

# ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 15/16 (132/133). Rocznik IV.

Kraków, 9. 5. 1943 r.

Redaktor: Dr. med. Max Seyffert, 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.

## TREŚĆ:

	Str.
Wskazówki dla lekarzy celem zwalczania nagminnego porażenia dziecięcego . . . . .	697
Rozporządzenia . . . . .	669

## Wskazówki dla lekarzy celem zwalczania nagminnego porażenia dziecięcego

(poliomyelitis acuta epidemica infantum, zapalenia nagminnego rogów przednich rdzenia; choroby Heine-Medina) ze szczególnym uwzględnieniem wczesnego rozpoznania i wczesnego leczenia przed wystąpieniem porażenia.

Nowoopracowane w Urzędzie Zdrowia Rzeszy  
(Reichs-Gesundheitsblatt 1943 Nr. 4, str.40.)

### 1. Istota choroby

Nagminne porażenie dziecięce jest to ostra choroba nagminna, która przebiega wśród typowego wytwarzania się mniej czy więcej rozległych porażenia wiotkich i często kończy się śmiertelnie. Śmiertelność wynosi przy występowaniu epidemicznym 10—20 %. Przypadki sporadyczne wykazują śmiertelność o wiele mniejszą, przeważnie poniżej 1,5 %. Na ogół dotyka ona głównie dzieci, zwłaszcza w wieku od 2 do 5 lat, ale występuje również nie tak rzadko u dorosłych. Ze wzrastającym wiekiem chorego zwiększa się niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego. Zarazek jest to przesykalny *virus*.

### 2. Występowanie

Nagminne porażenie dziecięce w swym sposobie rozpowszechniania przedstawia się jeszcze bardzo zagadkowo. Często występuje ono sporadycznie w poszczególnych miejscowościach, a nawet wśród poszczególnych rodzin i gmin, podczas gdy sąsiedztwo może pozostać nietknięte. W obrębie Rzeszy Niemieckiej, która w porównaniu z innymi krajami utrzymuje się ze swą liczbą zachorowań w granicach umiarkowanych, spostrzega się również wielkie wahania obszarów zachorowań w poszczególnych latach. Od czasu wprowadzenia w Prusach obowiązku zgłaszania w r. 1924, pierwsza wielka epidemia wystąpiła

z liczbą roczną 6,0 na 100 000 mieszkańców z sześciomiesięcznym rozpowszechnieniem na północy Rzeszy. Następną wielką falę przyniósł rok 1937. Wykazała ona już całkiem wyraźnie ograniczenie się częstotliwości zachorowania na ściśle ograniczone okręgi, zwłaszcza na południu Rzeszy. Liczba roczna wynosiła 4,0 a istotnie znajdowała się pod wpływem niezmiernie liczby z górnej Bawarii wynoszącej 41,3. Następnym rokiem z liczbą roczną 8,5 przyniósł dalszy wzrost ze szczytem w Wirtembergii. Po tylko bardzo krótkim tym razem spadku fali znajdujemy się widocznie znowu w okresie narastania nowego napięcia fali. Punkt ciężkości leży wciąż jeszcze w południowych Niemczech, ale już przerzuca się do Niemiec środkowych. Na ogół choroba opanowuje szczególnie okręgi, które w latach poprzednich w przybliżeniu oszczędzała. Jednakże ma to znaczenie tylko z pewnym ograniczeniem.

Właściwie już więcej nie można mówić o porażeniu wyłącznie „dziecięcym“, aczkolwiek wciąż jeszcze przeważnie chorobie ulega wiek dziecięcy. Jeżeli już w czasie epidemii z r. 1936 było widoczne przesunięcie zachorowalności ku starszym rocznikom młodzieży i dorosłych, to dla epidemii z r. 1937 odnosi się to jeszcze w wyższym stopniu szczególnie do płci żeńskiej. W Monachium odsetek dorosłych chorych płci żeńskiej wynosił okrągło 30 %.

Porażenie dziecięce jest chorobą o bardzo ogra-

niczonym czasie rozszerzania się. Po bardzo stromym wzroście od lipca i sierpnia aż prawie do 1 października następuje równie stromy spadek.

Wedle doświadczeń lat ostatnich można w przybliżeniu powiedzieć, że z okrążyło miliona dzieci rocznika urodzeń 2 000 w czasie swej młodości przebędzie zachorowanie na porażenie dziecięce, z których tylko 600 może oczekiwać wyleczenia, podczas gdy 1 200 pozostanie inwalidami, a 200 umrze w przebiegu choroby.

### 3. Przenoszenie choroby

Zarazek zawarty jest przede wszystkim w wydzielinach gardła i nosa, ale poza tym w stolcu i moczu chorego. Stąd przeniesienie może nastąpić przez kropelki zawierające zarazki, które zostaną wyrzucone w powietrze przy mówieniu, chrząkaniu, kaszlu, a następnie mogą się dostać przez oddychanie do nosa i gardła osób zdrowych. Dalej cząsteczki stolca lub moczu, zawierające zarazki, mogą też dostać się do ust osób zdrowych przez zabrudzone palce, przez środki spożywcze lub w inny sposób. Wreszcie cząstki wydzielin gardła i nosa, zawierające zarazki, mogą też dostać się do ust zdrowych osób przez zabrudzone chustki do nosa lub ręczniki, nakrycie stołowe lub innymi drogami.

Ale niekoniecznie każdy, kto przyjął zarazki, zachorowuje wśród objawów porażennych. Wprawdzie zarazek dostaje się częściej, niż to przedtem sądzono, z jamy nosowo-gardłowej, którą należy uważać za najgłówniejsze wrota zakażenia, do układu mózgowo-rdzeniowego. Ale jednak wielokrotnie ogranicza się to do prostego odczynu oponowo-mózgowego, który daje się stwierdzić przez odpowiednie wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Dopiero jeżeli zarazek przenika do mięszu, dochodzi do uszkodzeń komórek nerwowych, a przez to do porażen wiotkich. U przeważającej większości zakażonych, u których w ogóle uwidacznia się zakażenie, występują tylko lekkie nieżytowe objawy górnych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego (biegunka). Wówczas obraz kliniczny odpowiada często obrazowi lekkiej grypy. Wielokrotnie zakażenie w ogóle nie wywołuje objawów klinicznych. Ale osoby dotknięte są to nosiciele zarazków, którzy przez pewien czas mieszczą w sobie zarazki tak samo, jak osoby chorujące poronnie.

W otoczeniu chorych typowo, tzn. z porażeniami, znajduje się prawie regularnie takie osoby, które cierpią na lekkie niedomagania z kaszlem, nieżytem nosa, albo też nieżytem jelit. Wspólnie z klinicznie zdrowymi nosicielami są one istotnie różnosicielami choroby. Może powstać cały łańcuch nosicieli, zanim wreszcie raz wydarzy się typowe zachorowanie z porażeniami.

Z epidemiologicznego zachowania się *poliomyelitis*, która omija okręgi nawiedzone poprzednio, jeżeli po tym występuje w tym samym kraju, można wyciągnąć wniosek, że przy jednej epidemii szerokie koła ludności ulegają utajonemu zarażeniu i przez to uodpornieniu (tzw. cicha odporność). Również fakt,

że u więcej niż połowy ludności miejskiej dają się wykazać we krwi ciała ochronne przeciw zarazkowi *poliomyelitis*, zdaje się przemawiać w tym samym kierunku.

### 4. Zapobieganie przenoszeniu

Każdego chorego na typowe nagminne porażenie dziecięce lub chorego z podejrzanymi objawami chorobowymi należy natychmiast odosobnić. Celowym będzie przeniesienie do szpitala. Jeżeli nie jest to możliwe ze szczególnych powodów, musi się chorego umieścić w osobnym pokoju, do którego dostęp mają tylko lekarz oraz osoba, której zlecono pielęgnowanie chorego.

Jeżeli odosobnienie w mieszkaniu nie da się przeprowadzić bez zarzutu, albo według stwierdzenia urzędu zdrowia nie wykonuje się zarządzonej środków ochronnych, lub na skutek zachowania chorego czy podejrzanego o chorobę istnieje niebezpieczeństwo rozszerzenia choroby, wówczas pomieszczenie w szpitalu lub innym nadającym się zakładzie może zarządzić na wniosek urzędu zdrowia miejscowa władza policyjna także wbrew woli dotyczącego (§ 11 rozp. o zwalczaniu chorób nagminnych z 1 grudnia 1938 — Reichsgesetzblatt I, str. 1721).

Nauczyciele, uczniowie i pracownicy szkolni (wszyscy stojący na usługach szkoły nie będący nauczycielami), którzy cierpią na nagminne porażenie dziecięce, winni być wykluczeni od uczęszczania do szkoły tzn. od wstępowania na nieruchomość szkolną. Obowiązuje to także wówczas, jeżeli zachorowali oni wśród objawów, które tylko nasuwają podejrzenie tej choroby.

Wymienione osoby wolno dopuścić do uczęszczania do szkoły i podobnych instytucji (zakłady Hitler-Jugend, obozy, kolonie wakacyjne, ogródki dziecięce i in.) dopiero wówczas, jeżeli według świadectwa lekarskiego nie należy już więcej obawiać się dalszego rozpowszechniania przez nich nagminnego porażenia dziecięcego, albo jeżeli upłynęły co najmniej 4 tygodnie od początku choroby (porównaj dekret dotyczący chorób zakaźnych w szkołach z 30 kwietnia 1942 — Reichsgesundheitsblatt 1942, 23, str. 446). Celem wykluczenia zachorowań poronnych przy dopuszczeniu należy uwzględnić wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Osoba pielęgnująca, której powierzono czuwanie nad chorym musi nosić w pokoju chorego biały płaszcz ochronny, który należy każdorazowo zdjąć przed opuszczeniem pokoju. Płaszcz należy częściej zmieniać i dezynfekować, zwłaszcza wówczas, jeżeli się go daje do prania w domu. Po każdym opatrzeniu chorego, jak również przed każdym opuszczeniem chorego, winna osoba pielęgnująca dokładnie wyszczotkować ręce w misce z płynem dezynfekującym, a następnie umyć wodą i mydłem. Co dotyczy pozostałych wymaganych poczyną dezynfekcyjnych, odsyła się do ostatniego rozdziału niniejszego.

Osobie pielęgnującej, członkom rodziny chorego, jak również pozostałym osobom z jego otoczenia należy zwrócić uwagę na to, że są one może zakażone i mogą dalej rozpowszechniać zakażenie. Należy im

polecieć kilkakrotnie w ciągu dnia płukanie ust i gardła 1% -owym roztworem wody utlenionej. Dalej należy im doradzić natychmiastowe oddanie się pod opiekę lekarską, gdyby miały wystąpić objawy nieżytowe lub nieżyt jelit.

Zdrowych nauczycieli, uczniów i pracowników szkolnych z domów lub rodzin, w których znajdują się chorzy na nagminne porażenie dziecięce, należy wykluczyć od uczęszczania do szkoły. Kierownikowi szkoły wolno ich dopuścić do uczęszczania do szkoły dopiero wówczas, jeżeli upłynęło 14 dni od niepodlegającego zarzutom odosobnienia chorego i niepodlegającej zarzutom dezynfekcji, które musi poświadczyć urząd zdrowia. Dotyczące rodziny nie powinny ani składać odwiedzin ani ich przyjmować; dzieci winno się trzymać w domu.

Przy zwiększonym występowaniu nagminnego porażenia dziecięcego winno się w miarę możliwości unikać odwiedzin w miejscowościach sąsiednich lub podróży do oddalonych obszarów, aby uniknąć szkód dla dzieci i dalszego rozwlekania zarazków. Ponieważ nadmiernym wysiłkom cielesnym można czasami przypisać działanie wyzwalające, a przeważnie jednak pogarszające, należy zwłaszcza w okresach epidemii przestrzec przed nadmiernymi wysiłkami sportowymi itp. Przemoczenia, ochłodzenia, nadmierne przegrzania i naświetlania słoneczne również przedstawiają źródło niebezpieczeństwa dającego się uniknąć. Usunięcie względnie brak migdałków podniebiennych może oddziaływać sprzyjająco na występowanie choroby Heine-Medina. Dlatego przy zwiększonym występowaniu porażenia dziecięcego winno się przeprowadzać wyłuszczenie migdałków tylko po ścisłym ustaleniu wskazania. Również należy unikać zebrań masowych. Odpowiednie zarządzenia (zamknięcie szkół, targów, kin itp.) wydają powiatowe władze policyjne, zaś jeśli zwłoka grozi niebezpieczeństwem, miejscowe władze policyjne (§ 17 rozporządzenia o zwalczaniu chorób nagminnych z 1 grudnia 1938 — Reichsgesetzbl. I, str. 1721).

### 5. Obraz kliniczny

Okres wylęgania waha się między 4 a 14 dniami; średnio wynosi on 9 dni. Choroba rozpoczyna się często zwiastunami, które mogą wyprzedzać właściwe zachorowanie bezpośrednio, albo o kilka dni. Da się rozróżnić zwiastuny poliomyelityczne, ale klinicznie początkowo mało charakterystyczne i niepoliomyelityczne, ale klinicznie dobrze scharakteryzowane.

Symptomy pierwszej postaci polegają na bólu głowy, gorączce, zmęczeniu, uczuciu osłabienia, potach, braku łaknienia lub zaburzeniach trawienia. Zjawiska te trwają przeważnie tylko czas krótki i czasami występują tylko wieczorem, aby znowu zniknąć rano. Przy dokładniejszym rozważaniu obraz ten nie ma zupełnie nic wspólnego z „grypą” lub „anginą”.

Z klinicznie dobrze scharakteryzowanych zwiastunów należy wspomnieć odrę, płonicę, krztusiec, kur, błonicę, ospę wietrzną, czerwonkę, paradur i in.

W ostatnim czasie mnożą się głosy tych, którzy tym zwiastunom przyznają zasadnicze znaczenie przyczyny wyzwalającej, zwłaszcza, że także można było spostrzegać wyzwalające działanie innych uszkodzeń cielesnych, jak np. przemoczeń, obrażeń lub nadmiernych wysiłków, podróży, usuwań zębów, usuwania migdałków i innych zabiegów operacyjnych.

Pomiędzy zwiastunami a wczesnym okresem wolnym od porażen istnieje czasokres zupełnie albo prawie zupełnie wolny od objawów tzw. odstęp bezgorączkowy, który trwa 1—4 dni, w pojedynczych wypadkach nawet 3 tygodnie i dłużej.

Wczesny okres *poliomyelitis* poprzedza bezpośrednio okres porażen, jeżeli dochodzi do tego drugiego. Okres wczesny w większości przypadków daje już wyraźne objawy ze strony układu mózgowo-rdzeniowego a przez to daje nam wielokrotnie możliwość rozpoznania *poliomyelitis* przed wystąpieniem porażen. Na ogół rozpoczyna się on skradająco się i ze zwala na wyraźne rozróżnienie objawów ogólnych i nerwowych. W większości przypadków zwykły występować najpierw objawy ogólne. Dopiero po pewnym czasie dołączają się do nich objawy wskazujące na udział układu mózgowo-rdzeniowego.

Ponieważ wczesne rozpoznanie jest niezbędne dla pomyślnego wyniku leczenia, zwłaszcza leczenia surowicą, powinno się każdy przypadek badać na istnienie poniżej przedstawionych oznak początkowych.

Z objawów ogólnych występuje regularnie gorączka, chociaż w wysokości umiarkowanej i krótkotrwała. Ciepłota ciała waha się w większości przypadków między 38 i 39° C. Wysokość i trwanie gorączki są bardzo zmienne i bynajmniej nietypowe dla *poliomyelitis*. Przy tym tętno zwykle byc częstsze aniżeli to odpowiada gorączce. Czasami widzi się wysypkę i bardzo często silne pocenie się. Opryszczki gorączkowe (*herpes febrilis*) prawie nie występują, podczas gdy półpasiec (*herpes zoster*) nie jest tak niezwykły. Bóle głowy, szyi i ogólne zmęczenie są dalszymi objawami ogólnymi w okresie wczesnym. Nad obrazem chorobowym panują często niecharakterystyczne objawy nieżytowe dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego. Częste są ciężkie biegunki śluzowe z wymiotami lub bez nich. — Niekiedy widzi się lekki białkomocz lub obrzmienie śledziony. Także spostrzega się bóle lub obrzmienie stawów. Badanie krwi nie wykazuje objawów charakterystycznych poza okolicznościową leukopenią i przesunięciem w lewo.

Ponieważ początkowo *poliomyelitis* towarzyszy zapalenie opon naczyniowej rdzenia, na początku występują objawy podrażnienia opon mózgowych (sztywność karku, bóle głowy na czole i tyle głowy, bóle w okolicy lędźwiowej, które się wzmagają przy uginaniu kręgosłupa do przodu, oraz wymioty). Przy próbie biernego zgięcia wyciągniętej nogi pod kątem prostym do tułowia występuje mimowolne ugięcie w kolanie (tzw. objaw Keriniga). Dalej istnieją oznaki, które już wskazują na schorzenie systemu nerwowego (hyperestezja, zwłaszcza bóle przy

biernych ruchach, jak również przy siedzeniu, oraz uginanie się kolan przy chodzeniu, drżenie i podrywanie się kończyn przy ruchu, zniesienie odruchów powłok brzusznych i kolanowych, silne wyczerpanie z trwożnym wyrazem twarzy i pewną bladością dookoła ust, co nie da się przypisać ciepłocie, silna skłonność do potów niezależnie od ciepłoty). Pożądane jest wyjaśnienie rozpoznania przez nakłucie łądźwiowé, ponieważ badanie przejrzystego płynu rdzeniowego już wcześniej wykazuje zwiększenie komórek umiarkowanego stopnia, przy czym początkowo bardziej wysuwają się na plan pierwszy komórki o jądrze płatkowym, później o jądrze kulistym; natomiast zwiększenia ciśnienia i zwiększenia ilości białka nie daje się dowieść tak regularnie. Zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym jest normalna, w każdym razie w przeciwieństwie do *meningitis tuberculosa* nigdy nie jest zmniejszona. Ale musi się wskazać na to, że postać i ciężkość pierwszych objawów chorobowych nie dopuszczają żadnego wniosku co do rokowania w chorobie, a przypadki przebiegające z porażeniem i bez niego mogą posiadać zupełnie równy obraz początkowy. Po paru dniach w łączności z tymi ogólnymi objawami stają się dostrzegalne objawy porażenne szczególnie charakterystyczne dla *poliomyelitis* (okres porażen).

Czasami występują one zupełnie nagle (wczesnym rankiem albo w czasie przechadzki, lub w czasie nauki szkolnej). Początkowo przy ciężkich wypadkach występuje przeważnie porażenie mięśni szyi, tak, że głowa opada bezsilnie na bok lub w tył. Nieraz powstają porażenia mięśni pleców i brzucha i przeszkadzają choremu w podniesieniu się i w siedzeniu prosto. Czasami wszystkie kończyny są nieruchome. Z reguły porażenie rozciąga się wyłącznie na kończyny dolne, albo tylko na pojedyncze grupy mięśni ręki lub nogi. Świadomość pozostaje przeważnie niezamącona nawet w okresie ostrym; czasami występuje odurzenie różnego stopnia, częściej objawy podrażnienia i pora-

żenia w okolicy nerwów mózgowych (zez, drżenie gałek ocznych, porażenia *n. facialis*, utrudnienia połknięcia i mowy) i zezwalają na rozpoznanie zajęcia mózgu. Również spostrzega się zaburzenia działalności pęcherza i grubego jelita a mianowicie wówczas zwykle bardzo wcześniej.

Porażenia postępują wielokrotnie jeszcze w następnych 2—3 dniach. Później już rzadko należy oczekiwać rozszerzenia się porażen. U 75% chorych mniej czy więcej rozległe stany porażenne zostają.

Rozległość porażen spostrzegana początkowo prawie nigdy nie pozostaje ostatecznie. Raczej stopniowo cofają się one (okres przemiany wstecznej). Cofanie się porażen ma dwie przyczyny: 1. stopniowo znika obrzęk zapalny w układzie mózgowo-rdzeniowym tak, że elementy nerwowe nie zupełnie zniszczone przez ciśnienie znowu mogą przyjsć do siebie; 2. neurony, które pozostały zdrowe, wstępują na miejsce ubytych. Najczęściej porażenie pozostaje w jednej z nóg (zwłaszcza w mięśni czworogłowym i okolicy strzałkowego), rzadziej w ręce lub w poszczególnych mięśniach ręki (mięsień naramienny). Czasami obie nogi lub równocześnie ręka i noga pozostają w stanie porażenia, bądź to po tej samej stronie, bądź też na krzyż (okres trwały). Mięśnie porażone ulegają stopniowo wiotkowi i dają wówczas wyraźny odczyn zwyrodnienia. Odczyny ścięgniaste zanikają, podczas gdy odczyny skórne istnieją. Niewrażliwość spostrzegana w okresie ostrym nie da się już więcej dowieść w okresie późnym. Często występują znaczne zmiany kształtu stawów (następstwa przykurczów, stawy cepowe). Szczególnie należy się obawiać w okresie ostrym przypadków śmierci na skutek porażenia oddychania. Brak zaburzeń czucia jest charakterystyczny dla późniejszych okresów cierpienia i ma znaczenie rozpoznawcze. Ewentualne bóle należy przeważnie tłumaczyć jako objawy podrażnienia.

(c. d. n.)

## Bekanntmachungen

und Verordnungen, die den Gesamtumfang  
der Gesundheitskammer betreffen

Gesundheitskammer  
im Generalgouvernement

Krakau, den 19. April 1943.

RUNDSCHREIBEN Nr. 72

Betrifft: Honorare nichtdeutscher Ärzte.

Im Rundschreiben Nr. 57 vom 16. November 1942 waren die nichtdeutschen Ärzte vor Überhöhung ihrer Preise gegenüber deutschen Patienten gewarnt worden. Die Rechnungen an nichtdeutsche Patienten haben inzwischen eine derartige Höhe erreicht, daß die Kammer sich veranlaßt sieht, ihre Warnung auch auf diese auszudehnen. Bei Bemessung des Honorars muß sich der Arzt unter allen Umständen nach den Einkommensverhältnissen des Behandelten richten. Erhebliche Überschreitungen werden disziplinarisch bestraft, besonders krasse Fälle werden dem Amt für Preisüberwachung gemeldet werden.

Geschäftsführender Leiter:  
Dr. Seyffert

## Obwieszczenia

i rozporządzenia dot. całokształtu  
Izby Zdrowia

Izba Zdrowia  
w Generalnym Gubernatorstwie

Kraków, dnia 19 kwietnia 1943.

OKÓLNIK Nr 72

Dot.: honorariów lekarzy nieniemieckich.

W okólniku Nr 57 z 16 listopada 1942 przestrzeżono lekarzy nieniemieckich przed podwyższaniem cen wobec pacjentów niemieckich. Tymczasem rachunki dla pacjentów nieniemieckich osiągnęły taką wysokość, że skłania to Izbę Zdrowia do rozciągnięcia swego ostrzeżenia także i na te przypadki. Przy określaniu honorarium lekarz bezwzględnie musi się kierować wysokością dochodów leczzonego. Znaczne przekroczenia będą karane dyscyplinarnie, o przypadkach szczególnie jaskrawych będzie się donosić Urzędowi Nadzoru nad cenami.

P. o. Kierownika:  
Dr Seyffert

K r a k a u , den 20. April 1943.

RUNDSCHREIBEN Nr. 73

Betrifft: Annoncen von Mitgliedern der Heilberufe.

In Abänderung des Rundschreibens vom 3. August 1940, betr. Annoncen von Mitgliedern der Heilberufe, wird hierdurch bestimmt, daß Anzeigen von Ärzten über ihre Berufsausübung in derselben Sache nur dreimal hintereinander in Zeitungen erscheinen dürfen. Die Veröffentlichung muß in ortsüblicher Form erfolgen und darf nichts in Inhalt und Form enthalten, was wie eine Reklame wirken könnte. Dasselbe gilt für Zahnärzte und Dentisten. Die Distriktsgesundheitskammern überwachen die Anzeigen der Heilberufler und vereinbaren mit dem Zeitungsverlage, daß ihnen sämtliche Anzeigen der Heilberufler vor Veröffentlichung vorgelegt werden.

Geschäftsführender Leiter:

Dr. Seyffert

K r a k ó w , dnia 20 kwietnia 1943.

OKÓLNIK Nr 73

Dot.: ogłoszeń członków zawodów leczniczych.

Zmieniając okólnik z 3 sierpnia 1940 r. dotyczący ogłoszeń członków zawodów leczniczych, postanawia się niniejszym, że ogłoszenia lekarzy o wykonywaniu ich zawodu w tej samej sprawie wolno zamieszczać w dziennikach tylko 3 razy pod rząd. Ogłoszenie musi nastąpić w formie odpowiadającej zwyczajom miejscowym i nie może zawierać w treści i formie nic, co mogłoby działać jak reklama. To samo odnosi się do lekarzy dentyistów i techników dentyistycznych. Okręgowe Izby Zdrowia nadzorują ogłoszenia członków zawodów leczniczych i porozumiewają się z wydawnictwem, aby im wszystkie ogłoszenia zawodów leczniczych przedkładano przed opublikowaniem.

P. o. Kierownika:

Dr. Seyffert

Znak: 1. A. 24. 12/43

Tarnów, dnia 6 kwietnia 1943.

Ubezpieczalnia Społeczna w Tarnowie  
ogłasza

K O N K U R S

na stanowisko lekarza ambulatoryjnego w Tarnowie na 5 godzin pracy dziennie, za wynagrodzeniem miesięcznym, wynoszącym kwotę zł 740,— brutto.

Kandydaci na powyższe stanowisko lekarza ambulatoryjnego Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje określone art. 3 „Zasad ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni Społecznych“, wydanych przez Kierownika Głównego Wydziału Pracy w Rządzie GG. (z dnia 24. VI. 1941). Warunki pracy i płacy regulowane są powyższymi zasadami.

Do podań na stanowisko lekarza należy dołączyć następujące dokumenty w oryginałach lub uwierzytelnionych odpisach:

1. metrykę urodzenia,
2. dyplom lekarza,
3. zaświadczenie rejestracji (dowód prawa odbywania praktyki lekarskiej),
4. świadectwo odbytej praktyki szpitalnej,
5. świadectwa pracy zawodowej,
6. świadectwo zdrowia (urzędowe),
7. własnoręcznie napisany życiorys.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Tarnowie w terminie 20-dniowym licząc od dnia ogłoszenia.

Lekarz Naczelny:  
Dr. Czesław Kossobudzki

Kierownik I-go Wydziału:  
Marian Hornung

KASA WZAJEMNEJ POMOCY LEKARZY

przy Izbie Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie

zawiadania o śmierci członków:

- Dr. Glasera Henryka (L. p. 338)  
Dr. Zasuchy Wincentego (L. p. 339)  
Dr. Szatza Jakuba (L. p. 340)  
Dr. Ostromęckiego Bohdana (L. p. 341)

Oplaty bieżące winni członkowie Kasy uiścić w dotychczasowej wysokości, tj. po 12,— względnie 6,— zł od każdego zmarłego.

Sprostowanie

W okólniku Nr 65 z dnia 1 marca 1943, dot.: Wysłania dzieci („Zdrowie i Życie“ Nr 10/127 z dnia 14. 3. 1943) w tekście polskim na str. 683, wiersz 4 od góry wydrukowano błędnie „niemieccy“ zamiast „nieniemieccy“. Zdanie to winno brzmieć:

„Wszyscy nieniemieccy lekarze i lekarze dentyści otrzymują niniejszym polecenie dokonywania leczenia tych dzieci w razie potrzeby bez względu na to, czy się przedłoży kartę choroby czy też nie, dopóki nie zatrudni się przewidzianych lekarek.“

KONKURS

na stanowiska lekarzy, a mianowicie:

I. Lekarzy domowych:

- 1 stanowisko w Niedrzwicy, pow. Lublin po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Krzczonowie, pow. Lublin, po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Głusku, pow. Lublin, po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Baranowie, pow. Puławy, z dojazdami do Żyrzyna, po 4 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Końskowoli, pow. Puławy, po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Karczmiskach, pow. Puławy, po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko we Wrzelowcu, pow. Puławy, po 1 godz. dziennie,
- 1 stanowisko w Wojsławicach, pow. Chełm, po 1 godz. dziennie,

1 stanowisko w Ulanowie, pow. Kraśnik, po 1 godz. dziennie,

II. Lekarzy specjalistów (fizjologów):

1 stanowisko w Puławach po 2 godz. dziennie.

III. Lekarzy dentyków:

1 stanowisko w Ulanowie, pow. Kraśnik po 1 godz. dziennie,

1 stanowisko w Siedliszczanach, pow. Chełm, po 1 godz. dziennie.

Warunki przyjęcia do pracy powinny odpowiadać § 2 art. 3 „Zasad ogólnych w sprawie przyjmowania, pełnienia czynności i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni społecznych“.

Wynagrodzenia miesięczne w/g końcowego ustępu wyżej powołanych zasad.

Podania wraz z dokumentami należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Lublinie, Hipoteczna 4, do dnia 15 czerwca 1943 r.

Niemiecki Lekarz Naczelny:

(—) Dr. med. Boernieck

P. o. Kierownika:

(—) Wrege  
Dyrektor

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY W KRAKOWIE

na dzień 9. 5. 1943 r.

Lekarze ogólni:

- Lek. Meyerowa Maria, Kołłątaja 2
- Lek. Miklaszewski Wiktor, Pierackiego 5
- Dr Onyszkiewicz Józef, Anczyca 9
- Lek. Osetek Tadeusz, Smoleńsk 27
- Lek. Ostrowski Tadeusz, Limanowskiego 38
- Lek. Oszaeki Jan, Batorego 12
- Dr Ottenbreit Henryk, Czyżyny 91

Lekarze chorób kobiecych:

- Dr Dzioba Andrzej, Asnyka 3
- Dr Górski Franciszek, Sławkowska 24 a
- Dr Janicki Stanisław, Pl. Biskupi 3

Lekarze chorób dziecięcych:

- Dr Smreczyńska Janina, Smoleńsk 23
- Dr Sokołowska Anna, Ostring 8

Chirurdzy:

- Dr Knoreck Jan, Ostring 3
- Dr Kostarezyk Stanisław, Friedleina 12

Dermatolog:

- Dr Missona Krzysztof, Krupnicza 18

Neurolog:

- Dr Żabianka Maria, Dietla 1

Lekarze dentyści:

- Dr Surowiec Antoni, Sobieskiego 7
- Lek. Pielowa Brożyna Zofia, Pierackiego 9
- Lek. Małyszczuk Jadwiga, Kasprowicza 15/4
- Lek. Maryniakowa Helena, Limanowskiego 18
- Lek. Stankiewicz Witold, Pierackiego 25

Uprawniony technik dentystryczny:

- Mühlradówna Gabriela, Zamojskiego 5

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY W KRAKOWIE

na dzień 16. 5. 1943 r.

Lekarze ogólni:

- Dr Pieczarkowski Marian, Zduńska 18
- Dr Pieniążek Janusz, Siemiradzkiego 5
- Dr Płatek Adam, Zielona 19
- Dr Poźniak Stanisław, Ostring 13
- Lek. Prauziński Stanisław, Bracka 1
- Lek. Przesławska Łucja, Prokocim, Legionów 5
- Lek. Perek Roman, Zyblikiewicza 5

Lekarze chorób kobiecych:

- Dr Jaugustyn Stanisław, Sławkowska 20
- Dr Kapitań Eugeniusz, Starowiślna 27
- Dr Kasprzyk Mieczysław, Grzegorzeczka 46

Lekarze chorób dziecięcych:

- Dr Spoczyńska Jadwiga, Szlak 14 b
- Dr Szemic Marian, Starowiślna 35

Chirurdzy:

- Dr Kowalczyk Jan, Dietla 83
- Lek. Kręcina Jan, Krowoderska 34

Dermatolog:

- Dr Mulowski Tadeusz, Zielona 28

Neurolog:

- Dr Brzezicki Eugeniusz, Biskupia 7

Lekarze dentyści:

- Dr Wodniecki Józef, Wielopole 6
- Lek. Cyrkowicz Janina, Garbarska 16
- Lek. Dominik Kazimierz, Zyblikiewicza 5
- Lek. Chadźjew Donczo Iliew, Lelewela 17
- Lek. Moncewicz Natalia, Potockiego 1

Uprawniony technik dentystryczny:

- Wójtowicz Franciszek, Mogilska 11