

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 42 (110). Rocznik III.

Kraków, 25. 10. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11 a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Krakau, Albrechtstr. 11 a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

T R E Ś Ć :

Dr. med. Hellmut SOPP, Kraków: Przyczynek do kliniki poliomyelitis	581
Obwieszczenia	585

Z Kliniki neurologiczno-psychiatrycznej
Szpitali Państwowych w Krakowie
Lekarz kierujący Dr. med. Hellmut Sopp.

PRZCZYNEK DO KLINIKI POLIOMYELITIS

Napisał Dr. H. Sopp.

Mało jest schorzeń, które tak głęboko i przeważnie tragicznie wpływają na los człowieka, jak zapalenie rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis*). Dzieci pozornie całkowicie zdrowe, świeże i wesołe, doznają ciężkich porażań, po których często pozostają znaczne ograniczenia całej motoryki z atrofiami zniekształcającymi i licznymi zaburzeniami wegetatywnymi. Ale także i prognoza *quo ad vitam* jest całkiem poważna. Według statystyki Rzeszy Niemieckiej liczba przypadków śmiertelnych w Niemczech w r. 1927, a więc w okresie przeciętnej częstotliwości zachorowań, wynosiła 363 na 2700 przypadków ogółem. Wielka epidemia w Kolonii przy 551 zachorowań pociągnęła za sobą 44 przypadki śmiertelne. Ponieważ *poliomyelitis* posiada niezwykle obfitą semiotykę, a zbliżamy się do rocznego punktu szczytowego tej choroby zakaźnej, słuszne jest obecnie jej krótkie ujęcie kliniczne i jej przedstawienie według własnych doświadczeń. Przy tym głównie należy uwzględnić epidemiologię praktyczną, a również diagnostykę i terapię.

Nie ulega wątpliwości, że *poliomyelitis* w ostatnich 20 latach występuje coraz częściej (Pette). Na skutek wielkich epidemii, przede wszystkim w Szwecji i Ameryce, uzyskaliśmy głęboki wgląd w wielo-

postaciowość obrazu klinicznego. Również zbadano szczegółowo anatomie *poliomyelitis*. Odznacza się ona przede wszystkim tym, że to schorzenie wyraża się wyłącznie w centralnym systemie nerwowym. Z reguły brak zmian swoistych w narządach wewnętrznych. Przy spotykanych okolicznościowo powiększeniach śledziony, owrzodzeniach błony śluzowej itp., chodzi wyłącznie o zmiany wtórne (Heinlein). Obrazy anatomo-patologiczne układu centralnego systemu nerwowego wykazują zgodną swoistość i odpowiadają dokładnie obrazowi klinicznemu. Należy je po krótko przypomnieć, o ile to jest potrzebne do zrozumienia symptomatyki:

W obrazie histologicznym sprawa charakteryzuje się uszkodzeniami komórki zwojowej, która od ostrego schorzenia komórki Nissla prowadzi aż do zupełnej neuronofagii. Pod względem klinicznym znamienne jest, że jak zawsze w układzie mózgowo-rdzeniowym spostrzega się nieswoisty rozległy odczyn mezodermalno-glejowy. Ten ogólny odczyn tkankowy rozwija się w całym zrębie łącznotkankowym wraz z naczyniami krwionośnymi i chłonnymi. Objawy oponowo-mózgowe należy pod względem patogenezy sprowadzić do tego odczynu. Jednakże należy podkreślić, że *poliomyelitis* jest wybiórczym

schorzeniem mięszu rogów przednich; w rdzeniu przedłużonym, w moście, w mózdzku i pniu mózgu sprawa obejmuje odpowiednie wielkie motoryczne komórki zwojowe. Aczkolwiek przy *poliomyelitis* stwierdzono, że choroba szczególnie obejmuje rdzeń, to jednak należy podnieść, że schorzenie to n i g d y też nie oszczędza mózgowia (Pette, Harbitz, Scheel, Wickmann, Peters i in.). Wprawdzie może zdarzać się i rzecz odwrotna, do czego jeszcze powrócimy poniżej. Stąd też pod względem terminologicznym należy odrzucić nazwę „dziecięce porażenie rdzeniowe“, ponieważ w wzrastającej mierze zapadają na tę chorobę i dorośli. Oznaczenie „epidemiczne“ nie będzie odpowiednie dla przypadków sporadycznych. Odpowiednio do wyniku badania anatomicznego należy dawać pierwszeństwo nazwie „*poliomyelitis*“ albo we wdzięcznym wspomnieniu historycznym tych, którzy tę chorobę pierwsi opisali, „choroba Heine-Medina“.

Co do etiologii to do dzisiaj nie osiągnięto jeszcze całkowitej zgodności zapatrywań. Większość badaczy pojmuje *poliomyelitis* jako chorobę zakaźną wywołaną przez virus przesączalny. Ale właśnie ostatnio z obozu higienistów podniesiono co do tego poważne zarzuty. Kierownik hamburskiego Instytutu epidemiologicznego wysuwa w związku z odrodzeniem teorii powstawania chorób zakaźnych Sydenhama-Pettenkofera cały szereg bardzo poważnych zarzutów przeciw twierdzeniu o zaraźliwości *poliomyelitis*. Gazowe emanacje „miazmatyczne“, które w samoistnej swoistości rozwijają się jakby z fermentacji z procesów chemicznych na gruncie miejscowo u s p o s o b i o n y m chorobowo, stanowią pierwotne przyczyny chorobowe, które prowadzą do zatrucia krwi i tkanek ustroju tym gazem ziemnym. Do zależności ziemskich przyłączają się jeszcze zależności kosmiczne, jak periodyczność plam słonecznych, wpływy klimatyczne i wiele innych. Ta hipoteza poparta bogatym materiałem doświadczalnym wymaga poświęcenia sobie uwagi wobec niejasnej do dzisiaj epidemiologii *poliomyelitis*. Staranna kazuistyka, przy której muszą współpracować przede wszystkim lekarze ogólnie praktykujący, jest do tego potrzebna, a przy znaczeniu tej choroby zakaźnej jest to sprawa niezwykle doniosłości.

Dotychczas uważano *poliomyelitis* za chorobę o nieznacznym zagęszczeniu zapadalności. Na skutek przekonywujących doświadczeń klinicznych, zebranych przez takich autorów, jak przede wszystkim Pette, Kleinschmidt, C. Coerper i in., wiemy, że *poliomyelitis* bynajmniej nie ogranicza się do stanów porażennych. Przeciwnie należy przyjąć za pewne, że w okresach epidemii *poliomyelitis* występuje jako pandemia, a zakażeniu ulega cała ludność. Tylko w nieznacznym odsetku przypadków zachorzenie doprowadza do porażień. K l i n k , W e r n s t ä d t ,

P e t t e r s o n udowodnili w doświadczeniu na zwierzętach występowanie w znacznej mierze virusu w wydzielinie z nosa i gardła w otoczeniu chorych na *poliomyelitis*. Serologowie znaleźli, że w krwi osób chorych na nieujawnioną *poliomyelitis* występują swoiste przeciwciała, tak że istnieje możliwość uodpornienia bezobjawowego albo cichej odporności w ujęciu P f a u n d t l e r a . Ponadto jeszcze badania P e t t e g o i J o p p i c h a wyjaśniły dostatecznie zagadnienie zakażenia nie dającego skutku oraz zachorowania poronnego. J o p p i c h przy 74 chorych na *poliomyelitis* zbadał 155 osób z ich otoczenia. W 74 przypadkach były dodatnie wywiady chorobowe, w 7 przypadkach swoiste dla *poliomyelitis*. Na ogół u 32 dzieci, które rodzice uważali za zdrowe, w wyniku badania stwierdzono zmiany patologiczne. W 13 przypadkach z całą pewnością rozpoznano ostrą *poliomyelitis*. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dało w $\frac{1}{3}$ przypadków wynik patologiczny, który całkiem jasno należało przypisać zachorowaniu na *poliomyelitis*. Stąd praktycznie wynika tak pełne znaczenia zadanie rozszerzenia obrazu klinicznego *poliomyelitis* i przede wszystkim uwolnienia się od wyobrażenia, że *poliomyelitis* można rozpoznawać tylko wtedy, jeżeli są oczywiste porażenia.

Krótkie przedstawienie kliniki *poliomyelitis* należy podzielić po pierwsze według stosunków czasowych, po drugie według szczególnych postaci przebiegu choroby.

1. Okres wstępny,
2. okres wczesny,
3. okres ostry,
4. okres reparacyjny,
5. okres końcowy.

Wybrałem ten podział, ponieważ może się on przyczynić przede wszystkim do zrozumienia przypadków lekkich. Przy starannych wywiadach należy prawie zawsze dowieść zakażenia poprzedzającego jawne za-

Ubezpieczalnia Społeczna w Nowym Sączu

rozpisuje

K O N K U R S

na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Krynicy, pow. Nowy Sącz z wynagrodzeniem według 3 godzin, t. j. 444.— Zł. miesięcznie.

Kandydaci na to stanowisko winni odpowiadać warunkom przewidzianym w „Zasadach ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni Społecznych“.

Podania z odpowiednimi dokumentami i własnoręcznie napisanym życiorysem należy wnosić pod adresem Ubezpieczalni Społecznej w Nowym Sączu w ciągu dwóch tygodni od daty ogłoszenia.

Dyrektor Ubezpieczalni
(—) Stanisław Jarecki

chorowania. Wiemy obecnie, że duża ilość objawów kataralnych, jak nieżyt nosa, *laryngitis*, anginy, *gastroenteritis* itd. tylko pośrednio należą do *poliomyelitis* i nie są wyrazem swoistego zakażenia nerwowego. Zakażenie to określa Pette jako nieswoiste i przypisuje mu znaczenie torujące drogę. Stąd choroby tego rodzaju właściwie jeszcze nie są chorzy na *poliomyelitis*, lecz w czasach epidemii są tylko znacznie zagrożeni tą chorobą.

Wówczas dopiero stopniowo wkradają się ciężkie objawy kliniczne. Początek ostry zdarza się tylko rzadko. Odpowiednio do odczynu mezodermalnoglejowego dochodzi przede wszystkim do objawów podrażnienia opon. Występują bóle, które często są ograniczone odcinkowo i które występują w tych odcinkach rdzenia, których miąższ ulega później zachorowaniu. Bóle promieniują do kończyn, a niestety, także do wewnętrznych narządów klatki piersiowej i brzucha, przez co rozpoznanie bywa bardzo utrudnione zwłaszcza u dzieci i kobiet. Niezbyt rzadko zdarzają się pomieszania z *appendicitis* lub bólami ginekologicznymi. Stwierdzenie objawów podrażnienia oponowego, zwłaszcza dodatni objaw Kerniga wskazuje kierunek dalszych badań. Sztywność karku może być tak wyraźna, że przyjmuje się *meningitis*. Dowodzi tego przypadek z własnych spostrzeżeń autora z ostatnich dni:

4-letni chłopiec zachorował wśród bólów głowy i wzrastającej sztywności karku. Pomimo, że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie dało wyniku charakterystycznego dla posoczniczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, podano w wielkiej ilości, także dołędźwiowo, sulfonamidami z znacznym działaniem toksycznym. Dopiero dalszy przebieg wykazał *poliomyelitis*. Niestety dziecko nie wyzdrowiało już więcej z otrucia sulfonamidami.

Dzieci już przy lekkich podrażnieniach opon mózgowo-rdzeniowych bardzo często wykazują w postaci siedzącej niemożność dotknięcia ust kolanami tzw. „Spine-Sign“, albo tzw. „Dreifußzeichen“: dziecko posadzone opiera się dłońmi skośnie do tyłu, aby odciążyć bolący kręgosłup.

Wymioty, częste jako pierwszy objaw, czasami są bardzo ciężkie. Barwa twarzy jest blada, wyraz trwożliwy lub apatyczny. Bardzo często są ogólne zaburzenia czynności wegetatywnych, które uważam za wyraz niewątpliwego udziału międzymózgowia, do czego jeszcze powrócę poniżej. W tym samym kierunku wskazują objawy niepokoju psycho-motorycznego, śpiączki i tak bardzo charakterystycznej ogólnej nadwrażliwości chorego na każde dotknięcie, które chciałbym sprowadzić do raczej toksycznego udziału wzgórza (*thalamus*). Objawy podniecenia ruchowego, stany niepamięci i śpiączkowe spostrzega się rzadziej, tak samo opryszczki jak i osutki.

Gorączka jest typu nieregularnego. Często ma

przebieg dwufazowy (krzywa gorączki typu dwugarbne). Bez gorączki nie ma *poliomyelitis*. Zapodania rodziców należy zawsze oceniać krytycznie. K. H. Schaffer opisuje przypadek, w którym 4-letni chłopiec „zupełnie zdrow“ przyszedł pieszo na klinikę na badania rodzeństwa chorego. Obok wyraźnych objawów oponowych i zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym miał on ciepłotę 39,5°.

Przedstawienie dalszych stadiów nie leży w intencji artykułu.

Przed omówieniem poszczególnych postaci chorobowych należy jeszcze uzupełnić rozmaite fakty, posiadające praktyczne znaczenie dla patogenety. Nie wiele wiemy o wahaniach zjadliwości i o *genius epidemicus* tej choroby z jej pozornie bezładnym wyrywaniem poszczególnych indywiduali, jakby to było zrzędzeniem losu. De Rudder znalazł ściśle zależności między klimatem a *poliomyelitis*. Często nasuwa się wrażenie, jakoby znaczniejszy wysiłek usposabiał do zachorowania na *poliomyelitis*. Ze 107 uczniów internatu po wyczerpującym pokazie sportowym 11 zachorowało na ostrą *poliomyelitis*. Po drugim pokazie po 8 dniach zachorowało 6 uczniów. W 11 dni po drugim pokazie w związku z pokazami sportowymi z powodu zakończenia roku szkolnego zachorowały dalsze 3 osoby, które brały udział w pokazach. Z pozostałych uczniów internatu tylko 1 zachorował na *poliomyelitis*. Także dłuższe jazdy koleją uważa się za przyczynę wywołującą. Mam dwoje dzieci na klinice, które zachorowały na *poliomyelitis* w związku z podróżą z Düsseldorfu do Krakowa. Opisywano też tę chorobę po urazie obwodowym. Pewne jest, że dla *poliomyelitis* bardzo wielkie znaczenie posiada czynnik dziedziczno-konstytucjonalny, jak to właściwie musimy zakładać *a priori* przy wszystkich chorobach. Wyciągając praktycznie wnioski z zewnętrznych czynników wywołujących *poliomyelitis* dowiadujemy się, że w czasach epidemii należy unikać przesadnych wysiłków cielesnych i że najtroskliwiej należy unikać przeziębień, aby przeszkodzić nieswoistej „chorobie poprzedzającej“ *poliomyelitis*.

Podział *poliomyelitis* według rodzaju zachorowania daje typy następujące:

1. postaci chorobowe nieparetyczne,
2. postaci poronne,
3. postaci paretyczne:
 - a) postać rdzeniowa,
 - b) postaci opuszkowe i mostowe,
 - c) postaci specjalne.

Sprawa scharakteryzowana przy przedstawieniu czasowego przebiegu *poliomyelitis* może się uspokoić w każdym stadium. Jeżeli zdarzenie anatomiczne

ograniczyło się jeszcze do odczynu mezodermalno-glejewego, a komórka zwojowa nie brała znacznie-szego udziału, to szybko następuje wyzdrowienie, przeważnie tak że nie można poznać szczególnego charakteru zachorowania. Jeżeli objęty schorzeniem jest miąższ, to wynikają stąd ubytki funkcjonalne, które przy zachodzącej neuronofagii są, oczywiście, nie do naprawienia.

Zależnie od umiejscowienia uszkodzenia wynikają wówczas porażenia wiotkie, odpowiadające ruchowemu zespołowi przedomózgowia. Należy przytoczyć, że obok znanego typu predylekcyjnego *poliomyelitis* nie bardzo rzadko występują odosobnione porażenia nerwu twarzowego i wypadnięcia funkcji opisanych grup mięśniowych. Tak np. odosobniona atrofia mięśni środkostnych (*interossei*) lub przeciwstawiacza (*opponens*), jak również „reumatyczne“ porażenie nerwu twarzowego są zawsze bardzo podejrzane.

Zbyteczne jest omawianie charakterystycznej jawnej *poliomyelitis*, a także postaci mostowych i opuszkowych. Z postaci szczególnych należy wspomnieć sprawy wstępujące i zstępujące w rodzaju paraliżu Landry'ego, które przeważnie bardzo szybko mają zejście niepomysłne.

Nie rzadko spotkać się można u chorych ze stanem pseudo-neurastenicznym i różnorodnymi zaburzeniami wegetatywnymi, dane, które nasuwają podejrzenie na przebycie *poliomyelitis abortiva non paretica*. Ponieważ obraz chorobowy wykazuje wyraźny udział międzymózgowia, istnieje możliwość, że choroba stoi w związku z pokaźnym zespołem międzymózgowia (Schellong). Ponieważ — jak to wspomniano już wyżej — ostra *poliomyelitis* wykazuje wyraźną

symptomatykę międzymózgową, przypuszczać należy, że chodzi tu o sprawę swoistą.

Rozpoznanie *poliomyelitis* opiera się przede wszystkim na wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Objawem osiowym jest pleocytoza, która jest wyrazem ogólnego odczynu mezodermalnego na zakażenie tkanki nerwowej. Zmiany białkowe są bardzo nieznaczne. Krzywe koloidalne mają skłonność do przesunięcia w lewo, w stadiach późniejszych przeważają załamania kiłowe. Zawartość cukru w przeciwieństwie do *encephalitis lethargica* jest normalna. Wyniki badania krwi i serodiagnostyka nie grają jeszcze wielkiej roli.

Rokowanie jest zawsze poważne, a należy je stawiać ostrożnie. Nawet po wielu latach do stałych porażen mogą się przyłączyć jeszcze ciężkie atrofie postępujące. Przypuszczam też, że co najmniej poszczególne przypadki *dystrophia adiposo-genitalis*, zaburzenia wazomotoryczno-troficzne, *diabetes insipidus* i inne choroby, dające się umieścić w międzymózgowiu, należy też przyczynowo przypisać *poliomyelitis*. Dotyczące badania przyniosły poniekąd potwierdzenie tego poglądu.

Ponieważ proces chorobowy może ustać w każdym stadium, rozpoznanie możliwie wczesne posiada niezwykłą ważność. Chociaż do dzisiaj jeszcze nie znamy swoistego leczenia *poliomyelitis*, — także surowica ozdrowieńców nie spełniła oczekiwań — to jednakże w każdym przypadku musi się natychmiast rozpocząć leczenie. W czasie epidemii w Kolonii najlepiej wytrzymało próbę leczenie surowicą, którą uzyskano z przypadków poronnych i od personelu pielęgniarskiego, stojącego przez dłuższy czas w bli-

REKLAMAGJE

w razie niedoręczenia czasopisma kierować nie do Wydawnictwa, lecz do urzędu pocztowego, w którym dokonano wpłaty na prenumeratę

Poszukuje się **rentgenologa** dla niemieckiego szpitala dystryktowego w Krakowie.

Zgłoszenia kierować do Urzędowego Pośrednictwa Pracy Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie.

skim zetknięciu z *poliomyelitis*. Także i stąd wynika więc konieczność rozpoznania wszystkich przypadków (Joppich). Najkorzystniejszym jest danie surowicy naturalnie w stadium przedparalitycznym. Zastrzyku dokonuje się śródmięśniowo lub dożylnie, natomiast nigdy dołędźwiowo! Jeżeli nie ma pod ręką tego rodzaju surowicy, to zaleca się zwykle przetaczanie krwi. Podawanie leków jest całkowicie

beznadziejne. Oddziaływania ciepłem lub zimnem na kręgosłup okazały się wielce skuteczne. Szczególną troskę należy poświęcić ogólnej pielęgnacji chorego.

Streszczając się, chciałbym jeszcze dobitnie wskazać na znaczenie wczesnego rozpoznania dla leczenia indywidualnego oraz na znaczenie rozpoznania przypadków także nieparetycznych dla epidemiologii, jak też dla celów uzyskiwania surowicy leczniczej.

Bekanntmachungen und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements,
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abt. Gesundheitswesen

Krakau, den 8. Oktober 1942

BEKANNTMACHUNG

Nachstehende Sera und Impfstoffe des Asid Serum-Instituts, Warschau, Karolkowa 22/24, verlieren ihre Gültigkeit:

a) humane:

	Serie	gültig bis
1. Tetanus Serum	211	1. 10. 1942
2. Gasgangrän-Serum	222	1. 10. 1942
3. Tetanus Serum	223	1. 10. 1942
4. Gasgangrän Serum	224	1. 10. 1942
5. Rhusiohomin	229	1. 10. 1942
6. Dysenterie-Serum	246	1. 10. 1942
7. Typhus-Serum	373	1. 10. 1942
8. Cholera-Typhus-Impfstoff	376	1. 10. 1942
9. Typhus-Impfstoff	377	1. 10. 1942

b) veterinäre:

Anticolpit	40	6. 10. 1942
Antimixte	53	6. 10. 1942
Rotlaufserum	318	2. 10. 1942
Rotlaufserum	319	25. 10. 1942

(—) Dr. Weber
Pharmazierat

VERORDNUNG

über den Einsatz von Ärzten und Angehörigen anderer
Heilberufe.

Vom 24. September 1942.

Auf Grund des § 5 Abs. 1 des Erlasses des Führers vom 12. Oktober 1939 (Reichsgesetzbl. I S. 2077) verordne ich:

§ 1

(1) Die Regierung des Generalgouvernements (Hauptabteilung Innere Verwaltung — Abteilung Gesundheitswesen) kann durch Einsatzverfügung Ärzten nichtdeutscher Volkszugehörigkeit zur Aus-

Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Wydział Spraw Zdrowotnych

Kraków, dnia 8 października 1942

OBWIESZCZENIE

Następujące surowice i szczepionki wyrobu f-y Asid Instytut Surowic, Warszawa, Karolkowa 22/24 tracą swą ważność:

a) Stosowane u ludzi:

	Seria	ważne do
1. Surowica przeciwżółciowa	211	1. 10. 1942
2. Surowica przeciw zgorzeli gazowej	222	1. 10. 1942
3. Surowica przeciwżółciowa	223	1. 10. 1942
4. Surowica przeciw zgorzeli gazowej	224	1. 10. 1942
5. Rhusiohomin	229	1. 10. 1942
6. Surowica przeciwczerwonkowa	246	1. 10. 1942
7. Surowica przeciwdurkowa	373	1. 10. 1942
8. Szczepionka przeciwcholeryczno-przeciwdurkowa	376	1. 10. 1942
9. Szczepionka przeciwdurkowa	377	1. 10. 1942

b) Weterynaryjne:

Anticolpit	40	6. 10. 1942
Antimixte	53	6. 10. 1942
Surowica przeciwróżycowa	318	2. 10. 1942
Surowica przeciwróżycowa	319	25. 10. 1942

(—) Dr. Weber
Radca farmacji

ROZPORZĄDZENIE

o obsadzeniu stanowisk lekarzy oraz stanowisk w innych
zawodach leczniczych.

Z dnia 24 września 1942 r.

Na podstawie § 5 ust. 1 Dekretu Führera z dnia 12 października 1939 r. (Dz. U. Rzeszy Niem. I str. 2077) rozporządzam:

§ 1

(1) Rząd Generalnego Gubernatorstwa (Główny Wydział Spraw Wewnętrznych — Wydział Spraw Zdrowotnych) może zarządzeniem o obsadzeniu stanowisk przydzielić lekarzom nieniemieckiej narodo-

übung ihrer beruflichen Tätigkeit einen bestimmten Bezirk zuweisen und deren ständigen Wohnsitz bestimmen. Bei Ärzten, die von Gemeinden und Gemeindeverbänden angestellt sind, ist vor Erlaß der Einsatzverfügung der Kreishauptmann (Stadthauptmann) zu hören.

(2) Der Absatz 1 gilt entsprechend für Angehörige anderer Heilberufe nichtdeutscher Volkszugehörigkeit.

§ 2

Die vertraglich für deutsche Dienststellen oder für Einrichtungen der Sozialversicherung tätigen Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sind von dieser Verordnung ausgenommen.

§ 3

Die Regierung des Generalgouvernements (Hauptabteilung Innere Verwaltung) wird ermächtigt, Anordnungen zu dieser Verordnung zu erlassen.

§ 4

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1942 in Kraft.

Krakau, den 24. September 1942.

Der Generalgouverneur
Frank

wości oznaczony obwód dla wykonywania ich zawodowej praktyki oraz wyznaczyć im stałe miejsce zamieszkania. W stosunku do lekarzy ustanowionych przez gminy i związki gminne należy przed wydaniem zarządzenia o obsadzeniu stanowisk wysłuchać starostę powiatowego (starostę miejskiego).

(2) Ustęp 1 obowiązuje odpowiednio członków innych zawodów leczniczych nieniemieckiej narodowości.

§ 2

Zarządzenie niniejsze nie dotyczy lekarzy oraz członków innych zawodów wykonujących praktykę dla niemieckich placówek służbowych lub dla zakładów ubezpieczeń społecznych na podstawie umowy.

§ 3

Upoważnia się Rząd Generalnego Gubernatorstwa (Główny Wydział Spraw Wewnętrznych) do wydawania zarządzeń do niniejszego rozporządzenia.

§ 4

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem 1 października 1942 r.

Krakau, dnia 24 września 1942 r.

Generalny Gubernator
Frank

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 25. X. 1942

Lekarze ogólni:

Lek. Jabłkowska Krystyna, Kołłątaja 12
Lek. Jahoda Maria, Gołębia 4
Lek. Jakesch Jerzy, Straszewskiego 27
Dr. Jakóbiec Mieczysław, Potockiego 4
Lek. Jankiewicz Józef, Podgórska 12
Lek. Jaskot Józef, Starowiślna 33
Lek. Jaskulski Witold, Kielecka 5
Lek. Jaworski Władysław, Grzegórzecka 49
Lek. Kaczówka Aleksander, Kremerowska 10

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Szczerbiński Edward, Powiśle 3
Lek. Szefel Irena, Zyblikiewicza 11a
Dr. Szlapakówna Helena, Garbarska 12

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Godlewski Waclaw, Sereno Fenna 10
Dr. Gołąb Jan, Zyblikiewicza 5

Chirurdzy:

Lek. Stafiera Jan, Ks. Siemaszki 13b
Dr. Stypa Mieczysław, Zyblikiewicza 5

Dermatolog:

Lek. Woytas Stanisław, Wielopole 22/1

Neurolog:

Dr. Szarf Zygmunt, Starowiślna 33

Lekarze dentyści:

Dr. Hamerska Czesława, Starowiślna 19
Lek. Ambroszkiewicz Karol, Bracka 3
Lek. Jaśkiewicz Jan, Floriańska 19
Lek. Urbanowicz Zofia, Barska 37a

Uprawniony technik dentystyczny:

Tarczydło Jan, Szlak 23

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie

na dzień 1. XI. 1942

Lekarze ogólni:

Lek. Kamiński Roman, Grzegórzecka 39
Lek. Kapeluś Wasyl, Mazowiecka 28 a
Lek. Kędracki Antoni, Topolowa 35
Lek. Kirchmayer Stanisław, Podwale 2
Dr. Kierzyńska Rozalia, Potockiego 2
Lek. Klimaszewska Augustyna, Krowoderska 46
Dr. Kłeczek Stanisław, Litewska 6
Dr. Kłosowski Stanisław, Bracka 11
Dr. Kostecki Jan, Floriańska 15

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Tarczałowicz Władysław, Pl. Dominikański 2
Dr. Woliczko Kazimierz, Starowiślna 49
Dr. Wyrobek Emil, Zwierzyniecka 15

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Gradzińska Michalina, Starowiślna 20
Dr. Jaskulska Justyna, Mogilska 16

Chirurdzy:

Dr. Trelła Julian, Orzeszkowej 9
Dr. Wilimowski Maksymilian, Kremerowska 12

Dermatolog:

Lek. Wróblewska Stanisława, Kremerowska 8

Neurolog:

Dr. Żabianka Maria, Dietla 1

Lekarze dentyści:

Lek. Kozakowa Olga, Dietla 105
Lek. Brodkiewiczowa Zofia, Wielopole 6
Lek. Małyszczuk Jadwiga, Kasprowicza 15
Lek. Stankiewicz Witold, Pierackiego 25

Uprawniony technik dentystyczny:

Mühlradówna Gabriela, Zamojskiego 5