

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN STOWARZYSZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Redaktor: Dr. med. JÓZEF MAZUREK, Chmielna 38 m. 1.

Administrator: Dr. med. WACŁAW GRONOWSKI, Al. Jerozolimska 6 m. 8.

*W leceniu
spraw różnych*

DELBECCIN

KLAWE

*Szczepionka
wg. Delbeta*

*Amputacje i czyszczenie
Rany
Zmiana przydatku*

Ampułki po 1cc., 2cc. i 4cc. Fiolki po 5cc. i 10cc.



DESTRIN

KŁAWE

Hormon jajnikowy (follikulina) biologicznie mianowany w jednostkach międzynarodowych

Ampułki, tabletki,
fiolki i proszek.

Dopuszczone do lekospisu Dyrekcji P.K.P. Warszawa.

Przyjemną w użyciu, lepiej
znoszoną i chętniej przy-
mowaną postacią bromu jest

Sal Bromatum Effervescens-„Motor“

WSKAZANIA: Nerwica.

Dychawica nerwowa. Neura-

stenja. Histerja. Padaczka.

Pląsawica. Lekkie postaci

bezsenności.

Nr.
rejestr
M.O.S.
1709

Wyrób krajowy!



**obniża wzmożone ciśnienie krwi,
zwalcza napady hypertonicznych.**

Rp.

Oryg. Rhodan-Calcium-Diuretin-tabletki
20 sztuk Zł. 3.—



Fabryka Chemiczna **«Pharmedia» Warszawa**, Chełmska 52.

„CREO”

11

Preparat kreożotowo-fosforowo-
wapniowy w tabletkach keratyn-
nowanych

Wybitny lek przeciwgruźliczy.

Wyrobu fabryki Chemiczno-Farmaceutycznej
B. KROGULECKIEGO, Warszawa, Ogrodowa 59a.



PRZEPROWADZENIE DIETY BEZSOLNEJ

UMOŻLIWIA



ARTISAL

BEZCHLOROWCOWA, A WYBITNIE
SŁONA SÓL DIETETYCZNA

WSKAZANA W CIĘŻBIENIACH SERCA, NACZYŃ I NEREK, W ZABURZENIACH
PRZEMIANY MATERII, W CHOROBAH SKÓRY, W GRUŹLICY I PADACZCE



WITAMINY W LECZENIU RAN

Ogólnie uznany Norweski Tran Leczniczy został ostatnio, dzięki bogatej zawartości witamin A i D, zastosowany przez świat lekarski w leczeniu ran. W postaci maści, względnie jako płyn zastosowany jest pod opatrunkiem gipsowym. W leczeniu oparzeń i odmrożeń znalazł tran szerokie zastosowanie, przyczyniając się do umożliwienia bezbolesnego leczenia tych uszkodzeń.

Profesor L'öhr (Magdeburg — Altstadt) stosując tran przy leczeniu oparzeń w przeciągu 3 1/2 roku stwierdził, że od tego czasu mógł zaniechać wszelkich przeszczepiań. Są to wyniki wprost idealne.

NORWESKI TRAN LECZNICZY
SŁYNIE NA CAŁYM ŚWIECIE

Broszury i literaturę wysyła pp. Lekarzom:

Reklamefondet for norsk medicintran, Postboks 226, Bergen, Norwegen

PEPTICOL

*Zespół peptonów: z ryb, jaj, mięsa,
mleka, zboża, jarzyn, owoców i grzybów*

Leczenie anafilaksji pokarmowej i stanów alergicznych
za pomocą peptonoterapii.

WSKAZANIA: Pokrzywka, egzema, swędzenie, wykwity skórne, astma,
migrena, bóle głowy, zaburzenia w trawieniu jak ociężałość, wzdęcie,
senność, zaczerwienienie twarzy po jedzeniu.

DAWKOWANIE: Dorośli: 3 razy dziennie po 1-2 łyż. od herb. na 15 minut,
Dzieci: 3 razy dziennie po 1/2 łyż. od herb. na 15 minut,
przed jedzeniem.

SARCOLAN

Sok z mięśni wołu spreparowany na zimno w postaci syropu
o przyjemnym smaku i nieograniczonej konserwacji.

Zawiera wszystkie czynne składniki żywego osocza: **diastazę, pepsynę**
oraz **zaczyny scukrzające i glikolityczne** tudzież **fosforany: żelaza,**
potasu, sodu, magnezu i wapnia.

Wskazania: wszelkie postacie niedokrwistości, wyniszczenia,
rekonwalescencja, ciąża, okres karmienia, gruźlica,
awitaminoza, stany wyczerpania.

DAWKOWANIE: { Dorośli 3 razy dziennie po 1 łyż. stoł. } przed jedzeniem
{ Dzieci 3 razy dziennie po 1 łyż. od herbaty } z małą ilością wody

Preparaty krajowe produkowane w Chem. Farm. Zakł. Przem. Handl.

L. NASIEROWSKI, Warszawa, Kaliska 9.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. I

LUTY 1936

Rok IX

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bermański (Bydgoszcz). — Dr. Wacław Biehler (Warszawa). — Dr. Perzanowski (Radom). — Dr. Gubrynowicz (Warszawa). — Dr. Hanke (Katowice). — Dr. Kazimierz Karelus (Kraków). — Dr. Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. Ignacy Mojkowski (Warszawa). — Dr. Stanisław Mossor (Stanisławów). — Dr. Michał Niedźwiedzki (Poznań). — Dr. Józef Polakowski (Lwów). — Dr. Jan Opolski (Lwów). — Dr. Emanuel Tomaszewski (Wilno)

Redaktor: Dr. med. Józef Mazurek

Administrator: Dr. med. Wacław Gronowski

Biblioteka Jagiellońska



1002969829

Daltonizm w świetle cyfr i sposoby jego wykrywania odnośnie do służby na kolejach*)

DR. FRANCISZEK NARÓG

Konsultant, Okulista DOKP, Lwów

Kliniki i szpitale zajmują się tylko dorywczo badaniem daltonizmu i często zdarza się nawet, że w ciągu kilku lat nie zbada się w tym kierunku ani jednej osoby; badanie to odgrywa jednak doniosłą rolę w kolejnictwie, marynarce, automobilizmie i lotnictwie ze względu na barwne sygnały świetlne. Lekarz kolejowy, związany z jednej strony przepisami, z drugiej strony — zdając sobie dokładnie sprawę z ważności swego orzeczenia, gdyż może ono zadecydować o tysiącach istnień ludzkich na wypadek katastrofy, musi stać nieubłagane na stanowisku obiektywnym wiedzy i sumienia. Pomimo to spotyka się niekiedy z wątpliwościami ze strony czynników miarodajnych, czy nie za dużo jest daltoników, gdyż zdyskwalifikowani byli dzielnymi pracownikami i t. p. Pomimo że jest się czasami w takich razach w trudnym położeniu, przepisom musi stać się zażość i pozostawia się sprawę do rozstrzygnięcia komisijnemu badaniu w przeświadczeniu, że odpowiedzialność spada również na barki innych,

Daltonizm jest wadą dziedziczną, której zawiązek tkwi już w chromosomach. Dziedziczy się przez ciągłość po kądzieli. Chory ojciec ma zdrowych synów i córki. Synowie są rzeczywiście zdrowi, a córki tylko pozornie, gdyż jako tak zwane konduktorki mają zarodki choroby i przenoszą je na potomstwo męskie. Jeżeli zarodki choroby są u obojga rodziców, to tem szybciej i silniej przenoszą się one na dzieci jako procesy wsteczne.

*) Referat wygłoszony na VI Zjeździe okulistów w Wilnie.

Normalnie widzi człowiek w świetle spolaryzowanym widmo, w którym najjaśniej występuje kolor żółty o promieniach 570 tysięcznych mikromilimetra długości fal, a po bokach kończy widmo kolor czerwony (655 tysięcznych mikromilimetra długości fal) i fioletowy 430 tysięcznych mikromilimetra długości fal o słabym natężeniu światła. Przerwy w widmie niema, a kolory przechodzą jedno w drugie. Przez mieszanie światła widmowego możemy otrzymać osobne barwy, czerwoną i niebiesko-zieloną, które są dla siebie uzupełniające i kontrastowe. Dla uzyskania całego systemu barw trzeba koniecznie trzech barw: czerwonej, zielonej i fioletowej. Dlatego system barw normalnego człowieka nazywamy tróchromatycznym (Helmholz). Nie świadczy to, ażeby były tylko trzy główne poczucia barw, gdyż—jak wynika z pomiarów pola widzenia i jak to wykazał Hering — są cztery zasadnicze poczucia barw, mianowicie czerwona i zielona, żółta i niebieska. Występują one tem intensywniej, im silniejsze jest oświetlenie. Jedynie niebieskie występuje o zmierzchu silniej od czerwonego (Fenomen Purkiniego). Wrodzone zaburzenie poczucia tych czterech zasadniczych barw nazywamy „daltonizmem“ w odróżnieniu od zaburzeń poczucia barw na tle patologicznem. Daltonizm może być całkowity, przyczem upośledzony nie odróżnia żadnej barwy, co zdarza się wyjątkowo rzadko i czemu towarzyszy bardzo znaczne osłabienie ostrości wzroku, z drżeniem gałek ocznych, światłowstrętem i środkowym ubytkiem w polu widzenia. Widzi on w widmie wszystko jednakowo szaro, stąd jego system barwny jest monochromatyczny.

Daleko częściej spotyka się daltonizm częściowy, którego cechą jest widzenie tylko dwóch barw zasadniczych. Spostrzega się tylko odcienie barw, jakie dają dwa światła widmowe, stąd ten system barw jest dwuchromatyczny. W widmie widzi się dwie barwy przedzielone pasmem obojętym. Według v. Kriesa daltonizm częściowy dzieli się na:

1) *Protanopję*, t. j. upośledzenie barwy czerwonej, przy którym smuga neutralna w widmie jest położona między 490—499 μ w niebiesko-zielonym tróchromatów;

2) *Deutanopję*, t. j. upośledzenie barwy zielonej, przy którym najjaśniejsze miejsce jest położone w widmie przy 600 μ w pomarańczowym tróchromatów;

3) *Tritanopję*, t. j. upośledzenie barwy żółtej i niebieskiej (Hering) lub fioletowej (Helmholz). Smuga neutralna leży przy 575 μ w żółtym tróchromatów. Występuje bardzo rzadko.

Protanopom i deutanopom przedstawiają się kolory czerwony i zielony jako szary lub żółty, natomiast kolor żółty i niebieski rozpoznają dobrze lub jest nieznaczne upośledzenie tych kolorów. Te trzy rodzaje dichromatów są ściśle oddzielone i niema w nich przejścia w odcieniach barw.

Prócz tych grup należy odróżnić bodaj czy nie najważniejszą grupę, w której jest płynne przejście od częściowego daltonizmu na kolor czer-

wony i zielony do poczucia normalnego barw t. z. *trichromasji*. Tych osobników uważa się za słabych w poczuciu barw albo anomalnych trichromatów (Koenig). Właśnie z tą grupą ma lekarz kolejowy najczęściej do czynienia i ona stanowi lwią część upośledzonych na barwę czerwoną i zieloną. W masowem badaniu na materiale kolejowym spotykałem rzeczywiście przejścia od kompletnie ślepych na kolor czerwony lub zielony do słabych na te barwy w procentach od 10% do 100%. Tacy osobnicy różnią czerwone i zielone, jeżeli przedmioty znajdują się pod dużym kątem widzenia, są dobrze oświetlone i są dłuższy czas spostrzegane. Stają się jednak niepewni, jeżeli jest mały kąt widzenia, mniej jasne barwy i mniej wysyczone, a zwłaszcza, jeżeli mają krótki czas spostrzegania, n. p. światło naraz zajaśnieje. Według Koellnera istnieje u nich wzmoczony kontrast między czerwonym i zielonym, tak że biorą oni łatwo białe światła przy czerwonych za zielone lub we mgle nie widzą żadnego światła, gdy patrzą na czerwony sygnał, gdyż we mgle przechodzą z całego widma tylko długofaliste promienie czerwone, których oni właśnie nie są w stanie spostrzegać.

Wrodzoną ślepotę na barwy spotyka się rzadko u kobiet, najczęściej dotyczy ona mężczyzn i to na kolor zielony i czerwony w 2—4%. Dwa razy więcej jest anomalnej trichromasji, t. z. częściowo upośledzonych na kolor czerwony i zielony, tak że możemy przyjąć około 8% upośledzonych na barwy (Koellner). Seudel znalazł na 1000 badanych żołnierzy 6,3% daltoników, w tem 3—4 razy więcej ślepych na kolor zielony. Lauber przyjmuje ogólną liczbę daltoników na około 7%, Pierce około 5%. Tritanopia i całkowita ślepota na barwy należą do rzadkości, tak że praktyczne zastosowanie ma tylko ślepota na kolor czerwony i zielony oraz anomalna trichromasja, t. j. upośledzenie częściowe na te barwy. Ślepotę na barwę niebieską opisano zaledwie w dwu przypadkach (Olaf).

Nasz materiał kolejowy z Dyrekcji Lwowskiej z periodycznego badania i nowo zgłaszających się w ciągu roku wykazał 101 upośledzonych na barwy, w tem 5 daltoników na kolor czerwony i zielony, 15 na kolor czerwony, 25 na kolor zielony, u 56 częściowe upośledzenie barw na kolor czerwony i zielony (anomalna trichromasja). Cyfry te dotyczą w przeważnej części pracowników pozostających już w służbie kolejowej. Prócz tego około 10 upośledzonych bardzo nieznacznie na barwy pozostawiono na ich mniej odpowiedzialnych stanowiskach z nadmienieniem: „barwy rozpoznaje z namysłem”.

Upośledzeni na barwę czerwoną i zieloną nie wykazywali żadnych ujemnych cech. Zwracałem uwagę na ich typ. Otóż wygląd dotyczył w przeważnej części osobników nerwowych, szczupłych, o głosie monotonnym, bez temperamentu, bez większej zdolności do barwnego opowiadania. Dno oka i wygląd ich zewnętrzny nie zdradzały żadnej różnicy od normalnych. Za to uderzającą była we wszystkich tych przypadkach częściowego upośledzenia na barwy z kilku wyjątkami nadzwyczajna ostrość wzroku. Stale w rubryce mieli ostrość wzroku 1. Kilku takich przebadłem z dal-

szej odległości i czytali tablice Snellena ostatni rząd z 7—7,5 m., to co normalny czyta z 5 m. Zatem mieli prawie o połowę większą ostrość wzroku na czarne i białe od normalnych, na co zwracam pierwszy uwagę w piśmiennictwie, o ile mi wiadomo z przejranej literatury. Upośledzenie na barwę niebieską i żółtą spotkałem zaledwie w 2 przypadkach. Dotyczyło to głównie barwy niebieskiej. Upośledzeni prawie stale podnosili, że oni zdaleka widzą doskonale, o czym mogłem się przekonać, gdyż widzieli w dali takie szczegóły, jakich nie mogłem jeszcze zauważyć, chociaż mam normalną ostrość wzroku. Przypuszczam, że receptory kosztem czucia barw pracują intensywniej w kierunku koloru czarnego i białego. Być może, że mniej receptorów przewodzi czucie barw, a większa ich ilość działa w kierunku dokładnego widzenia i wzmożonej ostrości wzroku na kolor czarny i biały, przewyższającej prawie o połowę ostrość wzroku normalnych. Upośledzeni na barwę czerwoną i zieloną rozróżniali te kolory silnie wysyczone do pewnego stopnia. Często nie zdawali sobie sprawy, że tych barw nie widzą. Często nie wiedzieli, że inni rozpoznają je lepiej, a od drugich nauczyli się te barwy nazywać. Jeżeli wysycenie lub oświetlenie jest słabsze, to te kolory mieszają.

Do badania ślepoty na barwy jest przepisany na kolejach polskich Stilling z tablicami pseudoisochromatycznymi. Plamy jednego koloru stanowią tło, a drugiego uzupełniającego liczby. Badanie tym podręcznikiem w najnowszym wydaniu jest precyzyjne i pozwala wykryć ślepotę na barwy, ale niektóre tablice są trudne do odczytywania nawet dla normalnych.

Badanie nie daje pewności rodzaju upośledzenia na barwy. Samoilo wprosił badanie Stillingiem i stanął na stanowisku, że jeżeli badany czyta tablice grupy III. T. 2., Gr., v. T. 1 i 2, to jest normalne poczucie na barwy, jeżeli tylko jest jakiś błąd w odczytywaniu tych tablic, to należy badanego zaliczyć do daltoników. Przekonałem się, że na wykrycie ślepoty na barwę czerwoną i zieloną zupełnie wystarcza badanie temi tablicami, ale nie daje badającemu wskazówki, która z tych barw jest bardziej upośledzona. Prócz tego są na końcu książki kropki barwne, które nawet pozwalają na wykrycie anomalnych trichromatów; Stilling jest jednakowoż za ciężki dla mało inteligentnych i zabiera dużo czasu dla odczytywania wszystkich tablic, z których część badanych o dobrem poczuciu barw nie jest w stanie odczytać. Końcowe badanie stawia badającego w niepewności, jakiej barwy właściwie badany kompletnie nie rozpoznaje, czerwonej czy zielonej.

Drugą metodą badania, przepisaną w kolejnictwie, jest Holmgreen włóczkami. Do kolorów zasadniczych o wysyconych barwach czerwonej i zielonej, żółtej i niebieskiej ma badany dobierać włóczki o zbliżonych odcieniach. Metoda ta wystarcza w przybliżeniu do badań na stanowiska mniej odpowiedzialne, ale nie da nam zupełnej pewności, czy badany nie jest daltonikiem. Pierwsze badanie jest najczęściej pewne i może być wystarczające, ale następne badania już nie dają pewności. Badany nauczył się bowiem pojmować odcienie w szarem i może włóczki mniej lub

więcej dobrze dopasowywać. Ta próba wypada najczęściej dodatnio dla anomalnych trichromatów, ale mogą się w niej prześlizgnąć daltonicy o kompletnej ślepcie na barwę zieloną lub czerwoną.

Te dwie metody badania przepisowe nie rozwiązują zagadnienia i często stawiają badającego w trudnem położeniu niepewności. Badany pierwotnie nie rozpoznawał tablic, które następnie przy komisijnem badaniu rozpoznaje być może dzięki pamięciowemu przyswojeniu ich sobie. Należy jednakowoż uwzględnić tu i stany wyczerpania siatkówki po jakichś wysiłkach fizycznych. O tem miałem sposobność przekonać się w kilku przypadkach. Lekarz rejonowy przysłał kogoś do badania z dopiskiem, że nie rozpoznaje połowy tablic Stillinga. Okazuje się, że on wówczas po służbie nocnej rzeczywiście tablic tych nie czytał wskutek znużenia siatkówki, ale badany w innych warunkach zupełnie pewnie barwy rozpoznawał.

Od tych trudniejszych i mniej pewnych sposobów badania wybija się na pierwszy plan jeden z pewniejszych i łatwiejszych sposobów, t. j. tablicami: Jshihara—Tests for colour Blindness. Wydanie: Kanehera & Co, Tokyo — Osaka, których używam od roku prócz Stillinga ku zupełnemu zadowoleniu. Pozwalają one wykryć kompletnie ślepych na barwy i ślepych na kolor czerwony i zielony, dając pewność, czy na jeden z tych kolorów badany jest kompletnie ślepy, czy niekompletnie. Daltonik czyta pewną ilość liczb ukrytych, innych wcale nie czyta. Na końcu są tablice rozstrzygające w 2 liczbach. Jeżeli badany nie czyta obu liczb, to jest kompletnie ślepy na kolor czerwony i zielony, jeżeli jedną z nich czyta, a drugiej nie, to — w zależności, którą z nich czyta — jest kompletnie ślepy na kolor zielony lub czerwony. Jeżeli obie czyta, to jest niekompletnie ślepy. W tej ostatniej grupie można pomieścić anomalnych trichromatów. Prócz tego są tablice, które może odczytywać tylko daltonik, i tablice z wężykami. Wyższość tych tablic nad innemi polega: 1) na szybkości badania, 2) pewności, na jaki kolor badany jest ślepy i czy kompletnie czy nie, 3) wykluczyć można znużenie siatkówki, 4) łatwo rozpoznać symulację, 5) brak odgadywania tablic, a pewność i szybkość w czytaniu albo liczb prawidłowych albo ukrytych, 6) łatwość przekonania innych, gdyż od początku do końca co innego widzi normalny, a co innego czyta daltonik z zupełną pewnością rozpoznawanych barw. Wyniki otrzymywane tą metodą badania są w zupełności pewne i potwierdza je kontrolne badanie Stillingiem lub włóczkami.

Celem precyzyjnego wykrycia najmniejszych zaburzeń w poczuciu barw należy posługiwać się porównaniami barw (Rayleigh) anomaloskopem Nagla.

Jeżeli chodzi o głosy z literatury, to Seudel uważa nowe tablice Stillinga za lepsze od Nagla i wcale nieustępujące anomaloskopowi. Schmidt podnosi, że tak tablice Stillinga, jak również anomaloskop nie pozwalają wykryć typów. Barbel radzi w braku anomaloskopu używać prócz

tablic Jshihary jeszcze mozajkowych tablic Schaffa. Anomaloskop jego zdaniem nie zawsze daje dobre wyniki.

Po zapoznaniu się z istotą daltonizmu, jego częstotliwością i sposobami wykrywania należałoby pokrótce zastanowić się nad zdadnością upośledzonych na barwy do służby kolejowej lub marynarki. Uderza nas często, że daltonicy pełnili służbę na bloku, zwrotnicach około 20 lat i nie mieli wypadku. Jeżeli zawodzi ich poczucie barw, to sygnały umięją oni doskonale rozpoznawać prawdopodobnie mechanicznie, zwłaszcza że mają prawie o połowę lepszą ostrość wzroku od normalnych. Sygnały o silnem nasileniu światła są jeszcze widziane przez częściowo upośledzonych na barwy.

Sprawa więc zdadności upośledzonych na barwy do służby kolejowej wymaga pewnej rewizji. Czuje się to wśród pracowników kolejowych i organów zwierzchniczych. Co bowiem robić z pracownikami zdyskwalifikowanymi, którzy pracowali kilkanaście lat na kolei ku zupełnemu zadowoleniu. Podnoszą się głosy również w literaturze za uregulowaniem tej kwestji.

Podesta radzi międzynarodowe zebranie lekarzy kolejowych celem ustalenia stałych danych. Allen, Thomas radzi używać zamiast sygnałów zielonych dwa światła jasne obok, a zamiast sygnałów czerwonych dwa światła jedno nad drugim, co pozwoliłoby zużytkować do pracy dużą ilość daltoników. Pierce podaje, iż w marynarce angielskiej przy badaniu uwzględnia się trzy grupy pod względem pocucia barw:

I grupa obejmuje całkiem normalnych na stanowiskach odpowiedzialnych, od których wymaga się nazwy kolorów.

II grupa — maszyniści, technicy i t. p., od których wymaga się średnie sygnały, badane latarnią.

III grupa — służba kancelaryjna, od której wymaga się rozróżniania dużych sygnałów zbliiska latarnią.

Nasze przepisy kolejowe w sprawie badania na barwy: „badany powinien odróżniać wszystkie znaki Stillinga” należałoby zmienić, albowiem większość ludzi o prawidłowem pocuciu barw nie czyta kilku tablic Stillinga. Należałoby wprowadzić trzy grupy badanych na barwy:

I grupa obejmowałaby pracowników pierwszej kategorii, od których wymaga się rozpoznawania wszystkich znaków tablic Jshihary lub Stillinga, które są w stanie rozpoznawać osobnicy o normalnem pocuciu na barwy.

II grupa obejmowałaby pracowników 2 kategorii z wyjątkiem lekarzy, którzy mogliby mieć bardzo nieznaczne zaburzenia w pocuciu barw, według Koeniga, osobnicy ci nie rozpoznawaliby tylko 4 i 5 tablicy Jshihary, a więc łącznie 2 tablic. Lekarzy pod względem rozpoznawania barw należałoby wliczyć do pierwszej grupy.

O ile pracownik I grupy spełniał nienagannie swe obowiązki przez 5 lat, a ma częściowe, bardzo nieznaczne, osłabienie w pocuciu barw,

to możnaby go zostawić na zajmowanym stanowisku, o ile uczyniłby zadość wymogom dla pracowników drugiej grupy lub badaniu na sygnały świetlne według dotychczasowych przepisów. Wyłączeni od tych ulg powinni być maszyniści i kierownicy pociągów.

III grupa obejmowałaby służbę kancelaryjną, którą obowiązywałaby próba Holmgreena włóczkami.

Należałoby prócz Stillinga przepisać podręcznik Jshihary do badania, który jest powszechnie znany i przyjęty w innych państwach. Międzynarodowy XIV Kongres w Madrycie zalecił używanie przynajmniej dwóch podręczników do badania: Stillinga i Jshihary.

Następnie chciałem zaznaczyć, że daltonizm jako wada wrodzona jest nieuleczalny, dlatego podejmowanie się jego leczenia, jak to miało miejsce, powinno podpadać pod kodeks lekarski.

Wrazie pozostawienia tych samych przepisów co dotychczas odnośnie do badania na poczucie barw byłoby na miejscu przynajmniej zezwolenie na uzupełnienie dotychczasowych przepisów, a to do słów: „Badanie zdolności rozpoznawania barw przeprowadza się sposobem Stillinga lub Holmgreena” należałoby dodać: „Stillinga, Jshihary, Holmgreena lub anomaloskopem Nagla”, a do słów: „Badany powinien odróżniać wszystkie znaki Stillinga” dodać: „lub Jshihary”, które osobnik o normalnym poczuciu barw jest w stanie odróżnić — stosownie do polecenia Międzynarodowego Kongresu XIV w Madrycie z kwietnia 1933 r.

Wreszcie należałoby wprowadzić obowiązkowe badanie na barwy na Uniwersytetach dla studentów medycyny i lekarzy chcących poświęcić się okulistyce, gdyż rozpoznawanie barw jest im koniecznie potrzebne tak do badania dna oka, jak również w przyszłym zawodzie.

Spostrzeżenia przytoczone obracają się w ramach teorii i praktyki i są oparte na materiale badanym rozmaitymi metodami w pokoju, inaczej może rzecz przedstawiałaby się przy badaniu upośledzonych na barwy w przestrzeni o rozmaitych porach i w rozmaitych warunkach atmosferycznych.

Po tej części teoretyczno-praktycznej powinna nastąpić część czysto praktyczna. Należałoby anomalnych trichromatów przebadać w przestrzeni na sygnały świetlne. Ciekawem jest, jak zachowują się anomalni trichromaci, według Jshihary kompletni daltonicy na zielone, a jak kompletni daltonicy na czerwone. Jest bowiem bardzo duża różnica między kompletnymi daltonikami tylko na kolor czerwony według Jshihary, a kompletnymi daltonikami tylko na kolor zielony. Podczas gdy kompletni daltonicy na kolor zielony według Jshihary po namyśle są zdolni odczytać większość tablic, to kompletni daltonicy według Jshihary tylko na kolor czerwony nie są w stanie odczytać prawie wszystkich tablic, gdyż przeciwstawiają im się jako jednostajnie szare, i nie odróżniają żadnych liczb.

Ciekawe następnie byłyby pomiary znużenia siatkówki po 4, 6, 8, 10 godzinach nieustannego wpatrywania się w przestrzeń. Wiadomo bowiem, że po pewnym czasokresie wytężonego nastawienia siatkówki na-

stępuje wyczerpanie elementów nerwowych i badany w tym okresie o całkiem normalnem poczuciu barw nie odczyta większości tablic Stillinga, jak to było w kilku przypadkach. Badany bezpośrednio po służbie nocnej u lekarza rejonowego nie czytał większości tablic. Badany następnego dnia przez okulistę po wypoczynku miał zupełne i pewne poczucie barw. Z tego widać, że podobnie jak człowiek jest zdolny tylko do pewnych granic wysiłku fizycznego, tak również siatkówka ze swemi elementami nerwowymi musi mieć pewne maximum wytrzymałości. Jak przekroczy to maximum, to kolory tablic o słabych bodźcach na siatkówkę będą przedstawiały się jako jednostajne szare pole.

Po mojej części przeważnie teoretycznej byłoby wdzięczne pole opracowania części praktycznej w przestrzeni przez komisję lotne.

Pomijam tutaj zaburzenia barw w związku ze zmianami siatkówki, które wchodzą w zakres patologii, jak w różnych postaciach zaniku nerwu wzrokowego, w jaskrze, barwikowym zwyrodnieniu siatkówki, odwarstwieniu siatkówki i t. p. W niektórych przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowego może nastąpić utrata poczucia barw, która ustępuje z chwilą minięcia sprawy chorobowej.

W zakończeniu chciałem przytoczyć ustosunkowanie się w dyskusji świata naukowego do przedstawionego referatu na temat daltonizmu. Otóż po ożywionej dyskusji, w której referent przeciwstawił się projektowi stworzenia pewnego rodzaju komisji do badania przypadków wątpliwych, gdyż uważał, że specjaliści kolejowi mają więcej doświadczenia, badając ciągle, niż komisja, która badałaby dorywczo, wpłynął wniosek prof. Laubera, uchwalony jednomyślnie, o tej treści: *Należy zwrócić się do Ministerstwa, by w myśl uchwał Międzynarodowego Kongresu XIV w Madrycie wyposażyło Dyрекcję kolejowe w potrzebne środki do badania, a więc anomaloskop Nagla i podręcznik Jshihary, które w myśl Kongresu mają być obowiązujące prócz podręcznika Stillinga*. Dalej — zajęto stanowisko, ażeby przyjmowano do służby kolejowej tylko osobników o normalnem poczuciu barw, gdyż podróżny porucza swe życie kolei za opłatą i chce mieć 100% pewność bezpieczeństwa.

Za wprowadzeniem podwójnych podręczników przemawia to, że anormalni trichromaci łatwo uczą się tablic i na komisji głównej czytają pewnie tablice wyuczonego podręcznika Stillinga, czego nie czytali u lekarza rejonowego lub okulisty tak dalece, że u czynników miarodajnych powstaje przypuszczenie, że badanie było powierzchowne lub zakradła się omyłka. Tymczasem badanie innemi metodami jak Holmgreen lub Jshihara wypada ujemnie i wykazuje bezpodstawność tych przypuszczeń. Chociaż takich anomalnych trichromatów, którzy mają bardzo nieznaczne zaburzenie w poczuciu barw i łatwo uczą się na pamięć tablic, tak że numera odczytują nawet po odwróceniu książki, możnaby poniekąd pozostawić na mniej odpowiedzialnych stanowiskach.

Die Abkürzung

DR. FRANZ NARÓG, LWÓW, POLEN

Farbenblindheit in Ziffern und die Methoden seiner Entdeckung angesichts des Bahndienstes

Der Verfasser gibt zuerst die Wichtigkeit der Farbenuntersuchung an, später bespricht er das Wesen der Farbenblindheit. Bei der periodischen Untersuchung der Bahnarbeiter hat er 101 Farbenblinde entdeckt und zwar 5 Rot- und Grünblinde, 25 Grünblinde, 56 nicht komplett Rot- und Grünblinde. Bei dieser Gelegenheit zieht er die Untersuchung mit den Tafeln von Jshihara vor, weil sie erlaubt die komplett Rotblinde und Grünblinde zu entdecken. Der Untersuchte liest sicher und schnell ohne zu Bedenken die versteckten Ziffer. Der Verfasser projiziert die Ergänzung der Bahnvorschriften in dieser Richtung, dass nebst Stilling und Holmgreen auch Jshihara und Anomaloskop von Nagel als Methoden der Untersuchung sollen anerkannt sein. Bei diesen Methoden der Untersuchung müssen die Bahnarbeiter der I Kategorie einschliesslich der Ärzte ganz farhentüchtig sein. Die Bahnarbeiter der II Kategorie können etwas farbenschwach sein und dabei erlaubt ist die zwei Tafel, Nr. 3 und 4 von Jshihara nicht zu lesen. Diejenige Bahnarbeiter, welche 5 Jahre bei der Bahn zur vollkommenen Zufriedenheit gedient haben, können sie farhentüchtig nach I Kategorie sein. Die Maschinisten und Bahnführer dürfen bei diesen Erleichterungen nicht in Anspruch genommen sein. Die Kasseleiarbeiter der III Gruppe sollen nach Holmgreen untersucht werden. Die Farben sind nicht zu erlernen und wenn jemand von der Ärzten Farbenblinde lernen will, soll er mit ärztlichem Kodex zu thun haben.

Den Procent der Daltoniker berechnet er auf $6-8\frac{1}{2}\%$.

MORSZYŃSKA SÓL GORZKA

stosowana we wszelkich stanach niedomogi przewodu pokarmowego, wątroby i t. p. reguluje przez zwykłe łagodne działanie, cały system trawienia i wpływa dodatnio na układ nerwowy, nie wywołując żadnych objawów ubocznych.

Znajduje się w lekospisie wszystkich Dyrekcyj kolejowych.

Zdrowisko Morszyn jak i jego produkty (sól krystaliczna, w proszku i woda gorzka) należą do Związku Lekarzy, przy czem czysty zysk przeznaczony jest na wdowy i sieroty po lekarzach jak również na rozbudowę polskiego Karlsbadu.

GENERALNE ZASTĘPSTWO:

Dr. Farm. K. WENDA-Warszawa.

Wrażenia z Estonji

DR. WOJTKIEWICZ, Bydgoszcz

„Kas tunnend maad?” *)

Wzajemne poznanie się narodów daje bezsprzecznie wielkie korzyści. Powstaje możność porównania wysiłków i wyników w różnych dziedzinach życia, a co idzie za tem, wysnuwania wniosków praktycznych na przyszłość.

Z tą przewodnią myślą pojechałem do Estonji z zamiarem poznania organizacji służby sanitarnej na kolejach, a przy tej okazji odwiedzenia swoich krewnych, oddawna zamieszkujących w Estonji.

Dzięki wielkiej uprzejmości i gościnności Pana Dyrektora Perna, pułkownika Simona oraz Lekarza Naczelnego Estońskich Kolei, D-ra Lübecka, którym tą drogą składam najserdeczniejsze podziękowanie, miałem możność poznać ten piękny kraj w daleko szerszym zakresie, niż początkowo zamierzałem.

Po powrocie, przeglądając swoje notatki z podróży, zdecydowałem odstąpić od formy suchego sprawozdania, nadając swej pracy charakter raczej reportażu z zachowaniem chronologicznej kolejności wydarzeń.

Uczyliem to w przeświadczeniu, że zebrany przeze mnie materiał o Estonji, kraju naogół u nas mało znanym, zainteresuje kolegów. Notując wrażenia swoje w formie dziennika, nie mogłem uniknąć opisu przeżyć osobistych, za co zgóry przepraszam.

W drodze do Tallina

Dnia 30 lipca w godzinach rannych przekroczyłem granicę łotewską w Zemgale i po załatwieniu koniecznych formalności znalazłem się w przedziale wagonu bezpośredniej komunikacji Zemgale — Tallin.

Pociąg rusza — oddaję się obserwacji.

Wagon przypomina pulman dawnych kolei rosyjskich, czystość pałnuje wzorowa, kanapy obite suknem w pokrowcach, wygodne poduszki do

*) „Znasz-li ten kraj?”

oparcia. Obszerne miejsce na walizy i ciężkie pakunki mieści się w przedziale nad sufitem korytarza w specjalnych nyzach, a więc nie grozi podróżnemu spadnięcie ciężkiej walizy na głowę. Na siatkach umieszcza się tylko drobniejsze pakunki, laski, kapelusze. W korytarzach karafki z wodą, w każdym przedziale masywna mosiężna spluwaczka, po ścianach reklamowe fotografie miast i uzdrowisk. Okna mniej szerokie, jak w naszych pulmanach i otwierają się od dołu i tylko do połowy, co uniemożliwia wychylanie się z okien. Ustępy w wagonach czyste, ściany pomalowane jasną farbą, co sprawia miłe wrażenie, umywalka, lustro. Brak natomiast w wagonach luster ozdób mosiężnych. Zwróciłem uwagę na przyrząd w ustępach do stałej irygacji płynem dezynfekującym.

Mijane stacje, aczkolwiek w przeważnej części małe i skromne, wyglądają schludnie.

Zwracam uwagę na pudła blaszane, malowane na kolor oliwkowy, dla śmieci i dla płynów, ustawione na peronach.

Obsługa pociągu, jak i personel stacyjny nosi mundury brązowego koloru, do złudzenia przypominające mundury naszych pocztowców. Konduktorzy uprzejmi i chętnie udzielają wszelkich wyjaśnień.

Krajobraz niczem nie różni się od krajobrazu ziemi wileńskiej. Czas szybko upływa, już minęliśmy Daugavpils (Dyneburg) i zdążamy w kierunku Rygi. Przestawiam zegarek naprzód o całą godzinę, gdyż tutaj obowiązuje czas północno-europejski. Miejscowość staje się bardziej falista, dość malownicza, przystanki częstsze, mijamy szereg miejscowości letniskowych, na stacjach widać dużo letników. Zwraca uwagę swoim wesołym wyglądem i ruchem letniskowym stacja Ogre.

Nad wieczór przyjeżdżamy do Rygi, mam kilka godzin czasu, gdyż dalej mój wagon pójdzie około godziny jedenastej. Rzeczy zostawiam w przedziale pod opieką konwojenta i udaję się do miasta. Ze względu, na spóźnioną porę niema mowy o zwiedzaniu urządzeń sanitarnych kolei, czynię tylko pobieżne obserwacje.

Dworzec w Rydze obszerny, wygodnie i celowo rozplanowany, utrzymany czysto. Ryga odrazu robi wrażenie dużego, pięknego miasta. Znaczna ilość ogrodów i cienistych parków, przeważnie położonych nad kanałami, sprawia miłe wrażenie. Pogoda dopisuje, więc spacerującej publiczności dużo. Często spotykam młodzież i dzieci, wygląd mają przeważnie wesoły i radosny. Nie widzę wcale żebrzących, ani sprzedawców ulicznych, jedynie często się spotyka kioski z gazetami, kwiatami i napojami chłodzącymi. Większość przechodniów ubrana przyzwoicie, ludzi obdartych lub ubogo ubranych prawie nie spotykałem. Całość robi wrażenie dobrobytu; kawiarnie przepełnione, mimo że jest dzień powszedni i niezbyt późna pora (godz. 6 wiecz.). Słysz się mowę przeważnie łotewską, również często rosyjską i niemiecką. Spotykam wkrótce grupę polskich sportowców udających się na zawody do Tallina, z którymi razem zrana przekroczyłem granicę w Zemgale. Chodzę bez ustalonego planu. Zagłębiając się w dzielnicy o wązkich ulicach i średniowiecznych budowach gotyc-

kich, to znów wychodzę na szerokie ulice nowoczesnego miasta. Podziwiam piękny gmach uniwersytetu (dawniejszej politechniki) na tle zieleni parku, zwracam uwagę na nowoczesny gmach opery narodowej, głównej poczty, kilku szkół, hoteli etc. Przeglądam wystawy sklepowe, porównyując ceny. Odnoszę wrażenie, że ubrania, towary galanteryjne i wyroby skórzane są nieco droższe niż u nas, zwłaszcza, że łąt jest droższą walutą (za łąt płaci się 1,55). Jestem zmęczony i chciałbym wypocząć. Wchodzę do parku miejskiego, gdzie właśnie rozpoczął się koncert orkiestry wojskowej. Na tarasie kawiarni, słuchając koncertu, spędzam resztę wieczoru. Kawa bardzo dobra, nie droższa, jak u nas w Warszawie. W ogrodzie ruch wielki. Obserwuję grupę rozbawionej młodzieży łotewskiej, typowych przedstawicieli swej rasy. Przeważa typ rosłych, tęgich blondynów(nek) o twarzy okrągłej, niebieskich oczach, o pięknej cerze i zdrowym wyglądzie. Śmiech i głośną rozmowę słyszy się na każdym kroku. Ale już czas na dworzec.



Rys. 1. Moje „locum” w Nõmme

Rzeczy zastaję w porządku, miejsce zarezerwowane. Wagon wypełnia się podróżnymi, ruszamy. Po parogodzinnej drzemce budzę się. Walga — stacja graniczna, kontrola paszportów, pobieżna rewizja bagażu — na słowo. Jedziemy dalej. O świcie mijamy Tartu. Około godziny 9-ej pociąg mija przedmieścia Tallina i wkrótce zajeżdża przed Dworzec Bałtycki.

Jestem u celu podróży.

Wychodzę z wagonu, rozglądam się, żadnej znajomej twarzy, a więc list mój nie doszedł. Zmieniam złote na krony estońskie i zamierzam wynająć taksówkę. W tem nadchodzi Dyr. Perna z żoną i Pułkownikostwo Simon, których od razu poznaję, aczkolwiek znam tylko z fotografii. Po przywitaniu jedziemy do Nõmme, gdzie mam u Państwa Pernów zamieszkać. W trakcie rozmowy nie spostrzegam, jak jesteśmy na miejscu.

Nõmme jest stosunkowo młodą miejscowością letniskową w kilku kilometrach od Tallina i rozrzuconą na przestrzeni 10 kilometrów wzdłuż szosy.

Czeka na mnie ciepła kąpiel i śniadanie. Zwiedzamy posiadłość miłych gospodarzy. Piękny piętrowy domek, nowocześnie i komfortowo urządzony. Garaż, młody ogród owocowy.

W całym Nõmme grunt piaszczysty, a więc rośnie przeważnie jodła i sosna; użyźnianie ziemi wymaga dużo pracy i pieniędzy, zato miejscowość nadzwyczaj zdrowa, powietrze balsamiczne, przejrzyste.

Zamieszkuję na piętrze w pokoiku z balkonem i widokiem na okolicę.

Podczas obiadu układamy plan na dni najbliższe. Czasu mam mało, a chciałoby się wszystko godne widzenia zobaczyć. Pogoda nadal dopisuje. Po obiedzie jedziemy na przejażdżkę samochodem; mijamy boczne drogi Nõmme i przez tereny gminy podmiejskiej okrążamy Tallin ze strony północnej. Pięknie zarysowuje się ten gród średniowieczny ze spiczastymi kopułami świątyń, murami starożytnych zamków i licznymi basztami. Majestatycznie wznosi się nad wszystkim górne miasto — Wyszogród — pełny pamiątek zamierchłych czasów. Mijamy port i stocznnię,



Rys. 2. Tallin — Wyszogród

jedziemy po krętych i wązkich uliczkach śródmieścia, rzucam okiem na rynek, teatr, jedziemy dalej, za miasto. Przepiękna i doskonale utrzymana szosa. Po lewej stronie pałac — obecna rezydencja Głowy Państwa, niegdyś pałac cesarski, wybudowany przez włoskiego architekta Michetti. Szosa idzie przez piękny i bardzo obszerny park Kardiorg. Wkrótce droga zbacza ku morzu, widok wspaniały, miasto na tle zatoki jest pełne uroku. Dojeżdżamy do posiadłości głównodowodzącego armją Estońską Generała Laidonera. W drodze powrotnej przy wieczornem słońcu jeszcze bardziej uwydatnia się piękno miasta na tle zatoki. Przejeżdżamy obok pomnika „Rusalka”, wzniesionego na pamiątkę katastrofy zatonięcia rosyjskiego statku wojennego „Rusalka” w roku 1893.

W Nõmme zastajemy licznie zebrane rodzeństwo. Jesteśmy radzi ze spotkania. Z całej rodziny znałem tylko nieboszczyka stryja Henryka, kuzyna i kuzynkę; resztę licznego rodzeństwa wraz z ich rodzinami poznałem poraz pierwszy. W wesołym i serdecznym nastroju siadamy do stołu.

Z kuzynem W. łączą mnie wspólne przeżycia podczas rewolucji, to też chętnie wspominamy wesołe i smutne, ale już minione chwile.

Już późno, a jutro nas czeka praca. Żegnamy się Przysięgam, że wszystkich odwiedzę w wolnych chwilach od przewidzianych wycieczek.

Wstaję o 7, nie mogę narazie zorientować się, gdzie jestem. Mocno spałem. Wygodnie, niegorąco, okna otwarte, świeci słońce. Po śniadaniu z Dyr. Perna jedziemy do Centr. przychodni w Tallinie.

Organizacja służby sanitarnej na Kolejach Estońskich

Godzina 8. Przechodzimy przez poczekalnię, wypełnioną czekającymi pacjentami. Przychodnia mieści się w drewnianym przedwojennym, dość ciasnym budynku. Wchodzimy do gabinetu jednego z lekarzy rejonowych. Dyr. Perna zaznajamia mnie z Dr. Lenzinem, lekarzem rejonowym, a za-



Rys. 3. Tallin — Widok ogólny

razem Zastępcą Lekarza Naczelnego Estońskich Kolei (Lekarz Naczelny jest na urlopie).

Dr. Lenzin oprowadza mnie po wszystkich ubikacjach, dając wyjaśnienia. Pomieszczenia są dość ciasne, dawno nie remontowane, lecz utrzymane czysto i starannie. Całość robi wrażenie bardzo skromne. Młode Państwo rozporządza szczupłymi środkami i narazie nie stać na wybudowanie własnego gmachu, choć taki zamiar jest w projekcie.

W całej Estonii pracuje 17 lekarzy kolejowych. W Tallinie są tylko 3 rejony lekarskie, obsługiwane przez 3-ch starszych lekarzy rejonowych i 4-ch lekarzy młodszych czyli podrejonowych (zastępców, asystentów). Każdy rejon składa się z rejonu miejskiego i części przestrzeni.

Dr. Lenzin ma dwu lekarzy podrejonowych. Jeden z nich urzęduje w Haapsalu, gdzie kieruje jednocześnie kolejowym domem wypoczynkowym na 60 łóżek i prowadzi leczenie udających się na błotne kuracje. Przestrzeń Tallin—Haapsalu należy do niego.

Drugi lekarz rejonowy p. Dr. Kukk jest jednocześnie Kierownikiem Centr. Przychodni. On ma również 2-ch asystentów.

Trzeci lekarz sam prowadzi rejon bez zastępcy. Lekarzy specjalistów, jak na naszych kolejach, specjalnie zaangażowanych do pracy wyłącznie w zakresie swojej specjalności, Koleje Estońskie nie posiadają. Przyjmując lekarzy do pracy, dobiera się specjalistów różnych specjalności. Wszyscy lekarze asystenci, jak i lekarze rejonowi są specjalistami, a Centralna Przychodnia ma charakter polikliniki specjalistycznej. Nie oznacza to bynajmniej, żeby taki specjalista nie udzielał się innej pracy poza swoją specjalnością; przeciwnie, każdy z tych lekarzy jest nadto lekarzem kolejowym w całym znaczeniu tego słowa.

W przychodni zachowany jest wolny wybór lekarza. Chory może się zgłaszać do każdego z ordynujących (7) lekarzy według specjalności, względnie zostaje przekazywany do właściwego specjalisty. Natomiast



Rys. 4. Tallin — Rynek

poza przychodnią — obowiązuje podział na rejony, a więc ten sam chory w razie obłożnej choroby może trafić w ręce innego lekarza.

Oglądam salę chirurgiczną, gdzie właśnie chirurg wykonywał zastrzyk dożylny cukru gronowego do żyłaków kończyn dolnych. Pokój skromny co do rozmiarów, lecz należycie wyposażony w narzędzia i przyrządy do sterylizacji, jak autoklav etc. (Autoklav widziałem we wszystkich, nawet mniejszych przychodniach). Obok gabinet urologiczny, całkowicie wyposażony w sprzęt urologiczny, potrzebny do badań i zabiegów ambulatoryjnych. Następny gabinet ginekologa, nieco ciasny, ale również dobrze zaopatrzony. Dr. Kukk, ginekolog i kierownik przychodni, narzeka na ciasnotę, ale trudno, trzeba czekać. Jako Kierownik C. Przychodni pracuje narazie honoris causa, bez specjalnego wynagrodzenia. Zwiedzamy kolejno gabinet roentgenologiczny. Aparatura nowoczesna, dobra izolacja gwarantuje bezpieczeństwo ze strony przewodów i chroni od promieni.

Gabinet służy narazie do celów djagnostycznych. Urządzeń do leczenia niema. To jest jedyna pracownia roentgenologiczna na Kolejach Estońskich. Skierowują się tutaj wszystkie przypadki do zdjęć i prześwietlań z całego państwa, z wyjątkiem przypadków szpitalnych, w których te czynności wchodzą w zakres badań pomocniczych przy leczeniu szpitalnem bez osobnej dopłaty. Pracownia fizykalnej terapii składa się z trzech pokoi, gdzie są umieszczone lampy kwarcowe, sollux i inne przyrządy, jak pantostat, skrzynie i szafy do ogrzewań, oraz diatermja.

Pracownia bakterjologiczna i analityczno-lekarska prowadzona jest również przez jednego z lekarzy podrejonowych, specjalistę bakterjologa. Oprócz zwykłych badań analityczno-lekarskich przeprowadza się tu prawie wszystkie badania bakterjologiczne i serologiczne z wyjątkiem Wassermanna. Przyrządza się tu również autoszczepionka.

Kancelarję prowadzi jeden kancelista (sanitarjusz) i siostra. Felczyrzy, jak i u nas, są na wymarcu i tylko gdzieniegdzie są przydzielani do pomocy lekarzom, przeważnie do pracy w aptekach, kancelarjach etc.

Lekarze kolejowi w Estonji urzędują jednorazowo przed południem. Chory winien zgłosić się w kancelarji w godzinach rannych od 8—11,30, najdalej do 12, gdzie otrzymuje kartę porady (bezpłatną) do lekarza, względnie do lekarza-dentysty. W tych godzinach kancelarja również przyjmuje zamówienia do obłożnie chorych. Wszyscy zgłoszeni w tych godzinach zostają przez lekarzy przyjęci. Karty porad wydają również i miejsca służbowe (na przestrzeni, gdzie niema przychodni). Karta porady składa się z 3-ch odcinków, z których jeden zostaje u lekarza i zawiera rozpoznanie dla sporządzenia statystyki, jeden zatrzymuje kancelarja i włącza do kartoteki odnośnego pracownika — ten odcinek zawiera również diagnozę oraz dane dotyczące zwolnienia od pracy (dla członków rodzin kartoteki nie prowadzi się). Kartoteki prowadzi się przeważnie dla użytku komisji lekarskich. Kartoteki są ułożone w szafie z przedziałkami według alfabetu. Trzeci odcinek dostaje miejsce służbowe, odpowiada on naszemu orzeczeniu lekarskiemu (P. K. P. Serja S. Nr. 4), zawiera zwolnienie od pracy.

Kancelarja wystawia na zlecenie lekarzy przekazy do szpitali na formularzach białych i zielonych (wypadki).

Dopłata za leczenie pracowników i członków rodzin w szpitalach pobiera się różna, w zależności od wysokości uposażenia. Robotnik i niższy funkcjonarjusz dopłaca bardzo mało, wyższy urzędnik musi dopłacać znacznie więcej. Przekaz szpitalny składa się z 3-ch odcinków. Jeden zawiera personalja i diagnozę lekarza kierującego pacjenta, ten zatrzymuje szpital, drugi stanowi rachunek szpitalny i przez lekarza leczącego zostaje skierowany do Naczelnego Lekarza, trzeci odpowiedź szpitala dotyczącą przebiegu choroby i rozpoznania, do użytku leczącego lekarza.

Każdy pracownik służby czynnej ma prawo korzystać z leczenia szpitalnego w roku kalendarzowym tylko 6 miesięcy. Terminy te nie mogą być przedłużone i dalsze kosztu pracownik bezwzględnie ponosi. Dotyczy

to również i chorych umysłowo. Wyjątek stanowi jedynie gruźlica płuc, kiedy przedłużenie leczenia szpitalnego i sanatoryjnego jest uwzględniane. Ograniczenia te są spowodowane szczupłością kredytów, które Służba Sanitarna Estońskich Kolei rozporządza.

Zapomogi na leczenie klimatyczne nie są przewidziane. Leczenie płucno-chorych polega jedynie na umieszczeniu w szpitalach i sanatoriach na warunkach ogólnych. Szpitali własnych kolejowych i sanatoriów przeciwgruźliczych w Estonji nie ma. Płucno-chorych umieszcza się przeważnie w Sanatorjum dla płucno-chorych w Nõmme w 10 kilometrach od Tallina.

Pozatem jest drugie sanatorjum w pobliżu Tartu. Schorzenia gośćcowe w Estonji z dobrym skutkiem są leczone za pomocą błotnych kąpeli w kilku specjalnych uzdrowiskach, szczególnie w Haapsalu, gdzie, jak wspomniałem, Kolej posiada własne sanatorjum (dom wypoczynkowy na 60 łóżek), administrowane przez własnego lekarza, który też przeprowadza leczenie. Pobyt jest bezpłatny. Pacjenta skierowuje się po zakwalifikowaniu przez Komisję.

Przypadki szpitalne kieruje się do różnych szpitali w różnych miastach, w tem do klinik uniwersyteckich w Tartu. Wszędzie obowiązuje jedna urzędowa taryfa (dla urzędników), ustalona przez Izbę Lekarską.

Czynności biurokratyczne lekarzy są ograniczone do minimum, sprzyja temu ta okoliczność, że jeden z lekarzy rejonowych jest jednocześnie zastępcą Lekarza naczelnego Kolei, a więc stale jest utrzymywany bezpośredni kontakt z władzą zwierzchnią. Zachodzi tu pewna anomalia, że jedna osoba jest jednocześnie i zwierzchnikiem i podwładnym, gdyż kierownikiem przychodni jest inny lekarz. Ta zdawałaby się rozbieżność wychodzi jednak na korzyść dzięki dobrym koleżeńskim stosunkom i zgraniu.

Komisje prowadzą się, jak i u nas, w dwu instancjach. W pierwszej bierze udział tylko jeden lekarz i przedstawiciel miejsca służbowego. W drugiej dwu lekarzy rejonowych i przedstawiciel służby (komisja centralna). Przewodniczy w komisji zawsze lekarz. Treścią badań komisyjnych, jak i u nas, są: długotrwała choroba, niezdolność do pracy, sprawy wypadkowe etc. Władza zwierzchnia kładzie wielki nacisk na częste uchylania się od pracy. Dla symulantów i świadomie uchylających się władze kolejowe są bezwzględne. Udowodniona symulacja pociąga nawet zwolnienie ze służby. Dlatego też wypadki symulacji podobno są bardzo rzadkie. Protokoły Komisji Lekarskich podobne do naszych. Orzeczenia Komisji zatwierdza Naczelny Lekarz.

Badania okresowe są przewidziane dla pracowników Ruchu i Trakeji co 3 lata, dla reszty co 5 lat. Formularze podobne do naszych.

Badania nowowstępujących notuje się na krótkich formularzach, co nie odbiera lekarzom dużo czasu. Jak i u nas na specjalnych formularzach są notowane doniesienia o katastrofach z opisem przebiegu akcji ratowniczej.

Zakończyłem zwiedzanie Przychodni rozmową z D-rem Lenzinem w jego gabinecie.

Dr. Lenzin jest internistą — stosownie do tego i gabinet jest nastawiony na przyjęcie chorych wewnętrznych. Widzę wagę, przyrząd zegarowy do mierzenia ciśnienia krwi (takie tonometry widziałem później również i w innych przychodniach mniejszych).

Po skończonem przyjęciu lekarze odwiedzają obłożnie chorych na podstawie zgłoszeń, złożonych w kancelarii. Ponieważ wizyty odbywają się według przynależności do rejonu, z chwilą tą ustaje wolny wybór lekarza, a więc i ciągłość leczenia, a lekarz specjalista staje się „omnibusem”. W Przychodni pozostaje lekarz dyżurny (kolejno) wraz z dyżurnym sanitariuszem (siostrą) dla załatwienia wypadków nagłych.

Do wyjazdów lekarzy od godziny 12 stoi do dyspozycji dyrekcyjny samochód, który kolejno rozwozi lekarzy do chorych. Lekarze nie narzekają, żeby było zbyt dużo wyjazdów. Pacjenci nie mają w zwyczaju nadużywać pracy lekarza. Krwotoki, porody i wypadki ciężkie od razu idą do szpitala. Żadnych zabiegów w domu chorego nie wykonywa się. W Przychodni pracują jako siostry (felczarki) 2 wykwalifikowane położne, pomagając przy pracy codziennej, a w razie porodu kolejno udają się do rodzącej. Przypadki powikłane często nawet bez lekarza one skierowują do szpitala. Wyjazdy na przestrzeń odbywają często kursującymi pociągami, a w razie potrzeby dreżyną motorową lub samochodem dyrekcyjnym. W razie niemożności osiągnięcia lekarza kolejowego wzywa się lekarza prywatnego, przyczem rachunek według taryfy urzędowej opłaca Zarząd Kolei (oczywiście w wypadkach uzasadnionych). W niektórych miejscowościach, dokąd przybycie lekarza kolejowego na czas z reguły jest utrudnione (brak dogodnej lokomocji), używanie lekarzy prywatnych świadomie jest tolerowane, nawet polecane. Wszyscy lekarze bez wyjątku biorą udział w komisjach, badają nowowstępujących, przeprowadzają badania okresowe, inspekcje sanitarne i t. d. Podobno wszyscy lekarze interesują się sprawami kolejowymi i są oddani swej pracy. Tłumaczy się to tem, że w Estonji wcale nie spotyka się kumulacji posad i lekarz trzyma się przeważnie jednej pracy. (W Tallinie na niespełna 140 tys. mieszkańców praktykuje ponad 300 lekarzy). Stosunki koleżeńskie panują dobre i pomimo, że nie odczuwa się zwierzchności, dyscyplina wewnętrzna jest wzorowa. Własnej organizacji zawodowej lekarze kolejowi nie mają, jednak wszyscy są zjednoczeni w Ogólnym Związku Lekarzy Estońskich.

Na Kolejach Estońskich, jak i u nas, przeprowadza się szkolenie personelu kolejowego w niesieniu pomocy doraźnej, zwłaszcza pracowników służby Ruchu. Wszystkie obsługa pociągów jest już w tym kierunku przeszkolona. Natomiast szkolenie w ratownictwie przeciwgazowem przeprowadzane nie jest.

Na liczne kursa z gazownictwa, urządzone przez Czerwony Krzyż i inne instytucje społeczne, pracownicy kolejowi uczęszczają, jednak bez przymusu i bez obowiązku składania egzaminu.

Dla lekarzy pod tym względem również niema przymusu. Kursy z ratownictwa są opłacane. Na dworcu w Tallinie znajduje się pociąg ratowniczy, składający się z wagonu ze sprzętem technicznym i drugiego wozu dla drużyn ratowniczych (technicznych), w nim mieszczą się nosze, skrzynka z materiałem opatrunkowym. Specjalnego wozu lekarskiego niema, natomiast w razie katastrofy zawsze jest do dyspozycji wagon sanitarny Czerwonego Krzyża, wyposażony we wszystkie potrzebne sprzęty. Na wszystkich stacjach, jak i we wszystkich wagonach znajdują się skrzynki opatrunkowe, zawierające materiał opatrunkowy i leki. Na wieku skrzynki umieszczony czerwony krzyż. Podobne skrzynki widziałem we wszystkich autobusach. Lekarze kolejowi chętnie biorą udział w życiu społecznym, sportowym, ale przymusu jakiegokolwiek pod tym względem niema. Niema tu również organizacji społeczno-kolejowej o charakterze K. P. W. lub Rodziny Kolejowej. Praca społeczna na kolei pozostawiona jest inicjatywie prywatnej. Imprezy sportowe, również jak i przedsięwzięcia o charakterze humanitarnym są prowadzone przez towarzystwa prywatne lub przez poszczególne grupy ad hoc zorganizowane. Należenie pracowników do ogólnopństwowych organizacji o charakterze przysposobienia wojskowego przez Kolej jest oczywiście popierane.

Z instytucji humanitarnych wymienić należy tak zwane „Towarzystwo Wspierające“, które powstało z inicjatywy prywatnej. Towarzystwo czerpie środki z monopolu na reklamy, ze sprzedaży kalendarzy oraz składek dobrowolnych, pozatem imprez widowiskowych. Towarzystwo stale utrzymuje letnie kolonie dla dzieci między Tartu i Tapa. Chłopcy i dziewczęta w wieku od 7 do 14 lat spędzają tam rok rocznie swoje letnie wakacje w ciągu kilku tygodni. Opłaty specjalnej za pobyt nie pobiera się, natomiast od ojca przez czas pobytu dziecka na kolonji potrąca się z poborów dodatek na dziecko (podobno bardzo nieznaczny, który tylko w znikomej części pokrywa koszt utrzymania). Pozatem Towarzystwo utrzymuje dom wypoczynkowy dla pracowników rodzin w Narwa-Jõesu — kąpielisku morskiem. Rodzina tam dostaje bezpłatnie pokój bez utrzymania z używaniem kuchni. O przyjęciu decyduje Zarząd Towarzystwa. Od czasu do czasu Towarzystwo dostaje subsydja od Dyrekcji Kolejowej.

Biuro Naczelnego Lekarza mieści się w jednym budynku z apteką i przychodnią dentystyczną.

Wchodzimy do dużej poczekalni dentystycznej. Frekwencja chorych duża. Gabinet dość obszerny i widny, pracują jednocześnie dwie dentystki. W przychodni bezpłatnie leczy się zęby, wykonywa ekstrakcje w miejscowym znieczuleniu, wykonywa się plomby cementowe. Żadne prace techniczne nie są przewidziane, względnie są zależne od dobrowolnej umowy lekarza i pacjenta.

Apteka mieści się w trzech bardzo dużych pokojach.

Zaopatrzenie apteki dostateczne. Dość dużo specyfików produkcji krajowej, jak na przykład Piperazyna i Urodonal własnego wyrobu, cały szereg zastrzyków w opakowaniach oryginalnych, przetwory do proteino-

terapii, jak reakton i inne. Nalewki apteka przyrządza sama, ekstrakty sprowadza gotowe. Ekspedycja odbywa się bardzo starannie i niczem nie różni się od ekspedycji w aptekach prywatnych. Księgowość prowadzi się, jak w aptekach prywatnych. Na staranną, że tak powiem nawet drobiazgowo staranną ekspedycję zwrócono tu szczególną uwagę ze względów całkiem zrozumiałych. Cieszy się też słusznie apteka kolejowa wśród pracowników całkowitem zaufaniem. Za każde lekarstwo i środek opatrunkowy pobiera się dopłatę 20 centów (30 groszy), niezależnie od ilości i rodzaju środka. Środki opatrunkowe, gaza i wata produkcji krajowej. Widziałem również dużo specyfików zagranicznych Mercka, Bayera, Scheringa i innych.

Prowadzenie własnej apteki według obliczeń tutejszych daje im znaczne korzyści, bo niema mowy o jakichkolwiek ograniczeniach, a koszt jednej recepty wynoszą 40—50 centów (60—75 gr.), wówczas kiedy w aptecę prywatnej jedna recepta kosztuje przeciętnie 1—1,50 kr. (zł. 1,50—1,75).

Apteką kieruje rutynowany prowizor Magister Farmacji, pracują jeszcze 2 farmaceutki i 2 siostry.

Pomieszczenie Biura Sanitarnego składa się z gabinetu Naczelnego Lekarza, w którym również urzęduje jego zastępca, i jeszcze z dwóch pokoi.

Personel Biura stanowi sekretarz, rachmistrz i dwie siły biurowe (w tem jedna stenotypistka). Zaznajamiam się tutaj z pracą Sanitarjatu w świetle cyfr.

Długość Kolei Estońskich wynosi 1250 kil.

Wszystkiego w całej Estonji pracuje lekarzy kolejowych 17, w tem 8 rejonowych, reszta podrejonowi. Ogólna liczba pracowników w roku 1934—1935 wynosiła:

pracowników	7.382
członków rodzin . . .	10.714
razem	<u>18.096</u>

a więc na jednego lekarza przypada cokolwiek ponad 1 tysiąc głów. Na jeden rejon obsługiwany przez kilku lekarzy 2.250 głów.

Udzielono pierwszych porad pracownikom .	18.977
„ wtórych „ „	42.953
Razem	<u>61.930</u>

Z nich w przychodni . . 60.814
 „ w domu chorego 1.116 (z tego na przestrzeni 262)

Udzielono pierwszych porad rodzinom . .	19.010
„ wtórych „ „	34.063
Razem	<u>53.073</u>

Z leczenia diatermją korzystało (Tallin) 304 chorych na 2312 posiedzeniach; z nich:

pracowników	182	—	7.462 posiedzenia
dorosłych członków rodzin	122	—	840 posiedzeń
dziecko	1	—	10 „

Masaży wibracyjnych i ręcznych wykonano (Tallin) u 148 chorych 1.219 seansów; z nich:

pracowników	91	na 773 posiedzeniach
dorosłych członków rodzin	43	„ 307 „
dzieci	14	„ 139 „

Praca laboratorium analityczno-lekarskiego wyraziła się liczbą 3706 wszelkich badań i prac laboratoryjnych.

Praca Roentgena dla całej Dyrekcji: prześwietlań	809
„ „ „ „ „ zdjęć	484

Błotne leczenie zaaplikowano 165 osobom (w ciągu jednego miesiąca przeciętnie 20 kąpeli).

Praca urzędowa lekarzy wyraziła się w liczbach następujących:

badań nowowstępujących	1938	
„ perjodycznych	379	(w roku poprzednim 2863 badania co 3 i co 5 lat).

Ponadto udzielono bezpłatnej pomocy lekarskiej robotnikom zatrudnionym przy pracach społecznych na skutek porozumienia Zarządu Kolei z Opieką Społeczną za zgodą lekarzy w 448 wypadkach.

Wykonano inspekcji bufetów, zakładów fryzjerskich, dworców etc. 798.

Komisje lekarskie celem przedłużenia zwolnienia od pracy przy chorobach ponad 2 miesiące urzędowały w 355 wypadkach.

Komisje klimatyczne dla zakwalifikowania do leczenia sanatoryjnego płucno-chorych i leczenia błotem badały 444 razy.

Komisje celem określenia zdolności do pracy 504 razy.

Przegląd mieszkań pracowników kolejowych (służbowych i pokoi noclegowych oraz innych ubikacji) w 256 wypadkach.

Budżet ogólny Biura Sanitarnego Estońskich Kolei wyraża się cyfrą 169.516 Estońskich Kron.

Poszczególne pozycje są:

pobory 87.642 Ekr.

wyjazdy służbowe 400 Ekr.

dodatek rodzinny 2640 Ekr. (tylko dla pracowników niższych grup)

leczenie 70 700 Ekr. (szpitale, apteki etc.)

kancelaria 875 Ekr.

wydatki gospodarcze (światło, utrzymanie czystości) 4.804 Ekr.
inwentarz (kupno i naprawa) 2.500 Ekr.

Pobory lekarzy wahają się od 140—180 Ekr. miesięcznie, przyczem brana jest pod uwagę wysługa lat. Pielęgniarka dostaje 75 Ekr. Cały personel sanitarny dostaje mieszkanie służbowe w budynkach kolejowych. Za mieszkanie wraz z opałem i światłem potrąca się z poborów dodatek mieszkaniowy (zresztą bardzo nieznaczny). Ta okoliczność przy tanioci życia daje możność wyżyć mimo szczupłości poborów. Jak już przedtem zaznaczyłem, o kumulacji posad u estońskich lekarzy niema mowy, jedynie w wolnych chwilach zajmują się praktyką prywatną, ale, jak mnie informowano, zarobki z praktyki prywatnej nie są wielkie i nigdy nie dosięgają wysokości poborów. Zresztą taryfa przyjęta w Estonji dla praktyki prywatnej jest niska. Za konsultację lekarz pobiera przeciętnie 2 Ekr. (3 zł.), wizyta liczy się podwójnie, w nocy — potrójnie. W Kasach Chorych lekarze kolejowi nie pracują. Taryfa dla pracowników państwowych w całym kraju jednolita i jest oczywiście jeszcze niższa od przyjętej w praktyce prywatnej; obowiązuje ona wszystkich lekarzy, a nawet szpitale. Pomoc lekarska kolejowa przysługuje wszystkim pracownikom kolejowym, rodzinom i emerytom. Podziału na pracowników etatowych i nieetatowych na Kolejach Estońskich niema.

Pracownicy kolejowi z pomocy lekarskiej są naogół zadowoleni i chętnie garną się do tej pomocy, gdyż pomoc ta w Estonji pod względem świadczeń stoi na wyższym poziomie w porównaniu z Kasami Chorych. Był jednak czas, kiedy pracownicy kolejowi domagali się wprowadzenia na Kolejach Kas Chorych z wolnym wyborem lekarzy. Skarg pacjentów na lekarzy na tle wykonywania swej pracy niema i naogół wzajemny stosunek panuje całkiem poprawny.

Wzajemny stosunek lekarzy i czynników dyrekcyjnych jest również dobry, jednak całkowitego zrozumienia pracy lekarskiej i potrzeb Sanitarjatu niema i każdą pozycję na rzecz Sanitarjatu trzeba wywalczać. Nawet w poborach istnieje różnica, np. inżynier i lekarz na równorzędnych stanowiskach nie są równi, gdyż inżynier przeciętnie o 50 Ekr. dostaje więcej. Pod względem przyznania kredytów Służba Sanitarna stoi na dalszym planie. Generalna Dyrekcja Kolei Estońskich formalnie jest podporządkowana Min. Komunikacji, aczkolwiek w swej pracy jest autonomiczna. Ministerstwo Komunikacji oprócz Kolei Państwów. posiada i inne resorty: lotnictwo cywilne, drogi etc.

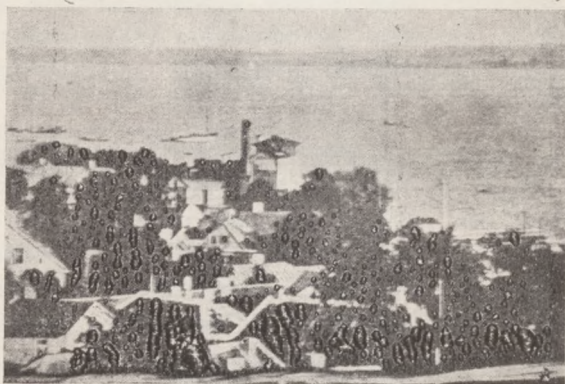
Szefostwo Sanitarne znajduje się przy Generalnej Dyrekcji Kolei, je-dynej w całym państwie.

Reasumując wrażenia, odniesione w dniu dzisiejszym po zbadaniu organizacji Służby Sanitarnej, z całą bezstronnością muszę stwierdzić, że jakkolwiek widziane urządzenia nie mogą nam zaimponować ani swoim rozmachem, ani walorami czysto zewnętrznymi, sama organizacja, tak pod

względem celowości w opracowaniu i przeniesieniu szczegółów taniej gospodarki, dostosowanej do zasobów pieniężnych państwa, jako też wielkiej sprawności dzięki starannemu doborowi pracowników, jest godna podziwu i zasługuje na wielkie uznanie.

Wycieczka do Haapsalu

O godzinie 16 tegoż dnia z Dyr. Perna wyjechaliśmy dreżyną motorową do Haapsalu. Przestrzeń 105 km. bez zatrzymania przebywamy w niespełna 2 godziny. Po obu stronach lasy, krajobraz dość jednostajny. W Haapsalu spotyka nas Dr. Lübeck—Lekarz Naczelny Estońskich Kolei. Dworzec drewniany, przedwojenny. Z peronu widać zatokę zasłoniętą od wiatrów wypami. Po stronie lewej piękny duży las, ulubione miejsce spacerów kuracjuszy, na prawo miasteczko. Część dworca, zbudowanego w stylu kurhauzu, zajmowały niegdyś apartamenta cara Mikołaja II, który tu czasem przebywał na kuracji.



Rys. 5. Haapsalu — Widok ogólny

Zwiedzamy sanatorium kolejowe, położone w dwóch dość obszernych piętrowych willach. Wszystkiego łóżek 60. Mieszkają tu w sezonie pracownicy kolejni oraz członkowie rodziny, skierowani przez Komisję Lekarską do leczenia błotem. Leczenie odbywa się w dwóch zakładach: prywatnym D-ra Arroneta oraz miejskim. Za utrzymanie i leczenie płaci Kolej, pracownik nic nie dopłaca. Kieruje się tutaj prawie wyłącznie przewlekłe schorzenia gośćcowe. We wszystkich pokojach czysto, pościel czysta, cienkie materace, łóżka na siatkach. Osobny oddział dla kobiet, osobny dla mężczyzn. Pogoda ciepła, więc mało lokatorów zastajemy w domu. Rozmawiamy, zapytujemy o wrażenia z pobytu. Są zadowoleni z kuracji i jedzenia, tembardziej że kuracja i utrzymanie są bezpłatne. Kierownik Sanatorium, lekarz podrejonowy, prowadzi do swego gabinetu. Na biurku przyrząd do mierzenia ciśnienia krwi. Podobno błotne kąpiele powodują silne obniżenie ciśnienia krwi, tak że dla hypotoników leczenie tu nie

jest wskazane. Kontrola ciśnienia krwi przeprowadza się często. Ciepłotę mierzy się dwa razy dziennie. Prowadzone są również historie choroby, jak w szpitalu. W razie spadku ciśnienia błotne kąpiele przerywa się i stosuje się przez pewien czas kąpiele kwasowęglowe. Personel składa się poza lekarzem z jednej siostry i służby. Odczuwa się brak wspólnych sal jadalnych; również niema świetlicy i w razie deszczu pacjenci tłoczą się w pokojach sypialnych, ale ta sprawa już jest na porządku dziennym i ma być zrobiona w najkrótszym czasie dobudówka. Na dworcu znajduje się kolejowa przychodnia lekarska z własną apteką, obsługiwana przez tegoż lekarza.

Zwiedzamy zakłady kąpielowe, prywatny D-ra Arroneta, oraz zakład miejski. Haapsalu zalicza się do najbardziej ciepłych okolic Estonji: sprzyja temu korzystne położenie geograficzne. Uzdrcwisko mieści się na zachodnim wybrzeżu Estonji przy Zatoce Fińskiej naprzeciwko wyspy Wormsi. W pobliżu znajduje się kilka małych wysepek pokrytych obfitą zielenią, częściowo zalesionych; ta okoliczność czyni, że zatoka jest zamknięta od wiatrów, i istotnie Haapsalu stanowi piękną oazę, gdzie klimat jest znacznie łagodniejszy niż w całej Estonji. Cieszy się też słusznie sławą jako kąpielisko morskie, szczególnie skuteczne dla dzieci przy leczeniu zołzów, krzywicy, blednicy e. t. c.

Według D-ra Hansa Alwera (Esti Kuurort Haapsalu) średnia t^0 w ciągu 2-ch lat wynosiła:

Lata	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1920	-4,75	-0,5	+2,1	+6,3	+10,3	+12,25	+17,2	+15,4	+10,8	+5,0	+2,8	-6,5	R
1921	-1,8	-3,5	+2,0	+6,8	+11,7	+12,25	+13,3	+14,25	+9,7	+3,8	-1,5	-1,0	R

Średnia temper. roku:

1920 + 6,27 R

1921 + 5,66 R

Przyczem w innych latach średnia t^0 wynosiła:

1849 + 4,28 R	1854 + 5,45 R
1850 + 4,98 „	1891 }
1851 + 5,25 „	1892 } + 4,90 „
1853 + 4,76 „	1893 }
	1920 + 6,27 „
	1921 + 5,66 „

Opady tutaj są rzadkie, dni mglistych mało. Już w dawnych czasach Haapsalu był znany dzięki leczniczym właściwościom mułu morskiego. Muł dostaje się z dna za pomocą specjalnych urządzeń i barkami dowozi się do brzegu. Jeszcze w latach 1821—1851 słynny ówczesny lekarz

Dr. Karol Abraham Hunnius zaczął badać właściwości tego mułu i u swoich pacjentów osiągał doskonałe wyniki. Za namową Hunniusa właściciel Haapsalskiego zamku, szwedzki hrabia Magnus de la Gardie zbudował pierwszy zakład do kąpeli mułowych w r. 1825. Powodzenie było tak wielkie i frekwencja pacjentów tak znaczna, że już w roku 1845 baron Ungern-Sternberg z wyspy Hiiumaa buduje nowy zakład kąpielowy. Od tego czasu oba zakłady zostały kilka razy przebudowane i modernizowane, a obecnie były zakład M. de la Gardie stanowi własność miasta, drugi należy do D-ra Arroneta.

Do kąpeli jest używana woda morska o ciepłocie 34° — 37° C., rozrabiana mułem od 2—16 wiader mułu na wannę. W pomieszczeniach suterrenowych zakładu znajdują się kotły, z których para, ogrzana do 70° C., przechodzi do wanien z błotem, ogrzewając kąpiel do przepisowej ciepłoty. Urządzenia te, dostosowane do wymogów nowoczesnej techniki, funkcjonują sprawnie. We wszystkich łazienkach obu zakładów w ciągu doby aplikuje się do 600 błotnych kąpeli.

Muł czerpie się z zatoki w dwóch miejscach, zapasy tego mułu są bardzo znaczne, tak że w użyciu jest tylko świeże błoto. Zużyte zapasy wyrzuca się do zatoki w dość znacznem oddaleniu od brzegu. Błoto ma wygląd ciemno-popielaty lub ciemno-brunatny o silnym zapachu siarkowodoru. W zakładzie D-ra Arroneta podawanie błota uskutecznia się przez okna w ścianie kabin kąpielowych ze środkowego korytarza, w zakładzie miejskim korytarz ten znajduje się w suterrenach i błoto dostarcza się przez specjalne otwory w podłodze. Po kąpeli błotnej spłókuje się ciało letnią wodą i zaleca się wypoczynek. Do tego są przeznaczone specjalne salki osobne dla kobiet i mężczyzn. Tygodniowo stosuje się 3—6 kąpeli, całkowita kuracja wynosi 30 kąpeli.

Ciepłota błotnych kąpeli wynosi 37° — 40° C. W użyciu są również miejscowe okłady mułowe.

Wskazania do kąpeli mułowych są dość rozległe. W pierwszym rzędzie wszelkie schorzenia gośćcowe: reumatyzm stawowy i mięśniowy, artretyzm, wszelkiego rodzaju nerwobóle, rwa kulszowa, zapalenie okostnej, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, nawet pewne postacie gruźlicy stawów, sprawy pourazowe, sztywność stawów, zołzy, krzywica, sprawy wyśiękowe, przewlekłe schorzenia zapalne kobiecych narządów rodnych, przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego, dróg żółciowych, wreszcie zaburzenia ciśnienia krwi. Jak już zauważyłem, kąpiele błotne powodują znaczny spadek ciśnienia krwi. Bezwzględne przeciwwskazania: gruźlica płuc, cierpienia sercowe, wszelkie krwotoki oraz sprawy nowotworowe.

Muł Haapsalski składa się z części mineralnej i organicznej, czyli przegniętych roślin morskich oraz bogatej żywej flory bakteryjnej, jeszcze dotychczas dokładnie niezbadanej. Pozatem muł posiada wybitną radjo-

aktywność. Najważniejsze części składowe mineralne poza jodkiem i bromkiem sodu, które się znajdują w ilościach po 0,03 promille, są następujące:

Na Cl	—	0,27 ⁰ / ₀
Mg Cl ₂	—	0,18 ⁰ / ₀
Mg Co ₈	—	0,06 ⁰ / ₀
Ca So ₄	—	0,06 ⁰ / ₀
Ca Co ₈	—	0,01 ⁰ / ₀
oraz inne.		

Kierownik Zakładu Dr. Arroneta, który nas uprzejmie zaznajamia z przebiegiem kuracji w zakładzie, wysuwa przypuszczenie, zresztą podzielane tutaj przez wielu lekarzy, że do skuteczności błotnego leczenia znacznie przyczynia się czynnik bakterjologiczny, że zachodzi tu wchłanianie przez skórę produktów wydzielczych na wzór wchłaniania przez skórę tuberkuliny, antivirusu i t. d. Tem się też tłumaczy nieraz dość znaczna reakcja ogólna. Opowiada, że niedawno był zaproszony na konsylium do ciężkiego przypadku gościa mięśniowego. Pacjent nie mógł się wcale poruszać, był jakoby zeszytywniały, tak że nie było mowy o umieszczeniu chorego w wannie w pozycji siedzącej. Zastosowano kąpiel z bardzo gęstego błota w pozycji stojącej w specjalnie składanej wannie. Przy końcu zabiegu pacjent oświadczył, że czuje, iż może zginać kręgosłup i nogi. Następna kąpiel odbyła się w zwykłej wannie, polepszenie szybko nastąpiło. Niemal cudowne to uzdrowienie należy tu raczej przypisać czynnikowi cieplnemu. Zachodzą takie wypadki i w innych zakładach kąpielowych przy stanach spastycznych, spowodowanych ostrym gośćcem mięśniowym. Mimo woli nasuwa się myśl, czy nasza Zatoka Pucka nie ma czasem mułu leczniczego i czy były robione badania w tym kierunku. Obejrzelśmy przy okazji łaźienkę, w której się kąpał ostatni władca Rosji Mikołaj II oraz jego ojciec Aleksander III, zresztą łaźienka ta niczem się nie różniła od innych łaźienek Zakładu.

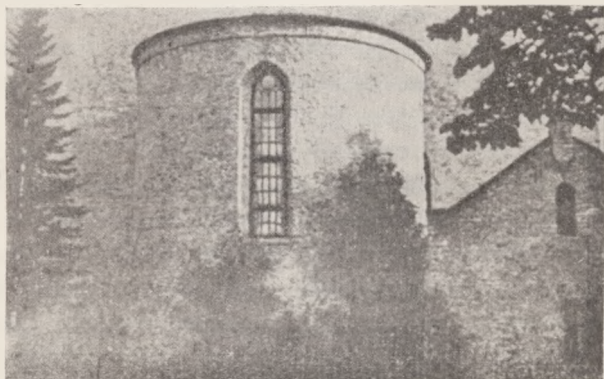
Po zwiedzeniu Kursalu na wybrzeżu zatoki, gdzie było bardzo ludno i przygrywała orkiestra, odbywał się bowiem tak dzisiaj modny konkurs piękności, na ten raz męskiej—króla Haapsalu, odbyliśmy spacer wzdłuż wybrzeża. Podziwiałem stadka dzikich kaczek do tego stopnia oswojonych, że przyływały do brzegu i brały pokarm niemal z rąk ku wielkiej ucieśze milusińskich, licznie reprezentowanych na plaży. Dla dzieci warunk klimatyczne są świetne. Wiatrów nie ma, opadów mało. Woda w zatoce—nieraz bardzo ciepła. Przeciętne ciepłoty wody dla czerwca, lipca i sierpnia wynoszą 15,3⁰, tylko dla lipca 21,5⁰ i sierpnia 29,2⁰. W roku bieżącym w czasie największych upałów w lipcu woda dochodziła do 35⁰ C., w dniu naszego pobytu (1 sierpnia) wynosiła 22⁰ C.

Drugą zaletą Haapsalu jest taniość, wszędzie ceny znormalizowane. Zryczałtowana cena w obu zakładach za 28 dni, łącznie z całkowitym pensjonatem, opieką lekarską, taksą kuracyjną i zabiegami wynosi 100—

160 Ekr. czyli 150—180 zł. Takież warunki obowiązują w sanatorium im. Generała Laidonera. Istnieje jeszcze tutaj sanatorium dla urzędników pocztowych. Ceny pokoi w mieszkaniach prywatnych są bardzo niskie. Mieszkanie jednopokojowe z kuchnią do 10—30 Ekr. miesięcznie, czyli 15—45 zł. w czasie całego sezonu. Większe mieszkania 2—5 pokoi z kuchnią, werandą od 30—100 Ekr. miesięcznie i od 80—300 Ekr. na cały sezon.

Bardzo smaczna kawa w pierwszorzędnej kawiarni ze śmietanką kosztuje tutaj 10 centów — czyli 15 groszy, bardzo smaczne i tanie ciastka.

Wybrzeżem doszliśmy do miejskiego zakładu kąpielowego, ale opisywać go nie będę, gdyż mało czem się różni od zakładu D-ra Arroneta, chyba, że posiada większą restaurację zakładową i wieżę, z której można obserwować miasto i zatokę. To też skorzystaliśmy z propozycji kierownika zakładu, byłego burmistrza Haapsalu. Widok z tej wieży przepiękny,



Rys. 6. „Biała Dama”

zwłaszcza przy blasku zachodzącego słońca. Z jednej strony miasto położone na wzgórzu, tonące w zieleni, a na tle zieleni ruiny wielkiego zamku średniowiecznego, z drugiej zatoka z ostro zarysowanym brzegiem, plażą, kursalem i całym szeregiem wysepek pokrytych zielenią. Koloryt nieba intensywnie szafirowy. Cała gama jaskrawych barw opuszcza się ku wodzie i na horyzoncie tworzy tło jaskrawo-czerwone. Nie chce się opuścić tego pięknego widoku, ale chyli się ku wieczorowi, a mamy zwiedzić jeszcze miasto.

Początek dziejów Haapsalu sięga wieku XIII, kiedy to Mistrz Zakonu Kawalerów Mieczowych założył tu zamek. Zamek ten był siedzibą biskupów Saarema, stąd nazwa „Biskupi Zamek”. Dokoła zamku powstało osiedle, dzisiejsze miasto liczące zaledwie 4.500 mieszkańców. Miasto tonie w zieleni, Dużo cienistych alei i ogrodów. Domki małe, przeważnie białe, na tle zieleni wyglądają bardzo malowniczo. Zwiedzamy największą atrakcję — zamek biskupi, większość którego stanowią obecnie tylko ruiny,

Część z basztą odrestaurowana i tworzy kościół. Zamek słynie z legendy o „białej pani”: młody rycerz zakochał się w prostej dziewczynie; okrutni krewni zamurowali dziewczynę w baszcie zamku, a rycerz aż do śmierci wystawał pod oknami; dziewczyna umarła, ale rok rocznie w sierpniu biała postać dziewczyny zjawia się w oknie baszty. Istotnie otoczenie zamku jest romantyczne. Dużo zieleni. Dookoła panuje niczem niezmaczona cisza. Na podwórzku zamkowym estrada i miejsca dla widzów. Odbywają się tu czasem popisy chorów towarzystw śpiewaczych, bardzo rozpowszechnionych w Estonji. Dla ludzi przemęczonych, szukających ciszy, warunki istotnie są idealne.

Resztę wieczoru spędzamy przy przyjacielskiej biesiadzie w jednej z restauracji. Ceny bardzo przystępne, jeść dają smacznie, piwo estońskie smakuje. Wyjeżdżamy drezyną w drogę powrotną, towarzyszy nam Dr. Lübeck, który po ukończonej kuracji jedzie objąć urządowanie. Poruszamy obu nas interesujące tematy. Sympatyczny kolega już był w Polsce i zna nasze stosunki. Czas szybko mija. Późną nocą wracamy do domu.

2. VIII. Przedpołudnie poświęcam pisaniu listów i notatek, zresztą pogoda nie sprzyja, pada deszcz, ale rad jestem temu, bo muszę wypocząć. Wieczorem udaję się do pułkownikostwa Simon, gdzie zebrało się liczne rodzeństwo. Poznaję tu siostrzenicę K., córkę pułkownika, której dotychczas jeszcze nie znałem, oraz jej męża. Młode i szczęśliwe małżeństwo od miesiący paru posiada małą „pociechę”, którą w dniach najbliższych obiecałem odwiedzić. A więc już jestem dziadkiem, choć „przyłatanym”. Czas schodzi przyjemnie, tembardziej że gościnny gospodarz jest ogromnie miły i posiada specjalny dar bawienia towarzystwa. Ponadto jest wszechstronnie utalentowany, miłośnik historii, trochę poeta i kompozytor. Przegrywa estońskie melodie i pieśni ludowe, których słucham z ciekawością. Pułkownik dwa razy był w Polsce w charakterze oficjalnym i nieraz już pisał o Polsce w prasie Estońskiej. Jest również, jak i Dyr. Perna, Kawalerem Orderu Polonia Restituta. Odczytuje swój poemat pod tytułem „Wawel”, gdzie opisuje swe wrażenia z pobytu w Krakowie. Dostaję na pamiątkę wiersz napisany na śmierć Marszałka Józefa Piłsudskiego. Wiersz kończy się zwrotką:

Nüüd igawest on suletud ta silmad
ja waeseks lapseks jäänud Poolamaa
Ei leidu südameid, mis oleks leinas külmad
ja Eesti Leinae uhes Poolaga...

Co oznacza :

Na zawsze zamknęły się oczy i
Ojczyzna Jego osierocona.
Niema serc, którychby żal nie ściszał,
i Estonja boleje razem z Polską.

Wiersz ten został odczytany na Akademii żałobnej w Tallinie przez córeczkę naszego posła.

Omawiamy szczegóły jutrzejszej dwudniowej wycieczki do Narwy. Już późno, musimy opuścić miłych gospodarzy, żeby wypocząć przed drogą.

3. VIII. O godzinie 8-mej dwoma samochodami, w dość liczmem gronie, jedzie nas 8 osób, ruszamy w podróż. Jadę w towarzystwie pułkownika. Dzięki jego świetnej znajomości terenu oraz dokładnej znajomości historii mam możliwość zapoznać się z przeszłością mijanych miejscowości. Narazie krajobraz nie przedstawia nic ciekawego, okolica dość jednostajna, dość uboga, po stronach pięknie utrzymanej szosy na polach dużo kamieni, ziemia nadaje się jedynie do uprawy kartofli. Co chwila widzi się małe wieżyczki drewniane, przy wejściach do kopalń wapieni bitumicznych. Wapienie bitumiczne w północnej Estonii stanowią dość gruby podkład gleby i eksploatacja tych bituminów stanowi rodzimy przemysł Estonii. Użyciu tych bituminów zawdzięcza się dość niemiły zapach



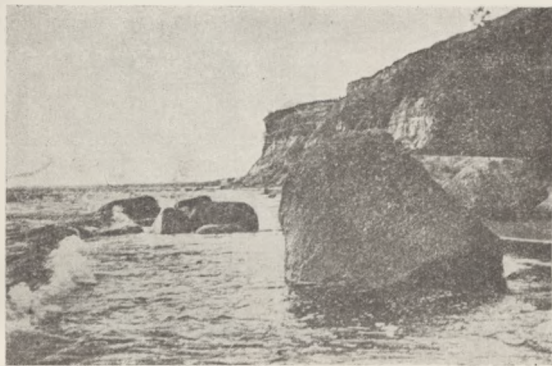
Rys. 7. Droga do Narwy

w ośrodkach przemysłowych Estonii oraz na Kolejach Estońskich, gdzie się parowozy opala bituminem. Po spaleniu zostaje drobny, popielaty kurz, który łatwo osiada na przedmiotach, co się daje odczuwać, jadąc koleją. Wysłuchuję opowieść dziejów ojczystych tego dzielnego narodu, odyseję, pełną zmagañ i walk z przeciwnościami losu, narodu wykreślonego na kilka setek lat z kart historii, a który jednak potrafił mimo wszystko zachować i to w silnym stopniu swoją odrębność narodową.

Współczesna Estonia składa się z dawniejszej gubernji Estlandzkiej i północnej części gubernji Liflandzkiej, części gub. Pskowskiej i Petersburskiej. Zajmuje obszar 47,549 mtr.² Posiada ponad 800 wysp. Pod względem narodowościowym na 1.126 000 ludności składa się z 87,6% Estów, 8,2% Rosjan, 1,7% Niemców, 0,7% Szwedów oraz 0,4% Żydów.

Zwracam uwagę na często spotykane małe prawosławne cerkiewki dość już stare, prawie jednego typu. Zadziwia mię to tembardziej, że ludność mijanych okolic jest rdzennie estońska i luterkańska. Otóż po wy-

daniu „chłopskiego prawa“ w roku 1856 przejście na prawosławie znacznie ułatwiało nabycie ziemi, to też nierzadkie były wypadki masowej zmiany religii. Za czasów estońskich oczywiście neofici znów powrócili na łono dawnego kościoła. Miejscowość narazie dość jednostajna staje się coraz bardziej malowniczą, mijamy piękne lasy, piękne pagórki, malownicze osady i miasteczka, w wielu miejscach zwracają uwagę pomniki. Są to pomniki wolności, wystawione przez ludność okoliczną własnym kosztem. Osady i wioski robią miłe wrażenie swoją czystością na tle zieleni i kwiatów. Spotykamy bardzo dużo rowerzystów. Ten środek lokomocji jest tu bardzo rozpowszechniony wśród wiejskiej ludności, zarówno męskiej, jak i żeńskiej. Spotykana wiejska ludność ubrana przyzwoicie, młodzież obojga płci ubiera się po miejsku. Jedziemy przez Tapa i Rakvere, zbudowany przez Duńczyków, oglądamy zamek, jedziemy dalej. Co krok nowa legenda, nowa opowieść. Odnoszę wrażenie, że cała Estonja, każdy zakątek stanowi muzeum, gdzie do nieskończoności można odwracać wciąż nowe karty historii.



Rys. 8. Wybrzeże morskie w pobliżu Narwy

Za Rakvere szosa zbliża się ku morzu, które wkrótce staje się widoczne. Jedziemy w pobliżu Portu Kunda, Aser, gdzie się znajdują wielkie fabryki cementu, znane jeszcze z czasów przedwojennych, kiedy się dużo cementu eksportowało nawet do Ameryki.

Za Johvi szybko odsłania się morze, wkrótce stajemy nad brzegiem urwistym, skąd podziwiamy piękność wybrzeża, ogromne skały, o które rozbija się fala morska, obraz tak typowy dla Zatoki Fińskiej. Zdale na prawo widać już Narva-Jõesuu — kąpielisko morskie.

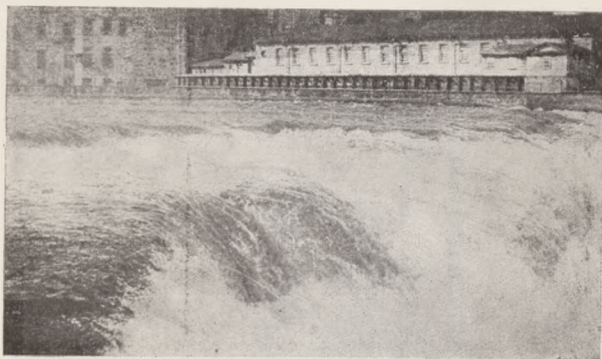
Ruszamy prosto w kierunku Narwy.

Narwa — miasto bardzo starożytne, malowniczo położone nad rzeką Narwą. Jedziemy krętymi uliczkami, wiele z tych domów mogłoby stanowić cel zwiedzania, jednak nie mamy na to czasu.

Przychodnia Kolejowa w Narwie

Zajeżdżamy przed dworzec kolejowy.

Zwiedzam w pierwszym rzędzie Przychodnię Kolejową. Przychodnia składa się z kilku ubikacji, olbrzymiej poczekalni, gabinetu lekarza, salki opatrunkowej i apteki. Mieści się przychodnia w oddzielnym nowym budynku i swoją czystością i całkowitem zaopatrzeniem we wszystko potrzebne do pracy (autoklav) sprawia bardzo dodatnie wrażenie. Narwski rejon obsługuje jeden lekarz rejonowy i jeden pomocnik. Liczba głów, przydzielonych do rejonu, sięga 700—750 osób, do tego dochodzi 70 klm. przestrzeni. Przeciętna liczba wyjazdów 6—7 w miesiącu, nie licząc wizyt w samym mieście. Przeciętna frekwencja do 20 osób dziennie. Warunki zdrowotne tutaj dość dobre, epidemie dość rzadkie. W tym roku była mała epidemia odry i parę wypadków dyfterji. Estońscy lekarze sto-



Rys. 9. Wodospad Narwski

sują duże dawki surowicy, do 20 tys. jednostek i więcej, którą dostarcza laboratorium uniwersyteckie w Tartu, wyniki są podobno bardzo dobre.

Wychodzimy na most kolejowy nad rzeką Narwą — skąd podziwiam piękny widok na miasto oraz potężny nurt rzeki.

Największą bodaj atrakcją Narwy jest słynny wodospad Narwski, położony na terenie fabryki Kreenholmskiej manufaktury. Niegdyś to był dość znaczny ośrodek przemysłu włókienniczego, zakrojony na wielką skalę, zatrudniający tysiące robotników. Obecnie fabryka pracuje w zmniejszonym zakresie, dzięki warunkom kryzysowym. Po dziś dzień wznosi się ogromny gmach pięknie i nowocześnie urządzonego fabrycznego szpitala. Obecnie znaczna część łóżek stoi niewykorzystana.

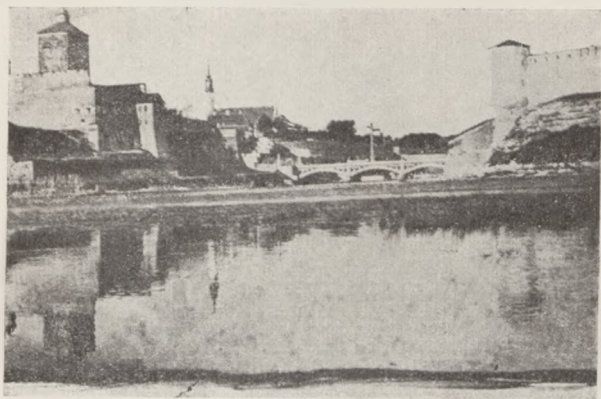
Już zdala słyszę potężny ryk spadającej wody, przy samym wodospadzie rozmowa staje się niemożliwą. Piękny i potężny widok żywiołu psują wielkie bloki fabryczne, w pośród których odbywa się ta wielka orgja wody, gdzie wartkie nurty Narwy, ujarzmione w korycie betonowym, zmuszone są poruszać olbrzymie turbiny.

Opuszczając miasto, przystajemy naprzeciw dwóch zamków, położonych na obu przeciwnych brzegach rzeki Narwy. Jeden to Iwangrodzka Forteca, zbudowana przez Iwana III, księcia moskiewskiego, druga tak zwana Hermanowska, zbudowana przez Szwedów. Obie fortece nadają charakterystyczną i piękną sylwetkę całemu miastu.

Droga z Narwy do Narva-Jõesuu zdąża wzdłuż rzeki Narwy w kierunku jej ujścia. Jedziemy piękną drogą i już wkrótce zaczynają się pierwsze lotniska, położone nad brzegiem Narwy w obramowaniu lasu — to już początek uzdrowiska.

Narva-Jõesuu

Narva-Jõesuu jest najbardziej znanem i popularnem kąpieliskiem w Estonji, przed wojną uczęszczanem przez arystokrację i sfery wojskowe Petersburga. Istotnie położenie jest piękne. Plaża o szerokości conaj-



Rys. 10. Narwa. Dwie fortece

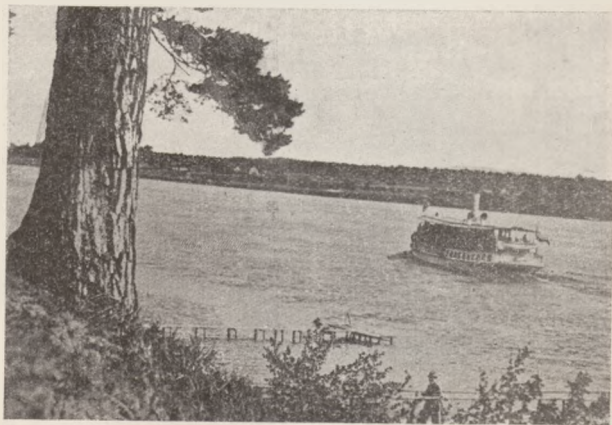
mniej 100 mtr. z czystym piaskiem ciągnie się prawie na przestrzeni 7 kilometrów, zajmując południową część Zatoki Fińskiej aż do ujścia Narwy. Za ujściem Narwy znajduje się ujście rzeki Rossen, zasłonięte dla wzroku od strony plaży lasem. W pięknym lesie i parku, wzdłuż prawidłowo rozplanowanych ulic, mieszczą się wille, najczęściej piętrowe. Cały szereg równoległych ulic łączy te wille z plażą. W jednej z nich odwiedzamy dzieci pułkownika Simona, które tu bawią na letnisku. Za 3 pokoje z kuchnią, werandą, umeblowanie, oraz używanie kuchennych i stołowych naczyń płacą na nasze pieniądze — 55 zł. miesięcznie. Jak mnie informują, takie normy tu istnieją wogóle, jak również zwyczaj wynajmowania mieszkania z umeblowaniem, naczyniem, a nawet samowarem. Wynajęcie całej kilku-pokojowej willi z przyległościami lepiej się tutaj kalkuluje. Aczkolwiek w Narva-Jõesuu istnieje zakład kąpielowy, gdzie się aplikuje sztuczne kąpiele solankowe, kwasowęgłowe, a nawet borowinowe, jednak jest to w pierwszym rzędzie stacja klimatyczna, gdzie się dobrze

leczy choroby dróg oddechowych, wadliwą przemianę materji, a pozatem jest to piękne morskie kąpielisko, gdzie zdrowy człowiek może przyjemnie spędzić swoje wyczasy letnie, zwłaszcza że okolice są malownicze, a rozległe wycieczki wzdłuż plaży, wzdłuż pokrytych lasami brzegów Narwy lub łąk nad Rassonią mogą stanowić znaczne urozmaicenie. Średnia temperatura wody wynosi 15° C., dochodzi w lipcu i sierpniu do 20° C. i więcej.

Dom kuracyjny—piękny nowoczesny gmach, zbudowany w roku 1912 przez naszego rodaka architekta Lalewicza (profesora Politechniki Warszawskiej).

Dość smaczny obiad, spożyty w licznej gronie w Domu Zdrojowym, wypada tanio, bo coś po 1,20 zł. od osoby.

Odbywamy spacer po uzdrowisku, oglądając ładniejsze wille. Wyróżnia się swym dystyngowanym wyglądem willa „Capriccio”, — jest to najdroższy i najbardziej luksusowy pensjonat. Ceny tu są słone i kontrastują z ogólną taniością w Estonji, dorównywując cenom „Patrii” w Krynicy.



Rys. 11. Droga do Narva-Jôesuu wzdłuż rzeki Narwy

Podróż w „nieznane“

Zbliża się ciepły, pogodny wieczór. Gościnni gospodarze chcą mnie porwać na prawdziwą szczerą wieś estońską, gdzieś na odludziu, w lasach dziewiczych w pobliżu słynnego jeziora Pejpus. Mamy stanąć na nocleg w posiadłości brata pułkownika. Wzdłuż wybrzeża morskiego mijamy również piękne miejscowości letniskowe, jak Meriküla, Päite, Sillamäe, Kamuka i Perjatsi, zdążając na południe. Szosa ciągnie się wśród sosnowych i świerkowych lasów, powietrze pyszne, przepojone żywicą. Już prawie godzina 10 wieczór, ale jest dość widno. Auta nasze „połykają” kilometry, ale droga jeszcze daleka. Już po północy, a wciąż jedziemy wśród wielkich lasów. Nie obeszło się bez przygody, zboczyliśmy nieco z właściwej drogi i trzeba było niepotrzebnie drogą okrężną nadrobić jakichś ze 30 kilometrów.

Robimy „najazd“ na krewnych pułkownika, przyjazd nasz robi sensację, gdyż pocztówka nie nadeszła na czas (pocztą w tym zapadłym kącie dostarcza się „okazyjnie“). Przyjmują nas bardzo gościnnie i po zaspokojeniu głodu świeżem mlekiem i chlebem razowym zainstalowujemy się na noc w stodole na sianie, panie w domu na łózkach.

Zmęczenie robi swoje, odrazu mocno zasypiam. Nazajutrz spotyka mnie miła niespodzianka. Podróż w „nieznane“ nad wyraz przypadła mi do gustu. Jesteśmy doprawdy w uroczym zakątku, jakby w jakiejś puszczy. Dom stoi na wyspie pomiędzy dwiema rzekami — jedna Vinevere, druga bez nazwy. Piękny ogród, łąki i naokoło przepiękne bory. Już w godzinach rannych słońce mocno przypieka. Po zwiedzeniu gospodarstwa, które istotnie prowadzone jest bardzo kulturalnie, po obejrzeniu „okazów“ ze świata zwierzęcego, ptactwa, pięknie uprawnych pól, zwiedzamy



Rys. 12. Plaża w Narva-Jõesuu

chlubę gospodarza — małą fabryczkę (przędzalnię), poruszaną turbinami, oraz małą własną elektrownię. Następnie oddajemy się rozkoszom wiejskiego życia: grzybobraniu, rybołówstwu i konnej jeździe. Szczęście nam sprzyja — na obiad mamy pełny kosz borowików oraz dwa duże szczupaki i 2 forele. Prędko minął czas wśród tych wiejskich przyjemności, kilkakrotnego posilania się i kąpeli. W godzinach wieczornych ruszamy wreszcie w powrotną daleką drogę do Tallina. Migają wsie, obserwuję ludność wiejską w odświeżonych strojach, gdyż jest niedziela. W kilku mijanych miasteczkach odbywają się zabawy ludowe, popisy sportowe, w jednym miejscu obserwuję ćwiczenia straży pożarnej. Wszędzie jesteśmy spotykani życzliwie pozdrowieniem lub podniesieniem ręki. Cała droga, którą teraz jedziemy, jest bardzo malownicza; mijamy w przelocie takie piękne miejscowości, jak Toila-Oru z pięknym białym pałacikiem milionera Jelisiejewa. Oglądamy po drodze piękny pałac — dar narodowy dla obecnego

głowy państwa, wreszcie jedziemy przez kraj jezior — północną estońską szwajcarję Aoegviidu. Aż do zmroku szosa idzie wśród pięknych lasów, pagórków. Raz po raz krajobraz dostarcza coraz to nowych wzrokowych niespodzianek. Kilka godzin jedziemy w ciemności i już daleko po północy, aczkolwiek zmęczony, ale pełen przeżytych wrażeń idę w Nõmme do łóżka.

5. VIII. Wstaję późno. Do południa wypoczywam i poświęcam czas pisaniu listów i notatek. Po południu załatwiam parę wizyt, oglądam film w kinie. Z powodu braku znajomości estońskiego języka i braku napisów w innych językach — mało co rozumiem.

Wycieczka do Pärnu

6. VIII. Po południu jadę do Pärnu pociągiem elektrycznym o napędzie Diesel-motoru.



Rys. 13. W „puszczy” Estońskiej

W wagonie poznaję rodaków, członków komisji ministerjalnej, oraz 2-ch Łotyszów, również członków komisji. Towarzyszą nam Dyrektor Perna i Dr. Lübeck. Wagon mknie szybko i po paru godzinach jazdy jesteśmy w Pärnu.

Zwiedzanie zaczynamy od miejskiego zakładu kąpielowego. Zakład ten niezbyt duży, urządzonej jednak z należytyym komfortem, znajduje się pod fachowem kierownictwem kilku profesorów Uniwersytetu z Tartu, którzy w zakładzie w czasie letniego sezonu ordynują. Zakład stosuje kąpiele mułowe, tlenowe, pieniste (kuracja napotna), borowinowe, solankowe, kwaso-węglowe i inne, stosują się tu również różne zabiegi fizykalne. Wskazania lecznicze dla leczenia w Pärnu są identyczne, co i w Haapsalu. Pärnu również należy do najbardziej ciepłych miejscowości zdrowotnych w Estonji. Temperatura wody w lecie dochodzi do 26° C. Plaża bardzo

ładna, rozległa, o miękkim piasku, zasłonięta lasem od wiatru. Plaża leży na cyplu lądowym nad Zatoką Pärnawską, zwrócona na południe, tak że nasłonecznienie tutaj jest zawsze wielkie. Od północy cypel jest ograniczony rzeką Pärnu, której ujście widzimy z plaży. Walory klimatyczne w połączeniu z komfortem, pięknym krajobrazem, pięknym cieniastym parkiem, w którym wprost tonie całe uzdrowisko, słusznie ściągają tu licznych kuracjuszy nie tylko z całej Estonji, ale i z zagranicy, szczególnie Szwedów, Finlandczyków, a nawet Niemców i Austriaków. Przyczynia się do tego wprost zadziwiająca taniość. Zwiedzamy domy kuracyjne, których jest dwa: stary, bardziej obszerny z dużą salą, gdzie pozostajemy przez pewien czas na five-o'clock'u, podejmowani kawą przez miejscowego burmistrza, oraz nowy — całkiem nowoczesny. Przed kurhausem przygrywa dobra orkiestra symfoniczna. Następnie zwiedzamy nowy dom zdrojowy, urządzony z wielką elegancją podziwiając komfort i taniość. Utrzymanie tu naogół jest tylko nieco droższe od utrzymania w Haapsalu, jednak komfort i wygody są tu znacznie większe. Pärnu pod względem historycznym należy do najstarszych miast w Estonji, założone bowiem już w XIII wieku. Były właściwie dwa miasta, Stare i Nowe Pärnu; stare założył biskup Henryk w roku 1241, nowe — Zakon Kawalerów Mieczowych. Następnie Pärnu staje się terenem walk biskupów z Zakonem. Kilka razy zostaje zrujnowane, zwłaszcza Stare Pärnu, które ostatecznie ulega zagładzie, nowe natomiast stale rozwija się i już w roku 1840 słynie jako uzdrowisko. W czasach Wojny Światowej Pärnu ponownie ulega zniszczeniu, jednak dzięki staraniu gminy i przy pomocy Rządu Estońskiego restauruje się i przybiera szaty całkiem nowoczesnego kurortu.

Aż do odjazdu słuchamy koncertu muzyki symfonicznej. W drodze powrotnej w rozmowie z Dr. Lübeckiem znów poruszamy liczne tematy naszego zawodu. Interesuję się sprawą Ubezpieczeń Społecznych w Estonji.

Kasy Chorych

Kasy Chorych przechodziły ewolucję podobną, jak i u nas. W Estonji istnieje 13 okręgów Kas chorych, odpowiadających podziałowi na powiaty. Zasięg Kas Chorych nie jest tak obszerny, jak u nas. Kasy Chorych tam nie obejmują całego szeregu kategorii pracujących; a więc do Kas Chorych nie należy służba domowa, pracownicy przejściowi, pracownicy rolni etc. Początkowo istniał nieograniczony wolny wybór lekarzy. Wybieralny Zarząd Kasy Chorych w porozumieniu z zainteresowanymi lekarzami wyznaczał na honorarja lekarskie pewien określony ryczałt, przyczem ubezpieczeni otrzymywali książki czekowe na łączną kwotę odpowiadającą globalnej sumie ryczałtu. Lekarz, leczący według urzędowego cennika, wystawiał pacjentowi rachunek za leczenie, który pacjent bezpośrednio uiszczał czeki; чеки te lekarz raz na miesiąc w Zarządzie Kasy realizował. W razie przekroczenia swojej normy ubezpieczony musiał dopłacać lekarzowi z własnych środków. Zachodziła często potrzeba przyznawania dodatko-

wych świadczeń: w razie długotrwałej przewlekłej choroby i masowych ostrych zachorzeń w rodzinie norma nie wystarczała, a ubezpieczony nie był w stanie dopłacać za leczenie. W miarę zwiększania świadczeń zarobki lekarzy malały; powstały wielkie niedobory i zaległości. Kasa była pozatem terenem walk i wpływów partyjnych; rząd przeciął te walki, wyznaczając komisaryczny zarząd. Nastąpiła reorganizacja Kas Chorych, przy czem wprowadzony został system ambulatoryjny. Pozostali w Kasach lekarze dostali stałe pobory; pobory nie są duże, ale większe, jak na Kolei, przy mniejszej pracy.

Związek Lekarzy Estońskich zawsze stał i stoi na stanowisku wolnego wyboru lekarzy, to też zwalczał początkowo wprowadzenie nowego systemu ambulatoryjnego, a nawet stanowiska lekarzy ambulatoryjnych były jakiś czas pod bojkotem, jednak życie zmusiło tej walki zaniechać, gdyż dawniejszy system wolnego wyboru dla dzisiejszych czasów kryzysowych nie ma zastosowania.

Kasy Chorych posiadają własne apteki. Ograniczenia w zapisywaniu leków niema i nie było. Dowiaduję się dalej, że w Estonji istnieje jeden ogólnopństwowy Związek Lekarzy, do którego wszyscy lekarze należą, pozatem w Tallinie istnieją towarzystwa Lekarzy Estończyków, Niemców, Rosjan i Żydów. Składki członkowskie są bardzo niskie. Zarząd Towarzystwa Estońskich Lekarzy mieści się przy Związkowej Lecznicy Specjalistów w Tallinie. Należenie do Związku jest dobrowolne, natomiast istnieje przymus należenia do Izby Lekarskich. Podobne Izby mają adwokaci, przemysłowcy etc. Służba Sanitarna Państwa należy w Estonji do Ministerstwa Oświaty (Nauka, Uniwersytety, Lekarze, Izby Lekarskie). Perjodycznie odbywają się zjazdy lekarskie, zawsze w innej miejscowości. Właśnie w tych dniach odbył się wszechestoński zjazd lekarzy w Rakvere (Wesenbergu).

Zjazdy są zawsze połączone, jak i u nas, ze zwiedzaniem uzdrowisk. Specjalnych zjazdów lekarzy kolejowych w Estonji nie urządza się. Reklamowanie się lekarzy jest wzbronione; pilnuje tego Izba Lekarska.

Podlega tu również ograniczeniu (całkiem słusznie!) reklama firm farmaceutycznych: firmy farmaceutyczne ogłaszają się tylko w pismach lekarskich, reklam w prasie ogólnej umieszczać niewolno.

Przechodzi rozmowa na różne tematy.

Tarć i antagonizmów między narodowościami w Estonji obecnie niema, stare waśnie zostały zapomniane i przeszło się nad tem do porządku dziennego. Zresztą mniejszości narodowych Estonja posiada tylko niespełna 13%.

W Estonji jest Monopol spirytusowy. Lekarze dostają po taniej cenie, około 2 Ekr. (3 zł.) za litr, po trzy litry na miesiąc czystego spirytusu dla celów lekarskich. W szpitalach i ambulatorjach do celów dezynfekcji jest używany wyłącznie czysty spirytus. Monopolu tytoniowego niema, jest akcyza. 25 sztuk papierosów lepszego gatunku kosztuje 35 centów, naj-

droższe kosztują 20 sztuk 40 centów. Jako niepalący nie mogłem ich jakości ocenić. Są cygarety własnego wyrobu, podobno dobre.

Czekolada dobra i tania: 2,50—3 Ekr. za kg.

Karty do gry tylko w jednym gatunku 2,50 Ekr. za talję. Manufaktura dość droga, droższa jak u nas, również droższa galanterja i obuwie. Produkty spożywcze bardzo tanie. W najlepszej restauracji obiad à la carte kosztuje do 2,50—3 Ekr., przeciętnie 80 centów—1 Ekr. za obiad. W jednej jadalni w Tallinie, bardzo uczęszczanej przez uczącą się młodzież i inteligencję, można dostać porcje i półporcje: a więc obiad składający się z zupy (do wyboru kilka gatunków) — 10 centów, pół porcji mięsnej potrawy, całkiem wystarczającej, w tem może być pół kurczęcia, z jarzynami etc.—za 25 cent., chleba pod dostatkiem bez ograniczenia—kosztuje razem 35 cent., czyli 40 gr. Za 40 gr. obiad smaczny i dość pożywny, to doprawdy bardzo tanio.

Estonja jest państwem demokratycznym, ceni się tu i szanuje pracę czy to umysłową, czy to fizyczną. Podczas licznych podróży naszych miałem możność obserwować ten miły stosunek zwierzchników do swoich podwładnych, nawet niższych funkcjonariuszy, gdzie nie było widać wyższości i wielkości.

Szkoda, że nie posiadamy dotychczas z Estonją umowy turystycznej, jak to ma miejsce z Jugosławją, Austrią i Czechosłowacją, szkoda, bo doprawdy warto bliżej poznać ten piękny kraj i tych pracowitych, rzetelnych i naprawdę solidnych w każdym calu ludzi.

7. VIII. Całe przedpołudnie spędzam w Nõmme w towarzystwie gospodarzy. Wypoczywam, porządkuję notatki. Po południu odwiedzam kuzynostwo w Tallinie, gdzie poznaję resztę rodzeństwa. Czas schodzi na ciekawych rozmowach, dużo opowiadam o Polsce. Przekonywam się, że nasza propaganda zagranicą jest słaba. Estończycy, aczkolwiek zawsze żywią dla nas dużo nieklamanej sympatji, posiadają naogół dość fałszywe i bałamutne wiadomości o naszych stosunkach, zwłaszcza o tak zwanym „korytarzu”. Muszę wiele rzeczy prostować: wroga dla nas propaganda wiele rzeczy z naszych stosunków przedstawiła tutaj w całkiem fałszywym świetle. Przekonałem się o tem również podczas mojego krótkotrwałego pobytu w Finlandji.

8. VIII. Dzięki wielkiej uprzejmości szanownego kolegi Lübecka, który mi poświęcił dzisiaj prawie cały dzień, miałem możność poznać dokładnie szpitale i sanatorja stolicy oraz wodociągi miejskie. Zaczęliśmy zwiedzanie wczesnym rankiem od tych ostatnich.

Cała stolica czerpie wodę z jeziora Ülemiste, położonego w górnej części miasta na wysokości 37,8 mtr. nad poziomem morza. Urządzenie stacji wodociągowej według nowoczesnego systemu Patersona zasługuje na specjalny opis. Jezioro Ülemiste, z którym są połączone różne legendy, jest specjalnie chronione przed zanieczyszczeniem: niewolno w pobliżu mieszkać, ani na brzegu jeziora przebywać w pewnym promieniu; pilnuje tego kilku stróżów.

Woda z jeziora przepływa do 3-ch studni osadowych, przechodzi przez dwa sита, miesza się z siulfatem krzemu, następnie przechodzi przez filtr piaskowy grubości 5 cm., zdołu do góry przepędzana zgęszczonem powietrzem. Zgęszczenie powietrza uskutecznia się zapomocą kompresorów do 5 atmosfer. Woda miesza się z wapnem, dodaje się płynny chlor, przechodzi następnie do dwóch wielkich basenów o pojemności po 9 tysięcy metrów sześciennych każdy. Dzielne zużycie wody przez miasto równa się 18 tys. m.³ Dzięki wysokiemu poziomowi jeziora woda bezpośrednio dochodzi do mieszkań i tylko dla najwyższej położonej części miasta Wyszogrodu istnieje jedna wieża ciśnienia, do której się wodę napędza zapomocą 2-ch pomp. Wskutek wykorzystania naturalnych warunków powstaje oszczędność 5 centów na metrze³. Stacja wodna posiada nowoczesnie urządzone laboratorium analityczno-bakterjologiczne, prowadzone przez specjalistów. Woda poddaje się badaniu w różnych etapach oczyszczenia. Miasto dostaje wodę o wartości odpowiadającej wodzie artestyjskiej. Stacja jest utrzymana w wielkiej czystości i działa bardzo sprawnie już od kilku lat.

Szpitala miejskie w Tallinie

Zwiedzenie szpitali zaczynamy od szpitali miejskich. Miejskich szpitali w Tallinie 2. Miejski szpital I na 350 łózek posiada wszystkie oddziały z wyjątkiem oddziału chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy. Szpital Miejski II zawiera wszystkie oddziały zakaźne na 300 łózek, oddział chorób wenerycznych, oprócz tego na jego terenie mieści się nowy, nowoczesny i pięknie urządzone oddział dla gruźlicy otwartej na 100 łózek. Razem 750 łózek.

Zwiedzam mniej więcej szczegółowo oddziały chirurgiczny, ginekologiczny i położniczy, mieszczące się w dwóch blokach. Trzeci blok dla chorób wewnętrznych, ocznych, oto-laryngologicznych urządzone analogicznie. Aczkolwiek szpital mieści się w gmachu przedwojennym, swoją czystością i porządkiem wewnętrznym robi dodatnie wrażenie. Zakład roentgenologiczny przy oddziale chirurgicznym posiada nowoczesny sprzęt roentgenowski. Szeroko stosuje się tutaj leczenie nowotworów złośliwych. Posiada również szpital rad. Zwiedzam kuchnię i spiżarnię, gdzie stwierdzam czystość wprost wzorową. Urządzenie szpitala II zasadniczo nie różni się niczem od szpitala I, również panuje wszędzie czystość i porządek.

Bezwzględnie zasługuje na wyróżnienie oddział dla otwartej gruźlicy. Pod względem rozplanowania sal, wykorzystania światła, specjalnych sal dla nieuleczalnie chorych, wspólnych pokoi, tarasów do werandowania, doboru koloru ścian oddział ten sprawia wyjątkowo korzystne wrażenie. W jakżeż odmiennych warunkach ci nieszczęśliwi nieraz muszą spędzać ostatnie miesiące i tygodnie swego życia, gdyż dla tego rodzaju chorych wyznacza się często najgorsze i najciemniejsze pomieszczenia.

Zwiedzamy następnie sanatorium dla płucno-chorych w Nõmme, położone w suchej lesistej miejscowości, o bardzo korzystnych warunkach klimatycznych. Sanatorium składa się z dwóch bloków, połączonych między sobą. W jednym mieści się oddział męski, w drugim — żeński. Urządzenie obu bloków identyczne. Wszystkie pokoje wychodzą na werandy położone po stronie południowej gmachu na obu piętrach. Każdy blok posiada pozatem wspólny pokój stołowy, świetlicę etc. Kuchnia i urządzenia gospodarcze stoją na należytym poziomie. Na parterze mieści się Przychodnia.

Sanatorium należy do Ligi Przeciwgruźliczej. Dyrektorem sanatorium jest specjalista phtizjolog, on również prowadzi Przychodnię. W Przychodni ma 2 higienistki do pomocy. Przeciętna frekwencja Przychodni 20—25 osób dziennie. Wielką część zabiegów wykonywa się ambulatoryjnie, ponieważ szpital ponad 100 osób nie jest w stanie pomieścić.

Przytułek dla dzieci w Nõmme

Przy okazji zwiedzamy przytułek dla dzieci, położony w pobliżu Sanatorium, również w lesie. Przytułek mieści się w dużym kilkupiętrowym gmachu i jest obliczony na 170 dzieci do 3 ch lat. W 90% są to dzieci nieślubne, reszta sieroty. Matki tych dzieci nieślubnych mogą przebywać w zakładzie do 6 miesięcy, przyczem w tym czasie muszą swoją pracę opłacać utrzymanie, pomagając stałemu personelowi, który składa się z 30 osób. Na czele stoi kobieta lekarz, specjalistka chorób dziecięcych. Każde piętro posiada bardzo duże werandy, tak że nawet podczas słoty dzieci mogą przebywać na świeżem powietrzu. We wszystkich salkach panuje wzorowa czystość, dzieci utrzymane bardzo czysto, warunki zdrowotne panują dobre. W osobnym mniejszym gmachu mieści się specjalny oddział izolacyjny na 20 dzieci, obecnie wolny z braku epidemii. Dzieci podzielone na grupy według wieku. Stan odżywiania dzieci dobry, widać we wszystkim troskliwą rękę kierowniczkii zakładu, która osobiście z wielkiem zamięłowaniem wtajemnicza nas we wszystkie szczegóły życia zakładu.

Lecznica specjalistów Związku Lekarzy

Wracamy do Tallina i na zakończenie zwiedzamy lecznicę specjalistów — własność Zrzeszenia Lekarzy Estońskich. Lecznica mieści się w przerobionym dla tego celu własnym gmachu i posiada 100 łóżek. Przyjmuje lecznica chorych w zakresie wszystkich specjalności z wyjątkiem chorób zakaźnych, większość jednak zajmują choroby chirurgiczne, choroby kobiece i położnicze. Jest to warsztat pracy dla wszystkich lekarzy zrzeszonych, którzy mogą tam leczyć swoich pacjentów, operować i wykonywać zabiegi z zakresu różnych specjalności. Pracuje tam obecnie 40 lekarzy. Widziałem 2 sale operacyjne: jedna dla przypadków wyłącznie

aseptycznych, druga dla ropnych. Na większej sali aseptycznej może operować jednocześnie 2-ch chirurgów. Lecznica posiada zakład roentgenologiczny, gdzie się wykonywa roentgenoterapię, jest również rad. Na niskim parterze mieści się laboratorium analityczno-bakterjologiczne, gdzie się uskutecznia wszelkie badania, łącznie do badań serologicznych, przyrządzania wszelkich szczepionek etc. Jak miałem możność przekonania się, frekwencja chorych jest znaczna, wolnych łóżek mało, pomimo że utrzymanie i leczenie w tej lecznicy jest znacznie droższe, niż w szpitalach miejskich. Na tem zakończyłem zwiedzanie zakładów leczniczych.

Tallin jeszcze posiada duży Szpital wojskowy, podobno dobrze urządzony, Poliklinikę Czerwonego Krzyża, Lecznicę Specjalistów Lekarzy Niemców, Przychodnię Niemiecką, Zakład Psychiatryczny, Prywatną Lecznicę dla Chorób Nerwowych i Psychiatrycznych D-ra Panfilowa, byłego asystenta prof. Pussepa, oraz szereg przychodni Kas Chorych. Czerwony Krzyż utrzymuje Pogotowie Ratunkowe.

Jak z tego wyliczenia widać, stolica państwa — 140 tys. miasto dość obficie jest zaopatrzone w rozmaite zakłady lecznicze. Poza tem w Tallinie znajduje się Muzeum Sanitarne, gdzie się podobno zawiera wyczerpujący materiał statystyczny, dotyczący wszystkich dziedzin służby zdrowia. Nie mogłem jednak tam być z powodu remontu.

Wycieczka do Tartu

9. VIII. Wczesnym rankiem wyjeżdżamy samochodem z p. Dyrektorem Perna i Dyr. Lübeckiem na południe w kierunku Tartu. Celem naszej wycieczki jest w pierwszym rzędzie zwiedzenie kolonji dla dzieci pracowników kolejowych w pobliżu Tartu, a następnie zwiedzenie Uniwersytetu w Tartu. Po minięciu jednostajnych, biednych okolic Tallina, wkrótce wkraczymy w malownicze, faliste okolice. Szosa biegnie wśród pól i pięknych lasów. Mijamy miasta Paide, Poltsamaa. Wszędzie średnio-wieczne zamki i moc zabytków. W południe docieramy do kolonji.

Kolonja dla dzieci

Kolonja dla dzieci mieści się na terenie majątku—własności Zarządu Kolei. Personel majątku składa się z 14 osób, na czele stoi zarządzający—agronom. Zwiedzamy dobrze urządzone obory i stajnie: 32 krowy rasowe dają 320 litrów mleka dziennie. Oglądamy piękne okazy nierogacizny, dobrze zagospodarowany dział hodowli drobiu, królików, a szczególnie morskich świnek. Hodowla morskich świnek w tym majątku jest prowadzona w szerokim zakresie, dostarcza bowiem majątek morskich świnek dla celów naukowych uniwersytetom i szpitalom nie tylko w Estonji, ale i na Łotwie, Litwie i w Finlandji. Kolonja ma zapewnione świeże produkty, a w pierwszym rzędzie nabiał, jaja, drób i wszelkiego rodzaju warzywa. Narazie z letnich wywczaśów na kolonji korzysta jednorazowo

70 dzieci, na zmianę chłopcy i dziewczęta. Zastajemy właśnie kolonję chłopców. Kolonją z ramienia Towarzystwa administruje Dr. Jürman, lekarz rejonowy z Tartu. On również jest lekarzem kolonji. Kierownikiem i wychowawcą jest specjalnie zaangażowany nauczyciel, który wraz z kilkoma pomocnikami (wszyscy są nauczycielami szkół ludowych) zajmuje się stroną wychowawczą; grupą najmłodszych dzieci kieruje nauczycielka. Pozatem jest specjalny personel gospodarczy: gospodyni, kucharka, służące.

Zastajemy działwę przy obiedzie w dość dużej sali przy czterech czy pięciu stołach. Gwarно i wesoło; pożywienie obfite i smaczne. Wkrótce i my jesteśmy zaproszeni do stołu: spożywamy smaczny obiad, przyrządzony całkowicie z własnych produktów. Po obiedzie zwiedzamy sale sypialne, gdzie właśnie chłopcy odbywają godzinę przymusowego leżenia. Większość dzieci mieści się w jednej bardzo dużej wspólnej sali, dzieci najmłodsze—w mniejszych salkach osobno. Kilka pokoi dla instruktorów i instruktorki. Zwiedzamy świetlicę, gdzie dzieci pokazują nam pismo kolonji, redagowane przez nie, wszystkie wybitniejsze wydarzenia dnia są tam notowane i ilustrowane; z pewnością i nasze odwiedziny zostaną tam uwiecznione.

Jest i ambulatorjum, przy którym mieszka pielęgniarka i znajduje się 1 pokój izolacyjny na wypadek choroby dziecka. Na szczęście stan działwy jest dobry i tylko raz zdarzył się wypadek wietrznej ospy.

Porządek dzienny mniej więcej taki, jak i na naszych kolonjach. Zwraca się szczególną uwagę na stronę wychowawczą. Dzieci poprawiają się na kolonjach bardzo dobrze: jedna dziewczynka przybrała na wadze w tym roku aż 6 kg., co całkiem jest możliwe ze względu na zdrowe i intensywne odżywianie, jakie mają dzieci tutaj.

Koszta wyżywienia jednego dziecka należy liczyć na 50 centów, faktycznie zaś kosztuje 37—35 cent. — najtaniej wypadło 26 cent.

Koszta całkowitego utrzymania wynoszą na miesiąc 32 Ekr. Rodzice dopłacają 8 Ekr. (dodatek na dziecko).

Kolonja emerytów

Na terenie wspomnianego majątku znajduje się jeszcze kolonja emerytów. Jest to małe osiedle, składające się z kilku domów. W każdym domku kilka 1—3 pokoi, mieszkań z kuchnią i zabudowaniami gospodarczymi. Każda rodzina ponadto ma swój przydział ziemi, warzywny ogród i kawał roli. Emeryci miejscowi korzystają z dożywocia, zajmując się małym własnym gospodarstwem, przyczem majątek przychodzi emerytom z pomocą, dostarczając koni i narzędzi rolniczych. Mieszkania emerytom przydziela Dyrekcja po zbadaniu materialnych warunków w każdym poszczególnym wypadku; z reguły zostają tutaj ulokowani tylko emeryci najbardziejniejsi.

Zyski, które daje majątek, idą do dyspozycji Dyrekcji Kolejowej na cele humanitarne. Z tych funduszy Dyrekcja udziela subwencji Towarzystwu Kolonij, które jako takie posiada środki bardzo skromne.

Lustracja majątku zabiera nam dużo czasu, tak że tylko po godzinie 4-ej udajemy się w dalszą podróż do Tartu. Towarzyszy nam Dr. Jürmann, który jako przedstawiciel Towarzystwa czynił tutaj honory gospodarza domu.

Muzeum narodowe w Tartu

Ze względu na spóźnioną porę odstępujemy od pierwotnego zamiaru zwiedzania klinik uniwersyteckich, poprzestając na zwiedzaniu miasta, Muzeum Narodowego, Biblioteki uniwersyteckiej i Przychodni Kolejowej. Muzeum Narodowe w Tartu należy podobno do najbogatszych i najciekawszych muzeów w krajach północnych wogóle, zwłaszcza jego dział historyczny i etnograficzny. Rozplanowanie materiału muzealnego tych działów daje możliwość systematycznego przeglądu dziejów narodu estońskiego od czasów patryarchalnych poprzez okresy zaborcze aż do chwili ostatniej. Broń, stroje, okazy zdobnictwa, także narzędzia pracy i inne eksponaty, sięgające owych zamierzchłych czasów — świadczą o dość wysokiej kulturze wolnego narodu z czasów przedzaborczych, którą wcześniej Estowie zdobywają dzięki stosunkom handlowym z krajami nordyckimi, zwłaszcza Duńczykami i Szwedami. Zrozumiałym staje się dla mnie żal Estończyków do Niemców i Rosjan, którzy w Estach pragnęli widzieć tylko „naród chłopski“, niezdolny do wyższych aspiracji. W Tartu wznosi się pomnik pastora Reimana, pisarza, który pierwszy wystąpił w obronie kultury estońskiej w licznych dziełach, opartych na materiale rzeczowym. Bardzo bogato przedstawia się dział strojów regionalnych (figur woskowych), zwłaszcza ciekawy jest folklor wyspiarzy z wyspy Saarama i innych. Bogaty dział zdobnictwa, kilimów etc. Inne znów działy, również bogato przedstawione, stanowią smutne karty ustroju feodalnego, świadcząc o strasznej biedzie i nędzy estońskiego narodu. Widzę tu próbki chleba nawpół zmieszanego z trocinami i piaskiem, widzę również prymitywny kalendarz pańszczyźniany z kawałka podziurawionej deski, gdzie drewnianymi kółkami notowały się odrobione dni prac przymusowych. Przedstawione jest tu również życie ludów rasowo pokrewnych: czeremisów, wotiaków, mordwinów, czuchnow, finów, samojedów, laplandczyków.

Kultura zaborcza również dość bogato jest reprezentowana w tem muzeum, zwłaszcza bogaty dział związany z powstaniem i całą historją Uniwersytetu Dorpackiego. Założony przez króla szwedzkiego Gustawa Adolfa w r. 1632, za czasów rosyjskich zostaje wznowiony przez Aleksandra I. Uniwersytet staje się całkiem niemieckim. Po roku 1889 rząd rosyjski starał się go zrusyfikować, jednak znaczna część profesorów Niemców aż dokońca wykładała po niemiecku. Takie nazwiska, jak E. Berg-

mann, Rauber, Zoege-Manteufel i wiele innych, świadczą o poziomie nauczania.

Rozwiniętem życiem korporanckiem Uniwersytet w Dcrpacie przypomniiał i przypomina niektóre uniwersytety niemieckie, zwłaszcza w Heidelbergu, a nawet samo miasto ma wspólne cechy z Heidelbergiem. Życie miasta i życie Uniwersytetu, poza odniemczeniem i odrusyfikowaniem, za czasów estońskich naogół mało się zmieniło. Obecnie Tartu dla Estończyków jest stolicą intelektualną, jak Zagrzeb dla Jugosłowian. Niema ulicy, gdzieby się nie mieściła jakaś uczelnia, muzeum lub jakakolwiek ekspozytura Uniwersytetu, niema kawiarni, niema wprost miejsca, gdzieby się nie spotkało uczącej się młodzieży lub ludzi związanych z Wyższą Uczelnią. Obecnie Uniwersytet jest całkowicie zestonizowany i już ustały wielojęzyczne wykłady: przybyły własne nowe siły na czele z neuropatologiem-chirurgiem prof. Pussepem; dawniejsi profesorowie musieli opanować dość trudny język estoński. Pośród zabytków Dorpatu zwracają uwagę piękne ruiny katedry, zbudowanej w roku 1224. Część katedry została odrestaurowana i mieści się tam obecnie biblioteka uniwersytecka. Zawdzięczając uprzejmości Dyrektora biblioteki, miałem możność oglądać liczne pamiątki dotyczące okresu naszego wladania Inflantami (oryginalne listy i akta królów polskich), listy Lelewela, Mickiewicza, listy Napoleona, akt erekcyjny Uniwersytetu, podpisany przez króla Gustawa Adolfa, oraz cały szereg cennych unikatów bibliograficznych, jak zbiór biblij w kilkunastu językach, zbiór poezji perskiej—jakieś bardzo stare wydanie pisane na pergaminie etc. etc. Biblioteka Dorpackiego Uniwersytetu posiada przeszło 500 tysięcy tomów, jednak dzięki nieodpowiednim pomieszczeniom i brakowi odpowiednich zabezpieczeń przeciwpożarowych znaczna część zbiorów jest zmagazynowana.

Mając zbyt mało czasu, bardzo pobieżnie zwiedzamy park, w którym znajduje się kilka pięknych pomników i popiersi, w tem pastora Reimana, popiersi zasłużonych profesorów i pierwszych rektorów Uniwersytetu. W innem miejscu Estończycy wystawili piękny pomnik lejtenantowi Kuperjonowowi, bohaterowi narodowemu wojny niepodległościowej, który, broniąc wolności Estonji przed najazdem bolszewickim, zginął śmiercią bohaterską. W obrębie parku mieszczą się również niektóre kliniki uniwersyteckie, jak chirurgiczna, ginekologiczna, instytut anatomji normalnej, instytut patologji etc. W westibulach klinik mieszczą się popiersia profesorów: von Bergmanna i innych. Na zwiedzenie szczegółowe klinik niestety zabrakło czasu. Przyrzekłem Dr. Lübeckowi, który jest szczerze zmartwiony, że nie udało się klinik zwiedzić, iż do Estonji przyjadę jeszcze i że wówczas na zwiedzenie klinik poświęcimy całe przedpołudnie, a przy tej okazji zwiedzimy te okolice, których zwiedzić nie dało się podczas krótkiego mojego pobytu, a mianowicie wyspy, uzdrowisko Kuresare, jezioro Pejpskie, Pieczory oraz Viljandi (Fellin) — miasto niegdyś związane z naszym panowaniem w Inflantach, gdzie bodaj najwięcej zachowało się pamiątek z polskich czasów. Na zakończenie zwiedzamy przy-

chodnię kolejową, mieszczącą się przy dworcu, gdzie urzęduje Dr. Jürman. Robi wrażenie przychodnia bardzo korzystne: składa się z kilku dużych ubikacji, wielkiej, bardzo jasnej poczekalni, dobrze wyposażonego gabinetu lekarskiego, salki operacyjnej i salki dla chorego o jednym łóżku, pozatem z własnej apteki, jak w każdej z przychodni na Kolejach Estońskich. Dowiaduję się, że w tej przychodni za czasów rosyjskich jeden z profesorów, czy docentów Uniwersytetu prowadził zajęcia polikliniczne ze studentami i nawet operował w tej salce przypadki ambulatoryjne. Dowiaduję się również, że zachował się po dziś dzień zwyczaj przyuczania studentów medycyny do czynności zawodowo-lekarskich, a to w ten sposób, że studenci starszych semestrów towarzyszą profesorom i ich asystentom do chorych prywatnych, gdzie pielęgnują chorych, wykonując drobne zabiegi, jak to zastrzyki, opatrunki etc., przyczem zdają relację z przebiegu choroby ordynującemu lekarzowi.

Dopiero o zmroku opuszczamy Tartu i późno w nocy wracamy do Tallina.

Wycieczka do Helsinki

10. VIII. Korzystając z tanich rejsów morskich, w godzinach rannych udaję się fińskim statkiem „Suomi” do Helsinki. Przejazd klasą turystyczną w obie strony kosztuje tylko 10 Ekr. (15 zł.) Pogoda piękna. Odpoczywam po wszystkich dotychczasowych podróżach i jestem zdecydowany więcej nie „zwiedzać”, poświęcając ostatnie dni urlopu wypoczynkowi, tembardziej że Finlandja, kraj bardzo ciekawy pod wielu względami, pod względem poznania organizacji pomocy lekarskiej na kolejach nie może stanowić terenu studjów dla tej prostej przyczyny, że Koleje Finlandzkie odrębnej organizacji sanitarnej wcale nie posiadają. Pomocy lekarskiej udzielają lekarze prywatni. Lekarz Naczelny jest jedynie organem kontrolnym, podobnie jak to ma miejsce na Kolejach Niemieckich. Istnieją jedynie niewielkie przychodnie na terenach warsztatów w celu udzielania pomocy doraźnej. Towarzyszy mi w tej podróży kuzyn W., urodzony w Finlandji, który jedzie odwiedzić swe strony rodzinne. Po pięciu godzinach jazdy ukazują się liczne wyspy, stanowiące część składową fortecy Sweaborg, a zdala na tle lekkiej zadymki pięknie zarysowuje się Helsinki. Kuzyn mój, który się tu urodził i spędził lata dziecięce, daje mi wyjaśnienia. Po przybyciu do portu udajemy się ulicami miasta do stacji autobusowej i po dwudziestu minutach jazdy docieramy do miejscowości Puistola, położonej w 15 kil. od miasta. Tutaj zainstalowujemy się u znanych w ładnej wilce wśród lasów i pól. Wypoczywamy, zażywając przyjemności letniskowych, spożywając w ogrodzie porzeczeki, a nawet truskawki, tak późno dojrzewające w tym klimacie. Jutrzejszy dzień po gruntownym wypoczynku mamy spędzić w Helsinki.

11. VIII. Pogoda piękna, słonecznie i ciepło. Idziemy piechotą do pobliskiej stacji kolejowej i najbliższym pociągiem udajemy się do

Helsinki. Przejazd koleją drugą klasą odpowiada mniej więcej cenie biletu autobusu. Pociąg staje kilka razy na małych stacyjkach przy podmiejskich miejscowościach letniskowych. Małe stacyjki niezwykle schludne i czyste. Wnętrze wagonu, którym jadę, robi wrażenie również bardzo korzystne swoją czystością. Jazda trwa około pół godziny. Zajeżdżamy na duży, nowoczesny dworzec, wykonany z szarego granitu. Całość robi wrażenie imponujące. Wielkie hale, poczekalnie, sale restauracyjne, dużo kiosków, biura podróży etc. Wszędzie czystość idealna. W bardzo dużym gmachu stacyjnym mieszczą się wszystkie urzędy kolejowe, zarówno i Dyrekcja Kolei. Tramwajem udajemy się na cmentarz (najdalszy kurs jazdy kosztuje 1 markę fińską, czyli na nasze pieniądze 12 groszy), gdzie zwiedzam grób ś. p. stryja Henryka, a ojca kuzyna mojego W. Zdumiewa na każdym kroku nadzwyczajna czystość i porządek. Udajemy się następnie na morską plażę, powstałą po wojnie, wyposażoną w piękne urządzenia i udogodnienia dla kąpiącej się publiczności. Publiczności bardzo dużo, gdyż jest niedziela. Udajemy się następnie małym statkiem na jedną z wyspek, gdzie mieści się ogród zoologiczny. Na tej wyspie spędzamy parę godzin. W kawiarni na tej wyspie podziwiam dobroć i taniość kawy: za porcję na 3 osoby (maszynka) płacimy tylko 2 zł. na nasze pieniądze. Oglądając wystawy, podziwiam taniość owoców południowych (tu na północy!) pomarańcz, bananów, bardzo tanie materiały ubraniowe, galanterja, niezwykle tanie rowery, maszyny do pisania, tanie samochody. Produkty spożywcze są natomiast znacznie droższe, niż w Estonji; jednak za 1,80—2 zł. można zjeść obiad w restauracji. Helsinki jest pięknym miastem nowoczesnym, typu miast skandynawskich. Budowa domów z szarego granitu w stylu nawskroś nowoczesnym nadaje miastu specjalne piętno; niektóre gmachy, jak n. p. Parlament, dworzec kolejowy, są wprost monumentalne. Nie podejmuję się opisywać wszystkich właściwości tego pięknego nowoczesnego miasta, gdyż dokładne obejrzenie Helsinki wymagałoby co najmniej 3-cb dni. Najwięcej mi zaimponowała niezwykle czystość i prawdziwie nordycka kultura, jaką się tylko spotyka w Szwecji, Norwegji i Danji. Zwróciłem uwagę na symboliczny pomnik Wolności: postaci trzech kowali w różnym wieku, kujących żelazo przy jednym kowadle. Podobno naokoło tego pomnika odbywają się symboliczne tańce akademickiej młodzieży w dniu święta Niepodległości. Zwraca uwagę kilka pięknych hoteli. Wystawy sklepów są niezwykle efektowne. Zwraca uwagę swą piękną architekturą gotycka „Johanneskirko” oraz o niezwykle oryginalnej budowie kościół kalwiński. Sobór rosyjski Mikołajewski, aczkolwiek piękny i monumentalny w swej budowie, nie harmonizuje z otoczeniem i stanowi obcą plamę na tle ogólnem. Panuje w Finlandji dwujęzyczność: wszystkie napisy w języku fińskim i szwedzkim. Często słyszy się szwedzką mowę na ulicy. Można się tu rozmówić prawie wszędzie po niemiecku. Po rosyjsku Finowie nie mówią prawie wcale, raczej nie chcą świadomie używać języka znienawidzonych przez nich zaborców. Zresztą Finlandja i za czasów rosyjskich posiadała całkowitą autonomję kultural-

na, a więc nie przyjęła nic z kultury rosyjskiej, poza znikomą ilością budynków urzędowych i pewnej ilości świątyń prawosławnych. Finki poza językiem fińskim i szwedzkim nie władają przeważnie żadnym z języków obcych. Resztę czasu poświęcamy przechadzce wzdłuż Brungsparku, najpiękniejszej dzielnicy miasta, gdzie ulice składają się z pięknych will i pałaców, położonych wśród wielkich drzew cienistego parku. Przy końcu tej dzielnicy wychodzimy na drugą plażę, również piękną i dobrze utrzymaną, jedną z licznych plaż w Helsinki. Podczas naszej wędrówki spotykamy liczne wycieczki zagraniczne, przeważnie Niemców i Amerykanów. Zmęczeni długim spacerem, ku wieczorowi wracamy na obiad autobusem do Puistola. Wieczór schodzi na miłej pogawędce przy stole u gościnnych gospodarzy.

P o w r ó t

12. VIII. O godzinie 10 już jestem na statku w drodze powrotnej do Tallina. Towarzyszy mi liczna grupa harcerzy różnych narodowości, przeważnie Austrjaków, u których spostrzegam „żubra“, a więc byli na zlocie harcerskim w Spale. Czas schodzi przyjemnie, pogoda sprzyja, aczkolwiek fala duża. Nie obchodzi się jednak po paru godzinach jazdy bez przygód: część publiczności, zwłaszcza płeć piękna, zaczyna chorować. Ja na szczęście chorobie nie ulegam, a więc do końca podróży obserwuję spotykane statki, a za kilka godzin w blasku popołudniowego słońca ukazuje się prawdziwie piękna panorama Tallina na tle zatoki, najpiękniejsza perspektywa Tallina, w jakiej Tallin ukazuje się kiedykolwiek oczom podróżnika.

Z portu w towarzystwie pułk. Simona odjeżdżam do Nômme, gdzie przy obiedzie znów zbiera się liczne rodzeństwo, jest również sympatyczny kolega Lübeck. To jest mój obiad pożegnalny, gdyż nazajutrz mam zamiar odjechać do Polski.

Dnia 13. VIII. 35 r. o godzinie 16-ej, żegnany przez miłych przyjaciół, opuszczam gościnny ten kraj, przyrzekając jeszcze raz przyjechać do Estonji.

F A R M A H U R T

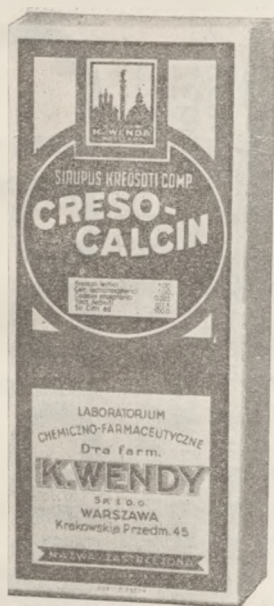
HURTOWNIA TOWARÓW

FARMACEUTYCZNYCH I DROGERYJNYCH

aptekarze A. MICHAŁSKI i B. SZYMCHAK

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

P O Z N A Ń, ul. 27 Grudnia 5.



CRESOCALCIN D-ra K. WENDA

Creosotum lact.
Calc. lactophosph.
Codeinum phosph.
Tinctura Aconiti
i Sirupus Citri.

Lek objęty lekospisem Dyrekcyj kolejowych

stosuje się zamiast znacznie droższych wyrobów zagranicznych, przy bronchicie chronicznym i wszelkich cierpieniach dróg oddechowych.

Zażywa się z herbatą.

EMULSAN D-ra K. WENDA

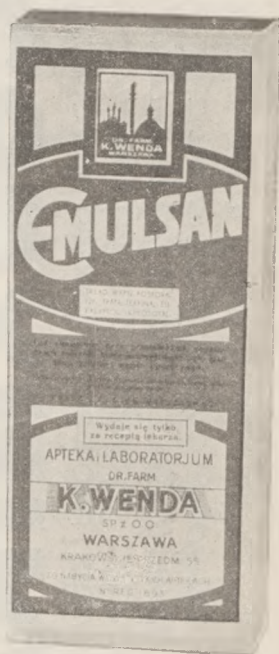
w skład wchodzi związki kreozotowe, terpeny, eukaliptol, sole wapniowe i fosforowe oraz wyciąg tymianku, w zawiesinie tranu z lecytyną.

Jest to jedyny środek przeciwkaszlowy,
łączy działanie lecznicze z odżywczem.

Jest niezastąpionym środkiem leczniczym przy ostrym lub przewlekłym nieżycie oskrzeli, dyshaiicy oskrzelowej, gruźlicy, rozedmie płuc, grypie oraz koklusz.

Podawać w chłodnych płynach z dodaniem soku z cytryny.

Cena det. za flakon 300,0 Zł. 4.50.



LITERATURĘ I PRÓBY WYSYŁA:

Lab. chem. Farm. Dr. Farm. K. WENDA --- Warszawa.

Cyboalgina

SZYBKO UŚMIERZA BÓLE, NERWOBÓLE, BÓLE GŁOWY,
ZĘBÓW, USZU, STAWÓW I MIĘŚNI, BOLESNE MIESIĄCZ-
KOWANIE. BÓLE W WIĄDZIE RDZENIA. ODZWIY-
CZAJANIE OD MORFINY.

ampułki - krople - tabletki - czopki - proszek.

Chiminozylina
rozwiera zeszerepięty i zimniejszy - choroby
zakrzepłe. stany gorączkowe. gorączka po-
łogowa. nerwobóle. migrena.

akwaietki - proszek.

CORAMINA

Analepticum, działające na ośrodek oddechowy i krążenie.

Ostry zapad, niewydolność krążenia, choroby
zakrzepłe, zapalenie płuc, grypa, dychawica os-
krzelowa, rozedma płuc. Zatrucia środkami odu-
rzającymi, grzybami i t.p. , ampułki — krople.
w zatonięciach.



Trochę statystyki „nieszczęśliwych wypadków“

DR. CZ. CZECHOWICZ

b. Lekarz Sanitarny D. O. K. P. w Radomiu

Przeglądając pozostałe mi od czasu służby czynnej różne zapiski i notatki, znalazłem dane dotyczące tak zwanych „nieszczęśliwych wypadków kolejowych“, które miały miejsce w roku 1933 na terenie Dyrekcji Radomskiej.

Nie uważając, żeby ten materiał mógł mieć jakieś większe znaczenie do wyciągnięcia z niego tych lub owych ostatecznych praktycznych wniosków — jest bowiem zbyt mały ilościowo — chcę jednak podać go do wiadomości. Być może przyda się komu z kolegów, któryby zechciał zająć się opracowaniem tego tematu na podstawie danych, zebranych z terenów wszystkich Dyrekcji Kolejowych.

Materiał zebrany przeze mnie przedstawia się, jak następuje.

O wypadkach i ważniejszych wydarzeniach kolejowych na terytorjum P. K. P. odpowiednie władze, w myśl przepisów N-R. 3, obowiązane są donosić różnym urządcom, w tem i Wydziałowi Sanitarnemu, zwłaszcza gdy są „ofiary w ludziach“.

Wypadki te przepisami podzielone zostały na: „związane z ruchem“, „niezwiązane z ruchem“, „różne wydarzenia“ i „samobójstwa i nagłe śmierci“.

Poniżej podaję wyniki opracowania statystycznego pierwszej kategorii tych wypadków, to jest mających bezpośredni związek przyczynowy z ruchem nie tylko samych pociągów, lecz i taboru kolejowego wogóle. Przytem wziąłem pod uwagę tylko takie wypadki, gdzie wchodziło w grę zdrowie, ewentualnie życie ludzkie.

Jako materiał służyły depesze urzędowe, o których mowa wyżej. Czasokres — cały rok kalendarzowy 1933-i.

Wypadków podano 210; przypadło na poszczególne miesiące:

styczeń . . . 8	kwiecień . . . 21	lipiec . . . 25	październik . . . 11
luty . . . 14	maj . . . 20	sierpień . . . 19	listopad . . . 27
marzec . . . 14	czerwiec . . . 19	wrzesień . . . 17	grudzień . . . 15

Osób zarejestrowano 221; w 5 wypadkach po 2 osoby i w 3-ch wypadkach po 3 osoby poszkodowane.

Mężczyzn 186, kobiet 26 i dzieci (do 15 lat życia) 9.

Wiek podano tylko u 139 osób:

	lata —	15—20	21—40	41—60	ponad 60
mężczyźni		17	65	28	4
kobiety		3	10	2	1
	lata —	2—5	6—10	11—14	
dzieci		2	2	5	

u 82 osób wiek niewiadomy, można li tylko wnioskować, że były to osoby dorosłe, albowiem depesze mówią krótko: „mężczyzna” lub „kobieta” albo „trup” bez dodania, że to było dziecko.

Co do stanowisk społecznych, zatrudnień i t. p. to nie można było cały materiał należycie, jednolicie posegregować, gdyż autorzy depesz często podawali te dane bardzo ogólnikowo, nieściśle, jak na przykład „dziecko”, „głuchoniemy”, „umysłowo chory”, „przy rodzicach”.

Udało się tylko określić i podzielić, jak następuje:

pracownicy kolejowi	41	pasażerowie z biletem	13
„ państwowi	5	„ bez biletu	23
oficerowie	2	uczniowie ze szkół	3
żołnierze	7	członkowie rodzin	4
rolnicy (wieśniacy)	52	głuchoniemy	1
robotnicy (wyrobnicy)	37	nieznani (niewiadomi)	30
handlarze	3		razem 221

Miejsce (teren) wypadków:

na szlakach między stacjami	125
w tem: przejazdów niestrzeżonych 40 i przejazdy zabezpieczone 4	
na stacjach (perony i tory peronowe)	16
stacje (zwrotnice, tory wjazdowe i inne)	61
w wagonach, na parowozach, brekach i t. p.	8
	razem 210

Skutki (wyniki) wypadków:

samobójcy	29	zabici	54
ranni	116	bez szwanku	22

W tej liczbie na przejazdach:	ranni	zabici	bez szwanku
niestrzeżonych	21	7	20
zabezpieczonych	3	1	1

Wyszczególnienia obrażeń i ich kwalifikacji również nie da się ująć w odpowiednie ramki statystyczne. Powód ten sam, co i w podziale stanowisk i zatrudnień poszkodowanych, a mianowicie — niedokładna redakcja depesz.

Jednak skutki czyli wyniki nieszczęśliwych wypadków dają się podzielić, jak następuje:

Samobójcy — 29 osób; o tych depesze mówią krótko — „rzucił się pod pociąg i został zabity“ lub „poniósł śmierć na miejscu“. Zamachy samobójcze miały miejsce: w godzinach dziennych — 23 i w godzinach nocnych — 6. W obrębie stacyj — 4, na szlakach — 25, w tem w pobliżu Lublina — 5, wszystkie na szlaku Lublin-Rejowiec.

Zabici (poza samobójcami) — 54 osoby. Z tego:

„znaleziono trupa“ (zwykle „po przejściu pociągu“)	8
obcięcia, oderwania, zmiżdżenia i rozbicia głów	14
obcięcia obu nóg	1
znaleziono „poszarpane zwłoki“	1
zabili się, wskakując, wyskakując lub wypadając z pociągu	
w ruchu	7
podano w depeszach „zabity“, bez innych szczegółów	23

Ranni („potłuczeni“) — 116 osób. Obrażeń zaś wszelkiego rodzaju zarejestrowano u nich 126, gdyż w 10 wypadkach były wielorakie, jako to: „rozbicie głowy i złamanie nogi“ lub „rany twarzy i złamanie obojczyka“ albo „obcięcie obu podudzi i lewej ręki“ i t. p.

Materiał szczegółowy, podany w depeszach, daje się zgrupować w ten sposób:

głowa — skaleczenia i rany	18
„ potłuczenia i podrapania	11
kończyny górne — obcięcia i zmiżdżenia rąk	8
„ „ złamania rąk	2
„ „ stłuczenia i skaleczenia rąk	3
kończyny dolne — obcięcia i zmiżdżenia kończyn	21
„ „ złamania kości	8
„ „ skaleczenia i potłuczenia	6
tułów — zgniecenia klatki piersiowej	1
„ złamania obojczyka	1
„ ogólne potłuczenia	2
„ obrażenia wewnętrzne	1

ranni i potłuczeni bez podania szczegółów i bez wskazania uszkodzonej części ciała:

ranni	14	okałeczenia	7
potłuczenia	18	obrażenia cielesne	5

Bez szwanku wyszło 22 osoby. W tem 1 dziecko 2-letnie wypadło z pociągu i nie doznało żadnych obrażeń. Reszta — to powożący, którzy zaskoczeni na przejazdach zdążyli w ostatniej chwili wyskoczyć z powozów; ofiarą padały zwykle konie lub powozy.

W większej ilości wypadków miało miejsce tak zwane „najechanie” pociągu na osoby pojedyncze, idące torem, przechodzące przezeń, lub próbujące przebiec przed pociągiem, i na furmanki.

Przy takich najeżaniach na osoby pojedyncze uległo wypadkowi 46; w tem 26 poniosło śmierć na miejscu, 5 doznało „ciężkich ogólnych obrażeń”, 2 zmiżdżenia stopy, 1 obcięcia nóg, 1 złamanie nóg, 1 złamanie ręki, 9 „rannych” i 1 potłuczony.

Przebiegających przed zbliżającym się pociągiem uclerpiało 8; w tem zabito 5, obcięcie ręki 1, zmiżdżenie stopy 1 i „ranny” 1.

Przy najeżaniu na furmanki ofiarą padło 36 osób, w czem zabito 6, złamanie ręki 1, „rannych” 5, potłuczonych 4 i wyszło bez szwanku 20.

Najeżanie na wózek roboczy dało 2-ch zabitych.

Najeżanie drezyną (na dziecko) — 1, potłuczenie.

Wszelkiego rodzaju najeżać było w godzinach dziennych 53 i w nocnych 32.

Jazda na dachu wagonów — 8 osób: 7 uderzeń o wiązania mostów i 1 o druty telegraficzne. Śmierć na miejscu 5, „rozbitcie głowy” 2 i skałeczenie twarzy 1.

Wypadnięcie z pociągów w biegu — 18; w tem zabił się 1, rozbitcie głowy 4, złamanie nóg 2, potłuczenia ogólne 10 i bez szwanku 1 (dwuletnie dziecko).

Wyskakiwanie w biegu lub przed zatrzymaniem się pociągu — 21; w tem śmierć 3, obcięcie stóp i nóg 4, złamanie nóg 4, rannych 4 i potłuczonych 6.

Wskakiwanie na torze do pociągu w biegu — 11 osób. Zabił się 1, obcięcie stóp, podudzi i ud 8, ranni i potłuczeni 2.

Na peronach — wsiadanie i wysiadanie z pociągu w ruchu 3 osoby, w czem 1 śmierć (pod koła), 1 obcięcie ręki i 1 potłuczenie ogólne.

Uderzenie — otwieraniem drzwiami wagonu w momencie wejścia pociągu pod peron — 1 wypadek, zabity (stał na peronie).

Uderzenie — stojącego na peronie parowozem wchodzącego pociągu — 1, rozbitcie czaszki.

Wypadnięcie z parowozu 2; z nich 1 ranny i 1 potłuczony.

Wykolejenie się drezyny — 3 osoby, ciężkie obrażenia.

Przy pracy przetokowej: wychylenie się z parowozu i uderzenie o słup 4, lekkie skałeczenia głowy; raptowne przerzucenie hamulca parowozowego — 2, potłuczenia; upadek osób znajdujących się w wagonie w chwili zderzenia się wagonów puszczonech luzem („sztos”) — 3, potłuczenia i lekkie skałeczenia; spadnięcie z breków i stopni wagonów — 3, w czem 1 zmiżdżenie ręki (pod koła) i 2 potłuczenie; dostanie się pomiędzy zderzaki — 3, z nich zmiżdżenie głowy 1, zgniecenie klatki piersiowej 1 i stłuczenie ręki 1; wpadnięcia pod koła 3, w czem zmiżdżenie stopy 2 i zmiżdżenie obu podudzi 1; uderzenia przetaczanymi wagonami — 5, potłuczenia i lekkie rany; upadnięcie podczas biegu 2, ogólne potłuczenia.

Reszta wypadków poza „najechem“ miała miejsce: 37 w godzinach dziennych i 31 w nocnych.

Prawie wszystkie depesze jako powód wypadków podają „własną nieostrożność“ poszkodowanych, czyniąc ich winnymi i odpowiedzialnymi za skutki, ewentualnie poniesione kalectwa i obrażenia.

Istotnie, wykluczwszy 29 samobójstw i analizując każdy poszczególny wypadek, należy przyznać, że 184 osoby uległy wypadkowi dzięki własnej nieostrożności lub niedbalstwu. Bez własnej winy ucierpieli tylko: 3 osoby z powodu wykolejenia się drezyny; 3 — znajdujący się w czasie tak zwanego „sztosu“ w wagonie; 1 dziecko najechane drezyną, która mogła być zahamowana zawczasu i 1 dziecko, które wypadło z pociągu; ale i tu winę ponosi matka, nie pilnująca go należycie.

Reszta wypadków, wywołanych wskakiwaniem i wyskakiwaniem w czasie biegu pociągu, jazdą na dachu, chodzeniem po torach, przebieganiem przed zbliżającym się pociągami, wypadnięciem z pociągów, jazdą na stopniach wagonu, — niewątpliwie były spowodowane własną nieostrożnością lub nieprzestrzeganiem i lekceważeniem obowiązujących przepisów o bezpieczeństwie.

To samo należy powiedzieć i o wypadkach w czasie przetaczania taboru kolejowego, gdzie poszkodowani zostali wyłącznie pracownicy kolejowi. Jedynie ich niedbalstwem i nieostrożnością, wynikającą prawdopodobnie z pewności siebie, można tłumaczyć te nieszczęśliwe wypadki, którym ulegli.

O udzieleniu pierwszej pomocy depesze skąpo mówią. Wiadomem jest tylko, że 13 osób „po otrzymaniu pomocy doraźnej“ poszło do domu lub odjechało w dalszą drogę tym samym pociągami, a było takich: skaleczenia w okolicy głowy i twarzy 6, lekko ranni i okaleczeni, ściśle w depeszach nieopisani 4, lekko potłuczeni 2 i wstrząs ogólny 1.

Skierowano do ambulatorjum 27 osób, w tem ogólnie potłuczonych 6, potłuczenia głowy 2, stłuczenia kończyn 3, pokaleczonych i „rannych“ 4, rany głowy 1, rany twarzy 5, złamanie podudzia 1, zmiżdżenie i urwanie stopy 2, zmiżdżenie i oberwanie palców 2 i bez podanych w depeszy obrażeń 1.

Do szpitali odesłano—wprost z miejsca wypadku (stacje) lub po przywiezieniu pociągami—72 osoby, a mianowicie: ogólne potłuczenie 7, ciężkie obrażenia 3, obrażenia wewnętrzne 2, rozbitcia, rany i skaleczenia głowy 13, zgniecenia klatki piersiowej, ze złamaniem obojczyków 2, złamania kończyn górnych 1, obcięcia i zmiżdżenia kończyn górnych 5, złamania kończyn dolnych 5, zmiżdżenia i obcięcia kończyn dolnych 19, ogólnie „ranni“ 14 i obrażeń nie podano 1. Śród tych było 9 wypadków obrażeń wielorakich.

Do tej liczby 72 można, przypuszczam, dodać 5 osób, skierowanych początkowo do przychodni, a to: złamanie podudzia 1, zmiżdżenie i urwanie stopy 2 i zmiżdżenie i oberwanie palców 2, czyli że razem byłoby 77 osób. W stosunku do kategorii rannych—116 osób—wyniosłoby to 67,24% skierowanych do szpitala.

Tyle, jak podano wyżej, dało się zebrać materiału z depesz służbowych. Przed podaniem wniosków chciałbym zwrócić uwagę na niektóre okoliczności wypadków, a mianowicie: 1) ilość ofiar na przejazdach niestrzeżonych wynosi 28, gdy na zabezpieczonych tylko 4, czyli w stosunku 7:1; 2) wypadki miały miejsce na 40 przejazdach niestrzeżonych i na 4-ch zabezpieczonych, a więc stosunek 10:1; 3) tak zwanych najechań było w godzinach dziennych 53, a w godzinach wieczornych i nocnych 32. Czem się tłumaczy przewaga dzienna? Czy większym ruchem ludności w dzień? Czy mniejszą uwagą (a pewnością siebie) personelu parowozowego w dzień i natomiast większą ostrożnością w nocy — trudno dać na to odpowiedź. Zdawałoby się, iż w nocy łatwiej o wypadek; liczby zaś mówią odwrotnie.

Na zakończenie — o wnioskach i konkluzjach. Jak zaznaczyłem na początku, materiał jest zbyt mały ilościowo, by można było uznać go za wystarczający do wyciągnięcia jakichkolwiek szerszych ogólnych wniosków. Pomimo to można postawić niektóre postulaty, dotyczące kwestji ochrony życia i zdrowia osób mających styczność z ruchem kolejowym. A mianowicie wskazane są:

1) Jeżeli nie ochrona lub zabezpieczenie całkowite wszystkich przejazdów kolejowych, to przynajmniej sygnalizacja, zawczasu alarmująca o zbliżającym się pociągu.

2) Wzmoczona uwaga personelu parowozowego przy zbliżaniu się i mijaniu przejazdów kolejowych oraz przy wjazdach na stację.

3) Częstsze sprawdzanie przez konduktorów obecności pasażerów na dachach wagonów, zwłaszcza na szlakach, gdzie są mosty o niskim stosunkowowiązaniu górnem.

4) Niedopuszczanie otwierania drzwi i wysiadania z wagonów, aż pociąg stanie przy peronie.

5) Kara doraźna pieniężna (konduktor musi mieć prawo mandatu karnego) za wskakiwanie do pociągu w biegu, ewentualnie do ruszającego już ze stacji.

6) Niedopuszczanie publiczności do brzegu peronu w czasie wchodzenia pociągu przynajmniej o 2—3 metry; na większych stacjach mogą tego dopilnować tragarze-numerowi.

7) Okresowe badanie i kontrola pracy przetokowej; częstsze pouczanie personelu przetokowego o grożącym w czasie pracy niebezpieczeństwie, spowodowanym własną nieostrożnością.

8) Szerokie zaznajamianie publiczności z niebezpieczeństwami związanymi z ruchem pociągów.

O S K A R E L H S

Urządzenia rentgenologiczne, aparaty elektromedyczne,
— lampy kwarcowe, błony i papiery rentgenowskie —

W A R S Z A W A
ul. W i l c z a Nr. 30.
Telefon Nr. 9.97-90.

Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej Sanitarjatu D. O. K. P. w Warszawie

Częstość występowania dodatniego odczynu Wi- dala u czynnych pracowników kolejowych, ich ro- dzin i u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej

TADEUSZ STRYJECKI

Rola nosicieli i siewców różnych zarazków chorobotwórczych jest dziś w epidemiologii powszechnie znana i należycie oceniana.

Zagadnienie nosicielstwa i rozsiewalności drobnoustrojów chorobotwórczych interesuje w jednakowym stopniu zarówno bakterjologów i higienistów, jak i działaczy sanitarnych, albowiem dzięki nosicielstwu cały szereg różnych chorób zakaźnych nigdy prawie u nas nie wygasa.

Istnieją nosicielstwa długo i krótkotrwałe. Nosicielstwo zarazków duru brzusznego należy do najdłuższych.

Notowano przypadki trwania nosicielstwa i wydalania pałeczek Bro-
wicz-Ebertha w stanie żywotnym i zjadliwym przez lat 30 (Padlewski),
a nawet przez lat 56 (Serkowski). Jastrzębski wyhodował z zawartości ope-
rowanego pęcherzyka żółciowego pałeczki duru brzusznego, przebytego
przed 35 laty. Karwacki mówi: kardynalnym czynnikiem w tem cierpieniu,
jak wiadomo, jest bardzo wczesne i długotrwałe zakażenie obiegu krwi
przez laseczники Ebertha.

Poza nosicielami, którzy przeszli dur brzuszny o charakterze jawnym
i niewątpliwym, istnieją liczni nosiciele ukryci, nieświadomi przebytego
zakażenia tyfusowego, przebiegającego pod postacią lekkich niedomagań,
różnych „przeziębień“, gorączek gastrycznych, a często bez żadnych zgoła
objawów obiektywnych i subiektywnych, dzięki czemu są oni szczególnie
dla otoczenia niebezpieczni ze względu na brak należytej ostrożności
w stosunku do otaczających osób.

Nosiciele prątków durowych, jako ruchome źródło zakażenia, stano-
wią przeto istotne i główne niebezpieczeństwo szerzenia się duru brzus-

*) Referat VI Zjazdu Tow. Mikrobiolog. i Epidem. Pol. w Łodzi w dniach 1—2—3
listop. 1935 r.

nego. Rozsiewają oni bezkarnie i bez przeciwdziałania pałeczki Browicz-Ebertha, przyczyniając się w znakomitym stopniu do powstawania coraz to nowych ognisk zakaźnych.

Schumacher wylicza, że nosiciele zdrowi stanowią 44,4% wszystkich zakażeń tyfusowych. Niektórzy z tych nosicieli, jak mówi Kacprzak, stali się wprost legendarnymi postaciami w epidemiologii duru brzuszego:

„Dur brzuszny w ciągu bieżącego stulecia spadł znacznie w większości krajów cywilizowanych i spada nadal. Jednakże nigdzie nie został całkowicie wykorzeniony i panuje nadal endemicznie na całym świecie, choć krzywa endemiczna może być niska i jest taka w krajach cywilizowanych. Powodu tej wiecznej endemii szukać należy w licznych bardzo, a łagodnych i przez to nierozpoznawanych przypadkach choroby“. (Kacprzak)

Masowe i systematycznie przeprowadzane badanie kału na nosicielstwo pałeczek duru brzuszego niezawsze jest w naszych stosunkach praktycznie możliwe. Każdy z bakterjologów wie, ile trudu należy włożyć, ile czasu poświęcić, żeby pałeczki te z kału wyosobnić. Wprawdzie zastosowanie obecnie w praktyce laboratoryjnej podłoży Müllera, Kaufmana i Schustowej, wzbogacających pałeczkę durową, a jednocześnie hamujących wzrost innych drobnoustrojów (*coli*, *alcaligenes*, *proteus*), znakomicie zwiększyło liczbę otrzymywanych wyników dodatnich, to jednakowoż dalecy jeszcze jesteśmy od całkowitego pokonania trudności nastęrczających się przy wyosobnianiu z kału pałeczek Browicz-Ebertha. Istnieją w dodatku szczepy durowe o niezwyklej właściwościach fermentacyjnych, które rozkładają cukier mleczny i zakwaszają podłoże Endo. Cecha ta według Jastrzębskiego nie jest stałą i z biegiem czasu ginie ona, poczem szczepy nabierają cech normalnych szczepów durowych. Zjawisko to jest bardzo ważne ze względu na to, że obecność kolonii czerwonych na płytce z podłożem Endo nie wyklucza ich charakteru tyfusowego (Jastrzębski). Muszę jeszcze zaznaczyć, że nie każda frakcja kału może zawierać pałeczki durowe, choć fakt nosicielstwa jest niewątpliwy i całkowicie ustalony.

Ponieważ według Hilgermanna dodatni odczyn Widala u ludzi zdrowych świadczy o istnieniu w ich ustroju utajonego ogniska pałeczek durowych, względnie o wakcynacji temi pałeczkami, postanowiłem wykorzystać mój stosunkowo duży materiał laboratoryjny i każdą próbkę krwi nadsyłaną do pracowni z różnych rejonów lekarskich, ze szpitala kolejowego, oraz pobieraną na miejscu w pracowni, niezależnie od zlecenia—nastawiać jednocześnie i na odczyn zlepnego Widala, z wyłączeniem tych wszystkich prób krwi, które były nadesłane do pracowni do zbadania w kierunku tego właśnie odczynu (chodziło mi o materiał całkowicie niepodlegający co do duru brzuszego).

Do podjęcia tych badań skłoniła mnie wzrastająca liczba wyników dodatnich odczynu Widala, notowana corocznie pod koniec drugiej połowy lata i w miesiącach jesiennych, a także chęć zorientowania się w liczbie

wyników dodatnich u ludzi, którzy na dur brzuszny w sposób jawny nie chorowali.

Badania w tym kierunku, zapoczątkowane w grudniu 1934 roku, trwały cały rok.

W ciągu tego czasu dokonałem 2373 badań krwi na odczyn Widala. W liczbie tej miałem 1893 mężczyzn (80%) i 480 kobiet (20%). Wynik dodatni otrzymałem w 290 przypadkach (12%).

Na liczbę wyników dodatnich—226 przypadało na mężczyzn (11,8%) i 65 na kobiety (13,5%).

Duży procent wyników dodatnich u mężczyzn, w przeciwieństwie do ogólnie przyjętej zasady, że $\frac{3}{4}$ zachorowań na dur brzuszny przypada na kobiety—tłumaczę sobie między innymi i tem, że wśród osobników, którym badałem krew na odczyn Widala, znajdowała się spora liczba kandydatów na pracowników kolejowych — byłych wojskowych, względnie wojskowych odkomenderowanych do służby kolejowej, szczepionych przeciw durowi brzuszemu.

Wogóle gros bądź pacjentów kierowanych do pracowni przez lekarzy kolejowych celem badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna, bądź kandydatów na pracowników kolejowych, którym z reguły bada się krew na ten odczyn (niezależnie od badania moczu na białko, cukier i elementy nerkowe), stanowili mężczyźni i czynnik ten głównie wpłynął na tak wysoki procent elementu męskiego w moich badaniach.

T A B L I C A I-sza

Wynik badania krwi na odczyn Widala u czynnych pracowników kolejowych, ich rodzin i u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej

Ogólna liczba prób Widala	Płeć		Wyników dodatnich			Liczba wyników dodatnich w %			U w a g i
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	U mężczyzn	U kobiet	Ogółem	U mężczyzn	U kobiet	
2373	1893	480	291	226	65	12%	11.8	13.5	

Mężczyźni, jak widzimy na powyższej tabelce, stanowią 80% wszystkich prób Widala, kobiety zaś tylko 20%. Jednakowoż stosunek procentowy otrzymanych wyników dodatnich do ogólnej liczby mężczyzn i kobiet jest procentowo prawie jednakowy.

Zestawienie otrzymanych wyników dodatnich według miesięcy, uwidocznione na tablicy II-ej, pozwala nam mniej więcej zorientować się w częstotliwości występowania dodatniego odczynu Widala w poszczególnych miesiącach roku (czynnik meteorologiczny) i szukania związku przyczynowego między natężeniem liczby zachorowań na dur brzuszny w tym lub innym miesiącu a występowaniem dodatniego odczynu Widala u oso-

bników, którzy nigdy nie byli przeciw durowi ani szczepieni, ani na dur jawnie nie chorowali.

W tem miejscu muszę dodać, że w miarę możliwości starałem się zbierać krótkie wywiady co do przebytych chorób zakaźnych wogóle, w szczególności zaś chorób przewodu pokarmowego, szczepień ochronnych itd. W 12 przypadkach, mianowicie u 8 kobiet i u 4 mężczyzn udało mi się stwierdzić w anamnezie przebyty w dzieciństwie dur brzuszny, w przeważającej jednak liczbie przypadków chorobę tę negowano, jak negowano również szczepienia ochronne — przeciwdurowe.

T A B L I C A II-ga

Wyniki badania krwi na odczyn Widala u czynnych pracowników kolejowych, ich rodzin i u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej

Miesiąc	Ogólna liczba prób krwi na Widala w/g miesięcy	Płeć		Wyników dodatnich			% wyników dodatnich	U w a g i
		Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	U mężczyzn	U kobiet		
Styczeń	160	132	28	4	1	3	2,5%	
Luty	157	115	42	7	5	2	4,5%	
Marzec	171	127	44	22	16	6	12,8%	
Kwiecień	222	168	54	12	7	5	5,4%	
Maj	308	237	71	44	37	7	14%	
Czerwiec	195	154	41	40	36	4	20%	
Lipiec	166	135	31	41	37	4	25%	
Sierpień	202	150	52	45	29	16	22%	
Wrzesień	339	198	41	59	51	8	17%	
Październik	291	244	47	60	49	11	20%	
Listopad	107	83	24	18	13	5	17%	
Grudzień	55	48	7	3	3	—	5,4%	Liczby dotyczą grudnia 1934 r.

Z tablicy tej widać, że największe natężenie wyników dodatnich odczynów Widala zarówno w liczbach bezwzględnych jak i w procentach przypada na miesiące: maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień i październik, a więc na miesiące, w których obserwujemy największą liczbę zachorowań na dur brzuszny. W listopadzie rozpoczyna się spadek liczby wyników dodatnich. Spadek ten trwa przez grudzień, styczeń i luty. W marcu liczba wyników dodatnich wybitnie wzrasta, spadając w kwietniu prawie do połowy.

Próbę Widala wykonywałem raz względnie dwa razy w tygodniu w 2 próbkach: w pierwszej miałem rozcieńczenie $\frac{1}{100}$, w drugiej $\frac{1}{200}$.

Statywy trzymałem 2 godziny w cieplarni w 37° , a następnie w chłodzie. Wynik odczytywałem po 24 godzinach.

Stopień rozcieńczenia surowicy badanej był mojem zdaniem wystarczająco wysoki do stwierdzenia wyniku dodatniego tego odczynu.

Zawiesina tyfusowa pochodziła z Państwowego Zakładu Higieny.

Jeżeli chodzi o postać aglutynacji, to w przeważającej liczbie przypadków występowała postać obłóczkowata (obecność przeciwciał anty H), a tylko w znikomej liczbie przypadków otrzymałem aglutynację o typie grudkowatym (obecność przeciwciał anty O), mimo że zawiesina pałeczek durowych była formalinowaną, a więc zawierała czysty element H.

Podjęta przez pracownię chemiczno-bakterjologiczną Sanitarjatu D. O. K. P. w Warszawie praca jest zdaje się u nas pierwszą zakrojoną na szerszą skalę próbą podejścia do ważnego zagadnienia nosicielstwa pałeczek durowych i od strony serologicznej.

Wprawdzie wykrycie we krwi ciał odpornościowych (aglutynin), wraz z których jest, jak wiadomo, dodatni odczyn Widala, nie zawsze idzie w parze z nosicielstwem i rozsiewalnością pałeczek Browicz-Ebertha, zdarzają się bowiem przypadki, że typowo przebiegający dur brzuszny, potwierdzony wykryciem w kale, a często nawet i we krwi pałeczek swoistych, nie daje nam wcale dodatniego odczynu Widala, jak nie zawsze znów wykrywamy w kale zarazki tyfusu brzusznego, choć odczyn zlepnymy mamy niewątpliwie dodatni (antagonizm bakteryjny coli, enterococci, alcaligenes, bakterjofagi itd.).

Krążące we krwi aglutyniny są bądź wynikiem przebytego zakażenia tyfusowego, bądź szczepienia temi zarazkami w celach zapobiegawczych i tylko w minimalnym stopniu mogą być one zależne od czynnika konstytucyjnego. Badania Amzelówny, Benklowej i Hirszfeldowej wykazały, że 93% ludności nie posiada aglutynin przeciwdurkowych pochodzenia konstytucyjnego w związku z wiekiem.

Ilość tych ciał odpornościowych ulega różnym wahaniom: raz poziom ich we krwi wybitnie wzrasta, to znów ulega on wyraźnemu obniżeniu, a nierzadko całkowitemu zanikowi. Wystarcza jednak, aby tak uczulony ustrój zetknął się w jakikolwiek sposób z pałeczką durową albo uległ jakiej innej, niekoniecznie swoistej, infekcji, nawet bez uchwytnych

objawów chorobowych, aby nastąpiła reaktywacja ciał obronnych i uwi docznienie się ich w postaci dodatniego odczynu Widala.

12% wyników dodatnich odczynu Widala o wystarczająco wysokiem mianie aglutunacyjnem u osobników, którzy nie przechodzili tyfusu brzusz nego, w sposób widoczny dowodzi ich niewątpliwego kontaktu z pałeczką Browicz-Ebertha.

Sądzę więc, że stosowanie na szeroką skalę odczynu Widala nie po zbawione byłoby cech praktycznych, albowiem tą drogą udałooby się prze prowadzić należytą ewidencję nosicieli zarazków tyfusowych, unikając w każdym poszczególnym przypadku kłopotliwych i kosztownych poszuki wań pałeczek Browicz-Ebertha w kale.

Ścisła w tym kierunku kontrola pracowników kolejowych, zatrudnio nych w Ruchu, szczególnie byłaby w interesie epidemiologii wskazana.

Laboratorio Chimico-bacteriologico del Servizio Sanitario alla Direzione ferroviaria di Varsavia

TADDEO STRYJECKI

Frequenza dell'apparizione della reazione positiva di Widal dai lavoratori in ser vizio attivo delle ferrovie, dalle loro famiglie e dai candidati ferroviari alla Direzione di Varsavia.

I portatori dei bacilli del tifo costituiscono la cagion principale dei nuovi fo colari di questa malattia; specialmente pericolosi sono i portatori palessi che hanno passato il tifo ma non si trovarano ni cura del medico ferroviario.

Apprezzando l'importanza della questione dal punto di vista epidemiologico, ho esaminato il sangue modo Widal dai lavoratori ferroviari in servizio attivo alla Dire zione di Varsavia, che hanno passato il tifo in modo palese.

Ho intrapreso tale lavoro nella persuasione che i lavoratori ferroviari eventuali portatori dei bacilli di Browicz-Eberth, e specialmente impiegati nel movimento ferro viario (macchinisti, fuochisti, conduttori, controllori ecc.) possono costituire un peri colo grave per la salute pubblica, poichè essendo in un spostamento viaggio continuo possono trasportare da un posto all'altro il virus del tifo.

L'analisi delle masse fecali è costosa, imbarazzante e spesso non raggiunge lo scopo. La reazione positiva del Widal (di $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{200}$) prova l'esistenza nell'organismo di un focolaio nascosto di bacilli di tifo, eventualmente della passata vaccinazione di questi bacilli. Le analisi effettuate durante tutto l'anno diedero i risultati seguenti: Ta bella I—esaminato il sangue di 2.373 persone civè 1893 uomini e 480 donne. Ho otte nuto il risultato positivo nei 290 casi (12%) 226 uomini (11,8%) e 65 donne (13,5%). La ta bella II—risultati distribuiti secondo i mesi dimostra che le cifre dei risultati positivi sono pareggiate alle cifre delle malattie nei singoli mesi.

P i ś m i e n n i c t w o :

L. Padlewski: Briusnoj tif. Miedicinskaja Mikrobiologja, 1913 r.

St. Serkowski: Compendium bakter., 1921 r.

Stefan Sterling-Okuniewski: Technika badań bakter., 1920 r.

M. Kacprzak: Epidem. duru brzuszego. Med. Społ. i Doświad., 1932 r.

Karwacki: O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Amzelówna, Benklowa i Hirszfelhowa: W sprawie odczynu Widala w związku z wiekiem. Med. Społ. i Doświad., 1933 r.

Hirszfeld i Amzelówna: W sprawie standardyzacji odczynu Widala. Med. Społ. i Doświad., 1933 r.

R. Amzelówna: Badania nad bakter. pałeczek z grupy durowo-paratyfusowej. Med. Społ. i Doświad., 1934 r.

M. Jastrzębski: Sprawozdanie z posiedzeń Klin. Szpitala Św. Stanisława, 1933/4 r.

Flis St. i Rozenberg J.: W sprawie postaci aglutynacji w odczynie Widala. Med. Społ. i Doświad., 1933 r.

SPRAWNOŚĆ SERCA I PŁUC CORPYRIN

nowy produkt syntetyczny

pobudza oddech, ożywia krążenie, ułatwia wyksztuszenie, chroni przed zapaścią pooperacyjną.

Przyjęty w Ubezpieczalniach, szpitalach i instytucjach społecznych.

Wskazania: ostre choroby zakaźne, zapalenie płuc, oraz wszystkie stany, w których grozi osłabienie serca lub bezdech (zatrucia ostre).

Sposób użycia: 10—30 kropeł 2—3 razy dziennie 1 — 2 — 3 ampułki dziennie podskórnie. dożylnie.

ZAPALENIE PŁUC WIEKU PODESZŁEGO CORPYRIN-CALCIUM

w ampułkach i kroplach

działa wykrztuśnie i przeciwzapalnie, usuwa męczące poły, poprawia samopoczucie, jednocześnie pobudzając oddech i krążenie; sprzyja uzdrowieniu w zapaleniach płuc i chorobach zakaźnych, przebiegających z zajęciem dróg oddechowych..

Dawkowanie: od 3 do 6 tabletek dziennie, w zależności od nasilenia choroby, stanu serca i płuc.

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE
FR. KARPIŃSKI, s.a. WARSZAWA,
WOLNOŚĆ 7/9.

VACCINEURINA W RĘKU LEKARZA

1. znakomity środek przeciwko chorobom układu nerwowego wypróbowany od blisko 20-tu lat we wszystkich cywilizowanych państwach;
2. niezawodne działanie wywołujące gorączkę.

Preparat ten jest obecnie wyrabiany na zasadzie licencji Saskiej Wytwórni Surowic S. A., Drezno
w Chem.-Farm. Zakładach Przemysłowych

Fr. KARPIŃSKI S. A., w Warszawie

Wyłączna sprzedaż i skład na Polskę:

BRESZEL i BRUZDA
SPÓŁKA KOMANDYTOWA

dawn. JÓZEF BRESZEL i S-ka
(Dział Szczepionek)
WARSZAWA, ŚWİĘTOKRZYSKA 35.

Vaccineurina jest umieszczona w Lekospisie Warszawskiej Dyrekcji Kolejowej.

CHEMICZNA FABRYKA
DAWNIEJ SANDOZ

BAZYLEA

SZWAJCARJA

OBNIŻKA CEN;

ALLISATIN

preparat czosnkowy, bezwonny. Drażetki.

BELLAFOLIN

zespół alkaloidów fel. Belladonnae,
krople, tabletki, ampułki.

CALCIBRONAT-SANDOZ

synergityk wapnia i bromu, nie
wywołujący bromizmu — granulki, ampułki.

„CALCIUM SANDOZ”

granulki zawierające 100% organicznego
wapnia, przeto najbardziej **ekonomiczne**.
Tabletki musujące i czekoladowe. Ampułki 10%
i 20% do wlewań **śródmieśniowych** i dożylnych.

DIGILANID-

glukozydy Dig. lanata — szybko działający
cardiatak, krople, tabletki, ampułki.

FELAMIN-

cholagog oparty o skrzystalizowany kwas cholowy.

GYNERGEN

winian ergotaminy Stolla. Precyzyjny, **zawsze**
biologicznie czynny preparat sporyszowy.
Krople, tabletki, ampułki.

SCILLAREN-

Glukozyd z Bulbus Scillae. Krople, tabletki,
ampułki.

Szczególnie dogodne ceny
opakowań **szpitalnych**.

WSPÓŁPRACOW. NAUKOWY inż. KAROL ANTONI SOMMER,
Warszawa, ul. Wileńska 7.

Reprezentacja handlowa

firma CHEMAFORM
LWÓW ULICA KILIŃSKIEGO 3.

O czynną rolę lekarza w Administracji Służby Zdrowia

DR. JAN HOZER (Warszawa)

Z chwilą, gdy nowoczesna medycyna wkroczyła zdecydowanie na drogę zapobiegawczą, a punkt ciężkości działalności lekarskiej przesunął się z medycyny indywidualnej na zbiorową, w zawodzie lekarskim pogłębił się kryzys ideologiczny, zaosttrany nieustannie przez objawy upadku ekonomicznego.

Do niedawna jeszcze symbolem sztuki lekarskiej i jej główną bronią była recepta, tablica ordynacyjna i t. zw. wolność zawodu. Dziś działalność lekarza przenosi się z ciszy gabinetu do zgiełku ubezpieczalni społecznych, ośrodków zdrowia, warsztatów fabrycznych.

Jak w każdym kryzysie ideologicznym, tak i w zawodzie lekarskim ścierają się prądy dawne konserwatywne z prądami nowymi, które w nurt solidaryzmu społecznego wciągają te jednostki, które chcą z nim płynąć ku postępowi, a wyrzucają na brzeg tych, którzy się opierają lub separują. Niestety, zawód lekarski nie umie się na nurcie tym utrzymać. Zrozumienie dzisiejszych potrzeb społecznych i własnej wśród nich roli nie przeniknęło jeszcze w ducha zawodu lekarskiego dość głęboko. Bardzo wielu lekarzy nie uświadamia sobie jeszcze prawdy, że znacznie silniejszą w rękę lekarza bronią, niż tysiące wydanych pacjentom recept, bywa jedno jedyne wykonane zarządzenie sanitarne, wydane przez lekarza świadczącego w imieniu instytucji zdrowia publicznego, jedno zamknięcie podejrzanej studni, izolacja lub szczepienie ochronne, pouczenie lub urządzenie higieniczne, jedno mądre postanowienie ustawy sanitarnej. Jakże niewielką jest liczba lekarzy, którzy mają świadomość tego, czym może być w ich rękach umiejętne dysponowanie aparatem administracji sanitarnej.

Najbardziej dla znaczenia społecznego i stanowiska ekonomicznego lekarzy niebezpiecznym zjawiskiem jest to, że większość odżegnykuje się od administracji sanitarnej, zasłaniając się generalnym frazesem, iż „dobry lekarz nie może być urzędnikiem”. Frazes ten, w którym zamknięto tyleż prawdy, co zakłamania, powtarza się nieustannie, a bezkrytycznie w rozmaitych odcieniach w zawodowej prasie lekarskiej, a nawet puszczany bywa do prasy codziennej, wyrządzając stanowi lekarskiemu i zdrowiu publicznemu od szeregu lat niepowetowane szkody. Zasłania on rzeczywistość, która jest niezwykle niepokojąca. Co się bowiem dzieje pod patronatem tego frazesu?

Oto uciera się w opinii publicznej zapatrywanie, że skoro lekarz nie chce, czy nie może być administratorem, bo wówczas nie jest dobrym lekarzem, to musi nim być... nielekarz. Wszak ktoś administrację sanitarną prowadzić, wykonywać i być za nią odpowiedzialnym musi. Chyba, że powiemy sobie, iż administracja sanitarna, statystyka i wogóle publiczna służba zdrowia jest niepotrzebna, a medycyna ma się zasadzać tylko na wolnej ordynacji w ciszy gabinetu, wypisywaniu recept i ewidencji honorarjów prywatnych jako jedynej czynności administracyjnej.

Skoro jednak tak sobie powiedzieć nie możemy, musimy być konsekwentni. Niechże więc administrację sanitarną prowadzi nielekarz, niechże ustawy o zdrowiu publicznym pisze prawnik, urzędnik o średnim wykształceniu lub polityk, niechże ustawy te lub zarządzenia wydają laicy, a sprawom zdrowia publicznego wyznaczają miejsce w hierarchji potrzeb państwowych wszyscy inni, tylko nie lekarze. A ponieważ nowoczesna służba zdrowia wraz z jej najistotniejszymi elementami, t. j. zbiorowem lecznictwem i profilaktyką, zasadza się nie na czem innem, jeno na administracyjnem ujęciu świadczeń na rzecz zdrowia zbiorowego, więc niechże cały wogóle aparat powszechnej służby zdrowia prowadzą laicy. Niech kwalifikacje lekarskie osądza i lekarzy przyjmuje, zwalnia, poucza, przepisy administracyjno-lecznicze wydaje również laik.

To jest konsekwencja. Konsekwencja nie teoretyczna, bo tak istotnie się dzieje. Za drastyczny przykład mogą służyć ubezpieczenia społeczne. Odżegnywanie się lekarzy od administracji w chwili narodzin ubezpieczeń społecznych sprawiło, że ustawę wprowadzili i wykonali bez lekarzy politycy, a miejsca obrażających się lekarzy obsiadła bezduszna biurokracja nielekarska, która dzierży niepodzielną władzę po dzień dzisiejszy. Lekarze, zamiast dostarczyć administratorów, ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe zorganizować i poprowadzić i wogóle cały wymiar zdrowia publicznego w swe wyłączne objąć władanie... obrażali się. A tymczasem jedna po drugiej przepadały placówki administracyjno-sanitarne, które pozajmowali nielekarze.

Wymiar sprawiedliwości należy na całym świecie do zawodowych sędziów, apociechy religijnej do zawodowego duchowieństwa. Mosty bu-

duje inżynier. Nikt niema prawa nakazać sędziemu, jak ma wymierzać sprawiedliwość, księdzu, jak spowiadać, inżynierowi, jak projektować budowę. Tylko wymiar zdrowia publicznego nie jest monopolem lekarskim. Za te ciężkie błędy, za tę krótkowzroczność otrzymał stan lekarski i społeczeństwo „nagrodę” w postaci zbiurokratyzowania służby zdrowia i podporządkowania lekarzy aparatowi obcemu duchowi medycyny.

Nieliczni lekarze administracyjni, którzy zrozumieli wagę tego zagadnienia, znaleźli się w sytuacji nie do pozazdroszczenia. Stanowiąc małe wysepki na morzu wszechwładnej biurokracji nielekarskiej, nie mogą zdobyć dość samodzielniego i autorytatywnego stanowiska dla nadania sprawom zdrowia publicznego i sprawom lekarskim tej wagi, jaką mieć powinny. Prestige ich bywa stale podkopywany. Z jednej strony przez administrację nielekarską, z drugiej przez... lekarzy samych. Zsmiast znaleźć w nich poparcie niezbędne dla wspólnego podniesienia stanowiska lekarza w administracji, spotykają się niejednokrotnie ze słowami złośliwej krytyki, dezawuowaniem, lub co gorsze, z faktami udawania się lekarzy pod ochronę... nielekarzy. Czasem nie pogardza się i prasą ccdzienną, poczynając od pism najpoważniejszych, a skończywszy na brukowcach. Taki stan rzeczy jest najwyższego ubolewania godny. W tej sytuacji rola lekarzy administracyjnych bywa bardzo niewdzięczna. Wielu z nich, o słabszej indywidualności, nie mając oparcia wśród własnych kolegów zawodowych, staje się narzędziem biurokracji nielekarskiej lub firmantem poczytań nie wiele mających wspólnego z medycyną społeczną.

Trudno w tych warunkach dziwić się, że stan służby zdrowia w kraju jest zły, że publiczna krytyka administracji lekarskiej bywa bardzo przykra, że autorytet lekarzy jako administratorów gwałtownie upada.

Ten stan rzeczy musi się zmienić, o ile stan lekarski niema zejść do poziomu najmitów.

W dzisiejszych stosunkach nie jest pełnym lekarzem ten, kto w służbie lekarskiej nie zna lub znać nie chce administracyjnej strony lecznictwa i zapobiegania. Nie jest pełnym lekarzem ten, kto w danej chwili nie potrafi być dyrektorem czy naczelnym lekarzem ubezpieczalni, sanitarjatu kolejowego, szpitala, ośrodka zdrowia, komendantem ośrodka rat. san. Służba zdrowia potrzebuje pełnych lekarzy.

Dla ilustracji, jakie bywa nastawienie lekarzy do najważniejszych elementów tej administracji, weźmy sprawy statystyki sanitarnej. Wiadomo, że statystyka kieruje działalnością profilaktyczną, że odgrywa w każdej niemal dziedzinie publ. sł. zdrowia rolę wprost decydującą, że stanowi podstawę do uzasadniania budżetów lecznictwa, matematyki ubezpieczeniowej, zapotrzebowania sił lekarskich, podziału pracy, że na statystyce opierały się niezwykle doniosłe stwierdzenia naukowe, ustawy sanitarne itd. Jednak jakże często widzimy zgorszenie malujące się na obliczu le-

karza, któremu swobodną produkcję recept zakłócono poleceniem zajęcia się statystyką sanitarną dla celów zapobiegawczych, sprawozdaniem ze swej działalności, czy inną niezbędną dla administracji sanitarnej czynnością. Spotykamy się często ze zdumiewającym nieuświadomieniem lekarzy co do znaczenia najprymitywniejszych elementów statystyki sanitarnej, lub nawet z celem statystyki wogóle. Zakorzeniło się absurdalne zapatrywanie, że każda statystyka sanitarna jest „i tak fałszywa”. A wszak tę fałszywą statystykę sporządza nie kto inny, tylko sami lekarze. Takie dyskwalifikowanie własnej pracy byłoby zresztą dodatnim objawem daleko posuniętego samokrytycyzmu, gdyby nie następna, bardzo popularna „konsekwencja”. Głosi ona, że skoro statystyka sanitarna „i tak jest fałszywa”, to... nie warto się do niej przykładać. To też niedbalstwo statystyczne dochodzi czasami do tego, że w sprawozdaniach lekarskich nie brak ospy, nosacizny lub nawet chorób egzotycznych.

Przy tego rodzaju „współpracy” personelu lekarskiego z administracją lekarską trudno spodziewać się, że sprawa służby zdrowia i stanowiska w niej lekarzy zostanie w Państwie postawiona na właściwym poziomie. Rola lekarzy w publicznej służbie zdrowia musi być *czynna*, bez względu na to, czy chodzi o lekarzy ordynujących, czy administracyjnych. Każdy lekarz pracujący w instytucji zdrowia publicznego, czy to będzie ubezpieczalnia, czy sanitarjat kolejowy, czy samorządy, musi interesować się sprawami związanymi z administracją leczenia i zapobiegania, oraz wykonywać swą część pracy administracyjnej w sposób sumienny i ze zrozumieniem celowości tej pracy. Nie istnieje praktyka lekarska w publicznej służbie zdrowia, któraby nie była związana z takimi czy owakimi statystykami, sprawozdaniami lub czynnościami administracyjnymi. W żadnym wypadku krytyka administracji lekarskiej nie może ograniczać się do negatywizmu: ten bywa prawie zawsze oparty na ignorancji. Zespół lekarski danej instytucji winien współdziałać z administracją sanitarną *pozytywnie*, udzielać jej swego poparcia i rzeczowej krytyki, dla której zawsze i wszędzie znajdzie się właściwe forum lekarskie. Winien stawiać wnioski na usprawnienie administracji sanitarnej, na tworzenie w jej ramach najkorzystniejszych dla leczenia i zapobiegania warunków. W żadnym wypadku nie powinien jej przeszkadzać i rzucać kłód pod nogi przez wystąpienie na forum nielekarskie, być może często z pobudek czysto... osobistych.

Od obowiązku przestrzegania tych zasad nie mogą być oczywiście wyjęci i lekarze kolejowi. Przeciwnie, organizacje przedsiębiorstwa kolejowego, jego cele, charakter nawpółwojskowy, jego przeznaczenie w czasie pokoju i na wypadek wojny itp., wymaga tem ściślejszego podporządkowania się zespołu lekarskiego wyżej podanym zasadom; w przeciwnym razie i ten odcinek pracy lekarskiej musiałby być oddany administracji nielekarskiej i zlikwidowany jako samodzielny lekarski odcinek sanitarjatu kolejowego.

W wojsku sprawa stanowiska lekarza postawiona została odrazu na właściwej platformie. Pozytywne i czynne ustosunkowanie się lekarzy wojskowych do spraw związanych z całokształtem wojskowej administracji sanitarnej, objęcie tego sanitarjatu wyłącznie przez lekarzy na zasadzie pełnej odpowiedzialności za te agendy dało natychmiastowy rezultat. Lekarz postawiony został rozstrzygnięciem Marszałka Piłsudskiego na stanowisku oficera, a nie „urzędnika zdrowia” *), podległego administracji nielekarskiej. Lekarze wojskowi prowadzą sami administrację sanitarną, a aparat sanitarnej administracji nielekarskiej podlega lekarzom. To symboliczne usamodzielnienie stanowiska lekarza w wojsku imunizowane zostało rozkazem Marszałka.

I w kolejnictwie nie może być inaczej. Lekarz kolejowy musi i w kolejnictwie być „oficerem”, który ponosi pełną odpowiedzialność za działalność lekarską i administracyjną na powierzonym sobie odcinku. Nie może więc odgraniczać się od odpowiedzialności i czynnej roli w administracji sanitarnej, a tembardziej ustosunkowywać się do niej negatywnie. Inaczej, w ogólnym aparacie administracyjnym kolejnictwa samodzielne i odpowiedzialne stanowisko sanitarjatu kolejowego i lekarzy kolejowych nie mogłoby być utrzymane.

*) „Strzępy meldunków” gen. Sławoj-Składkowskiego.

**NAJSKUTECZNIEJ
ZWALCZA REUMATYZM**

KLEROL

w postaci maści i płynu do kąpieli
(salicylan metylowy rozpuszczalny w wodzie)

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
ZAKŁADY PRZEMYSŁOWO - HANDLOWE

ASMIDAR, SP. Z O. O.

Warszawa, Grzybowska 88.

Streszczenia

Prof. Dr. Gaupp: „Schorzenia i uszkodzenia wypadkowe systemu nerwowego u kolejarzy“. (Ztschr. f. Bahnärzte Nr. 1, 1936).

Nie istnieją specyficznie kolejowe schorzenia systemu nerwowego, a te, które dawniej za takie uchodziły (np. railway spine, irritatio spinalis, wstrząs rdzenia), są pochodzenia psychogenne. Nauka o „nerwicy urazowej“ została od czasu wojny światowej uznana za błędną.

Praca kolejarza nie przedstawia specyficznego ryzyka, można tylko mówić o większej ilości ryzyk w pracy kolejarza. Schorzenia systemu nerwowego już we wczesnych okresach upośledzają sprawność służbową pracownika kolejowego, czyniąc tę służbę więcej niebezpieczną. I tak np. ataxia w początkach tabes może wskutek jednego fałszywego kroku lub nietrafnej oceny odległości spowodować śmiertelny wypadek. Śpiączkowe zapalenie mózgu w stadium parkinsonizmu upośledza sprawność ruchów. Sclerosis multiplex ulega łatwo pogorszeniu wskutek wytężającej służby. Porażenie postępujące uchodziło dotąd za bezwzględne wskazanie do natychmiastowego usunięcia ze służby, jednak od czasu, gdy metody leczenia gorączką pozwoliły na zastąpienie słowa „progressiva“ słowami „stationaris“ lub „remittens“, orzeczenie o zdolności do służby stało się trudniejsze; najważniejsze jest wczesne rozpoznanie, które umożliwia natychmiastowe leczenie celem doprowadzenia do stanu „stacjonarnego“ jeszcze przed wystąpieniem objawów osłabienia umysłu. Pracownik taki może być pozostawiony wyjątkowo w służbie pozbawionej jakiegokolwiek niebezpieczeństwa.

Co do wpływu służby kolejowej na rozwój miażdżycy brak pewnych doświadczeń. Ważny jest wpływ alkoholu, którego używanie szczególnie u kolejarzy spowodowało wiele niebezpieczeństw dla nich samych i ogółu.

Szybsze zużywanie się sił fizycznych i duchowych u kolejarzy w pewnych służbach prowadzić może do szybszego starzenia się, a w konsekwencji do zwiększania skłonności do wypadku (zaburzenia pamięci itp.).

O neurastenji mówi się coraz rzadziej. Nie występuje ona nigdy wskutek wyczerpania fizycznego pracą, a w następstwie przeciążenia psychicznego tylko wówczas, gdy trwa ono za długo, a odporność wrodzona osobnika jest zbyt mała. Doświadczenia z wojny światowej, która stwarzała warunki przeciążenia przekraczającego wielokrotnie przeciążenie kolejarza, wskazują, na jakich fałszywych przesłankach opierał się pogląd o wpływie przepracowania.

Przy omawianiu związku chorób nerwowych ze służbą kolejową chodzi przede wszystkim o wypadki kolejowe. Obalona nauka o nerwicy urazowej wywodziła się przede wszystkim z tych wypadków. Wyjawszy katastrofy elementarne (np. trzęsienie ziemi), niema chyba innych wypadków, któreby wywoływały tak nagły i silny przestraszenie lub ciężkie uszkodzenia, jak właśnie katastrofy kolejowe. Inaczej przeżywa katastrofę personel kolejowy, inaczej podróżny. Maszynista widzi zbliżający się nieuchronnie wypadek i przed mechanicznym faktem samego wypadku doznaje najwyższego napięcia

duchowego, które może prowadzić do shocku, nawet gdy wypadkowi miał siłę w ostatniej chwili zapobiedz. Inaczej przeżywa wypadek podróżny, który np. obudził się nagle dopiero wtedy, gdy wypadek już zaszedł i on sam został zraniony. Dlatego bezpośrednio i cięższe fizyczne i psychiczne następstwa spotykamy głównie u personelu kolejowego. Odnosna statystyka (dyrekcja Elberfeld) wskazuje, że wśród poszkodowanych robotników kolejowych występowało w następstwie wypadków tylko 0,63% nerwic, u pracowników ruchowych 3,14%, zaś wśród osób prywatnych aż 46% nerwic. Najnowsze doświadczenia potwierdzają również olbrzymi wzrost rzekomych nerwic urazowych wśród podróżnych, bo do 50%.

Należy oddzielić od siebie dwa następstwa wypadku kolejowego:

1) wstrząśnienie mózgu, które jest zawsze i bez wyjątku połączone z utratą świadomości w momencie urazu, a często z wymiotami, zwolnieniem tętna i innymi objawami ze strony rdzenia przedłużonego; 2) porażenie lękowe, wywołujące chwilową nieczynność aparatu psychicznego wskutek przestachu i uświadomienia sobie niebezpieczeństwa śmierci oraz widomych następstw wypadku. Może ono również przybrać formę utraty świadomości pod postacią omdlenia. Omdlenie występuje jednak z reguły nie w momencie wypadku, lecz w chwilę po jego zdarzeniu się, gdy poszkodowany uświadomi sobie okropność wypadku. Wskutek pomieszania tych dwu stanów powstaje wiele błędnych ocen uszkodzenia w związku z wypadkiem.

Wśród wypadkowych uszkodzeń mózgu rozróżniamy: a) *compressio cerebri* z pogłębiającą się wskutek powolnego krwawienia wewnętrznego utratą świadomości i objawami porażeniami, b) *contusio cerebri* z objawami ogniskowymi i z utratą świadomości lub bez niej, oraz c) *commotio cerebri* z natychmiastową, patognostyczną utratą świadomości w momencie wypadku. W pierwszym swem orzeczeniu winien lekarz wypowiedzieć się stanowczo co do powyższych objawów.

Commotio leczy się bez śladu, chyba że zaszły subtelniejsze zmiany nekrobiotyczne. Wówczas może przyjść do osłabienia umysłu lub nawet do „*dementia traumatica*”. Z innych następstw uszkodzenia mózgu należy wymienić zrosty oponowe, które mogą spowodować padaczkę urazową. Shock wskutek przestachu przedstawia prognozę najlepszą. W czasie trzęsień ziemi ludność ulegała masowemu shockowi z przestachu — bez dalszych następstw (niemożność podnoszenia roszczeń rentowych).

Inne następstwa wypadków — to organiczne uszkodzenia rdzenia. Należy do nich np. *haematomyelia*, prowadząca nierzadko do *syringomyelii*, zmiażdżenie rdzenia z objawami zależnymi od lokalizacji, ostry wstrząs rdzenia (*commotio spinalis*) z objawami początkowo ciężkimi (porażenia), lecz szybko ustępującymi itp.

Duże trudności rozpoznawcze sprawiają stany psychogeniczne o charakterze hysterycznym (np. *pseudostupor*, *pseudodementia*). Roszczenia rentowe nie występują zrazu na plan pierwszy, ale stopniowo nabierają energii i powstaje to, co określamy jako „nerwicę rentową”. Walka o rentę, przy drażliwym i kwerulacyjnym usposobieniu, przejawia się także często pod formą walki o prawa.

Co do symulacji, to niema wprawdzie obiektywnych metod jej demaskowania z powodu jej psychogenego pochodzenia, jednakże psychiatria pozwala przeważnie odróżnić organiczne następstwa urazu od „nerwicy rentowej”.

Duża bywa liczba tych, którzy zaraz po wypadku ulegli szkodliwym sugestjom, np. wskutek jakiegoś niebaczności słowa badającego lekarza. Obowiązkiem lekarza jest po starannem zbadaniu uspokoić poszkodowanego co do tego, że przedsięwzięto wszystko dla przywrócenia mu zdrowia i zwrócić uwagę na niedopuszczalność uwzględniania nieuzasadnionych obiektywnie roszczeń rentowych. Lekarz nie może być w tych przypadkach łaskawą, lecz musi opierać swoje orzeczenie na zupełnie obiektywnych danych.

Prof. Dr. Otto Graf — Inst. fizjol. pracy w Dortmund: „Praktyczne znaczenie fizjologii pracy”. (Ztschr. f. Bahnärzte Nr. 1, 1936 r.).

Autor podkreśla rolę lekarza w podnoszeniu dziedziczno-biologicznej i czynnościowej pełnowartościowości obywateli. Fizjologia pracy jest nauką sięgającą do podstaw tej ideologii. Jej punktem wyjścia jest człowiek zdrowy, a zdrowie, to stan harmonijnej doskonałości w działaniu wszystkich organów. Stosunek człowieka do pracy winien być również tak harmonijnie uregulowany, aby możliwe było osiągnięcie najwyższego stopnia przystosowania ustroju do wymagań pracy.

Działania zapobiegawcze musimy rozwijać jeszcze przed wyborem zawodu, na drodze selekcji materiału ludzkiego.

Na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy możemy określać zdolność do ciężkiej pracy fizycznej przez pomiary siły mięśniowej, badania czynnościowe oddychania i krążenia i t. d. W zawodach, wymagających długiego stania, ważne jest należyte funkcjonowanie mięśni naczyniowych, aby nie powstawały objawy zastoinowe w kończynach dolnych (metoda obserwacji objętości stopy). Dielektrographia umożliwia wczesne rozpoznawanie najłżejszych zmian czynnościowych serca. Badanie działania filtracyjnego nosa wskazuje na zależność występowania silicosis od sprawności urządzeń ochronnych ustroju, zwłaszcza płuc, przeciw wnikaniu pyłów. Próba gazowej przemiany materii służy do badania optimum warunków przy wykonywaniu rozmaitych elementarnych ruchów i najkorzystniejszego z punktu widzenia fizjologii ukształtowania narzędzi roboczych. Pozwala ona mierzyć wydatek energii przy różnych pracach i dochodzić do norm fizjologicznych i optymalnych warunków w poszczególnych gałęziach pracy (np. przy podnoszeniu, dźwiganiu, kręceniu korbą, ciągnięciu itp.).

Ważne jest również przystosowanie narzędzi pracy do tych norm i ograniczanie zbyt wielkiej różnorodności narzędzi (np. 1000 typów łopat!). Badanie [odskoku młotów pneumatycznych i wprowadzanie odpowiednich urządzeń amortyzacyjnych dla zmniejszenia tego odskoku ma na celu zwalczanie jednej z niebezpiecznych chorób zawodowych.

Doniosłym zagadnieniem jest regulowanie napięcia pracy, gdyż w razie zbyt silnego napięcia przy pracy ustrój musi sięgać do swych sił rezerwowych, nie zawsze mając możliwość powrotu do równowagi wskutek zbyt krótkich wypoczynków. Potrzeba fizjologicznych wypoczynków bywa zbyt często bagatelizowana przy współczesnym tempie życia. Widzimy coraz ściślejsze związanie człowieka z maszyną i mechanicznie uregulowanymi fazami pracy, mimo że prawa rządzące maszyną i człowiekiem są różne. Tu mechaniczny, niezmienny rytm, tam wiecznie labilna sprawność.

Zagadnienie można rozpatrywać na trzech płaszczyznach.

1) Naogół, zmienność sprawności człowieka ma najmniejsze znaczenie w pracy wolnej, niewtłoczonej w przymusowe odstępy czasu. Jednak i tu może oddziaływać szkodliwie czynnik podniecający zbyt duże napięcie pracy, np. akordowy system pracy. Robotnik dopiero przy końcu dnia roboczego może ocenić wyniki swej pracy, której napięcie okazuje się poniewczasie albo niepotrzebnie za wielkie, albo zbyt małe, a zatem raz niekorzystne z punktu widzenia zdrowotnego, to znów z punktu widzenia zarobku.

Należy dążyć do idealnej formy pracy według planu dziennego, przyczem robotnik winien mieć przegląd dokonanej pracy.

2) Przeciwiństwem powyższych warunków jest praca przy „taśmie płynącej”, związana ściśle z czasem i najsilniej związająca człowieka z maszyną. Mimo to bywa ona wykonywana przez robotnika często chętniej, niż źle uregulowana praca wolna, niezwiązana. Nie pozwala na pracę powolniejszą, niż takt pracy, nie dopuszcza jednak i do pracy szybszej. Jeśli dodatki wypoczynkowe do czasu pracy są przytem obliczone rozsądnie, zmęczenie nie musi być większe niż przy pracy niezwiązanej. Działać tu może korzystnie także i odprężenie uwagi, gdyż robotnik nie musi się troszczyć o osiągnięcie maksymalnego dziennego wyczynu. Niebezpieczeństwa, jakie powstają skutkiem niedostatecznych odstępów czasu w pracy człowieka z maszyną, staramy się usunąć

przez odpowiednie zmiany w szybkości „taśmy” dla lepszego przystosowania się do zmiennej sprawności fizjologicznej robotnika. Pierwszeństwo dajemy jednak wolnej, niezwiązanej pracy, a do pracy przy taśmie płynącej nadaje się raczej robotnik młody, z większą elastycznością, zdolnościami przystosowania i rezerwami sprawności.

3) Trzecia grupa—to praca o charakterze nieregularnego obciążenia, najczęstsza w kolejnictwie, gdzie najwyższe napięcie pracy przeplata się z okresami spokojnego napięcia lub nawet wypoczynku. Mimo że organizacja służby przewiduje okresowe obciążenia, taki właśnie tryb pracy sprzyja występowaniu schorzeń nerwowych, neurastenji, przedwczesnych zmian naczyniowych itd., a więc typowych następstw pośpiesznego i niespokojnego życia. Troskliwe regulowanie podziału pracy i wypoczynków, organizacja mieszkań, ogródków itp., zapobiega w dużym stopniu nieracjonalnemu wykorzystywaniu czasu wypoczynków, zwłaszcza u pracowników będących mieszkańcami miast. Przy podziale pracy w tych zawodach, gdzie służba musi biec nieprzerwanie, należy jednak unikać przesady przez ciągłą zmianę „turnusów”. Funkcje ustroju, np. sen i trawienie, zależą wiele od przyzwyczajenia i bez szkody nie dają się zbyt często zmieniać. Lepiej np. przez czas dłuższy odbywać służbę nocną, do której ustrój się nastawia, aniżeli zmieniać pory służby w krótkich odstępach czasu, tak że ustrój nastawić się, a pośrednio przez to wypocząć nie może.

Przerwy w pracy, jakkolwiek w kolejnictwie nie odgrywają tak wielkiej roli, jak w innych służbach, winny być popierane jako czynnik zwiększający sprawność. Przerwy równające się stracie nawet 6—10% godzin roboczych, wyrównują się łatwo przez większą wydajność po wypoczynku. Rzeczony odpoczynek pod postacią pracy o połowę mniejszym napięciu nie daje nawet tego wypoczynku, jak o połowę tego czasu krótszy spoczynek zupełny.

Każdy zawód posiada obok ogólnych cech [każdej pracy jeszcze pewne specyficzne obciążenia. Należą do nich warunki klimatyczne, wpływ ubrania, zahartowania, praca przed paleniskami, albo w służbie drogowej pod działaniem słońca itp. Dochodzi tu zagadnienie ochładzania i picia wody. Nie samo pocenie się, lecz parowanie wody na powierzchni ciała i przemiana solna są tu rzeczą najważniejszą. Sprawność podnosi się w tych przypadkach przez podawanie soli. W naszej szerokości geograficznej specjalne podawanie soli nie jest naogół konieczne. Natomiast osiąga się dobre wyniki, jeśli stratę wody przez pocenie się zastąpimy nie w całości, a tylko w $\frac{1}{4}$ -tej. Nadmierne wydzielanie potu, które działa obciążająco na krążenie, zostaje dzięki temu nieco ograniczone.

W badaniach posługujemy się często mierzeniem t. zw. efektywnej temperatury (temperatura, ruch powietrza i jego wilgotność jako miarodajne dla utraty ciepła). Sporządzono pewne schematy i diagramy, które określone w przybliżeniu normalną sprawność pozwalają oceniać dla innych także warunków pracy.

W kolejnictwie trzeba się również liczyć z działalnością gazów spalinowych (szczególnie tlenku węgla). Możliwe są ostre, podostre i przewlekłe zatrucia tlenkiem węgla. T. zw. „choroba limuzynowa” jest właściwie takim właśnie zatruciem.

Dla utrzymania zdrowia i zdolności do służby pracownika odgrywają rolę pierwszorzędną również warunki życiowe poza służbą i rozsądny, higieniczny tryb życia. I tu każdy lekarz obowiązany jest pełnić funkcję kierowniczą w sprawach zdrowotnych pracowników.

Dr. J. Hozer

Inż. J. Nowkuński: „Nieszczęśliwe wypadki na robotach budowy kolei Herby—Gdynia i Bydgoszcz—Gdynia i ubezpieczenia od wypadków”. (Inżynier Kolejowy Nr. 10, 1935 r.).

Z protokołów o nieszczęśliwych wypadkach z robotnikami zatrudnionymi przy budowie tej kolei, ubezpieczonymi w instytucji ubezpieczeń społecznych (w latach 1927—1930), wynika, że liczba wypadków lekkich w tym okresie czasu wynosiła 197, ciężkich 45, śmiertelnych 9, razem 251, Z tabeli statystycznej wynika wzrost wypadków

w latach po sobie następujących. Z ogólnej liczby wypadków przypadło na pracę ziemną przy torowiskach 53%, na przepusty i mosty bez sprzęsł żelaznych 16%, na przęsła żelazne 5%, na budowę wierzchni 20%, na wszystkie inne 6%. Jednak z przeliczenia na koszt robocizny (ilość nieszczęśliwych wypadków na 10,000 zł. kosztu robót) wynika, że stosunkowo największa ilość wypadków zachodziła przy montażu sprzęsł, następnie przy robotach budowy wierzchniej, a w końcu przy budowie torowisk. Dalsze obliczenia wskazują na to, że niebezpieczeństwo przy robotach ziemnych było prawie trzykrotnie mniejsze niż przy robotach budowlanych.

Ponieważ kategoria niebezpieczeństwa wedle rozporządzenia Ministra O. S. z 30. XII. 1933 jest dla robót torowiska i budowy wierzchniej jedna (kategoria VII, klasa średnia 40, taryfa $0,06 \times 40$), to—uwzględniając znaczną przewagę robót ziemnych, taryfa powinna być znacznie niższa dla robót ziemnych, aniżeli dla robót budowy wierzchniej.

Przyp. ref. Sprawa poruszona ma zasadnicze znaczenie również dla wszystkich innych działów pracy w kolejnictwie ze względu na mieszany charakter przedsiębiorstwa P. K. P. i rozmaite kategorie i klasy niebezpieczeństwa. Wyzyskanie ruchomości taryfy składek zależnie od klas niebezpieczeństwa winno być przedmiotem zainteresowania wszystkich służb, gdyż możliwość obniżki składek ubezpieczeniowych (wypadkowych) zależy od polepszenia się warunków z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy.

Dr. J. Hozer

P. Moure, Baude i Ch. Rouault: „Leczenie gruczolimy gruczolów limfatycznych zastrzykami śródlimfatycznymi chlorofilu formolowego w roztworze eterowym“. (*Presse médicale* Nr. 59, 1935 r.).

Metodę leczenia gruczolimy gruczolów chłonnym zastrzykami śródlimfatycznymi autorzy oparli na dawnym sposobie Marcille'a zapobiegania szerzeniu się miejscowego raka na drodze blokady systemu naczyń chłonnym okolicy zagrożonej. Rezultaty jednak w tym wypadku były ujemne. Przeciwnie blokada systemu limfatycznego w przypadkach gruczolimy gruczolów chłonnym dawała dość dobre wyniki. Idea zastrzykiwania do gruczolów nie jest nową, tylko w tym celu nie znaleziono odpowiedniego środka. Dotychczasowe substancje, jak naftol, tymol, kamfora działały tylko na gruczolimy zserowacie lub rozmiękczone bez wpływu na sąsiednie gruczolimy, już zaatakowane.

Autorzy dla swych obserwacji zastosowali roztwór eterowy chlorofilu formolowego pod nazwą limfosclerolu. Przenika on łatwo i wywiera dobre działanie stwardniające. Badanie histologiczne gruczolimy, świeżo nastrzykniętego, wykazuje dobre wypełnienie zatok limfatycznych, a w późniejszym stadium—rozwój komórek o*brzmich, włącznie do stwardnienia gruczolimy.

Zapalenie gruczolimy gruczolów chłonnym, głównie szyjnych, można podzielić na 3 kategorie, a mianowicie na: 1) zapalenia, tyjące się jednego głównego gruczolimy w okresie przerostu, otoczonego grupą mniejszym gruczolimų; 2) całe skupienia gruczolimų w formie zbitego guza, otoczonego zapaleniem okołogruczolim oraz na 3) zapalenia gruczolimų chłonnym z przetokami.

Najczęściej ma się do czynienia z postaciami mieszanymi. Płyn zastrzyknięty do gruczolimy, zawiędzając słabem niedomykaniu się zastawek naczyń chłonnym, może do nich łatwo przenikać. Ilość środka zastrzykiwanego wynosi od 2 do 10 cm.³ Ilość zastrzyków jest zmienna; początkowo częstsza, później mniejsza. Szczególnie w przypadkach rozmiękczenia gruczolimų lub ich zserowacenia należy zastrzyki powtarzać częściej. W ten sposób gruczolimy są jakby wyłączone z krążenia limfatycznego, tak że produkty rozpadu, zserowacenia, zawiędzając takiej blokadzie, nie mogą być wessane.

Podobnie łatwo goją się same przetoki. Gdy otwór przetoki staje się zaczerwieniony i ma wygląd atonicznego owrzodzenia gruczolimy, należy zastrzyknąć kilka kropli omawianego środka w zbitą tkankę w okolicy otworu, utworzy się wówczas strup, po którego odpadnięciu następuje dość szybko zagojenie.

Technika zastrzyków jest dość prosta i zależna od warunków anatomicznych. W przypadku zajęcia całej grupy gruczołów należy wybrać gruczoł powierzchowny i unieruchomiwszy go palcami, wbić igłę, unikając jednocześnie uszkodzenia powierzchownych żył. Zastrzykiwać należy powoli, nie uciekając się do większego wysiłku. Odczuwa się początkowo napięcie gruczołu, a później płyn przenika łatwo do otwartych dróg chłonnych. Przeczekawszy chwilę, usuwa się energicznie igłę, a następnie zaciska się otwór nakłucia palcem dla zapobieżenia wypływowi płynu. Ból przy zastrzyku jest nieznaczny, odkąd autorzy dodali do zastrzyku nieco środka znieczulającego. W przypadku zserowacenia lub zropienia gruczołu należy wstrzykiwać do każdego gruczołu od jednego do dwóch cm.³ i oczekiwać następnie bądź to jego samoistnego wessania się, bądź to samoistnego wydzielania się po nacięciu skóry. Wtedy wskazane jest ponowne zastrzyknięcie do tkanki nacieczonej na przebiegu przetoki. Po zastrzyku stwierdza się odczyn w postaci miejscowego obrzmienia i podwyższonej temperatury. Odczyn ten ustępuje po pa. u dniach. Na swym materiale klinicznym autorzy osiągnęli dość zachęcające rezultaty swej metody. Leczenie trwało od dwóch do dziesięciu miesięcy i wymagało od czterech do piętnastu zastrzyków. Po wyleczeniu nie spostrzega się żadnej blizny, jedynie po przetokach — małą bladą bliznę, zgrubiałą. Blizny zaciągnięte spotykano po znacznych zapaleniach okołgruczołowych.

Metodę omawianą uzupełnia się niekiedy naświetlaniami lampą kwarcową, przy czem należy wstrzymać się od naświetlań w okresie odczynów gorączkowych.

Poza działaniem mechanicznem, wywoływania zastrzykami chlorofilowemi stwardnienia gruczołów i poza ich właściwościami światło — uczulającemi, autorowie przypisują im jeszcze własności jakby szczepionki, unieszkodliwiającej produkty gruźlicze, bakterje i toksyny.

Dr. W. Ehrenkreutz

M. Pierre Bourgeois i L. Fischer: „Syfilis u chorych na gruźlicę płuc“. (Presse médicale Nr. 100, 1935 r.),

Autorowie, opierając się na materiale 800 chorych klinicznych, przeprowadzili obserwacje spotykanego syfilisu u gruźlików. Rozpoznawanie syfilisu oparte było na ścisłych badaniach klinicznych i laboratoryjnych (odczyn Wassermanna i Meinickego) Stosownie do osiągniętych wyników swych obserwacji wyprowadzili następujące wnioski:

1) Na powyższą ilość gruźlików przypadło 10% syfilityków.

2) Nie wydaje się, aby syfilis miał być częstszy u gruźlików i odwrotnie syfilis nie stanowi terenu podatnego dla rozwoju gruźlicy.

3) Postać anatomo-kliniczna gruźlicy płuc u osobników, u których spotykano syfilis, to przeważnie gruźlica włóknista o powolnym rozwoju.

Infekcja luetyczna dawno odgrywa rolę czynnika wywołującego bliznowacenie i wytwarzającego w obecności gruźlicy postaci szczątkowe o szczególnym wyglądzie i dość często zbliżone do ukrytych form zapalenia luetycznego tętnicy głównej.

4) Świeży lues, należycie leczony, jest podobny do luesu dawnego, jeśli chodzi o jego wpływ na rozwój anatomo-kliniczny gruźlicy.

5) Późne objawy luetyczne u gruźlików przyjmują rzadko postaci o przebiegu ciężkim.

6) Rokowanie w zespole syfilis-gruźlica jest względnie łagodne, o ile chodzi o syfilis dawny lub o syfilis świeży, należycie leczony.

7) Jeśli chodzi o terapię, to w przypadkach świeżego syfilisu i rozwijającego się cierpienia jego leczenie wywiera dodatni wpływ i na gruźlicę płucną. Należy jednak wykluczyć przypadki gruźlicy bardzo posuniętej o ciężkim przebiegu, i leczenie tu luesu odbiega nieco od zwykłego schematu i nakazuje pewną ostrożność w wyborze tego czy innego leku. W każdym bądź razie nie należy stosować w leczeniu syfilisu przy jednoczesnej gruźlicy płucnej jodku potasu. Pozatem należy usunąć z podawania do

wewnątrz preparatów rtęciowych, które wywołują dość silne zaburzenia przewodu pokarmowego, utrzymujące się nawet przez dłuższy czas po zaprzestaniu ich stosowania.

8) Sole złota nie zasługują na szczególniejszą uwagę w arsenale środków przeciwluetycznych u gruźlików.

Novarsenobenzol jest chętnie stosowany w omawianych przypadkach, szczególnie przez autorów niemieckich i amerykańskich; należy jednak unikać go w przypadkach krwioplucia i zaburzeń wątrobianych. Związki bizmutowe, zwłaszcza w postaciach olejnych, mogą być jednocześnie stosowane z terapią arsenową i rtęciową.

9) W przypadkach luesu dawnego u gruźlików należy leczenie przeprowadzać ostrożnie. Rzadko się zdarzało, że te przypadki stawały się powodem objawów klinicznych, które stanowiły przeciwwskazanie dla wszelkiej czynnej terapii.

10) W obrazie klinicznym dawnego luesu u gruźlików płucnych dominują objawy niewydolności sercowej, które nakazują wstrzymanie się od leczenia antyluetycznego, a natomiast są wskazaniem do terapii sercowej.

Dr. W. Ehrenkreutz

I. Couturat: „Niestrawność pochodzenia anafilaktycznego”. (Presse médicale Nr. 83, 1935 r.).

Niestrawność pochodzenia anafilaktycznego jest cierpieniem często spotykanem. Nieznajomość tego faktu jest powodem przewlekania się tego rodzaju zaburzeń żołądkowo-jelitowych, gdzie wszelkie środki terapeutyczne są bezskuteczne. W przebiegu niestrawności anafilaktycznej odgrywają rolę dwa czynniki: z jednej strony ciała uczulające, z drugiej zaś przyczyny, ułatwiające uczulenie. Takimi ciałami mogą być wszystkie pokarmy lub leki. Główną rolę odgrywają tu albuminoidy, zawarte w mięsie lub w rybach, a także białko jajek. O wiele rzadziej wywołuje anafilaksję pokarmową białko roślinne, jak groch, fasola, a często kakao, nawet chleb i wino. Z leków mogą wywoływać objawy niestrawności anafilaktycznej bromek sodu, aspiryna i t. p. Niestrawność omawiana występuje najczęściej na tle pewnych defektów w układzie pokarmowym, jak np. w bezsoczności lub niedokwaśności. Pomiedzy przyczynami, ułatwiającymi uczulenie, główną odgrywają rolę obrażenia przewodu pokarmowego, jak przewlekłe zapalenie grubej kiszki i niewydolność wątroby.

Klinicznie niestrawność anafilaktyczna może się objawiać odczynami czysto miejscowymi ze strony przewodu pokarmowego, bądź też odczynem oddalonym, jak to pokrzywką, obrzękiem Quinckego, rumieniami, egzemami, świądem, astmą, migreną, katarem nosa.

Odczyn miejscowy w formie zaburzeń żołądkowo-jelitowych może mieć postać ostrą lub przewlekłą. Postać ostrą rozpoznaje się po tem, że w czasie jedzenia zjawiają się nagle bóle żołądkowe i wymioty. Wkrótce występują inne cechy szoku anafilaktycznego: bledność, sinica kończyn oraz skłonność do omdleń. Szok ten ustępuje po paru godzinach, tylko pokrzywka trwa dłużej.

Postaci przewlekłe przedstawiają się dwójako, bądź to jest niestrawność żołądkowa, bądź też — niestrawność kiszkowo-jelitowa. Niestrawność żołądkowa objawia się wymiotami, bólami, które chorzy określają jako kurcze żołądkowe. Niestrawność jelitowa jest częstsza i występuje jako klasyczna postać zapalenia grubej kiszki. O ile diagnoza zespołu przypadków ostrych jest łatwa, o tyle przypadków przewlekłych jest trudna. Rozpoznanie ułatwiają nam wtedy odczyny naskórne i śródskórne z wyciągów podejrzaných produktów.

Leczenie niestrawności anafilaktycznej jest profilaktyczne i czynne. Metoda pierwsza odnosi się do przypadków przewlekłych, metoda zaś czynna do przypadków ostrych. Metoda zapobiegania — to metoda odczulania, inaczej „antyanafilaktyczna”, mająca na celu uodpornienie przewodu pokarmowego na substancje uczulające. Może być przeprowadzona na drodze doustnej lub jeszcze lepiej na drodze doskórnej przez zaszczepienie określonego antygeny po kolejnem wyłączeniu innych. Rezultaty są naogół bardzo pomyślne już po 2-ch lub 4-ch miesiącach kuracji.

Odczulanie niespecyficzne przeprowadza się przy pomocy peptonu, podając go w dawce 0,5 gr. na godzinę przed jedzeniem. Celowo jest lepiej używać nie prostego peptonu, a polipeptydów. Przy doustnej metodzie odczulania stosuje się technikę podawania małych dawek specyficznego antygeny.

W przypadkach ostrych metoda czynna ma za zadanie zwalczać szok anafilaktyczny. W tym celu stosuje się środki lecznicze, jak adrenalinę, chlorek wapnia, dwuwęglan sodu i t. p. Wreszcie we wszystkich przypadkach niestrawności anafilaktycznej należy leczyć przyczyny ułatwiające wystąpienie anafilaksji, jak zwalczanie niedokrwistości, bezsoczności, niedomogi wątrobianej.

Dr. W. Ehrenkreutz

A. Franck, A. Bensaude i M. Cachin: „Żółtaczkę wywołaną chemoterapią przeciwluetyczną”. (Presse médicale Nr. 69, 1935 r.).

Obserwacje autorzy przeprowadzili na 841 przypadkach żółtaczki w przebiegu swoistej leczonog syfilisu pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowego. Autorzy rozróżniają żółtaczkę wczesną i późną. Pierwsza występuje w czasie leczenia swoistego, po kilku dniach po pierwszym zastrzyku, rzadziej pod koniec kuracji.

Późna żółtaczkę pokazuje się dopiero w przeciągu pierwszego miesiąca po skończonej kuracji, albo też po 2-ch lub 3-ch miesiącach. Są to przeważnie żółtaczkę niezbytowa, poprzedzona zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego w postaci wymiotów, biegunek. Zabarwienie żółtaczkowe skóry i śluzówek jest nieznaczące, a w większości przypadków ogranicza się do białówek. Wątroba bywa często powiększona, rzadziej natomiast stwierdza się powiększenie śledziony. Cierpienie omawiane może trwać do 2-ch miesięcy.

Ciężka postać żółtaczki należy w powyższych przypadkach do rzadkości i kończą się one wtedy śmiercią z powodu ostrego żółtego zaniku wątroby. Żółtaczkom, występującym mniej więcej na 10 dzień, po 2-ch lub 3-ch zastrzykach, często towarzyszą stany gorączkowe, białkomocz, bóle stawowe, wysypka zbliżona do szkarlatyny.

Pochodzenie żółtaczek na tle chemoterapii przeciwluetowej tłumaczą różne teorie. Najstarsza teoria zatruciowa w niektórych wyjątkowo przypadkach wyjaśnia mechanizm powstawania żółtaczki, przeważnie jednak nie jest zgodna ze spostrzeżeniami klinicznymi i doświadczalnymi, a mianowicie:

1) Zwierzęta doświadczalne doskonale znoszą dawki środków przeciwluetycznych 20-krotnie większe od dawek leczniczych. Poza to omawiane żółtaczkę występują u osobników starszych z upośledzoną czynnością wątroby, jak i u młodych o wątrobie zupełnie zdrowej, i dlatego należy wykluczyć tu koncepcję obniżonego progu toksycznego działania leku z powodu uszkodzenia wątroby.

2) Żółtaczkę, jak wspomniano na wstępie, mogą w tych wypadkach występować dopiero po 2-ch—3-ch miesiącach po ukończeniu kuracji swoistej; trudno więc mówić o tak odległym zatruciu.

3) W wielu przypadkach ponowne zastosowanie swoistego leczenia nie powoduje nawrotu żółtaczki.

Podłoże toksyczne można przyjąć w tych przypadkach, w których żółtaczkę występuje bezpośrednio po energicznej kuracji swoistej (np. po novarsenbenzolu w łącznej dawce 10 gr.), przyczem jednocześnie z żółtaczką stwierdza się objawy charakterystyczne dla zatrucia danym lekiem (np. zmiany barwionej skóry jako objaw charakterystyczny dla zatrucia arsenem).

Teoria kiłowego podłoża omawianych żółtaczek nie zgadza się z doświadczeniem klinicznym. O nawrocie kiły pod postacią cierpienia wątrobianego może być mowa tylko w przypadkach, w których przerwano leczenie po kilku zastrzykach w razie uzyskania ujemnego odczynu serologicznego i wtedy, gdy po przerwaniu leczenia w kilka tygodni wystąpiła żółtaczkę razem ze zmianą ujemnego odczynu serologicznego na dodatni.

Ostatnio ogłoszono teorię biotropową oraz teorię nadwrażliwości czyli nietolerancji wątrobowej. Teoria biotropowa twierdzi, że terapia swoista aktywuje działanie

rozmaitych drobnoustrojów i wywołuje wtedy powstanie nieswoistej żółtaczki zakaźnej. Teoria ta jednak nie daje się pogodzić z faktem, że ponowna kuracja swoista przeważnie nie spowoduje nawrotu żółtaczki. Teoria nadwrażliwości przyjmuje, iż żółtaczka powstaje z powodu uczulenia wątroby na dany lek, za czym przemawiałby identyczny przebieg żółtaczek, wywołanych przez różne środki przeciwsyfilityczne, występowanie żółtaczki po użyciu dawek znacznie mniejszych od dawek trujących oraz przemijający charakter odczynu wątrobowego bez pozostawienia po sobie trwałych śladów. Teoria powyższa mogłaby mieć zastosowanie w tych przypadkach, w których występowały inne objawy anafilaktyczne, jak rumień, pokrzywka i t. p. Niewystępowanie nawrotu żółtaczki, pomimo podjęcia ponownie terapii swoistej, teoria ta tłumaczy samoistnem odczuleniem wątroby.

Dr. W. Ehrenkreutz

J. Couturat: „Obecny stan leczenia powierzchownych oparzeń w praktyce“.
(Presse médicale Nr. 1, 1936 r.).

Leczenie oparzeń w ostatnich latach poczyniło znaczne postępy. Należy odróżniać oparzenia powierzchowne, ograniczone, zajmujące nieznaczną powierzchnię i oparzenia powierzchowne rozległe. Przedewszystkiem w tych ostatnich należy postępować energicznie. Postępowanie to jest: ogólne i miejscowe.

W okresie szoku należy poparzonego ułożyć na łóżku i rozgrzewać. Następnie zastosować zastrzyki kamfory, kofeiny, w razie potrzeby morfiny. Poza tem, o ile możliwości kroplówkę dożylną z roztworu fizjologicznego ogrzanego. O ile szok minął, należy rozpocząć walkę z toksemją na drodze zastrzyków dożylnych 10% hipertonicznych roztworów soli kuchennej w ilości około 100 cm.³ na dobę. Spostrzega się wtedy szybką poprawę stanu ogólnego. Obok zapewnienia na tej drodze choremu odpowiedniej ilości chlorków we krwi należy dostarczyć mu jeszcze odpowiedniej ilości płynów w ilości 3 do 4 litrów na dobę w postaci hypodermoklizm z roztworu fizjologicznego soli kuchennej, płynów obojętnych lub z dodatkiem soli oczyszczanej, przesolonego odwaru z jarzyn itp. Stosowanie adrenaliny w pierwszych dniach jest przeciwwskazane. Wreszcie należy dokonać iniekcji surowicy przeciwężcowej, zwłaszcza po oparzeniach dolnych kończyn. Badania pouczają, iż koagulacja zniszczonych tkanek po oparzeniu zapobiega szerzeniu się włąb miejscowych obrażeń. Należy odrzucić metodę obandażowywania rozległych oparzeń. Obecnie polecane są dwie metody koagulacji: przez zwykłe wystawienie oparzenia na działanie powietrza i przez zastosowanie w leczeniu roztworu taniny, jako metody z wyboru na drodze pulweryzacji. Przygotowywa się zwykle na oczekaniu roztwór 25 gr. taniny na litr wody przegotowanej i powtarza się pulweryzację co 12 godzin w ciągu 4 do 6 godzin. Następnym dni zwraca się tylko uwagę na aseptykę brzegów oparzenia. Wyniki takiej metody według autorów są doskonałe, już na 12 lub 14 dzień następuje oddzielenie się strupa, pod którym naskórek jest odnowiony, różowy i delikatny. Metoda leczenia oparzeń roztworami taniny nie zapobiega niestety rozwojowi późnych komplikacji płucnych, nerkowych, spotykanych w przebiegu bardzo ciężkich poparzeń; nie zapobiega również głębokim ropieniom i dla tego to należy dbać o antyseptykę omawianych uszkodzeń.

Powierzchnowe oparzenia, ograniczone leczą się powyższą metodą bardzo szybko; wystarczy zastosować opatrunek z roztworu taniny i zabandażować na 12 lub 14 dni. Po tym czasie następuje regeneracja naskórka.

Dr. W. Ehrenkreutz

K r o n i k a

P R O G R A M V Z J A Z D U P. T. O. i T.

Dn. 22 i 23 marca 1936 r.

I. KLINIKA CHIRURGICZNA UNIWERSYTETU JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO

Warszawa — ul. Nowogrodzka Nr. 59

NIEDZIELA 22. III. 1936 r.

Godz 9-ta. Otwarcie Zjazdu.

Godz. 9.30. I. P o s i e d z e n i e n a u k o w e.

Pierwszy temat programowy:

- 1) Leczenie spraw zapalnych kręgosłupa:
 - a) gruźliczych — referent *dr. M. Grobelski* (Poznań),
 - b) nieswoistych — referent *doc. dr. Fr. Raszeja* (Poznań)
- 2) *A. Gruca* (Lwów): Wyniki operacji usztywniającej opisu własnego w gruźlicy kręgosłupa.
- 3) Dyskusja.

Godzina 15-ta. Walne zebranie członków P. T. O. i T.

Godzina 16-ta. II. P o s i e d z e n i e n a u k o w e.

- 1) *J. Komza* (Poznań): W sprawie leczenia koślawości palucha.
- 2) *W. Dega* (Poznań): Arthrorisis talo-cruralis posterior.
- 3) *A. Gruca* (Lwów): Rezekcja główki i osteotomia z oparciem w leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.
- 4) *Kowalski* (Lwów): Artrodeza w gruźlicy stawu biodrowego.
- 5) *Ambroz* (Lwów): O plastyce dachu panewki.
- 6) *A. Janik* (Łódź): Wyniki operacyjnego leczenia złamań szyjki kości udowej.
- 7) *A. Gruca* (Lwów): Pokaz narzędzi do leczenia złamań szyjki kości udowej (model ulepszony).
- 8) *A. Kugler* (Warszawa): Osteosynteza złamań szyjki kości udowej przy pomocy przyrządu własnego pomysłu.
- 9) *A. Gruca* (Lwów): Pokaz przyrządu do ustawiania złamań przedramienia.
- 10) *A. Kugler* (Warszawa): Pokaz przyrządu do nastawiania złamań kończyny górnej i dolnej.

PONIEDZIAŁEK 23. III. 1936 r.

Godzina 9-a. III. P o s i e d z e n i e n a u k o w e.

Drugi temat programowy:

Stan protezowania w Polsce:

- a) pracy w Państw. Wytwórnich protez — referent *dr. W. Reklewski* (Warszawa).
- b) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny górnej — referent *doc. dr. A. Gruca* (Lwów).
- c) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny dolnej — referent *dr. L. Kalina* (Warszawa).
- d) Nowsze metody budowy aparatów ortopedycznych dla tułowia — referent *dr. K. Opacki* (Warszawa).
- e) Nowsze metody budowy wkładek pod stopę — referent *dr. M. Epstein* (Kraków).

Godzina 15-a. Posiedzenie komitetu redakcyjnego „Chirurgji Narządów Ruchu i Ortopedji Polskiej“.

Godzina 16-a. IV. P o s i e d z e n i e n a u k o w e.

1) *A. Kugler*: Protezy kończyny dolnej.

2) Dyskusja nad drugim tematem programowym: „Stan protezowania w Polsce“.

* * *

P o s i e d z e n i a z a c z y n a j ą s i ę p u n k t u a l n i e.

Czas trwania przemówień:

Dla pierwszego tematu programowego — referent 45 m, przemówienie w dyskusji 10 min., odczyt 15 min.

Dla drugiego tematu programowego: referenci ad a) — 45 min., ad b) — e) — po 30 min., przemówienia w dyskusji 10 min.

Dla odczytu zgłoszonego referent 15 min., przemówienie w dyskusji 5 min.

Rękopisy wszystkich przemówień należy niezwłocznie składać w Sekretarjacie Zjazdu.

Podczas Zjazdu otwartą będzie w I. Klinice Chirurgicznej U. J. P. wystawa narzędzi, aparatów ortopedycznych, leków i t. p.

Gwiazdka dzieci kolejowych

Staraniem „Rodziny Kolejowej“ i Kolejowego Przysposobienia Wojskowego odbyła się tradycyjnym zwyczajem gwiazdka dla dzieci kolejowych. Dzień ten był dla zebranych wielkiem świętem. Uroczysty wieczór gwiazdkowy, znany dzieciom z licznych i pięknych wrażeń, jakimi corocznie darzy obecnych, zgromadził na sali około 1200 osób dzi twy, rodziców i pracowników kolejowych od najniższych do najwyższych stopni służbowych. Na program złożyły się kolendy, obrazy sceniczne dzieci przedszkola Koła „Rodziny Kolejowej“ Warszawa—Wschodnia, a także występ zespołu Kolejowego Przysposobienia Wojskowego. Ciepły nastrój wieczoru podnosiła jeszcze choinka, przybrana różnokolorowemi lampkami elektrycznymi, a doskonała orkiestra reprezentacyjna Kolejowego Przysposobienia Wojskowego umilała zabawę i korowody dziatwy. Największe jednak zainteresowanie wzbudził św. Mikołaj, który obdarzył każde dziecko słodyczami. Wieczór upłynął dziatwie radośnie. Wracając z kolorowemi chorągiewkami na dalekie przedmieścia stolicy, do swych ciemnych, dusznych i tak często wilgotnych mieszkańek, wyrażała żal, że ta piękna uroczystość tak prędko dobiegła końca.

Nadmienić należy, że urządzenie choinki było już drugim etapem obchodu gwiazdkowego. Pierwszy etap odbył się w listopadzie ub. r., kiedy to „Rodzina Kolejowa“ obdarowała w Warszawie najbiedniejsze dzieci kolejarzy obuwie, ubranie, bielizną i płaszczykami na ogólną sumę 4000 zł.

W przewlekłych nieżytach oskrzeli, Dychawicy,
Rozedmie płuc, Zespołach sercowo-nerkowych,
Okresie pogrypowym i Krztuścu.

PNEUMOGEIN

Synergiczne połączenie jodu, kofeiny i teobrominy.

DAWKOWANIE: w stanach przewlekłych 3-6 łyż. od herb. dziennie
" ostrych 4-8 " " " "
Dzieci: 1-2 łyż. od herb. dziennie, zależnie od wieku

*Wprowadzony do oficjalnego lekospisu Okr. Dyr. P. K. P.
Ubezp. Społ., Minist. Komun., P. K. O. i Szpitali.*

PASSIFLORIN

Passiflorin przewyższa doбором składników, sposobem fabrykacji, skutecznym działaniem wszystkie inne preparaty roślinne jak również namiastki, mieszanki roślinne zawierające roślinę Passiflorę.

Stany neuropatyczne. Bezsenność u hypersympatykotoników i przeczu-
lonych. Zaburzenia wegetatywne sfery płciowej. Zaburzenia w krążeniu
na tle wagotonji i neurotonji. Nerwice. Stany spazmatyczne w cier-
pieniach przewodu pokarmowego.

*Wprowadzony do lekospisu Ubezpieczalni Społecznej, Minist. Komun,
Okr. Dyr. Kol. Państw., P. K. O. i Szpitali.*

Preparaty krajowe produkowane
w Chemiczno-Farmaceutycznych Zakładach Przemysłowo-Handlowych

L. NASIEROWSKIEGO, Warszawa, Kaliska 9

PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGJENY

DZIAŁ SUROWIC I SZCZEPIONEK
WARSZAWA, CHOCIMSKA 24.

Adres telegraficzny: „Centrepid-Warszawa”.

WSZELKIE SUROWICE I SZCZEPIONKI

do celów leczniczych i zapobiegawczych u ludzi.

Surowica błonicza barania i bydłęca

Surowica tężcowa bydłęca

Surowica przeciw jadowi żmij

Surowica przeciw prątkom okrężnicy

INSULINA „P Z H”

fiolki po 100 i 200 jednostek międzynarodowych w 5 cm³.

PITUITROL „P Z H”

(wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej)

fiolki po 5 cm³, pudełka po 3 i 6 ampułek à 1 cm³

1 cm.³ = 10 jednostek Voegtlin.

PREPARATY DIAGNOSTYCZNE

CENNIKI I INFORMACJE WYSYŁA SIĘ NA ŻĄDANIE.

HOLZMANN, MILDNER i S-ka

Sp. z o. o.

KATOWICE

ul. Piłsudskiego 10.

Telefon 335-01.

FABRYKA INSTRUMENTÓW CHIRURGICZNYCH I APARATÓW ORTOPEDYCZNYCH

Kompletne urządzenia dla gabinetów lekarskich i szpitali. Meble dla celów operacyjnych. Aparaty elektro-medyczne i mikroskopy. Warsztat reparacyjny i niklowanie instrumentów chirurgicznych i aparatów.

NISKIE CENY

DOGODNE WARUNKI PŁATNOŚCI.

ALUCOL

koloidalny wodorotlenek glinu

Przeciw nadkwasocie, przy katarze
kiszek przy wrzodzie żołądka
i dwunastnicy.

ALUCOL

zwalcza nie tylko objawy choroby,
ale leczy jej przyczynę.

ALUCOL

nie wywołuje przyzwyczajenia.

DAWKOWANIE: Pogryźć 1 — 2 tabletek $\frac{1}{2}$ godz.
przed i $\frac{1}{2}$ godz. po każdym zasadniczym posiłku.

FABRYKA CHEMICZNO · FARMACEUTYCZNA

Dr. A. WANDER, S. A., Kraków.

„S A N I T A S”

KAPIELE ZWYKŁE, LECZNICZE I ELEKTRO-TERAPJA

BYDGOSZCZ

ul. Gdańska 27 — Telefon 715.

Każdy lekarz twierdzi,

że najlepsze instrumenty chirurgiczne oraz wszelkie
artykuły, wchodzące w zakres szpitalnictwa,
dostarcza największa w POZNANIU



FIRMA

Dom Sanitarny

Sp. z ogr. odp.

ul. Br. Pierackiego 19. Tel. 25-54.

CENY NIZKIE.

DOGODNE SPŁATY.

Spis rzeczy

1. Dr. Franciszek Naróg — Daltonizm w świetle cyfr i sposoby jego wykrywania odnośnie do służby na kolejach	str.	1
2. Dr. Wojtkiewicz — Wrażenia z Estonji	"	10
3. Dr. Cz. Czechowicz — Trochę statystyki nieszczęśliwych wypadków	"	49
4. Tadeusz Stryjecki — Częstość występowania dodatniego odczynu Widala u czynnych pracowników kolejowych, ich rodzin i u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej	"	55
5. Dr. Jan Hozer — O czynną rolę lekarza w Administracji Służby Zdrowia	"	61
6. Streszczenia	"	66
7. Kronika	"	75

ZIOLA CHOLEKINAZA

H. NIEMOJEWSKIEGO

są środkiem żółciopędnym. Nie dają pobocznego szkodliwego działania. Energicznie i stale wzmagając funkcje wątroby, są środkiem dla intensywnego odciążenia organizmu od pobocznych produktów przemiany materji, toksyn bakteryjnych i jądów wszelkiego innego pochodzenia: kwasy żółciowe, barwiki żółciowe, cholesteryna, kwas moczowy, cukier, nadmiar alkalji etc. Stosowana po kuracji rtęciowej, salwarsanie i jodzie wydalą jady.

Wskazania :

Schorzenia na tle wątroby: kamica żółciowa, żółtaczką, cholemja, cholesterynemja, zatrucie kwasami żółciowemi, cukrzycą;

artretyzm pierwotny i wtórny przy cholesterynemji z wszelakimi jego objawami (neuralgje artretyczne, przyępienie słuchu artretyczne);

stany kataralne dróg pokarmowych i śluzówek wogóle i t. p.;

chroniczne zaparcie stolca.

Nadalkaliczność krwi i skleroza.

Zatrucia chroniczne egzogenne: rtęć, ołów, jod, fosfor, arsen.

Dla pp. lekarzy próbki bezpłatne i literaturę wysyła

LABORATORJUM FIZJOLOGICZNO-CHEMICZNE H. NIEMOJEWSKI

„CHOLEKINAZA“, Warszawa, Nowy-Świat 5, tel. 9-74-96.

PREPARATY CZOSNKU

Allium sativum, wyrabiane od wielu lat:

TRA ALLII

Krople czosnkowe.

Cena zł. 1.50

TABL. ALLII

Ekstrakt czosnku w tabl.

Cena zł. 2.50

CARBALIN GESSNER

Udoskonalony preparat czosnku i węgla. Cena zł. 3.50

APTEKA

JANA GESSNERA

WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKA 11.

PHOSPHIT

sól wapniowo-magnezowa kwasu inozytofosforowego zawiera 22% fosforu org.

**Wzmacnia i hartuje mięśnie i nerwy
Poprawia apetyt
Przywraca energję życiową**



POSTACIE: Phosphit - Liquidum

" - Caps.

" - Pulvis

Phosphit - Ferrat Caps.

" " Tabul.

" " Pulvis

Phosphit-Sacchar. gran.

Phosphit - Yohimbin

P.-H. Z. Ch. LUDWIK SPIESS i SYN

Sp. Akc. — Warszawa