staje się konieczną potrzeba urządzenia na większą skalę punktów wody bieżącej w postaci źródełek, z których można korzystać bez użycia kubka, jak to zaprowadzone jest już w poczekalni Przychodni Centralnej w Warszawie.

12.^o Staje się również koniecznością opracowanie typu spluwaczki wagonowej, któraby musiała posiadać następujące warunki: zabierać jaknajmniej miejsca, zapobiegać rozpryskiwaniu się plwociny, być łatwo oczyszczalną.

13.^o Dalszy rozwój **badania w kierunku higieny pracy**, co zapoczątkowano już przez zarządzenie specjalnego badania wpływu pracy na organizm palaczy parowozowych na typach parowozów TY 1923 na st. Piotrków.

Oto obraz porywów, zawodów i skrzętnej, mrowczej pracy w ciągu pierwszego 10-lecia Wydziału Sanitarnego Dyrekcji K.P. w Warszawie.

By „spólnym łańcuchem“ pracy „opasać ziemskie kolisko“, by sprawę „nowymi pchnąć tory“, należy „zestrzelić myśli w jedno ognisko i w jedno ognisko duchy“!

Ten słynny zew poety, jako pobudka do pracy, to gwarancja powodzenia: zgodną pracą przy małych nawet zasobach i kredytach działać można bardzo wiele, czego dowodem jest pierwsze 10-lecie istnienia i prosperowania Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Kolei Państwowych w Warszawie.

HOLENDERSKA INSULINA:

N.V. Organon, Oss (Holland)

Insulin Organon Neerlandicum

Jest: pewna i stała w działaniu, absolutnie czysta bez ubocznych wpływów i tania.

Miareczkowanie preparatu znajduje się pod kontrolą Prof. E. LAQUEUR'A, Dyrektora Pracowni Farmaco-Terapeutycznej Uniwersytetu w Amsterdamie i jest stale porównywane z Międzynarodowym standaryzowanym preparatem Ligi Narodów

do nabycia we wszystkich hurtowniach aptecznych i aptekach w ampułkach:

5 cc. =	100	międz. jedn.	
5 cc. =	200	„	„ (konc.)
10 cc. =	200	„	„ (opakowanie kliniczne)
6 fl. =	1200	„	„ (duże opakowanie szpitalne)

Dla Kas Chorych, Klink i Szpitali poleca się specjalne opakowanie.

Wyłączna Reprezentacja na Polskę i w. m. Gdańsk:

**JULJAN ERLICH, Biuro Agenturowe, Wydział Farmaceutyczny
Łódź, Kilińskiego 151**

Telefon 4-62 — Skrót telegraficzny: „LICHJAN“

Wysyła literaturę i próby na żądanie WW. PP. Lekarzy bezpłatnie.

GRUŹLICA POŚRÓD ETATOWYCH KOLEJOWYCH PRACOWNIKÓW w BYDGOSZCZY i CZŁONKÓW ICH RODZIN

podał

W. MIEDZISZEWSKI
Lekarz rejonowy w Bydgoszczy

Leczenie i wyniki. Stosunki powojenne, jak wiadomo bardzo ujemnie wpłynęły na stan zdrowotny ludności we wszystkich państwach europejskich. Drożyzna, niedostateczne zarobki, przeludnienie mieszkań spowodowały przyrost gruźlicy we wszystkich warstwach społeczeństwa i u nas w Polsce.

Ogromny wpływ na rozwój gruźlicy wywierają trzy czynniki, a mianowicie: mieszkanie, odżywianie i praca zawodowa. Ponieważ pośród pracowników kolejowych są ludzie, wykonywujący bardzo rozmaite zawody, ciekawem przeto byłoby stwierdzenie kategorii pracowników, najczęściej podlegających zachorowaniom na gruźlicę. W niniejszym krótkim referacie postaram się wyjaśnić tą kwestję na podstawie danych z ambulatorjum kol. w Bydgoszczy wziętych z książek chorych ambulatoryjnie tam leczonych kolejarzy, którzy znajdowali się w moim leczeniu, w okresie dwuletnim t. j. od czerwca 1926 do czerwca 1928 r.; omówię również sprawę szerzenia się gruźlicy także i pośród członków rodzin etatowych pracowników z podaniem stosowanego przezemnie leczenia i osiągniętych wyników takowego. Muszę się jednak tu zastrzec, że dane, które przytoczę, nie będą zupełnie ściśle, gdyż dotyczą tylko tych chorych, którzy się do mnie zwracali.

Otóż od czerwca 1926 r. do czerwca 1928 r. zgłosiło się chorych na gruźlicę (pomijając przypadki gruźlicy chirurgicznej) 89 osób, co stanowi 2,04% wszystkich pracowników i członków ich rodzin, mających prawo leczenia się w ambulatorjum w Bydgoszczy. (4363). Chorych pracowników zanotowano 44, czyli 1,01%, członków rodzin 45 czyli 1,03% wszystkich korzystających z pomocy lekarskiej w naszym rejonie.

W stosunku do ogólnej liczby kolejarzy w Bydgoszczy (1198) ilość chorych pracowników wynosiła 3,3%, ilość chorych członków rodzin 1,4% w stosunku do ogólnej liczby członków rodzin (3165).

Według wykonywanych zawodów pracowników biurowych, chorych na gruźlicę było 22 czyli 50% wszystkich chorych pracowników na gruźlicę :

przetokowych	6	czyli 13,63%
pom. maszynistów	4	9,09%
maszynistów	3	6,8%
konduktorów	2	4,5%
pom. zaw. sekc. warszt.	2	4,5%
ustawiaczy	1	2,27%
dróżników	1	2,27%
stacyjnych	1	2,27%
strażników obchod.	1	2,27%
techników	1	2,27%

W stosunku do ogólnej liczby pracowników odsetek chorych na gruźlicę wynosił następujące liczby :

pracowników biurowych	1,8%
przetokowych	0,5%
maszynistów	0,26%
pom. maszynistów	0,34%
konduktorów	0,16%
ustawiaczy, dróżników	
stacyjnych, strażników	
obch. i techników	po 0,08%

Jak widzimy, największy odsetek chorych na gruźlicę przypada na pracowników biurowych (50%), następnie idą przetokowi 13,63%, pom. maszyniści 9,09% i t. d.

Chorych na gruźlicę członków rodzin pracowników etatowych w tym samym czasie zanotowano 45. W rodzinach pracowników biurowych 21 czyli (46,6%) 43,4% przypada na rodziny pracowników, wykonywujących inną pracę,

Na ogólną liczbę chorych — 89 z objawami gruźlicy gruczołów wnęki płuc zgłosiło się 20 osób; z objawami gruźlicy tkanki płuc bez objawów rozpadowych — 52; z objawami rozpadowej gruźlicy 17 czyli w odsetkach chorych pierwszej grupy było 22,4%, drugiej 58,4 i trzeciej 19,2%. Zmuszony byłem zastosować taki podział chorych na gruźlicę z powodu tego, że przy ambulatoryjnych warunkach pracy ściśle naukowego klinicznego podziału nie da się przeprowadzić.

Przechodząc do sprawy leczenia chorych na gruźlicę, muszę kilka słów powiedzieć o historii leczenia gruźlicy płuc. Do r. 1882 t. i chwili odkrycia prątków gruźliczych przez Kocha, leczenie gruźli¹⁾ polegało przeważnie na stosowaniu doustnem środków wykrztuśnych

i przeciwkaszlowych. Oczywiście zbawienny wpływ klimatu górskiego i czystego powietrza już wówczas był podkreślany przez lekarzy, i chorych gruźlików często wysyłano dla leczenia do miejscowości górskich lub nadmorskich.

Obecnie, kiedy z rozwojem bakterjologii i rentgenologii sprawa wczesnego rozpoznawania i leczenia gruźlicy posunęła się znacznie naprzód, dążenia lekarzy i bakterjologów skierowują się ku zapobieganiu wogóle infekcji gruźliczej za pomocą ulepszenia warunków higienicznych życia, a w ostatnich czasach i przez uodpornienie niemowlęcia (szczepionki B. C. G. i Langerera). Przy obecnym stanie lecznictwa leczenie chorych na gruźlicę można podzielić na leczenie klimatyczno-dyetyczne i leczenie specyficzo-chemiczne lub też kombinację obydwu tych sposobów leczenia, pomijając leczenie gruźlicy chirurgicznej.

Leczenie klimatyczno-dyetyczne zapoczątkowane zostało w Niemczech w r. 1854, gdzie Herman Brehmer w Görbersdorfie założył niedużą lecznicę dla chorych na gruźlicę. W r. 1895 jego uczeń Dettweiler otworzył już pierwszą ludową lecznicę Ruperstwein obok Fankelsteinu, gdzie leczono chorych, stosując fizykalno-dyetyczne środki. W r. 1913 w Niemczech było już 179 lecznic dla płucno-chorych, w tem 30 specjalnie dla płucno chorych dzieci na ogólną liczbę 17,283 łóżek. Wyniki, które otrzymano przy ukończeniu leczenia w tych sanatorjach były bardzo pomyślne.

Przywrócenie całkowitej zdolności do pracy nastąpiło przeciętnie u 70% osób, z których jednak część po powrocie do dawnego środowiska i swej zawodowej pracy znowu zapadła na zdrowiu. Było przeprowadzone badanie gruźlików zwolnionych z sanatorjów w r. 1909 po przejściu 5 lat t. j. w roku 1913. Okazało się, że po przejściu tego czasu jeszcze 42—55% wszystkich leczonych w tych lecznicach było zdolnych do pracy. Znajdowało się jednak i dużo przeciwników leczenia sanatoryjnego, a pośród nich szczególnie z ostrą krytyką tego sposobu leczenia wystąpił Cornet. Dowodzili oni, że dla umieszczenia wszystkich chorych na gruźlicę w sanatorjach byłaby potrzebna tak wielka ich ilość, że wybudowanie takowych stałoby się utopją; w przeciwnym zaś razie takie leczenie nie osiągnie zamierzonego celu. Ostatecznie opinja świata lekarskiego i leczniczych organizacji stanęła na środkowym punkcie widzenia, a mianowicie urządzenia sanatorjów bez zbytkownego wyposażenia, na które trzebaby wydawać wprost losalne kwoty pieniężne, jednocześnie propagując walkę z gruźlicą przez zakładanie poradni, bezpłatnych ambulatorjów, urządzenie tygrysińni przeciwgruźliczych i t. d.

Szczególnie dobre wyniki otrzymano w sanatorjach, zakładanych w miejscowościach górskich. U nas w Polsce sprawa budowy sanatorjów dopiero teraz zaczyna się rozwijać. Zapoczątkowaną została w ostatnich latach przez Kasy chorych jak również i przez niektóre organizacje zawodowo-społeczne. Staraniem Związku Nauczycieli Szkół powszechnych w Zakopanem stanął ogromny gmach, urządzony według najnowszych wymagań techniki i higieny. Kasy chorych Krakowska i Lwowska budują swoje własne gmachy. Niestety potężna armja kolejarzy, która dostarcza duży odsetek chorych na gruźlicę, prawie nie posiada własnych lecznic, urządzonych na wzór sanatorjum Związku Nauczycielstwa Polskiego.

Przechodząc do leczenia specyficzo-chemicznego muszę powiedzieć, że sama już wielka ilość środków zalecanych przy gruźlicy wskazuje na to, że w większości wypadków nie mają one specyficznego działania na zwalczanie zarazków Kocha w żywym organizmie. Terapia specyficzna, polegająca na wstrzykiwaniu tuberkuliny, ma swych obrońców, lecz także i licznych przeciwników. Jeszcze przed dwudziestu laty tuberkulinę stosowano bardzo często. W sprzedaży był cały szereg preparatów tego rodzaju, jak alt-tuberkulina, tuberkulina Kocha, neotuberkulina, tuberkulina Denys, Baranecka, uodpornianie za pomocą tuberkuliny P. T. O. według Spenglera i t. d. Stosowanie tych wszystkich przetworów wymagało dużej ostrożności ze strony lekarza i cierpliwości ze strony pacjenta. Nieostrożnie zastosowane dawki często wywoływały powstawanie ogniskowej reakcji, która pogarszała stan chorego bardzo znacznie. Zapał, z którym spotkano leczenie tuberkulinowe, wkrótce zupełnie ostygł i teraz już widzimy bardzo niedużo lekarzy, stosujących ten sposób. Pomijam tu cały szereg przetworów, jak angiolymfę, nuferol, lipetren, flegetan, Elbon, które bardzo szybko przeszły w niepamięć — zatrzymam się jednak na przetworach złota, jako na najnowszym środku, wprowadzonym do lecznictwa gruźlicy, na który jeszcze tak niedawno pokładano bardzo duże nadzieje.

Rzeczywiście, in vitro związki złota zabijają prątki Kocha już w rozcieńczeniu 1 : 100,000. W żywym organizmie według Feldta przetwory złota działają jak katalizatory, wywołując rozpad tkanki gruźliczo-zmienionej i wyzwalając endotoksyny, wskutek czego znowuż powstaje ogniskowa reakcja. Jak wszystkie ciężkie metale, przetwory złota wywierają szkodliwy wpływ na przewód pokarmowy, nerki, skórę i błony śluzowe. Przy odpowiednim ostrożnym doborze materiału otrzymywano czasami bardzo dobre wyniki leczenia: gorączka się

zmniejszała, nocne poty ustawały, chorzy przybierali na wadze, jednakże prawie we wszystkich przypadkach, leczonych złotem, nie można było stwierdzić wybitnego działania jego na same prątki. Jeśli one czasami i znikaly, to nie na długo, Ostatniemi czasy zaczęto stosować przetwory złota drogą inhalacyjną, mając na widoku bezpośrednio skierowanie środka leczącego na chory narząd. Wyniki, które dotychczas otrzymano (Dr. Dobrowolski w Zakopanem) są zachęcające, lecz stosowanie inhalacji wymaga specjalnego aparatu, przyrządów do unieruchomienia zdrowego płuca, jeśli zachodzi wypadek jednostronnego zachorzenia; zresztą teraz jeszcze przedwcześnie wysnuwać wnioski, czas pokaże, czy i tu nie spotka nas ten sam zawód, co i przy dożylnem stosowaniu złota.

Przystępuję obecnie do sprawy leczenia gruźlicy z punktu widzenia praktycznego dla lekarza kolejowego. Co może on stosować przy leczeniu gruźlicy u swych pacjentów? W jaki sposób dopomóc choremu, który z zaufaniem ale i trwogą garnie się do niego po poradę?

Otóż ministerjalne rozporządzenie pozwala nam przekazywać chorych do leczenia klimatycznego do miejscowości górskich; na ten cel chorzy mogą otrzymywać klimatyczną zapomogę przy warunkach pobytu, nie dłuższą nad trzy miesiące. Możemy przekazywać chorych pracowników do pobliskich sanatorjów celem leczenia sanatoryjnego; wreszcie musimy ich leczyć w przychodniach, korzystając z tych środków, które są wymienione w lekospisie urzędowym. Klimatyczno-sanatoryjne leczenie gruźlików członków rodzin etatowych kolejarzy napotyka już na duże trudności. Ministerstwo ograniczyło wydawanie zapomóg na leczenie klimatyczne dla pracowników samych, a w wyjątkowych tylko wypadkach dla członków rodzin. Przy kierowaniu członków rodzin do sanatorjów trzeba każdorazowo uzyskać pozwolenie Wydziału Sanitarnego, motywując konieczność kierowania każdego poszczególnego wypadku; pozwolenie to daje się bardzo niechętnie. Wreszcie przy leczeniu ambulatoryjnym posiadamy bardzo ograniczoną ilość środków, które możemy zastosować przy leczeniu gruźlicy.

Przechodzę teraz do opisanja sposobów, które stosowałem przy leczeniu gruźlicy w przychodni kolejowej u pracowników i członków ich rodzin. Otóż zatrzymam się przy samym podziale chorych, o którym wspominałem już na wstępie t. j. wszystkich chorych podzieliłem na trzy grupy: do pierwszej należeli chorzy z objawami gruźlicy gruczołów wnekowych, przy badaniu których zmian fizykalnych w płucach prawie nie udawało się stwierdzić i jedynie lekki stan podgorączkowy

lub uporczywy suchy kaszel i nieraz gruźlica u osób otaczających pozwalały przypuszczać i u nich istnienie gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych. Z chwilą urządzenia przy ambulatorjum gabinetu Roentgena takich chorych kierowałem dla potwierdzenia dżagnozy na prześwietlenie i obraz rentgenologiczny prawie we wszystkich wypadkach dżagnozę potwierdził. Takich wypadków miałem 20, co stanowi 22,4% wszystkich chorych na gruźlicę; u 6 z nich temperatura nie przekraczała 37,2 i ci wszyscy otrzymywali naświetlania lampą kwarcową (od 30 do 90); prócz tego stosowałem u nich wcieranie 10% gwajakolowej maści w okolicę pierwszych trzech kręgów piersiowych; u 5 osób po przejściu czasu od 2-ch do 6-ciu miesięcy stan podgorączkowy ustąpił i chorzy wyzdrowieli, u jednego (syna asesora Wydz. Kontr. Doch. p. B.) stan podgorączkowy zaczął się wzmaczać, przeto przekazałem go do Zakopanego do schroniska dla chorych na gruźlicę dzieci. U reszty (14) stosowałem wcieranie maści gwajakolowej, podając jednocześnie Calcisal, leki przeciwkaszlowe i o ile możności posyłając do Zakopanego w celach leczenia klimatycznego. Z tej liczby 14 — do Zakopanego wysłałem 9 osób, co stanowi 64,1% chorych lekko gorączkujących. Wszyscy 9 powrócili ze znaczną poprawą, a u 6 osób stan podgorączkowy ustąpił zupełnie. Z ogólnej liczby 9-ciu tej grupy było 5 pracowników i 4 członków rodzin.

Drugą grupę najliczniejszą — 52 — stanowili chorzy z mniej-więcej wyraźnemi objawami chorobowemi w płucach, lecz bez objawów rozpadowych. Przy leczeniu chorych tej grupy stosowałem dożylnie iniekcje CaCl_2 (10%) i domięśniowe wstrzykiwanie kreozotu lub kombinację tych leków. 3 chorych, (2 pracowników i jeden członek rodziny) było wysłanych do Zakopanego, u wszystkich nastąpiła nie-trwała poprawa stanu zdrowia, 15 chorych czyli 16,7% było przekazanych do sanatorjum w Smukale i Obornikach, w tem 11 pracowników i 4 członków rodzin, po 2 razy było 2 pracowników; reszta chorych była tylko po jednym razie, czas leczenia w sanatorjum wynosił 3 miesiące.

Wobec tego z leczenia klimatycznego i sanatoryjnego z tej grupy korzystało ogółem 18 osób — 13 pracowników i 5 członków rodzin. U wszystkich tych chorych stan zdrowia po powrocie z sanatorjum był znacznie lepszy; obiektywnie stwierdziłem poprawę u 6 osób; u reszty chorych objawy fizykalne pozostawały bez zmian. Z tych 18 osób przed odesłaniem do sanatorjum lub do Zakopanego — 8 osób leczyłem sposobem kombinowanym, zastrzykując im 2 razy tygodniowo dożylnie wapno i 4 razy tygodniowo domięśniowo kreozot,

(10% rozczyń w ol. Oliv. Provinc) po 2,0 każdorazowo; przed rozpoczęciem leczenia wstrzykiwaniami kreozotu, zawsze badałem mocz na biało. U 5 osób nastąpiła poprawa subiektywna, u jednej osoby wstrzykiwania kreozotu musiałem przerwać z powodu krwotoku z płuc, a u 2-ch leczenie pozostało bez skutku; u 17 osób z tej grupy stosowałem tylko domięśniowe wstrzykiwanie kreozotu (6 razy w tygodniu) po 30 — 60 zastrzyków, w 3 wypadkach z tych lub innych powodów chorzy przestali chodzić na wstrzykiwania, u pozostałych 14— w sześciu wypadkach nastąpiła poprawa ogólnego stanu zdrowia, a u dwóch chorych z tej liczby wybitna poprawa obiektywna; chore te (obie żony pracowników) już prawie 2 lata czują się dobrze, nie gorączkują, a zasięgały u mnie porady kilkakrotnie z innych przyczyn, co prawda jedna z tych chorych po wstrzykiwaniach spędziła lato nad morzem i to bezpośrednio mogło dodatnio wpłynąć na stan jej zdrowia; u 8 osób leczenie wyniku żadnego nie dało.

Kombinowane leczenie wstrzykiwaniem dożylnym wapna i domięśniowym kreozotu stosowałem u 9 osób; u 6 wystąpiła po 30—60 wstrzyknięciach poprawa ogólna: kaszel się zmniejszył, nocne poty ustały; subiektywny stan się polepszył, apetyt się poprawił, chociaż fizykalne objawy pozostały bez zmian; u jednego chorego z tej grupy po kursie leczenia klimatycznego (6-tygodniowy pobyt w Zakopanem) i kombinowanych wstrzykiwaniach wapna i kreozotu zastosowałem jeszcze 18 iniekcji aurosanu; wynik był nadzwyczaj dobry: chory, który w przeciągu dwóch lat stale przesiadywał w przychodni, od lutego czuje się znakomicie, przybrał na wadze i pracuje zawodowo bez przerw. Reszta chorych nie reagowała na zastrzyki i żadnego wpływu leczenie u nich nie wywarło.

Tylko dożylnymi iniekcjami wapna z drugiej grupy leczyłem 7 osób, iniekcje robiłem 2 razy w tygodniu jednocześnie stosując wcierania maści gwajakolowej. Polepszenie stanu zdrowia subiektywne otrzymałem 2-ch wypadkach. Reszta chorych pozostała bez zmian.

Wreszcie w trzeciej grupie chorych (17 osób) byli osobnicy przeważnie wysoko gorączkujący z daleko posuniętymi objawami rozpadu tkanki płucnej.

U 8-miu z tej grupy stosowałem domięśniowe wstrzykiwania kreozotu bez żadnego skutku; wszyscy oni zmarli w przeciągu tych dwóch lat; u 4-ch innych stosowałem kombinowane wstrzykiwania wapna i kreozotu, reszta — 5 osób otrzymywała wcierania maści gwajakolowej i doustnie środki przeciwkaszlowe. Z pierwszych 4-ch, leczonych sposobem kombinowanym — u dwóch nastąpiła poprawa stanu

zdrowia, stwierdzona i obiektywnie, tak na przykład — u jednego (p.Z.) temperatura z 38, 38,6 obniżyła się prawie do normalnej (37,0), domieszka krwi do płwocin znikła, włókienka elastyczne w płwocinach coprawda pozostały, jednak w mniejszej liczbie. U drugiego polepszenie było krótkotrwałe; chora ta p. G. znowu gorączkuje; dwóch chorych wcale nie reagowało na zastrzyki. Z pośród 5 chorych leczonych doustnem podawaniem środków przeciwkaszlowych i wykrztuśnych — 1 osoba zmarła, a u 4-ch i dotychczas pozostają objawy pneumoniae fibro-caseosae chronicae progredientis. Wstrzykiwań tu nie robiłem, wskutek przyczyn odemnie niezależnych.

Zestawiając wszystkie przytoczone dane leczenia gruźlicy płuc wstrzykiwaniami kreozotu i wapna otrzymałem następujące liczby:

Dla drugiej grupy

Leczonych tylko wstrzykiwaniami dożylnymi wapna	7 osób
polepszenie ogólnego stanu zdrowia	u 2-ch osób
bez zmian	u 5-ciu osób
Leczonych tylko domięśniowemi wstrzykiwaniami kreozotu	17 osób
polepszenie w	6 wypadkach
pogorszenie w	3
bez wpływu w	8
Leczonych kombinowanym sposobem	u 21 osób
polepszenie	w 11 wypadkach
pogorszenie	w 1
bez wpływu	w 9

Dla trzeciej grupy

Leczonych tylko domięśniowemi wstrzykiwaniami kreozotu	— 8 osób
pogorszenie	u 8 osób (wszystkie zmarły)
Kombinowane leczenie	u 4 chorych
trwałe polepszenie	u 1 chorego
nietrwałe polepszenie	u 1
bez wpływu	u 2 chorych

Wynik ogólny

Dla grupy drugiej

Leczonych wstrzykiwaniami wogóle	— 45 osób
osiągnięte polepszenie	u 19 osób
pogorszenie	u 4
bez wpływu	u 22

Dla grupy trzeciej

Leczonych wstrzykiwaniami	— 12 osób
polepszenie	u 2 osób
pogorszenie	u 8
bez wpływu	u 2

Ogółem na 57 leczonych wstrzykiwaniami osiągnięto:

polepszenie	u 21 chorych, co stanowi w odsetkach	36,8%
pogorszenie	u 12 chorych, co stanowi w odsetkach	21,8%
bez wpływu	u 24 chorych, co stanowi w odsetkach	42,2%

Z liczby wszystkich chorych 89 osób w przeciągu 2-ch lat zmarło 12 osób, co stanowi 13,5%, w tem 3-ch pracowników i 9-ciu członków rodzin.

Kończąc niniejszy odczyt, chciałbym zwrócić uwagę na to, że pośród chorych na gruźlicę pracowników 50% stanowią pracownicy biurowi. Przyczyną ku temu jest dużo. Chcąc powiększyć swój marny zarobek pracownicy biurowi odrabiają tak zwane płatne wieczorówki i akordy, wskutek czego przesiadują w biurach po 12 godzin i więcej. W gabinetach służbowych i biurach brak dostatecznej wentylacji; wreszcie niedostateczne odżywienie prędko wyniszcza organizm przy tych warunkach i lekko następuje infekcja lasecznikiem Kocha.

W celach zapobiegania szerzeniu się gruźlicy pośród pracowników biurowych, nie mówiąc o powiększeniu uposażenia, które od nas wcale nie zależy, musimy się domagać następujących ulepszeń higienicznych w biurach dla pracowników:

I. W ogólnych izbach, gdzie pracuje więcej jak 5 osób powinna być urządzona elektryczna wentylacja; pracownicy, palący tytoń winni być oddzieleni od niepalących, lub palenie we wspólnych izbach musi być wzbronione.

II. W kasach stacyjnych i gmachach, dokąd przychodzą klienci, winny być wywieszane plakaty z napisami, że palenie jest surowo wzbronione.

III. Chorych na gruźlicę pracowników biurowych wedle możliwości izolować od zdrowych, przenosząc ich na linję, bądź też na emeryturę w wypadkach gruźlicy otwartej.

Jak widać z niniejszego odczytu z ogólnej liczby 89 chorych na gruźlicę — z leczenia klimatycznego i sanatoryjnego korzystało 26 osób, czyli 29,2%, w tem 17 pracowników i 9 członków rodzin, czyli z liczby 44 chorych pracowników przezemnie leczonych korzystało 38,5%, a z liczby chorych członków rodzin — tylko 20%. Z chorych pracowników zmarło — 3, t. j. 6,8%, członków rodzin zmarło 9, t. j. 20%. Czem się tłumaczy ta różnica śmiertelności? Tem właśnie, że korzystanie z leczenia sanatoryjnego i klimatycznego dla członków rodzin jest bardzo utrudnione, i będzie utrudnione, dopóki kolejjarze nie będą mieli własnych sanatorjów.

My lekarze kolejowi powinniśmy wziąć na siebie popularyzowanie tej idei pośród szerokich warstw pracowników kolejowych. Musimy takie sanatorium wybudować w Zakopanem czy w Worochcie, czy też w innym miejscu klimatycznym. Do takiego wniosku przecież przyszedł ostatni zjazd lekarzy kolejowych we Lwowie.

A tymczasem musimy prosić Ministerstwo Komunikacji o jednokowe traktowanie przy leczeniu na gruźlicę tak pracowników jak i członków rodzin.

Co się tyczy leczenia, które osobiście stosowałem, t. j. wstrzykiwań kreozotu i dożylnych iniekcji wapna, to aczkolwiek dużych wyników nie otrzymałem, jednak były one najbardziej celowe ze wszystkich stosowanych przezemnie w przeciągu ostatnich dziesięciu lat środków przy leczeniu gruźlicy, pomijając leczenie przetworami złota, które jest niedostępne z powodu drożyzny, jak i trudności, połączonych z ciągłą obserwacją, badaniem stanu nerek; przetwory złota wymagają bardzo ostrożnego wyboru pacjentów, których chcemy poddać leczeniu tą metodą.

Piśmiennictwo:

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Kompendjum Higieny Społecznej | Prof. Dr. Chajes. |
| 2. Walka z gruźlicą | Dr. Irrgang. |
| 3. Tymczasowe doniesienie o próbach leczenia gruźlicy płuc inhalacjami | Dr. Dobrowolski. |
| 4. Leczenie gruźlicy w świetle najnowszych badań i problem uodpornienia | D. Hefftel |
| 5. Preparaty złota w leczeniu gruźlicy | K. Zieliński i E. Wajs. |

OVOMALTINE

NATURALNA ODŻYWKA DJETETYCZNA,
UTWORZONA z JAJ MLEKA i SŁODU.

SPRZEDAŻ:

w Aptekach i Składach Aptecznych.

L. FAURE. **Rymarska 16. Warszawa.**

Dr. A. WANDER S. A. **B E R N.**

S P O S T R Z E Ż E N I A

na temat zawodowych chorób uszu u maszynistów i palaczy kol.

podał

Dr. EDWARD REINERT

oto-laryngolog Dyr. Stanisławowskiej.

Dzięki rozporządzeniu tut. Wydziału sanitarnego, zarządzającemu badanie personelu parowozowni pod względem wzroku i słuchu przez lekarzy specjalistów, miałem możliwość w przeciągu ubiegłego roku w ramach badań perjodycznych zbadać duży szereg osób, zajętych krótszy czy dłuższy czas wśród identycznych warunków pracy i tem samym identycznego wpływu, mniej lub więcej dla narządu słuchu szkodliwego.

Badania dokładnie przeprowadzone objęły 502 osób. Co do samej techniki badania, to była u nas następująca: w pierwszym rzędzie po ściągnięciu historii choroby względnie dat dokładna otoskopja, następnie badanie kamertonami C¹² do C⁴ (2048); fenomen Webera, Schwabacha i Rinnego w odniesieniu do C (128); wreszcie badanie słuchu na szept oraz mowę konwersacyjną, która odbywała się w osobnej sali. W razie stwierdzenia schorzenia w zakresie aparatu nerwowego ucha, dążyłem badanie labiryntu ogólnie znanymi sposobami.

Z dołączonych zestawień uderza nas jedna rzecz: stosunkowo niezmiernie mała ilość osób, u których żadnej choroby narządu słuchu nie stwierdziłem. Ilość tych osób wynosi około 20%. Tabela wieku oraz czasokresu pełnienia służby na parowozie stwierdza niezbicie, że te dwa czynniki odgrywają tu olbrzymią rolę. Im młodszy pracownik, im krótszy czas pracy, tem rzadsza choroba, a zatem praca na parowozie powoli systematycznie, ale bezlitośnie działa szkodliwie na aparat słuchowy.

Tabela I.

Wiek pracownika	24-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65.								Razem
Ilość pracown.	71	75	85	110	92	45	23	1	502
Schorz. lab. lekkie	6	12	22	31	35	27	18	—	152
„ „ ciężkie	1	3	14	19	23	15	5	1	80
Bez choroby ucha	37	30	15	14	6	—	—	—	102

Tabela II.

Czas pracy na parowozie 1-4, 5-8, 8-12, 13-16, 17-20, 21-24, 25-28, 29-32. Razem

Ilość pracowników	29	94	97	105	64	59	32	22	50
„ schorzeń labir.	3	7	6	39	64	59	32	22	23

Zobaczmy, w czym to ujemne działanie się objawia. Otóż w zakresie ucha zewnętrznego spotykamy dość często woskowinę w dużej ilości, zmieszaną z sadzą i większymi cząsteczkami węgla. Zapalenie przewodu zewnętrznego rzadsze; najczęściej widzi się wgojone w skórę ostre kawałeczki węgla. Małżowizna usza dość rzadko odmrożona; przebytych stanów chorobowych w formie zgrubienia chrząstek prawie się nie spotyka.

Częstsze są schorzenia w zakresie ucha środkowego. Po największej części jednak nie powstały one w czasie pełnienia służby na parowozie; zwyczajnie datują się one z dawniejszych czasów i świadczą o przebytych chorobach ucha w czasie szkarlatyny, odry, tyfusu i t.p.

Naturalnie spotyka się i schorzenia świeże, zrozumiałe, gdy bierzemy pod uwagę silne i częste zmiany temperatury, którym obsługa parowozu podlega. Gorąco, bijące z kotłów z jednej strony—mroźne i wietrzne powietrze z drugiej narażają pracownika na bardzo częste przeziębienia, wśród których nietrudno o komplikację uszną.

Niezmiernie często—prawie u każdego pracownika (co drugiego) spotyka się wciągnięcia bębenka. Są one najprawdopodobniej spowodowane trwałym skurczem mięśni ucha środkowego (musc. tensor tympani). Często też specjalnie u personelu obsługującego parowozy pociągów pośpiesznych zauważa się trwałe zaróżwienie bębenka, które sobie tem tłumaczyć można, że wskutek szybkiego pędu powietrza następuje jakgdyby wyssanie powietrza z przewodu zewnętrznego, powodując słabsze lub silniejsze przekrwawienia błony bębenkowej.

Tabela III.

Choroby ucha zewnętrznego

1) woskowina	wypadków 49
2) zapalenie zewn. przewodu (otitis externa)	„ 7 t. j. 11,1%

Choroby ucha środkowego

1) zmętnienie i blizny bębenka	wypadków 126
1) wciągnięcie (retrakcja) bębenka	„ 262 t. j. 52,7%

3) zapalenie ucha środkowego	wypadków	26
4) nieżyt trąbki Eustachego i ucha środkowego	"	29
5) zrosty w jamie bębenkowej (adhaesiv-process):	"	17

Ciekawe bardzo są spostrzeżenia autorów obcych, twierdzące jakoby przebycie zapalenia ucha środkowego, specjalnie takiego, po którym pozostały zrosty w jamie bębenkowej, chroniło aparat urzędu ucha wewnętrznego przed chorobami zawodowymi. W moim materiale mogłem rzeczywiście w trzech wypadkach przekonać się, że długoletni pracownicy mieli w jednym uchu silne zrosty łańcucha kosteczek słuchowych oraz blizny po przebytej otitis media, ucho drugie zaś wykazywało daleko posunięte procesy degeneracyjne w zakresie błędnika, których po stronie o uchu środkowym chorem bezwarunkowo nie było. Na podstawie tych trzech wypadków trudno mi powiedzieć, czy mamy tu do czynienia z faktem, czy też tylko z przypadkiem.

Najczęstsze jednak schorzenia zawodowe spotyka się w zakresie aparatu nerwowego ucha. Uszkodzenie w rzadkich tylko wypadkach tyczy całego labiryntu, głównie tyczy ono nerwu słuchowego. Nerw przedsionkowy jest znacznie rzadziej zajęty, w każdym razie rzadko w tym stopniu, żeby powodował niezdolność do pracy na parowozie. Schorzenia w tym zakresie sięgają zastraszającej wprost cyfry 46,2%, w tem schorzeń cięższych i ciężkich 15,9%. Wogóle po 15 latach pracy na parowozach niema pracownika, którego ucho nie nosiłoby zgubnych skutków tej pracy.

Przyczyną tego jest szalony wprost huk i zgiełk, panujący na parowozie. W czasie kilku jazd parowozem osobiście odbytych dla poznania warunków, wśród których pracuje kierownik i palacz parowozu, stwierdziłem, że wszelkie porozumiewanie się nawet donośnym głosem jest wprost niemożliwe. Stuk parowozu o szyny uginające się pod jego ciężarem, łomot własny maszyny, syk zgęszczonego powietrza z hamulców składa się na potężną kakofonję działającą dzień w dzień systematycznie przez długie godziny, na aparat słuchowy pracownika, powoli to zgubne działanie pociąga za sobą degenerację włókien nerwu słuchowego, która w miarę trwania czasokresu pracy na parowozie coraz bardziej się potęguje. Na szczęście bardzo rzadko zwyrodnienia te sięgają daleko; zwykle nawet i po 30 latach słuch jest na tyle znośny, że pracownik może zupełnie swobodnie się porozumiewać.

Badając pracowników obsługujących parowozy spotkałem dwie kategorie wśród nich: 1) osoby, które przed objęciem pracy na parowozie wykonywały zawód ślusarzy względnie pracowały w zawodzie,

w którym ich organ słuchu był narażony na szkodę przez w tych zakładach względnie warsztatach pracy panujący huk i 2) osoby, które wprost dostały się na parowóz.

Zestawienie schorzeń ucha u pracowników kategorii 1) i 2) wykazuje znacznie lepsze stosunki u palaczy a zatem u ludzi, którzy przedtem ani ślusarstwem ani tymp. zawodem się nie trudnili. A zatem musimy część schorzenia zawodowego położyć na karb tej pracy „wstępnej“.

Tabela IV.

Rodzaj pracowników	Ilość pracowników	Ilość schorz. zawodowych	w procentach
Ze służbą wyłącznie na parowozie	159	36	22,3%
Ze służbą na parowozie i ślusarstwie	358	121	53,5%
Ze służbą na parowozie i kotlarstwie	2	2	100%
Ze służbą na parowozie i kuźni	1	1	100%
Ze służbą na parowozie i hucie żelaznej	2	2	100%
Razem osób	502 schorzeń	232	46,2%

Ponadto, jak wszędzie, musimy myśleć o zmianach zachodzących między konstytucją pojedynczych pracowników; nie wolno nam też zapominać o alkoholizmie, który w bardzo małych na szczęście granicach jest spotykany wśród obsługi parowozów, będących naogół pracownikami dobrze sytuowanymi.

Hygiena społeczna, której właściwą domeną są choroby zawodowe, nie należy dzisiaj wyłącznie do lekarza. Należy ona w równej mierze do higienisty i lekarza, inżyniera, budowniczego, konstruktora. W kierunku ochrony pracowników przed zgubnym skutkiem zgiełku i huku działającego tak ujemnie na aparat słuchowy jedynie współpraca i to bardzo intensywna tych wszystkich osób może wydać pewne owoce.

Najłatwiej myśleć o ochronie ucha zewnętrznego. Ze względu na nieznaczne dolegliwości wystarczy pouczenie pracowników o konieczności częstego oczyszczania ucha ze złożeń woskowiny (najlepiej

przez wlewanie 10—15 kropeł ciepłej gliceryny i następnie wypłukanie). Jedynie na ochronę od mrozów należy zwrócić baczniejszą uwagę. W tym wypadku bowiem, jak to tegoroczna zima wykazała, ilość odmrożeń ucha osiągnąć może olbrzymiej cyfry. Tutaj możnaby pomyśleć o ochronie małżowizny usznej specjalnymi ochraniaczami. Dotychczas bowiem chronią się pracownicy w ten sposób, że podnoszą futrzany kołnierz czy też nasuwają czapkę na uszy, kosztem bystrości słuchu. Możliwość zatem myśleć o ochraniaczu — któryby — będąc w zasadzie podobny do klap ochronnych przytrzymywanych stalową sprężyną — posiadał w środku w okolicy otworu przewodu zewnętrznego rodzaj lejka doprowadzającego fale głosowe wprost do ucha. Ochrona taka miałaby znaczenie dla wszystkich pracowników kolejowych, pełniących służbę zewnętrzną.

Gorzej ma się sprawa z ochroną ucha w zakresie ucha środkowego. Antifony i t. p. przyrządy nie mogą mieć tu zastosowania ze względów zasadniczych. Pozostaje znów pouczenie pracowników o higjienie aparatu słuchowego, rzeczywiście niezmiernie ważne dla tych, którzy kiedyś zapalenie ucha przechodzili, gdyż wszystkie zaniedbania, niedoglądnienia odbijają się w częstokroć poważnych nawrotach tej choroby.

Podobnie trudno zaradzić chorobom zawodowym ucha wewnętrznego. Po wielu niestety bezowocnych próbach upadła zupełnie myśl ochrony ucha antifonami, wata, kaskami z filcu i t. p. Tutaj właśnie współpraca lekarza, higienisty, konstruktora parowozu oraz inżyniera kolejowego mogłaby przy odpowiedniej organizacji przyczynić się w znacznej mierze do usuwania momentów szkodliwych dla ucha. Praca w tym kierunku musiałaby być bardzo intensywna. Lekarz, zawsze specjalista, byłby odpowiedzialnym za dobór pracowników do służby na parowozie, byłiby zadowoleni ludzie o dobrej konstytucji ciała, bez ujemnych cech dziedzicznych, o doskonałym aparacie słuchowym. Higjenista musiałby zapewnić dla pracowników wszystkie dane w zakresie swej dziedziny wiedzy, które mogłyby się przyczynić do ochrony narządu słuchowego. Konstruktor parowozu musiałby pomyśleć — wiedząc, że poza zgiełkiem i [stałe choćby nieznaczne wstrząsy i drgania działają ujemnie na ucho wewnętrzne — o zmniejszeniu huku i stuku na parowozie przez należyte dokładne odlewanie i dopasowywanie części składowych maszyny, stykających się ze sobą, o bardzo dokładne wyresorowanie wozu, starając się o jak najcichszy chód i najmniejszy bieg parowozu. Pod nogami pracownika powinny się znajdować grube maty, tłumiące wstrząsy, najlepiej

z prasowanego kaska lub grubego filcu. Inżynier kolejowy zaś powinien zwrócić niezmiernie baczną uwagę na nawierzchnię torów i utrzymanie dróg żelaznych. Mogłem osobiście się przekonać, że najprzykrzejszy huk pochodzi od uderzenia kół w szyny w chwili przejazdu parowozu z jednej na drugą, rzecz, która przy odpowiednio mocnej i elastycznej nawierzchni napewno nie miałaby miejsca.

Kolejnictwo Polskie jest jeszcze młode. Jednak rozwija się ono potężnie i coraz potężniej w miarę nabywania własnego doświadczenia i udoskonalenia organizacji. Niechaj wskazówki, wynikające z moich spostrzeżeń przyczynią się do zwrócenia uwagi na choroby zawodowe w kolejnictwie także i w innych Dyrekcjach, by na przyszłość i tą stroną życiową pracownika kolejowego we własnym dobrze zrozumiałym interesie gorliwie się zająć.

DLACZEGO DALEKOWIDZÓW NIE POWINNO SIĘ PRZYJMOWAĆ NA KIEROWNIKÓW PAROWOZÓW I PALACZY?

podał

Dr. A. MANHEIMER
Okulista Dyr. Stanisławowskiej.

Dotychczas obowiązujące przepisy w naszym kolejnictwie wymagają od nowowstępujących maszynistów i palaczy bystrości wzroku obustronnie 0·8 albo w jednym oku 1·0, a w drugim 0·5 bez szkieł, przyczem refrakcja nowowstępującego nie jest uwzględniona.

Krótkowzroczni i astygmatycy, ze względu na to, że bez korekcji nie mają wymaganej bystrości wzroku nie są przyjmowani. Pozostają dalekowidze.

Nowowstępujący maszyniści i palacze są to zwykle młodzi ludzie, a jako młodzi nawet przy znaczniejszym stopniu dalekowidztwa mogą mieć przy badaniu wymaganą bystrość wzroku bez korekcji.

Dalekowzroczność jest stanem refrakcyjnym bardzo rozpowszechnionym tak dalece, że pojawiały się zdania, że fizjologicznym stanem refrakcyjnym jest lekka hypermetropia a nie emmetropia. Zrozumia-

tem się staje, że przy obecnym sposobie badania i przy tak znacznem rozpowszechnieniu hypermetropii znaczną ilość dalekowidzów przyjmuje się na maszynistów i palaczy.

W ten sposób dostają się na jedno z najodpowiedzialniejszych stanowisk w ruchu ludzie, których zdolność i pełnowartościowość zależna jest od każdorazowego ich stanu nerwowego i wieku. Dalekowidz bowiem w odróżnieniu od krótkowidza akomoduje także w dal. To ustawiczne akomodowanie może wywołać bóle głowy (asthenopia accomodation) a także i zacieranie się obrazu przy dłuższem patrzeniu. Zacieranie się wyrazistości obrazu jest z łatwo zrozumiałych względów dla maszynisty niepożądane. Z drugiej strony tylko przez stałe akomodowanie osiąga dalekowidz normalną bystrość wzroku bez korekcji. Zdolność akomodacyjna jest zależna między innymi od wieku i stanu napięcia nerwowego pracownika. Szkieł na parowozie nosić mu nie można. Kolej zapobiega niespodziankom w ten sposób, że zarządza roczne badania perjodyczne pracowników.

Nie zapobiega to jednak różnym konfliktom. Lekarze kolejowi przeprowadzający częste badania perjodyczne zapewne przypomną sobie niemiłe chwile, kiedy doświadczonemu maszyniście lub palaczowi, będącemu w sile wieku, muszą oznajmić nieprzyjemną nowinę, że wskutek złego widzenia na maszynistę lub palacza więcej się nie nadaje.

Spotyka się zwykle z zarzutem ze strony pracownika, że przecież był badany przy przyjęciu na maszynistę, następnie badany rokrocznie przy perjodycznych badaniach i kwalifikowany zawsze jako zdatny, a nagle tego roku na maszynistę nie nadaje się. Skomplikowanego wyводу o refrakcji i akomodacji pracownik nie zrozumie i wychodzi z uczuciem krzywdy. Jediną przyczyną jego niezdatności jest dalekowidztwo + wiek.

Kolej w ten sposób traci doświadczonego maszynistę a pracownik wskutek znacznych strat materialnych i niezrozumienia przyczyny niezdatności stanowi niepożądany ferment.

Zdarza się i tak — pracownik badany z jakiejś okazji widzi bez korekcji $\frac{6}{12}$, a zatem zdatny, tydzień lub dwa później perjodyczne badanie, jeszcze raz badany — jest jednak wskutek badania podenerwowany i reszty akomodacji już tak napiąć nie może i dlatego widzi tylko $\frac{6}{18}$ albo nawet $\frac{6}{24}$ bez korekcji — naturalnie ostatni wynik badania usuwa go ze stanowiska maszynisty. Jest to znowu niemiła sytuacja dla lekarza, gdyż pracownik nie może zrozumieć, że w ciągu dwóch tygodni stan jego oczu bez jakiegokolwiek choroby tak się zmienił, że ze zdolnego staje się niezdatnym na maszynistę. Także

i władze kolejowe, nielekarские czytając dwa sprzeczne orzeczenia wydane w tak krótkim czasie mogą opatrzenie to tłumaczyć.

Widzimy zatem, że przyjmowanie dalekowidzów na maszynistów i palaczy jest tak dla pracowników jak i lekarzy połączone z całym szeregiem przyszłych nieprzyjemności.

Dyrekcja kolejowa w Stanisławowie zarządziła ubiegłego roku perjodyczne badanie maszynistów i palaczy przez lekarza chorób ocznych. Zbadano 542 maszynistów i palaczy, z tego zdatnych było 486 a 56 niezdatnych. 30 było niezdatnych z powodu dalekowidztwa, a 26 z powodu zmian chorobowych gałki i złego rozróżniania barw— tych ostatnich 11. Jeżeli dodamy do tego, że z pośród zdatnych 50 widziało za ledwie $\frac{6}{12}$ z powodu dalekowidztwa i są przyszłymi kandydatami na niezdatnych, to się okaże, że na 542 badanych 80 było lub w przyszłości jeszcze będzie niezdatnych z powodu dalekowidztwa, a zatem około 15%.

Zrozumiałem jest, że od lekarza rejonowego nie można wymagać zupełnego opanowania wszystkich metod badania funkcji oka, stwierdzenie jednak dalekowidztwa nie jest połączone z wielkimi trudnościami.

Wyobrażam sobie badania kandydatów na maszynistów i palaczy w następujący sposób. Lekarz bada siłę wzroku każdego oka z osobna bez szkieł, notuje wynik, jeżeli jest niżej wymaganej normy, kandydat odpada, — jeżeli jednak osiąga wymaganą normę, zapuszcza kandydatowi do każdego oka 2 lub 3 razy w odstępach 5 minutowych kilka kropel 1% homotropiny — czeka aż źrenica się maksymalnie poszerzy i odruchy na światło znikną (w międzyczasie może badać innego kandydata). Jeżeli po porażeniu akomodacji przez homotropinę, co zwykle się okazuje po upływie pół godziny, kandydat widzi to samo, co poprzednio, to nie jest dalekowidzem i tylko w tym wypadku powinien być przyjęty. Jeżeli natomiast widzi obecnie znacznie mniej niż przed zapuszczeniem homotropiny — nie powinien być przyjęty.

Obawa wywołania jaskry homotropiną w tak młodym wieku jest mało prawdopodobna i nie wchodzi w rachubę. Z praktycznych względów należy zwrócić uwagę badanemu, że przez 24 godzin nie będzie mógł czytać zbliżka i że go światło będzie razić. Po 24 godzinach zwykle żadnych objawów działania homotropiny niema.

Może powyższe słowa zwrócą uwagę miarodajnych czynników i spowodują zmianę dotychczas obowiązujących przepisów w tym kierunku, by dalekowidzów na maszynistów i palaczy nie przyjmować.

KILKA UWAG O STWIERDZENIU UPOJENIA ALKOHOLEM U PRACOWKÓW KOLEJOWYCH.

podał

Dr. EDWARD HANKE
Lekarz rejonowy Królewska Huta.

Zdarza się, że władze kolejowe przesyłają lekarzom rejonowym kolejarzy, celem stwierdzenia, czy dane osoby są pijane i wystawienia odpowiedniego urzędowego zaświadczenia. Ci, którzy kierują osoby podejrzane do lekarza, nie uświadamiają sobie przytem, że sprawa ta, napozór łatwa, w rzeczy samej nastęrcza często wprost niepokonalne trudności i to tem większe, im sumienniej lekarz chce się ze swego zadania wywiązać. W licznych wypadkach wydanie orzeczenia jest wręcz niemożliwe.

Z góry należy wymagać, by osoba podejrzana wręczyła lekarzowi pismo urzędowe, w którym miejsce służbowe zaznacza, kiedy i o której godzinie (z dokładnem podaniem minut) stwierdzono upojenie alkoholem względnie odpowiednie podejrzenie. Tak samo winien lekarz podać w swoim orzeczeniu dokładnie czas, w którym przeprowadził badanie. Podejrzanego należy poddać badaniu niezwłocznie, a tam gdzie lekarz mieszka daleko, zrezygnować wogóle z badania lekarskiego, które wtedy jest bezcelowe.

Wiadomo, że ślady nadmiernego użycia alkoholu można w większej lub mniejszej mierze usunąć, to też pijany, o ile nie zostaje do lekarza przyprowadzony, wypłucze uprzednio starannie usta i wypije kilka szklanek mocnej kawy, licząc na to, że kofeina przeciwdziała częściowo zatruciu alkoholowemu.

Lecz przyjmijmy, że upojony lub podchmielony zostaje na czas przeprowadzony do lekarza. Jaki będzie wynik badania lekarskiego?

Lekarz stwierdza woń wydychanego powietrza, każe chodzić po prostej kresce, obserwuje, czy może on zachować równowagę przy zamkniętych oczach ewentualnie stojąc na palcach nóg wzgl. nawet z głową w tył wygiętą, czy wreszcie mówi do rzeczy i rozwiązuje prawidłowo zadania arytmetyczne. Z natury rzeczy nie bada on ani treści żołądka ani krwi na zawartość ilościową alkoholu, bo takie metody są mu niedostępne i byłyby całkiem niecelowe, ponieważ

przy upojeniu alkoholem odgrywa ważną rolę nie tylko ilość skonsu-
mowanego alkoholu, lecz i czas, w którym zostaje on wchłonięty,
a dalej tolerancja osobista; zresztą podejrzany mógł z góry od-
mówić zezwolenia swego na przeprowadzenie takiego przykrego
badania.

Jaką siłę dowodową mają wspomniane objawy, gdy wykażą
się dodatnimi lub ujemnymi? — Zdaniem mojem żadną lub bar-
dzo małą.

Zapach alkoholu z ust dowodzi tylko wypicia trunku alko-
holowego, lecz nie upojenia lub podchmienienia. Objawy ataktyczne
mogą być wywołane nie tylko zatruciem alkoholowym, lecz i szere-
giem innych zaburzeń chorobowych. Niepewność w liczeniu może być
skutkiem zdenerwowania lub miernego wykształcenia. Tyle co do po-
zytywnego wyniku przytoczonych objawów. Ale i negatywny wynik
nie jest całkiem przekonywujący. Człowiek o silnej woli może
ewentualnie w stanie dość znacznego podchmienienia tak dalece nad
sobą zapanować, że lekarskie metody badania zawiodą; a nie trzeba
chyba specjalnie podkreślać, że w wypadku, który może zdecydować
o całej karierze podejrzanego, każdy człowiek wartościowy dołoży
wszelkich sił, by pokonać objawy zatrucia alkoholowego.

Czy nie można więc stwierdzić w wypadkach lżejszego upojenia
alkoholowego, obiektywnie stanu pijaństwa? — Nie twierdzę tego, lecz
podkreślam, że lekarz badający podejrzanego w swej pracowni, czę-
sto nie dojdzie do pozytywnego wyniku, bo o tem, czy dana osoba
jest podchmielona, czy nie, decyduje wyłącznie jej **niekrepowane** za-
chowanie się podczas pełnienia obowiązków służbowych. Gdyby le-
karz miał okazję obserwowania podejrzanego niepostrzeżenie w takiej
sytuacji, łatwo wyrobiłby sobie opinię swą bez wszelkich metod ba-
dania. Lecz nie tylko lekarz może to uczynić, a każda inteligentna, objek-
tywnie myśląca osoba. Przytoczone uprzednio metody badania lekar-
skiego są zresztą tak proste, że każdy lepszy urzędnik wykonać je
może. Poco więc odsyłanie do lekarzy osób podejrzanym (często
w nocy), gdy lekarz obserwować musi badanego ze znacznem opóź-
nieniem i w warunkach nieporównanie trudniejszych. Sąd obiektyw-
nego inteligentnego urzędnika będzie dla mnie w tych wypadkach
więcej miarodajnym, niż świadectwo lekarskie, które często będzie
musiało ograniczyć się jedynie do stwierdzenia, że o tej a tej
godzinie, takie a takie metody badania dały wynik dodatni lub
ujemny.

Streszczam:

- 1) Pracownicy kolejowi podejrzani o pijaństwo, winni być poddani badaniu z reguły nie przez lekarzy rejonowych, a przez wyższych zwierzchników służbowych,
- 2) W spornych wypadkach należy odesłać pracownika podejrzanego pod eskortą niezwłocznie do najbliższego lekarza z pismem, w którym miejsce służbowe podaje dokładnie czas, w którym zrobiło swe spostrzeżenie.
- 3) W orzeczeniu lekarskiem winien być zaznaczony dokładnie czas badania. W wypadkach wątpliwych musi lekarz ograniczyć się wyłącznie do podania, czy i jakie metody badania jego były ujemne lub dodatnie bez wyciągania ostatecznych wniosków. Świadczenie lekarskie będzie wtedy nie ostatecznie decydującem, lecz stanowić będzie wyłącznie ogniwo łańcucha dowodowego narówni ze spostrzeżeniami współpracowników osoby podejrzananej.

UWAGI W SPRAWIE ODCZYTU

d-ra A. DEMIANOWSKIEGO

„O psychotechnice“

W obecnym swoim rozwoju **psychotechnika** obejmuje nietylko badanie uzdolnień i dyspozycji człowieka, ale wkracza w dziedzinę badania pracy, otoczenia i warunków wszelkich zajęć, badania maszyn i narzędzi (Objektpsychotechnik), badania najlepszych metod szkolenia zawodowego i t. p. Psychotechnika rozkwita wspaniale w Niemczech głównie dlatego, że tam uznano ją jako część nieodłączną i konieczną naukowej organizacji pracy.

Zagadnienie więc, czy psychotechnika dzisiejsza jest tylko częścią psychologii i niczem innym więcej, jest już o tyle wyjaśnione, że na ostatnich dwóch kongresach międzynarodowych niejednokrotnie wypowiedziano myśl, iż całości zadań psychotechnika nie może objąć jeden człowiek, gdyż potrzeba tu stałej współpracy psychologa, fizjologa, lekarza, psychiatry, inżyniera i specjalistów od różnych prac

lub zajęć. Czy można sobie obecnie wyobrazić człowieka, któryby był akademicko wykształcony we wszystkich potrzebnych kierunkach?

Paryski Instytut Narodowy Poradnictwa Zawodowego, prowadzony pod względem naukowym przez zespół takich wybitnych ludzi, jak Fontègne (inspektor generalny kształcenia technicznego), H. Langier (dyrektor laboratorium fizjologicznego w École Pratique des Hautes Etudes) i prof. H. Pieron (dyrektor pracowni psychologicznej w Sorbonie) w programie kształcenia doradców zawodowych umieścili następujące nauki: fizjologję, patologję ogólną, psychjatrję, psychologję, pedologję, ekonomję polityczną, technikę najważniejszych 13 zawodów, organizację poradnictwa i psychotechnikę. Widzimy więc, że nawet dla doradców zawodowych podkreślono tu konieczność wiedzy w zakresie ekonomji politycznej i techniki rzemiosł. Jeżeli zaś chodzi o kształcenie wyższych stopni psychotechników, uprawiających selekcję do różnych dziedzin przemysłu i pracy, a więc i do kolejnictwa, to zakres tych przedmiotów natury czysto technicznej, oczywiście, musi być znacznie większy i pełniejszy.

A czy pp. lekarze i psychjatrzy przechodzą to w swych studjach akademickich? I czy sądzą, że to doksztalcenie drogą samouctwa jest łatwiejsze od doksztalcenia w zakresie psychologii dla inżyniera, któryby pragnął pracować jako psychotechnik?

Powiedzmy sobie otwarcie, że niestety, u nas w Polsce, a w innych krajach też, niema naprawdę zupełnie „czystych psychotechników“ i wszyscy dotąd korzystać muszą ze współpracy przedstawicieli innych grup specjalności.

Obawy p. dr. Demianowskiego o to, by poczynania Ministerstwa Komunikacji nie nosiły w sobie znamion dyletantyzmu, byłyby uzasadnione wtedy, gdyby Ministerstwo nie przewidziało przy Biurze Badań Psychotechnicznych stałej Komisji Doradczej, złożonej nietylko ze specjalistów inżynierów, przedstawicieli różnych służb kolejowych, lecz i z profesorów psychologii, oraz lekarzy neurologów i psychjatrów. Jest więc gwarancja, że przy ustalaniu i normalizowaniu badań kolejarzy zdanie lekarzy i psychologów fachowych uwzględnione będzie w całej pełni, jeżeli będzie dostatecznie umotywowane.

Co się tyczy rady p. d-ra Demianowskiego, aby przed organizacją wydziałów psychotechnicznych w kolejnictwie kierownicy (z odpowiednimi kwalifikacjami) pojechali do Ameryki i Anglii i tam uzupełnili swe wiadomości, to na zasadzie tych danych, jakie posiadamy ze źródeł niemieckich i angielskich, oraz ze sprawozdań, wygłoszonych na kongresach międzynarodowych, śmiem twierdzić, że jest to rada całkiem chybiona.

Gdy w r. 1925 studjowałem metodę prof. Lahy w Paryżu w jego pracowni psychotechnicznej dla motorniczych tramwajowych, spotkałem anglika, który był wydelegowany z Londynu w tym samym celu, z jego słów wynikało, że w Anglii nie ma jeszcze psychotechniki na kolejach. To samo potwierdził mi prof. Mayers w roku ubiegłym na Kongresie w Utrechie. Co się tyczy Ameryki, to odsyłam p. d-ra Demianowskiego do sprawozdania prof. Schlezingera w „Industrielle Psychtechnik“ z roku 1925 str. 161. Wątpię, aby w przeciągu ubiegłych lat 3-ch stan psychotechniki poprawił się w Ameryce.

Zapewne, pracownie naukowe psychologiczne mają bogate urządzenia i środki, lecz tego, niestety, wobec naszego ubóstwa przyszczepiać do nas nie można.

Nie będę tu dowodził, że p. dr. Demianowski nie ma racji, twierdząc, że idealnym kierownikiem zamierzeń psychotechnicznych kolejowych może być tylko psycholog-psychjatra. Sądzę jednak, że w psychotechnice powinni pracować ludzie, posiadający obok wiedzy psychologicznej i technicznej, dar umiejętnego obchodzenia się z badanym, umiejętność przyjacielskiego wglądania w cudzą duszę, ludzie wrażliwi i dobrzy obserwatorowie, a przytem posiadający intuicję w ocenie zachowania się badanego i tych przejawów, które nie są ani wymierzalne, ani określane dokładnie, a które jednak warto wziąć pod uwagę przy określaniu uzdolnienia. Tych rzeczy nie daje żadna nauka, jedynie tylko wrodzona dyspozycja, wsparta na doświadczeniu życiowym i znajomości środowiska ludzkiego, skąd pochodzą badani. Jest to już pewien artyzm psychotechniczny, niezależny od wykształcenia.

Inż. Jan Wojciechowski

Dr. med. Edward Czarnecki. *Przyczynek do fizjologii nadnerczy.* Wilno 1928 r. Autor podjął pracę wobec istniejącej dotychczas rozbieżności zdań o roli nadnerczy w ustroju zwierzęcym i ludzkim. Chciał on zbadać wpływ adrenaliny na stan napięcia naczyń krwionośnych na w warunkach fizjologicznych u zwierząt, którym przed dłuższym czasem przecięto nerwy trzewiowe, ponadto zaś wyjaśnić mechanizm naczynioruchowy u zwierząt, którym, dzięki przecięciu nerwów trzewiowych naruszono ciągłość w aparacie wydzielniczym substancji chromafinowej nadnerczy, w stanach, w których u zwierząt normalnych obserwuje się wybitne wzmoczenie ciśnienia krwi (asfiksjja, wprowadzenie do ustroju nikotyny). W celu tym autor w szeregu doświadczeń na psach wykonywał dwustronną rezekcję nerwów trzewiowych (dużego i małego) i po upływie 5—73 dni od chwiii tego zabiegu operacyjnego badał te zwierzęta bądź to w warunkach fizjologicznych, bądź to podając je wpływom asfiksyi (w jednym szeregu doświadczeń) oraz nikotyny (w drugim).

Rezekcja nerwów trzewiowych miała na celu usunięcie możliwości przedostawania się adrenaliny do krwiobiegu, gdyż, jak stwierdzili Shafer i Czeboksarew, nerwy regulują funkcje substancji rdzennej nadnerczej. Doświadczenia autora dowiodły, że ciśnienie krwi u zwierząt, poddanych dwustronnej rezekcji nerwów trzewiowych, nie różniło się od ciśnienia krwi u zwierząt normalnych.

W czasie aktu duszenia ciśnienie krwi znacznie zwiększyło się, lecz krew pobrana z żyły nadnerczy duszonego zwierzęcia, która u zwierząt normalnych zawiera w czasie duszenia maximum adrenaliny, u zwierząt doświadczalnych autora po zastrzyknięciu jej do ogólnego krwiobiegu i do żyły nerkowej zwierząt normalnych okazywała się nieczynną, a więc adrenaliny nie zawierała wcale. Jednocześnie, w celu przekonania się, czy w nadnerczach zwierząt operowanych pod wpływem rezekcji nerwów trzewiowych nie zaszły takie zmiany, które mogłyby ujemnie podziałać na substancję chromafinową, a więc i na zawartość adrenaliny w nadnerczach, autor sporządzał

z nadnerczy zwierząt tych wyciągi i badał ich wpływ na ciśnienie krwi u zwierząt normalnych. W wyniku okazało się, że w każdym przypadku zawartość adrenaliny w nadnerczach zwierząt operowanych była taka sama jak i w nadnerczach zwierząt normalnych.

W doświadczeniach z nikotyną autor, zastrzykując poddanym uprzednio rezekcji nerwów trzewiowych ten alkaloid, przekonał się, że ciśnienie krwi wzmagą się, a pobierając z żyły nadnercza takiego zwierzęcia krew w tym momencie, kiedy wzmożenie się ciśnienia krwi dochodziło do maximum, i zastrzykując ją do krwiobiegu psa normalnego, otrzymywał znaczne podniesienie się ciśnienia, co dowodzi, że krew zawierała dużą ilość adrenaliny.

A więc w serji doświadczeń z asfiksją, autor przekonał się, że proces naczynioruchowy zależny jest nie od adrenaliny, lecz przede wszystkim od podrażnienia odpowiednich ośrodków w rdzeniu przedłużonym, w doświadczeniach zaś z nikotyną, że nikotyna posiada bezpośredni wpływ na warstwę rdzenną nadnercza z pominięciem układu nerwowego.

L. Kalic.

Dr. C. Kaest z Giessen, lek. nac. dyr. kol. we Frankfurcie nad Menem.

Załatwianie pretensji o odszkodowanie w przypadkach cierpień nerwicznych pourazowych przez komisję lekarską i wyniki w 105 przypadkach Dyrekcji kolejowej frankfurckiej. Zeitschrift f. Bahnärzte.

Autor przede wszystkim zwraca uwagę na fakt, że ubezpieczenia socjalne poza swojemi dodatnimi stronami posiadają jednak tę wadę, iż w przypadkach t. zw. nerwic urazowych powstrzymują dążenie zainteresowanych poszkodowanych do powrotu do zdrowia: widoki na utrzymanie rekompensaty w postaci renty lub wogóle jakichkolwiek zysków są źródłem pożądań, a osiągnięcie takiego zysku po urazie hamuje dążenie do odzyskania zdrowia z obawy utraty renty. Właśnie przypadki stanów nerwicznych po urazach nawet dla doświadczonych i sumiennych rzeczoznawców następują szczególne trudności, a tymczasem przed wprowadzeniem prawodawstwa urazowego stany takie były prawie zupełnie nieznanne. W ostatnich latach ilość cierpień nerwicznych pourazowych pod wpływem cięższych po wojnie warunków bytu wzrosła w zastraszający sposób, występując jakby epidemicznie.

Na zasadzie prawa o odpowiedzialności instytucji za nieszczęśliwy wypadek instytucja ta winna nie tylko zwrócić poszkodowanemu wszelkie koszty leczenia, ewentualnie leczyć go, lecz i zwrócić mu

straty materialne z czasowego lub trwałego zmniejszenia jego zdolności zarobkowej. Poszwankowany niema zatem żadnego celu w przywróceniu swej zdolności do pracy. Poszwankowany ma pole do wyzyskania wszelkich korzyści, płynących na zasadzie przepisów z rzeczywistego lub domniemanego jedynie szwanku na jego zdrowiu dotąd, dopóki na podstawie decyzji sądowej nie uzyska znaczniejszego odszkodowania pieniężnego. To ostatnie stanowi albo stała renta i wówczas nerwicowe objawy u osobnika, cierpiącego na t.z. nerwicę urazową, pozostają na stałe, albo też jednorazowe odszkodowanie pieniężne i wówczas nerwicowe objawy znikają w bardzo krótkim czasie, a więc ulegają wyleczeniu, dzięki pieniądzwowi.

Autor przytacza pogląd Bonhöffer'a na istotę t.zw. nerwicy urazowej (patrz Lekarza Kolejowego № 2). Odruch nerwicowy w ścisłym znaczeniu powstać może u poszwankowanego wskutek żądania pozostawania nadal w stanie chorobowym, by uniknąć wymagań stawianych poszwankowanemu przez jego zawód i wogóle życie. W ten też sposób obecne ciężkie warunki walki o byt odgrywają najważniejszą rolę w powstawaniu idei pożądania. Tak zwana histerja na tle renty (Rentenhysterie) w ostatnich latach rozpowszechniła się ogromnie.

Państwowy urząd ubezpieczeniowy niemiecki wydał 24.IX.1926 r. decyzję, że, o ile niezdolność do pracy ubezpieczonego oparta jest jedynie na jego wyobrażeniu sobie, że jest on chory, lub też na bardziej lub mniej świadomych pożądaniach, to uraz nawet wówczas nie może być uznany za istotną przyczynę niezdolności do pracy, kiedy wskutek urazu myśl o tem, że ubezpieczony jest chory, zakorzeniła się w nim chorobliwie, lub też, kiedy pożądania i życzenia, które opanowały całą jego wyobraźnię, mają na widoku odszkodowanie za uraz, lub też, kiedy szkodliwe urojenia potęgują się skutkiem ujemnego wpływu długich procedur towarzyszących zwykle sprawom o odszkodowanie. W ten sposób opinja, że tak zwana nerwica urazowa jest jedynie odruchem psychicznym, znalazła urzędowe uznanie.

Punkt ten widzenia jednak w zastosowaniu praktycznym przynosi korzyść dopiero w chwili decydowania o urazie, jako o przyczynie cierpienia nerwicowego, do tego zaś momentu upływa przeważnie dużo czasu, w ciągu którego psychika zainteresowanego pracownika poszwankowanego pozostaje pod wpływem przypuszczalnych pożądań, a więc stale ulega szkodliwości, stanowiącej podstawę cierpienia. W przypadkach więc tak zwanej nerwicy urazowej starać się powinniśmy o ile można o najwcześniejsze i całkowite zakończenie całej procedury, tyczącej się odszkodowania.

W okresie czasu, poprzedzającego ostateczną decyzję, leczenie zajmuje jego najznacniejszą część. Otóż w przypadkach t.zw. nerwicy urazowej autor nie uznaje żadnego pożytku z prób leczenia tego stanu psychicznego, prób, które jego zdaniem jedynie utrwalają w poszwankowanym jego chorobliwe urojenia. Taki osobnik nie przestaje uskarżać się na swe dolegliwości, aż do chwili ostatecznego zadośćuczynienia jego pretensjom ewentualnie do chwili ostatecznej decyzji, od której odwołania prawnego już niema.

Szczególne trudności napotykamy w zwalczaniu bezzasadnych pretensyj w przypadkach nerwicowych cierpień pourazowych u pracowników kolejowych. Bardzo często stoimy bezsilni wobec upornych twierdzeń tych pracowników, że są chorzy i do pracy niezdolni, pomimo iż liczne oparte na nauce i sumieniu opinie rzeczoznawców dowodzą bez zarzutu, iż wysuwane przez tę kategorię chorych zaburzenia nerwicowe są jedynie wyrazem odruchu psychicznego po niešťęśliwym wypadku, a nie następstwem bezpośrednim tego ostatniego. Pracownik taki naskutek swych skarg na bóle i zawroty głowy, na występujące czasem napady utraty przytomności i t. p. nie może być użyty na stanowiskach odpowiedzialnych. Odpowiedni wydział kolejowy nieraz nie posiada dla takiego pracownika miejsca z pracą lżejszą. Pracownik taki stara się o otrzymanie przedwczesnej emerytury, wykazując stale opór bierny, coraz to zawiadamiając o niezdolności swej do pracy na danem stanowisku. O ile nie będzie mu przyznane znaczniejsze odszkodowanie (emerytura) za uraz, to takie uchylanie się od pracy przynosi kolei niewątpliwie szkodę. Same już wydatki na leczenie i t. p. stanowią poważną pozycję w szkodzie, wyrządzanej zarządowi kolejowym przez takich niby urazowo-nerwicowych chorych. Nie mają oni najmniejszego interesu w możliwie wczesnem występowaniu o możliwie wczesną decyzję w sprawie odszkodowania. Renta czy też wogóle jakieś odszkodowanie na zasadzie prawa o odpowiedzialności instytucji, dającej pracę, należyć im się może. Rezultatem, prócz szkody materialnej dla danej instytucji, jest coraz to większe utrwalanie się przekonania o domniemanej chorobie w samym poszwankowanym. W interesie zarządów kolejowych zatem leży staranie się: 1) by w każdym pojedynczym przypadku możliwie skrócić procedurę przyznania odszkodowania (lub odrzucenia pretensyj); 2) by unikać wszelkich procesów sądowych; 3) by, przyznając jednorazowe odszkodowanie, unikać złych następstw, wpływających z udzielania stałej renty, aby tym sposobem 4) usunąć podstawy do utrwalania się w poszwankowanym uczucia chorobliwego, które stanowi najważniejszą stronę ujemną tych spraw.

Wychodząc z takiego założenia, dyrekcja kolejowa w Frankfurcie nad Menem już od szeregu lat w przypadkach, w których idzie o odszkodowanie, rozstrzyga sprawę na zasadzie wzajemnego porozumienia się stron, t.j. dyrekcji z poszwankowanym, bez udziału sądu, a to na podstawie decyzji komisji, składającej się z 3-ch członków-lekarzy. Szybkie załatwianie spraw przez tę komisję okazało się najlepszym czynnikiem leczniczym w przypadkach t.zw. nerwic urazowych. Stała renta zastąpiona jest tu jednorazowym odszkodowaniem pieniężnym. Niezbędne jest uprzednie zawarcie umowy między stronami, na zasadzie której strony zobowiązują się poddać nieodwołalnie pod względem prawnym decyzji tej komisji. Pracownik zobowiązuje się poprzestać na jednorazowym odszkodowaniu i nie rościć z tytułu danego wypadku nadal żadnych pretensyj do kolei.

Do komisji tej każda strona wybiera po jednym ekspercie-lekarzu i to nie później, niż w ciągu 4 tygodni, dwaj zaś wybrani w ten sposób członkowie wybierają jeszcze trzeciego (superarbitra), który zostaje mianowany przewodniczącym tej komisji. Ten ostatni winien być, o ile można, doświadczonym specjalistą w zakresie cierpień, jakie mogą być następstwem danego urazu. O ile-by strony po 4 tygodniach nie wybrały ekspertów, to takowi zostają wyznaczeni przez władzę sądową. Koszty, wypływające z czynności tych komisji, ponosi kolej.

Dzięki wprowadzeniu tych komisji, sprawy między koleją a pracownikami z t.zw. nerwicą urazową w dyrekcji kolejowej frankfurckiej od szeregu lat są załatwiane szybko, z wynikiem, zadawalniającym tak jedną, jak i drugą stronę, i z wielką korzyścią dla psychicznego zdrowia poszwankowanego, którego przestaje dręczyć troska o wyzyskanie urazu swego pod względem materialnym. Kolej unika w ten sposób długotrwałych procesów.

W procedurze tej nie chodzi o t.zw. odczepne, lecz o sumę, wyliczoną w ramach prawa o odszkodowaniu na zasadzie kosztów leczenia, na zasadzie obliczenia strat w zarobku, powstałych wskutek zmniejszenia się lub zniesienia zdolności do pracy lub też zwiększenia się potrzeb poszwankowanego wogóle.

Autor w końcu pracy swej przytacza 105 przypadków, załatwionych w sposób wyżej podany przez komisję z trzech członków w dyrekcji kolejowej frankfurckiej, podając przy każdym przypadku wynik sprawdzenia każdego przypadku po upływie dłuższego czasu po decyzji, sprawdzenia, opartego na pewnych określonych py-

taniach co do dalszego leczenia lekarskiego, czasu powrotu do poprzedniej czynności lub ewentualnych nawrotów poprzednich zaburzeń.

Kazuistyka ta stwierdza, że system, wprowadzony w dyrekcji frankfurckiej w załatwianiu ostatecznym spraw między kolejną a poszwankowanymi w przypadkach t. zw. nerwic urazowych dał znakomite wyniki, szczególnie właśnie dla zdrowia samych poszwankowanych.

L. Kalic.

Dr. Meissl, lek. kol. w Austrji. *O znaczeniu pierwszej pomocy lekarskiej w katastrofach kolejowych.* Zeitschrift f. Bahnärzte. Każda katastrofa kolejowa budzi w nas nanowo poczucie obowiązku w stosunku do personelu kolejowego i publiczności, podróżującej kolejami, sprawdzenia, czy wszystkie środki, dotychczas stosowane, są dostateczne. Szczególnie lekarze, którzy przypadkowo znajdują się w pociągach, uległych poważniejszym katastrofom, zawsze stają wobec nagłego pytania, jakie środki przede wszystkim mogą mieć systematyczne zastosowanie przed wystąpieniem na teren katastrofy zorganizowanej pomocy lekarskiej kolejowej.

Zazwyczaj w ciągu pierwszej pół godziny t. j. w przeciągu bardzo długiego okresu czasu, pierwsza pomoc lekarska udzielana bywa przez laików. Jeżeli zatem na miejscu katastrofy znajduje się lekarz, podróżujący tym samym pociągiem, który uległ katastrofie, to, o ile, naturalnie, sam on nie uległ poważnemu szwankowi, winien on mieć w swem rozporządzeniu środki pomocnicze, z którymi mógłby on przystąpić do działania.

Do tych środków pomocniczych należą:

1. Conajmniej dwie sztuki noszy z kołdami. Nosze te winny znajdować się na każdej stacji, by w razie katastrofy poszwankowani nie leżeli na ziemi, wystawieni na niepogodę, lecz jaknajprędzej zostali przeniesieni pod dach.

2. Znajdujący się na miejscu katastrofy lekarz winien posiadać prócz środków przepisowych dostateczną ilość morfiny, kofeiny lub lobeliny w ampułkach oraz dobrze funkcjonującą strzykawkę „Cecora“. Typ „Paratus“, składający srę ze strzykawki i 3 igieł do iniekcji w napełnionem alkoholem naczyniu metalowem, szczególnie nadaje się do tego celu.

3. Materiał opatrunkowy winien znajdować się we wszystkich pociągach, przynajmniej szybkobieżnych. Poza to, jako środek odkażający, 5% nalewka jodowa w buteleczkach Braun'a.

Lekarze kolejowi obowiązani są zwracać szczególną uwagę na intensywne szkolenie personelu kolejowego w udzielaniu pierwszej pomocy poszwankowanym przed przybyciem lekarza.

L. Kalic.

Dr. Weissmann, radca sanitarny w Glatz. *O pomocy poszwankowanym w katastrofach przed i po przybyciu pociągu ratowniczego.* Zeitschrift f. Bahnärzte. Autor zdaje sobie sprawę z faktu, że w poważnych katastrofach wszelkie przepisy posiadają jedynie względną wartość. Są one jednak konieczne dla zachowania porządku w akcji ratowniczej.

Od roku 1926 koleje niemieckie posiadają na każdej stacji, a nawet przystanku kolejowym, wyćwiczone w okazywaniu pierwszej pomocy poszwankowanym osoby. Pozatem uruchamiane są w razie katastrofy pociągi ratownicze z odpowiednim personelem. W ten sposób pomocy poszwankowanym udzielają osoby wykwalifikowane z personelu nielekarskiego (t. zw. samarytanie), następnie zaś sanitariusze lub sanitariuszki i osoby towarzyszące pociągowi ratowniczemu, a więc lekarze kolejowi lub inni.

Autor podaje pravidła co do porządku, w jakim winna być udzielona pomoc poszwankowanym w katastrofie. Są one następujące:

1. Osoby znajdujące się w miejscu, gdzie zdarzyła się katastrofa lub w pobliżu, a należące do t. zw. samarytańskiego personelu kolejowego, udzielają pierwszej pomocy poszwankowanym, korzystając ze skrzynek ze środkami pierwszej pomocy. Zadaniem osób tych jest dostarczenie poszwankowanym ochrony od szkodliwych wpływów atmosfery i zapobiegania okolicznościom groźnym dla życia poszwankowanych (omdlenia, krwotoki tętnicze lub znaczniejsze krwawienia żylne i t. p.)

2. Tym samym zakresem czynności winni ograniczać się członkowie kolumn samarytańskich oraz związków samarytańskich. Winni oni pamiętać, że między czynnością ich w życiu zwykłym a czynnością w razie katastrofy kolejowej jest wielka różnica. W pierwszym bowiem razie za czynności ich odpowiedzialni są oni tylko sami, w drugim zaś instytucja, gdzie zdarzyła się katastrofa, w danym razie kolej.

3. Z tego właśnie powodu jest niezbędna kontrola nad czynnością osób takich, polegająca na tem, że osoby te wypisują same (lub też polecają komuś z personelu to czynić) na specjalnych kartkach nazwisko poszwankowanego, rodzaj uszkodzenia lub też powód

udzielenia nagłej pomocy oraz rodzaj tejpo mocy, jak również i własne swe nazwisko. Jeżeli na miejscu katastrofy znajduje się lekarz, to, rzecz naturalna, osoby udzielające pomocy, winne się poddać jego kierownictwu.

4. Jeżeli na miejscu katastrofy obecny jest lekarz kolejowy, to jemu właśnie, jako osobie odpowiedzialnej przed władzami kolejowymi, przypada rola dozoru nad udzielaniem pierwszej pomocy. Winien on przestrzegać, by czyniono jedynie to, co jest potrzebne do przetransportowania poszwankowanych do szpitali lub t. p. oraz, by nikt z poszwankowanych nie opuścił bez pomocy miejsca katastrofy.

5. Lekarze winni również robić notatki na wspomnianych kartkach.

6. Kiedy nadejdzie pociąg ratowniczy, którego zadaniem jest zabranie wszystkich poszwankowanych z miejsca katastrofy, to lekarz kolejowy, towarzyszący temu pociągowi, obowiązany jest niezwłocznie zaznajomić się z rodzajem uszkodzeń, którym uległ każdy poszwankowany, do czego właśnie służą wspomniane kartki, gdyż w przeciwnym razie w drodze do szpitala mogą nastąpić w stanie chorych niespodziewane powikłania (np. krwotok u chorego ze złamaniem kości przy opatrunku prowizorycznym).

7. Lekarz kolejowy, towarzyszący w drodze powrotnej poszwankowanym w pociągu ratowniczym, chcąc dokładnie poinformować się o ich stanie oraz oddać się prawidłowemu ich rozmieszczeniu, zmuszony jest pozostawić właściwą pomoc innym obecnym w pociągu lekarzom. W pociągu tym winna być zresztą udzielana jedynie pierwsza pomoc w przypadkach groźnych dla życia chorych oraz robione niezbędne tylko opatrunki. Operacyj dokonywać w nim nie należy.

8. Należy urządzać próbne alarmy, by na podstawie podanych wyżej przepisów wprowadzić pewien system w udzielaniu pierwszej pomocy w katastrofach kolejowych.

Co się tyczy personelu, towarzyszącego pociągowi ratowniczemu, to dwie osoby z pośród tego personelu muszą być dokładnie obznajmione ze szczegółami urządzenia wagonu lekarskiego, a szczególnie z urządzeniem łóżek w tym wagonie, z odpowiedniemi użyciem przedmiotów i wogóle środków pomocniczych, służących do udzielania pomocy poszwankowanym. Osoby te muszą doskonale znać zawartość szafy z narzędziami, by wydobyć z niej właśnie to, czego pragnie lekarz. Na miejscu katastrofy do obowiązków ich należy zajęcie się przeniesieniem poszwankowanych odpowiednio do przepisów do wagonu lekarskiego. Niezbędne jest, by były one wykwalifikowane w czynnościach, dotyczących pomocy samarytańskiej poszwankowanym w wypadkach.

L. Kalic.

Dr. Mikule, lek. kol. w Oberpeilau. *O paleniu tytoniu w czasie pełnienia obowiązków służbowych.* Zeitschrift f. Bahnärzte. Autor jest przeciwnikiem palenia tytoniu przede wszystkim w zamkniętych ubikacjach ze względu na to, że dym tytoniowy zmuszeni są wdychać nawet niepalący współpracownicy, wśród których znajdować się może wielu hipertoniaków oraz cierpiących na płuca. Zmuszeni są oni do wdychania 60% szkodliwych dla zdrowia produktów spalania tytoniu, skutkiem czego cierpią na zawroty głowy, bicie serca, niemiarowość akcji sercowej, bóle głowy i t. p.

Z tego powodu autor radzi odnośnym władzom kolejowym wzbronienie palenia tytoniu w czasie pełnienia obowiązków służbowych w zamkniętych ubikacjach.

L. Kalic.

Dr. Salzmann, lek. kol. w Allenstein *Przyczynek do głośno reklamowanych środków leczniczych i odżywczych.* Zeitschrift f. Bahnärzte.

Autor przypomina lekarzom o obowiązku ordynowania tylko takich środków leczniczych i odżywczych, które były dostatecznie dokładnie zbadane w naukowych zakładach analitycznych, i których cena stoi we właściwym stosunku do wartości ich. Motywem do wystąpienia z żądaniem tem było ukazanie się w handlu głośno reklamowanego środka „Lukutate“, który według reklamy, wyrabiany jest z jagód, pochodzących z Indji, i ma posiadać właściwość odmładzania, ponieważ właściwość tę mają posiadać wspomniane jagody. W rzeczywistości jednak „Lukutate“ jest mieszaniną różnych pospolitych środków roślinnych lub ich wyciągów, posiadających lekko czyszczące działanie na przewód pokarmowy.

L. Kalic.

Już wyszedł

z druku Nr. 3-4 „Biuletynu Urzędniczego“, organu Związku Stowarzyszeń Urzędników z akademickim wykształceniem, zawierający artykuły z dziedziny administracji państwowej, postulatów ogółu urzędników państwowych, urzędników z wykształceniem akademickim, oraz inne. Cena numeru 1 zł.

Redakcja i Administracja — Warszawa, Kredytowa 16 m. 25.

PHOSPHIT

Organiczny związek fosforu w kapsułkach (pudełko zawiera 30 kapsułek po 0,25 g.) lub proszku (słoik zawiera 10 g. proszku).

WZMACNIA: Mięśnie i system nerwowy.

PRZYWRACA: Energję życiową, zdolność do pracy umysłowej i fizycznej.

SPOSÓB UŻYCIA: 3—4 razy dziennie po 1 kapsułce, ewentualnie po 0,25 g. proszku.

Całkowite uwapnienie otrzymuje się przy pomocy mączki odżywczej

CALCISAL

ZAWIERAJĄCEJ:

1. Sole wapnia, łatwo przyswajalne;
2. Phosphit, organiczny związek fosforu, otrzymywany z nasion oleistych;
3. Wyciągi owocowe, przygotowane na zimno.

Calcisal zaleca się dzieciom, młodzieży i dorosłym, szczególnie kobietom w okresie ciąży i karmienia niemowląt.

SŁOIK ZAW. 75 g. PROSZKU.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne

LUDWIK SPIESS I SYN

Sp. Akc. — WARSZAWA.

O WARTOŚCI ODŻYWCZEJ BIOCALCOL'U KLAWEGO

pódał

Dr. STANISŁAW SZERZENIEWSKI (Aleksandrów Kujawski).

Będąc od szeregu lat lekarzem kolonji dla dzieci pracowników Warszawskiej Dyrekcji kolejowej w Aleksandrowie Kujawskim, przeprowadziłem w roku bieżącym obserwację nad działaniem niektórych środków odżywczych a w szczególności Biocalcol'u Klawego. Na kolonje przysyłane były dzieci w przeważającej ilości żółzowate i krzywice, w nieznacznej zaś części małokrweste i wyczerpane pracą całoroczną w szkołach. Dzieci rekrutowały się przeważnie ze sfery niższych funkcjonarjuszów kolejowych (dzieci dróżników, ślusarzy, mechaników i t. p.), a więc znajdujących się w warunkach złych i mieszkaniowych i odżywczych. Dla takich dzieci już samo wyrwanie ich ze złych warunków codziennego bytowania musiało wpłynąć dodatnio na ich organizmy, lecz, jak to mogłem stwierdzić przez szereg lat (na kolonję przyjeżdża znaczny odsetek tych samych dzieci w ciągu paru lat) poprawa ta była krótkotrwała i „nabytek wagi“, jako jedyny, że tak powiem namacalny dowód poprawy na zdrowiu szybko, wedle słów rodziców, ginął.

Skorzystawszy więc z ofiarności firmy Klawe, która przysłała 75 flakonów Biocalcol'u postanowiłem wypróbować działanie tego preparatu na grupie dzieci, a priori przypuszczając, że dodawanie tej odżywki do codziennego, b. obfitego pożywienia na kolonjach, musi wpłynąć dodatnio na ogólny stan dzieci. Jednocześnie innej grupie dzieci podawano żelazo-peptony z jodem lub arsenikiem.

Dla ścisłości muszę zeznaczyć, że dzieci otrzymywały 5 razy dziennie pożywienie, które składało się z mleka, kawy, kakao, chleba z masłem, miodem, wędlinami lub serem na śniadania 1-e, 2-e i podwieczorki oraz zupy, pieczonego z jarzynami i deseru (kisielki, kompoty, owoce) na obiady oraz jakiegoś gorącego dania na kolację jak np. kasza, kluski, a w upalne dni mleko zsiadłe z ziemniakami. Ilość

jedzenia nie była ograniczona i każde dziecko otrzymywać mogło podwójną a nawet potrójną porcję. Poza tem dzieci prawie wszystkie korzystały z kąpeli solankowych w Ciechocinku w ilości od 10 — 15 wanień w ciągu 4-ch tygodni.

Ze względu na trudności natury technicznej nie mogłem obserwacji swych oprzeć na podstawach ściśle naukowych i rezultaty swych spostrzeżeń oparłem jedynie na śledzeniu przyrostu wagi i poprawy ogólnego samopoczucia.

W grupie 18 dzieci w wieku od lat 7 do 15-tu, którym podawano przez 4 tygodnie Biocalcol, wszystkie były wybitnie zołzowate i jedno z gruźlicą kości w stanie czynnym (przetoki); wśród tych dzieci dominującą skargą były b. silne i uporczywe bóle głowy. Biocalcol podawany był 3 razy dziennie po 5 do 10 gramów każdorazowo i przyjmowany był przez dzieci chętnie. W grupie tej już po upływie jednego tygodnia zauważyć się dało znaczną poprawę łaknienia, co tem znamiennejsze było, że kilkoro z nich znajdowało się już drugi miesiąc na kolonjach i apetyt ciągle był średni. Następnym objawem dodatnim było u wszystkich tych dzieci zniknięcie bólów głowy. W rezultacie po 4 tygodniach u 15 dzieci przybyło na wadze od 0,75 do 2,5 kg., a mianowicie: u 5-ga po 2,5 kg., u 4-ga po 2,25 kg., u 1 po 2,0 kg., u 2-ga po 1,7 kg., u 1-go po 1,2 kg. i u 2-ga po 1,0 kg. U pozostałych 3-ga z wybitnemi zołzami i gruźlicą kości przybyło jednemu 0,7 kg., drugiemu — 0,9 kg. i trzeciemu (gruźlica kości w stanie czynnym) nie przybyło i nie ubyło nic, chociaż ogólny wygląd i samopoczucie wskazywały na pewien wpływ dodatni przeprowadzonej kuracji. Zestawiając ogólny nabytek wagi znajdujemy, że na jedno dziecko wypada + 1,75 kg.

W grupie 21 dzieci, którym podawano żelazo-peptony z arszenikiem lub jodem znajdowały się dzieci nie odbiegające swym wyglądem od grupy 1-ej; i w tej grupie również dominującą skargą były uporczywe bóle głowy i brak apetytu. W rezultacie po upływie 4 tygodni stwierdzono następujący przyrost na wadze: u 2-ga + 0, u 6-ga + 0,3, u 2-ga + 0,5, u 3-ga + 0,75, u 2-ga + 1,0, u 1-go + 1,25, u 4-ga + 1,50 i u 1-go + 2,5 kg., co przeciętnie wynosi na 1 dziecko + 0,8 kg.

Pozatem obserwowałem jeszcze grupę 18 dzieci, które nie otrzymywały ani Biocalcolu, ani peptonów; w tej grupie przyrost na wadze wyniósł tak samo około 1,0 kg. na dziecko, jak w grupie utrzymującej peptony.

Biocalcol również stosowałem na Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem w Aleksandrowie-Kujawskim u dzieci od kilku tygodni do 2 lat życia. I tu zwróciłem uwagę na bardzo energiczne działanie Biocalcol'u na przyrost wagi u niemowląt. Przyrost ten wprawdzie wyraża się w mniejszych cyfrach przeciętnych na 1 dziecko, lecz tłumaczę to brakiem tych warunków higienicznych, jakie dzieci miały na kolonji, albowiem dzieci korzystające ze Stacji, rekrutują się przeważnie z biedoty, mieszkającej w ciasnych i ciemnych izbach. Poza tem zwróciłem uwagę, że u niemowląt, cierpiących na tak często spotykane w tych warstwach ludności biegunki, niepoddające się lub trudno podające się środkom farmakologicznym, Biocalcol działa b. dodatnio na trwałe usunięcie tych biegunek.

Wyniki powyżej przedstawionych moich spostrzeżeń, aczkolwiek z powodów technicznych i warunków, w jakich były dokonywane, nie posiadają wartości obserwacji klinicznych, to jednak dowodzą, że BIOCALCOL-KLAWE posiada istotnie te wartości, które mu zapewnić powinien jego skład. Jest bowiem preparat ten szczęśliwie pomyslanem skojarzeniem organicznych soli wapniowych pochodzenia roślinnego z takimi substancjami jak kiełki słodowe i drożdże. — Kiełki słodowe są nosicielami witamin A, B, D i E, czego dowiodły ogłoszone w roku ubiegłym prace doświadczalne **Schittenheima** i **Eislera**, a drożdże, naświetlane promieniami pozafioletowymi stanowią najlepsze źródło do otrzymywania czynnika przeciwkrzywiczego, jak to wynika ze znanych badań **Hessa**, **Windausa** i in.

Podawanie soli wapniowych łącznie z witaminami zapewnia znakomite wchłanianie przez ustrój tych składników mineralnych, co również zostało stwierdzone na drodze doświadczalnej. Jeżeli przeto BIOCALCOL-KLAWE wywiera tak wybitnie dodatni wpływ jako środek dyjetetyczno-leczniczy zarówno w zaburzeniach odżywiania u niemowląt, jak i w schorzeniach charakteru gruźliczego dzieci starszych, jest to tylko jednym z dalszych dowodów celowości i skuteczności tej nowej drogi leczniczej, jaką nam dało do rąk wyzyskanie wartości dla ustroju dypełniających składników pokarmowych.

Dodam w końcu, że BIOCALCOL-KLAWE dzięki swym własnościom smakowym jest chętnie przyjmowany przez dzieci i nie wywiera żadnych ujemnych skutków ubocznych.

Zjazd Delegatów.

Dnia 28 Kwietnia r. b. przy udziale 20 członków odbyło się w Krakowie zebranie delegatów. Przewodniczył Dr. Zawadzki, sekretarzował Dr. Schwabe.

1) Przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia, jak również sprawozdanie Zarządu Głównego, skarbnika i Komisji rewizyjnej.

2) Przyjęto do wiadomości sprawozdania Kół. Jedno Koło zupełnie nie nadesłało sprawozdania.

3) Wniosek Koła Katowickiego w sprawie dwóch kolegów Koła Gdańskiego spadł z porządku dziennego, zgodnie z deklaracją delegata z Katowic. Zapadła uchwała, aby wszystkie Koła wybrały Sądy Koleżeńskie. Drugą instancją będzie Sąd, wybrany przez zebranie delegatów.

4) W związku ze sprawą stosunku Koła Katowickiego do Związku Gospodarczego uchwalono wniosek następującej treści: „Zebranie delegatów Z.L.K. stwierdza, że na mocy art. 5 statutu Zrzeszenia nie wolno uzależniać przyjęcia członka od tego, czy należy, lub nie należy do innego Zrzeszenia. Zrzeszenie Lekarzy Kolejowych nie krępuje swych członków co do należenia do innych organizacji lekarskich. Zrzeszenie jako takie nie może być organizacyjną częścią innych organizacji.

5) Wnioski Koła Krakowskiego, dotyczące: a) pragmatyki służbowej, b) uposażenia, c) etatów, d) należności ubocznych, e) płatnych urlopów, f) biletów okresowych, zostały przyjęte i przekazane Zarządowi Głównemu w celu przedstawienia ich w Ministerstwie Komunikacji.

6) Wnioski Koła Stanisławowskiego spadły z porządku dziennego, gdyż delegaci podczas omawiania tego punktu nie byli obecni.

7) Doręczono delegatom projekt umowy jednolitej, opracowanej przez Zarząd Główny. Wnioski Kół winny być nadesłane najpóźniej do 1-go czerwca r. b.

8) Datę tegorocznego Zjazdu w Poznaniu ustalono na dzień 8, 9, 10 Września.

9) Naskutek starań Zarządu Głównego i dzięki poparciu P. Naczelnika Wydziału Sanitarnego do budżetu Ministerstwa Komunikacji wstawiono 270,000 Zł. na zastępstwa podczas urlopów i choroby personelu sanitarnego. Sprawa podwyższenia ryczałtów nie została jeszcze definitywnie załatwiona, gdyż obecnie znajduje się w Ministerstwie Skarbu.

10) Dokonano wyborów do Zarządu Głównego i Komisji rewizyjnej.

Szczegółowe sprawozdanie zostanie rozesłane Kółom.

WYNIK WYBORÓW WŁADZ ZRZESZENIA NA ROK 1929.

ZARZĄD GŁÓWNY: Dr. A. Demianowski (*Lwów*), Dr. S. Kiersnowski (*Radom*), Dr. J. Mazurek (*Warszawa*), Dr. I. Mojkowski (*Warszawa*), Dr. Ossoliński (*Stanisławów*), Dr. Panecki - wiceprezes (*Gdańsk*), Dr. K. Piotrowski (*Kraków*), Dr. E. Smoliński (*Poznań*), Dr. J. Zawadzki - prezes (*Warszawa*), Dr. B. Żebrowski (*Wilno*). **Komisja Rewizyjna:** Dr. Fürbek (*Tarnów*), Dr. J. Schwabe (*Starogard*).

KOŁO WARSZAWSKIE: **Zarząd:** Dr. W. Biehler, Dr. A. Horoszewicz, Dr. L. Jastrzębski - prezes, Dr. L. Kaliciński, Dr. I. Mojkowski, Dr. J. Surawski. **Delegaci:** Dr. J. Mazurek, Dr. I. Mojkowski, Dr. Z. Roszkowski, Dr. J. Zawadzki.

KOŁO LWOWSKIE: **Zarząd:** Dr. A. Demianowski - prezes (*Lwów*), Dr. H. Pokrzywka (*Lwów*) Dr. Rypuszyńska - Mossorowa (*Lwów*), Dr. E. Zadurowicz - wiceprezes (*Sambor*). **Delegaci:** Dr. A. Demianowski, Dr. J. Anssobsky, Dr. K. Kuhl, Dr. E. Zadurowicz. **Wydziałowi:** Dr. J. Anssobsky (*Chyrów*), Dr. O. Hoffner (*Drohobycz*), Dr. Reisenberg (*Brody*).

KOŁO KRAKOWSKIE: **Zarząd:** Dr. A. Akermann - prezes (*Kraków*), Dr. L. Fürbek (*Tarnów*), Dr. H. Pisek (*Kraków*), Dr. A. Redo (*Kraków*) **Komisja Rewizyjna:** Dr. W. Stankiewicz, Dr. Wł. Mamczyn. **Delegaci:** Dr. L. Fürbek, Dr. K. Piotrowski, Dr. H. Kraus.

KOŁO WILEŃSKIE: **Zarząd:** Dr. Borysewicz, Dr. Gimżewski, Dr. Moszyński - prezes, Dr. Tomaszewicz, Dr. Umiastowski. **Delegaci:** Dr. Bakun, Dr. Żebrowski

KOŁO RADOMSKIE: **Zarząd:** Dr. Kiersnowski - prezes, Dr. Markowski, Dr. Ostrowski, Dr. Lisowski. **Delegaci:** Dr. Kiersnowski, Dr. Królewski. **Komisja rewizyjna:** Dr. Homolicki, Dr. Królewski, Dr. Stocki.

KOŁO KATOWICKIE: **Zarząd:** Dr. Stefan Adamczewski (*Mikołów*), Dr. Franciszek Dzieża (*Ruda Śl.*), Dr. Józef Mierzowski - prezes (*Hajduki Wielkie*), Dr. Alfons Spiller (*Szopienice*). **Komisja rewizyjna:** Dr. Ferdynand Adamczyk, Dr. Zygmunt Dadaczyński, Dr. Edward Hanke. **Delegaci:** Dr. Edward Cienciąła, Dr. Bronisław Hager. **Czł. Kom. red. Lek. Kol.** Dr. Edward Hanke.

KOŁO STANISŁAWOWSKIE: **Zarząd:** Dr. Roman Jarosiewicz - prezes, Dr. Lieberman Abraham, Dr. Artur Ossoliński, Dr. Konstanty Wojewidka. **Delegaci:** Dr. Chodorowski, Dr. Niemczewski, Dr. Ossoliński, Dr. Skoczek.

KOŁO GDAŃSKIE: Zarząd: Dr. Bermański, Dr. Cymbrowski, Dr. Panecki - prezes. **Komisja Rewizyjna:** D-rzy Białowiejski i Tarkowski. **Delegaci:** D-rzy Panecki i Schwabe.

KOŁO POZNAŃSKIE: Zarząd: Dr. Michał Niedźwiecki - prezes, Dr. Aleksander Rozanow, Dr. Celestyn Rydlewski, Dr. Władysław Stawarz. **Delegaci:** Dr. Fiweger, Dr. Smoliński.

SPRAWOZDANIE KASOWE Zarządu Głównego za rok 1928.

Przychód:

Składki Kół:	Koło Gdańskie	130.70	
	„ Warszawskie	599.00	
	„ Stanisławowskie	30.00	
	„ Wileńskie	200.00	
	„ Katowickie	200.00	
	„ Radomskie	140.00	1.299.70
Pozostałość ze Zjazdu w Gdyni			806.94
Wpłata za stłuczoną ozybę:	Gdańsk	55.00	
	Poznań	55.00	110.00
„ od D-ra Tempskiego (Skarszewo)			11.95
„ za „Lekarza Kolejowego”:			
	za № I Koło Warszawskie	79.00	
	„ Gdańskie	30.00	
	„ Radomskie	28.00	
	„ Poznańskie	40.06	
	za № II „ Warszawskie	80.00	
	„ Poznańskie	95.00	
	„ Wileńskie	24.00	376.00
Wpłaty na obchód 10-lecia:			
	z Dyrekcji Warszawskiej	245.00	
	„ Katowickiej	200.00	
	„ Gdańskiej	135.00	
	„ Stanisławowskiej	70.00	
	„ Poznańskiej	120.00	
	„ Radomskiej	140.00	
	„ Lwowskiej	350.00	1.260.00
Pożyczono od Koła Warszawskiego			929.50
Saldo z roku 1927-go			473.83
			R a z e m : 5.267.92

R o z c h ó d :

Koszty kancelaryjne	76.60	
Djety delegata do Lwowa	17.00	
Drobne wydatki	14.75	
Koszty pocztowe	59.15	
Zwrot Dyr. Gdańskiej za st. 1szybę	110.00	
Zwrot pożyczki Kołu Warszaw.	731.57	
Pensje: sekretarki	360.00	
„ dziennikarza	150.90	
„ woźnego	120.00	1.639.07
<hr/>		
Bonifikacje:		
maszynistce	75.00	
woźnemu Rudeckiemu	20.00	
dziennikarzowi	7.50	
woźnemu Ziółkowi	5.00	107.50
<hr/>		
Druk „Lekarza Kolejowego“		
№ I.	928.50	
№ II.	1.253.00	
№ III. (a conto)	500.00	2.679.50
<hr/>		
Wypłacono Centralnemu Komitetowi Obchodu 10-lecia		500.00
<hr/>		
	R a z e m :	4.926.07
<hr/> <hr/>		

Saldo na rok 1929: 341.85

Zgodność niniejszego bilansu z książeczką kasową Głównego Zarządu stwierdzamy.

Komisja Rewizyjna:

(—) *Dr. Schwabe*

(—) *Dr. Fürbek*

Kraków, dnia 28 kwietnia 1929 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA KOMUNIKACJI

Z dnia 22/VIII. 1928 № S.382/28 w sprawie uprawnień lekarzy kolejowych i lekarskiego personelu pomocniczego do przejazdów służbowych, oraz do używania kolejowych telegrafów i telefonów.

Uchylając ogłoszony w № 16 Dziennika urzędowego Ministerstwa Kolei Dodatek № 2 do rozporządzenia Ministra Kolei z dnia 18 Grudnia 1924, № I. 18666, oraz rozporządzenie Ministra Kolei z dnia 18 Kwietnia 1925, Nr. I.3115 (Dz. Urz. № 7. poz. 16) i Okólnik Ministerstwa Komunikacji z dnia 5 Grudnia 1927, № I. 12946 (Dz. U. № 12, poz. 67), ustalam w miejsce tego następujący tekst do dodatku 2-go do rozporządzenia M. K. № I. 18666/24.

Dodatek № 2 do rozprządzenia Ministerstwa Kolei № I. 18666/24 (Dz. Urz. № 16 z r. 1924).

1) Bezpłatne bilety okresowe imienne na przejazd w obrębie własnej dyrekcji w wagonie I klasy otrzymują: Lekarze sanitarni, lekarze rejonowi I klasy, lekarze naczelni szpitali kolejowych i ordynatorzy oraz lekarze specjaliści.

Bezpłatne bilety okresowe imienne na przejazd w obrębie własnej dyrekcji w wagonie II klasy otrzymują: Lekarze rejonowi II klasy, asystenci szpitali kolejowych, lekarze dentyści, nie posiadający stopnia doktora medycyny.

Bezpłatne bilety okresowe na przejazd w obrębie własnego i sąsiednich rejonów lekarskich w wagonie II klasy felczerzy, wzgl. wykwalifikowany personel lekarski.

Ulgi przejazdowe pozasłużbowe, oraz ulgi przejazdowe członków rodzin lekarzy i felczerów, wzgl. wykwalifikowanego pomocniczego personelu lekarskiego udzielane są na zasadach ogólnych z tem, że klasa przejazdów stosuje się do powyższych przepisów.

2) Zastępcy lekarzy rejonowych i specjalistów, oraz zastępcy felczerów, wzgl. wykwalifikowanego pomocniczego personelu lekarskiego otrzymują dla celów służbowych bezpłatny bilet okresowy imienny w wagonie II klasy, ważny na czas przewidzianego zastępstwa, na przejazdy w obrębie własnej dyrekcji, wzg. własnego i sąsiednich rejonów lekarskich.

3) W razie potrzeby przewiezienia ciężko chorego do szpitala, lub w inne miejsce otrzymuje personel sanitarny od swych zwierzchników jednorazowe bezpłatne bilety.

4) W wypadkach nagłych uprawnia wyjątkowo do przejazdu depesza lekarza rejonowego, zawierająca polecenie dla felczera, wzg. innego funkcjonarjusza służby sanitarnej natychmiastowego przewiezienia chorego do szpitala. Depeszę taką przedstawia odnośny funkcjonarjusz w kasie biletowej do ostemplowania. Depesza ta upoważnia go również do powrotu do stacji wyjazdu.

5) Bilety okresowe imienne, wydawane lekarzom i felczerom, wzgl. wykwalifikowanemu pomocniczemu personelowi lekarskiemu, uprawniają do przejazdu pociągami towarowymi, na parowozach i na drezynach. Personelowi temu przysługuje również prawo bezpłatnego nadawania (przewożenia ze sobą) własnych rowerów, lub motocyklów oraz prawo nadawania w sprawach służbowych depesz służbowych i korzystania z telefonów służbowych.

6) Dla przyjęcia i oddania chorego oraz w celu wsiadania lekarze rejonowi i ich personel pomocniczy mają prawo zatrzymywać w drodze pociągi służbowe i towarowe, a w nadzwyczajnie ważnych wypadkach także i osobowe, stosując się do obowiązujących w tym względzie przepisów.

7) W wypadkach niezwyklej wagi, w celu udzielenia szybkiej pomocy lekarskiej, mają lekarze prawo żądać i otrzymywać do przejazdu dreżynę względnie rezerwowy parowóz z doczepionym w razie potrzeby wagonem sanitarnym lub osobowym.

Na posiedzeniu d. 12 czerwca r. b. przy udziale p. Inż. Gąsowskiego, prezesa Związku Inżynierów Kolejowych, p. Naczelnika Zajasa, prezesa Związku Prawników Kolejowych, p. D-ra Zawadzkiego, prezesa Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych, p. D-ra J. Mazurka, delegata Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych został zatwierdzony i przyjęty regulamin Komisji Porozumiewawczej w brzmieniu niżej podanem:

Komisja Porozumiewawcza Związku Inżynierów Kolejowych, Związku Prawników Kolejowych i Zrzeszenia Lekarzy Kol.

Zrzeszenia Prawników, Inżynierów i Lekarzy P. K. P. tworzą wspólną komisję porozumiewawczą zrzeszeń pracowników P. K. P. z wykształceniem akademickim na następujących zasadach:

1. Każde ze Zrzeszeń jest samodzielną jednostką w granicach swych statutów i Komisja w niczem nie może uszczuplać praw, ze statutów tych płynących.

2. Komisja tworzy się dla popierania i urzeczywistniania zadań wspólnych wszystkim Zrzeszeniom na terenie P. K. P. i innych terenach.

3. Komisja składa się z 6-iu członków, po 2 delegatów każdego Zrzeszenia. Na wypadek niemożności pełnienia obowiązków przez delegata zostają powołani przez odnośne zarządy stali zastępcy.

4. Komisja rozpatruje wszelkie sprawy na wniosek delegatów każdego ze Zrzeszeń.

5. Uchwały Komisji są o tyle obowiązujące dla Zrzeszeń, o ile zapadły jednomyślnie i nie wywołały zastrzeżeń ze strony żadnej delegacji.

6. Uzgodnione w ten sposób uchwały są wprowadzane w życie przez Zarządy poszczególnych Zrzeszeń.

7. Występowanie Komisji na zewnątrz wyraża się w zbiorowym lub też uzgodnionem jednobrzmiącym i jednoczesnym wystąpieniem każdego Zarządu.

8. Wszelkie koszty, wynikłe z działalności Komisji, Zarządy Zrzeszeń pokrywają w równych częściach.

9. Komisja zbiera się w terminach conajmniej półrocznych. Zwołuje ją i przewodniczy kolejno jeden z delegatów Zrzeszeń, od posiedzenia do posiedzenia urzędującej. Na żądanie jednej z delegacji Komisja może być zwołana w każdym czasie.

10. Protokoły Komisji, obejmujące tylko uzgodnione sprawy, są komunikowane niezwłocznie Zarządom poszczególnych Zrzeszeń dla wykonania.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Dr. Kazimierz Nielubowicz

Dn. 23. I. r. b. zmarł nagle ś. p. Dr. Kazimierz Nielubowicz, lekarz rejonowy Dyr. Warsz. Przez zgon ten Sanitarjat Kolejowy poniósł dużą stratę, gdyż ś. p. Dr. Nielubowicz był doskonałym, wyrobionym lekarzem i pierwszorzędnym pracownikiem. Dzięki nadzwyczajnej koleżeńskości, czynności, prawości charakteru i innym zaletom osobistym przez wszystkich był nadzwyczaj lubiany, ceniony i szanowany.

Ś. p. Dr. Kazimierz Nielubowicz urodził się w Kremienczugu, na Ukrainie w roku 1882. Szkołę średnią ukończył w Połtawie w r. 1900 i w tymże roku wstąpił na wydział Fizyko-matematyczny Uniwersytetu Petersburskiego. W roku 1904, przeniósł się do Akademii Lekarskiej Wojskowej w Petersburgu, którą ukończył w roku 1910. Po uzyskaniu dyplomu odbywał powinność wojskową jako lekarz pułkowy przez rok. W 1912 r. Dr. Nielubowicz zaczął pracować w Szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale chirurgicznym d-ra Ciechomskiego, gdzie z przerwą 4-letnią w czasie Wojny Światowej pracował aż do dnia śmierci. W kwietniu 1919 r. ś. p. dr. Nielubowicz zaczął pracę w ambulatorjum kolejowym na Czystem, a od dnia 1 sierpnia tegoż roku został mianowany lekarzem oddziałowym ambulatorjum przy ul. Chmielnej 69, gdzie zorganizował ambulatorjum chirurgiczne i tam pracował aż do dnia śmierci.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Dr. Jan Kiełkiewicz

W lutym 1929 r. chirurgia i urologia poniosła dotkliwą stratę — mianowicie dn. 2 lutego po długiej i ciężkiej chorobie zmarł dr. med. Jan Kiełkiewicz, ordynator oddziału chirurgiczno-urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie i konsultant urolog Dyrekcji Warszawskiej P. K. P. Człowiek ten całym swoim pracowitem życiem zasłużył sobie na dobrą pamięć i gorące nieprzemijające wspomnienie:

Urodzony w 1875 r. w Nieszawie, kształcił się w gimnazjum w Płotrkowie — następnie wstąpiwszy na uniwersytet warszawski, dostaje dyplom lekarski w 1901 r. Bezpośrednio potem pracuje w ciągu jednego roku na oddziale chorób wewnętrznych Dr. Janowskiego. W 1905 r. w ciągu kilku miesięcy zwiedza kliniki w Berlinie i Wiedniu. Lata 1908 - 1909 spędza w Paryżu na studjach w klinice Albarran'a. W końcu 1909 r. wraca na oddział, wówczas prowadzony przez D-ra Ciechomskiego i zostaje konsultantem urologiem przy szpitalu Dz. Jezus.

Podczas wojny Europejskiej zostaje ordynatorem szpitala głównego w Modlinie i po roku dostaje się do niewoli niemieckiej. W 1917 r. powraca do Warszawy i pracuje znowu na oddziale d-ra Ciechomskiego. W 1920 r. zostaje ordynatorem oddziału chirurg.-urologicznego w szpit. Ś-go Ducha, a wkrótce potem w szpit. Przemienienia Pańskiego. Na tej placówce pozostaje już do śmierci i tu ma sposobność do rozwinięcia całego zasobu żywotności umysłu, energii i temperamentu chirurgicznego. Po usunięciu z Warszawy okupantów zostaje powołany na stanowisko konsultanta - urologa Dyrekcji Warszawskiej P. K. P. Od 1926 r. był członkiem Międzynarodowego Tow. urologów. Ogłosił 15 prac z urologji.

Ś. p. Dr. Kiełkiewicz był jednym z czołowych urologów polskich. Duże zasługi położył na polu popularyzacji wiedzy urologicznej wśród lekarzy polskich i bardzo duże miał przed sobą możliwości. Niestety nieobliczalna choroba i niespodziewana śmierć przecięła to obiecujące życie w największym pędzie twórczości i ekspansji.

Cześć Jego pamięci!

W. Lilpop.

P R O G R A M

IV Zjazdu Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

w Poznaniu dn. 8, 9, 10 września 1929 r.

I-szy DZIEŃ

1. Otwarcie Zjazdu o godz. 10-ej rano w Collegium Minus Uniwersytetu Poznańskiego.
2. D-rzy Better, Cienciała, Cyran, Geisler, Hanke, Wili-mowski (Koło Katowickie) — **Choroby zawodowe pracowników kolejowych.**
3. Prof. Borowiecki (Poznań) — **Nerwice urazowe.**
4. Dr. Jakubowski (Chodzież) **Gruźlica wśród pracowników P. K. P.**
5. Doc. Demianowski (Lwów) — **Badanie zdolności rozpoznawania barw.**

PRZERWA

6. Dr. Mojkowski (Warszawa) — **Higjena wagonów kolejowych.**
7. Inż. Krzyżanowski (Poznań) **Tytuł zastrzeżony.**
8. Dr. Niedźwiedzki (Poznań) — **Asenizacja terenów kol.**
9. Dr. O polski (Stanisławów) — **Domy wypoczynkowe dla kolejarzy**
Wspólny obiad (wieczorem).

II-gi DZIEŃ

Wycieczka do **Chodzieży** (Sanatorjum przeciwgruźlicze dla kolejarzy)

III-ci DZIEŃ

Zwiedzanie Wystawy.

Wpisowe dla członków 10 zł. i osoby towarzyszącej 5 zł. Pieniądze i zgłoszenia najpóźniej do 1-go sierpnia należy wysyłać pod adresem:

Dr. M. Niedźwiedzki, Jarocin ul. 3-go Maja 16.

Komitet Zjazdu: *dr. Kolszewski, dr. J. Mazurek, dr. Niedźwiedzki
dr. Rozanow, dr. Rydlewski, dr. Rymaszewski
dr. Stawarz, Dr. J. Zawadzki, dr. Zerbe.*

S P I S R Z E C Z Y

Dr. Mojkowski Ignacy — Wydział sanitarny dyrekcji kolei państwowych w Warszawie 1918-1928	str. 1
Dr. Miedziszewski W. — Gruźlica pośród etatowych kolejowych pracowników w Bydgoszczy i członków ich rodzin	„ 40
Dr. Reinert Edward — Spostrzeżenia na temat zawo- dowych chorób uszu u maszynistów i palaczy kol.	„ 50
Dr. Manheimer A. — Dłaczego dalekowidzów nie po- winno się przyjmować na kierowników parowozów i palaczy	„ 55
Dr. Hanke Edward — Kilka uwag o stwierdzeniu upo- jenia alkoholem u pracowników kolejowych	„ 58
Inż. Wojciechowski — Uwagi w sprawie odczytu „O psychotechnice“	„ 60
Streszczenia	„ 63
Dr. Szerzeniewski St. — O wartości odżywczej Biocal- colu Klawego	„ 73
Kronika Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych	„ 76
Program IV Zjazdu Lekarzy Kolejowych	„ 83

Ceny ogłoszeń:

okładka	zł.	przed tekstem	zł.	za tekstem	zł.	w tekście	zł.
cała strona	100	cała strona	90	cała strona	80	cała strona	120
1/2 „	60	1/2 „	50	1/2 „	45	1/2 „	70
1/4 „	40	1/4 „	30	1/4 „	25	1/4 „	50
1/8 „	30	1/8 „	20	1/8 „	20	1/8 „	40

Cena pojedynczego egzemplarza 3 zł.