



Rok LII.

Warszawa d. 4 Sierpnia 1917.

Nº 31.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2696.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 250.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- Nº 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
Nº 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
Nº 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
Nº 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.
Nº 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwwrotoczny z działaniem kojącem bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol. fluid.

Extr. Piscidia erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropel 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.

$\frac{1}{2}$ " " 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Foretol Capsulae. $\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{1} \text{ pud. zawiera 6 dawek.} \\ \frac{1}{2} \text{ " " 3 " } \end{array} \right.$

Żądać prospektów.

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński” w Warszawie Elekoralna № 35
poleca **KARPIŃSKIEGO**

KĄPIELE Z KWASU WĘGLOWEGO

(CO₂)

Zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

Kąpiele te stosowane z przepisu lekarza, działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli (bronchitis), rozedmie płuc, wadach serca i t. d. nie mniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

OPRÓCZ POWYŻSZYCH FABRYKA WYRABIA:

Karpińskiego
kąpiele

borowinowe z kwasem węglowym, zastępujące franzensbadzkie, krynickie, zęgestowskie, reinerckie i t. p.

jodowo-bromowe z kwasem węglowym.

bromowe z kwasem węglowym.

balsamiczno-sosnowe z kw. węglowym.

siarczane z kwasem węglowym, zastępujące akwizgrańskie, buskie, soleckie, truskawieckie, piszczzańskie i t. p.

UWAGA. Sole Karpińskiego do kąpiele są przygotowane w tabliczkach prasowanych, łatwo rozpuszczalnych. Żądać wszędzie.

Broszury gratis i franco.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)
z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną
przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.
Kraków, G. Gebethner i S-ka.



DZIENNIK LEKARSKI

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GALICZYM WMIĘ-
TNOŚCI LĘKARSKICH

Dziesięć
lecie drugie

Ogólnego zbioru № 2696.

Warszawa, d. 4 sierpnia 1917 r.

Z CZASOWEGO ODDZIAŁU DYZENTERYCZNEGO D-RA J. SKŁODOWSKIEGO W SZPITALU DZIEC. JEZUS.

Kilka słów o czerwonce (dysenterji).

Dane statystyczne, przebieg kliniczny i leczenie, według spostrzeżeń
od I.X. 1915 do I.X. 1916 r.

Podał

Br. Karpinski,
b. asystent oddziału.

Mimo bakteryologicznego ustalenia sprawców czerwoni w postaci prątków Shiga-Kruse, oraz rzekomo-dezenterycznych (pomijamy wyjątkowo spotykaną u nas postać czerwoni podzwrotnikowej, której sprawcą jest *amoeba coli*), do dziś dnia panuje pewna rozbieżność poglądów na tę chorobę.

W sprawozdaniach lekarzy niemieckich podczas wojny obecnej przypadki biegunki krwawej oznaczone są albo, jako c z e r w o n k a prawdziwa, albo też jako przypadki podobne do czerwoni, co podkreśla w swej pracy prof. F. Meyer (*Ber. klin. Woch* № 39. 1916 r.).

Biegunka z krwią i parciem, klinicznie zupełnie podobna do czerwoni, może być wywołana przez laseczkę okrężnicy, prątki paratyfusu i paciorkowce, ale obecnie, kiedy posiadamy możność wykrywania prawdziwych sprawców tej choroby, zdaniem prof. Meyera, czerwonią nazywać mamy prawo tylko przypadki, wywołane przez prątki swoiste, niezależnie od tego, czy spowodowują one lekki niezbyt, czy też dysenteryczny stan zapalny kiszczy grubej.

Z drugiej strony, na podstawie licznych badań autorów niemieckich podczas wojny, zaznaczyć należy, że zbyt wygórowanem byłoby wymaganie bezwzględnie go znajdowania prątków czerwoni w każdym poszczególnym przypadku, jak również nieuznawanie za czerwonię przypadków z wynikiem ujemnym, ponieważ dowiedziono, że wykrywanie prątków w wysokim stopniu zależy od świeżości przypadku, a często niezbędne jest parokrotne badanie wypróżnień.

Tak, Seligman np. twierdzi, że w I tygodniu choroby udawało mu się wykryć prątki w 70%, w II-gim — 52%, w III-im — 18%, a w IV-ym tyg. wynik badania był zawsze ujemny.

Dorendorf i Kolle z 1000 badanych przypadków czerwoni na froncie galicyjskim tylko w sześciu przypadkach wyhodowali szczepy swoiste, pomimo że przebieg kliniczny i badania pośmiertne odpowiadały zupełnie biegunce, wywołanej przez prątki Shiga-Kruse (*Deut. Med. Woch.* № 19—1916),

Grober na podstawie swych badań twierdzi, że chociaż w znacznej liczbie przypadków czerwoni nie udało mu się wykryć prątków

swoistych, nie znaczy to jednak, że choroba nie została spowodowana przez jakikolwiek szczep dyzenteryczny, ponieważ prątki te mogą być przytłumione w swym rozwoju przez *bact. coli* i dlatego nie dają się wykryć, lub też z powodu, że badania nie były powtarzane wielokrotnie.

Prof. L. Korczyński również na podstawie doświadczenia w wojnie obecnej przypuszcza, że w niektórych, przeważnie dawniejszych i przewlekłych przypadkach trzeba się liczyć i z zakażeniem mieszanym, gdyż w poszczególnych przypadkach wykrywał on obok szczepów dyzenterycznych bakterie paratyfusu, jak również ziarniaki (*Med. Klinik* 1916, № 29).

Gryglewicz podczas epidemii czerwonki w Warszawie znajdował przeważnie obok prątków rzekomo dyzenterycznych w znacznej ilości laseczniki *para-coli* (*Gaz. Lek.* 1908).

Jako czynniki, usposabiające do czerwonki, przytaczają: mało urozmaicone pożywienie (Hirsch), zepsute środki żywnościowe (Koch), przemęczenie (Koch, Hirsch) i zaziębienie.

Zupełna jednomyślność panuje co do występowania czerwonki w lecie, oraz szerzenia się jej przez zanieczyszczoną wodę, złe warunki higieniczne, a zwłaszcza przez muchy.

Wybitną rolę w szerzeniu się czerwonki przypisują obecnie t. zw. „nosicielom zarażków”. Podobnie jak w tyfusie brzuszny osoby takie, bez względu na to, czy przebyły czerwone, czy też wcale na nią nie zapadały, zdolne są do szerzenia jej wokoło siebie w przeciągu dość długiego czasu, lecz nie dłużej nad 60 dni, co stwierdzone zostało szeregiem badań specjalnych (Rodewald, Brock, Rumpel). (*Berl. klin. Woch.* 1916 № 39).

Przechodząc do naszych własnych spostrzeżeń, nadmienić muszę, że chociaż przypadków z rozpoznaniem czerwonki było 600, lecz jako materiał do opracowania weszło tylko 440, ponieważ trzeba było odrzucić przypadki takie, kiedy chorzy przybywali na oddział w końcowym okresie choroby, lub w okresie zdrowienia, oraz przypadki „*in extremis*”, kiedy zgon następował przed upływem doby pobytu chorych na oddziale, wreszcie te, w których obserwacja została przerwana wskutek przeniesienia ostatniej seryi chorych do szpitala św. Stanisława wobec zamknięcia naszego oddziału.

Ponieważ w przypadkach omawianych

nie stosowaliśmy surowicy przeciwdyzenterycznej, więc przy zestawieniu danych posługiwać się będę dla porównania statystyką, opartą na materiale również nie leczonym surowicą, gdyż przy jej użyciu ciż sami autorzy podają zupełnie inny, a niektórzy minimalny odsetek śmiertelności dla czerwonki (dr Vailard i dr Ch. Dopter. *Serotherapie de la dysenterie bacillaire. Medicaments microbiens — Bibliot. de therapeutique* 1912).

Badania bakteryologiczne wypróżnień robione były w pracowni szpitalnej kol. Mutermilcha przez kol. Szokalskiego i Grauberga w 215 przypadkach z wynikiem następującym: prątki typu Shiga-Kruse wykryto w 52 przypadkach (24%), prątki rzekomo dyzenteryczne — w 15-u przypadkach (7%) i w 148 przypadkach wynik badania był ujemny. Podkreślić tu należy, że badania nasze były jednorazowe i często robione w późniejszym okresie choroby, kiedy wykrywanie prątków bywa znacznie trudniejsze, a nie raz niemożliwe.

1. Śmiertelność w przypadkach naszych, wywołanych przez prątki Shiga-Kruse, dla dzieci do lat 10-ku wynosi 50%, dla wieku średniego — 20%, dla starszego — 60%, a śmiertelność przeciętna = 29%.

Jeżeli zestawimy dane te ze statystyką Krusego (Westfalia), według której śmiertelność przypadków, wywołanych przez prątki Shiga-Kruse, dla wieku dziecięcego i starszego dochodzi do 50%, dla wieku średniego — 2 — 4%, a śmiertelność przeciętna = 10%; dalej z danymi Shiga (Japonia), gdzie śmiertelność przeciętna = 24%, Rozenhala (Rosya) — 12—17%, Vaillard'a i Doptera (Francya) — 6%, to przekonamy się, że śmiertelność przeciętna w naszych przypadkach (29%) znacznie przewyższa wszystkie te liczby, zbliżając się najbardziej do śmiertelności w Japonii, a śmiertelność dla wieku średniego wyda się wprost przerażającą w porównaniu z taką Krusego (20% i 2—4%). Tylko śmiertelność dla wieku dziecięcego i starszego nie tak rażąco różni się od danych Krusego 50%, 60% — i około 50%).

2. Przypadków z ujemnym wynikiem badania było 148, a śmiertelność dla wieku dziecięcego wynosi tu 33%, dla wieku średniego 17%, dla starszego 60%, a śmiertelność przeciętna 30%.

3. Przypadków niebadanych bakteryologicznie było 225, a śmiertelność dla wieku dziecięcego wypada 20%, dla średniego 19%, dla starszego 60%, śmiertelność zaś przeciętna 30%.

Z liczb tu przytoczonych widocznym jest, że przeciętna śmiertelność dla przypadków z dodatnim wynikiem badania na prątki Shiga-Kruse i dla przypadków z wynikiem ujemnym, a również i dla niebadanych jest prawie taka sama; toż samo stwierdzamy w stosunku odsetka śmiertelności dla wieku średniego i starszego; tylko dla wieku dziecięcego istnieje znaczna przewaga na korzyść przypadków Shiga-Kruse, co wobec innych danych tłumaczyć można przypadkowością.

Zrozumieliśmy i łatwo wytłumaczonym staje się wysoki stosunkowo odsetek śmiertelności w naszych przypadkach, jeśli weźmiemy pod uwagę, że chorzy nasi przybywali na oddział często w stanie głodowego wycieńczenia i należeli przeważnie do ubogich warstw ludności Warszawy i jej przedmieść, tych ofiar wojny obecnej, które w wysokim stopniu utraciły odporność w walce z chorobami zakaźnymi.

Odrębną kategorię stanowią przypadki, wywołane przez prątki rzekomodysenteryczne, prątki niejadowite. W tej kategorii przypadków na 15 osób w różnym wieku (było 2-ch starców 84 i 88 letnich) zmarła tylko jedna kobieta w średnim wieku z daleko posuniętą gruźlicą płuc, która spowodowała zejście śmiertelne. Mogliśmy się zatem przekonać, że podawany przez Krusego odsetek śmiertelności dla pseudodysenterii poniżej 1% potwierdza się i na naszym materiale.

Zaznaczywszy powyżej zgodność wyników statystycznych dla przypadków Shiga-Kruse, przypadków z ujemnym wynikiem badania i przypadków niebadanych, zaznaczyć tu pragniemy, że i pod względem klinicznym wszystkie, spostrzegane przez nas przypadki czerwionki, bez względu na wynik badania posiadają tyle jednakowych cech, że dają się z łatwością podzielić na trzy grupy: A) przypadki lekkie, krótkotrwałe, B) przypadki średnio ciężkie i C) przypadki bardzo ciężkie: 1) o przebiegu ostrym z zejściem śmiertelnym i 2) o przebiegu przewlekłym z zejściem śmiertelnym.

A. Lekkich przypadków było 158. Wypróżnienia krwawe i biegunka trwały tu przeciętnie 6 — 8 dni, liczba wypróżnień na dobę 5 — 20 razy (przeciętnie 8 — 12 razy). Ciepłota w połowie przypadków tej kategorii na początku choroby była wysoka (39 i więcej), lecz po upływie 1 — 3 dni spadała

do normy. W $\frac{1}{4}$ przypadków tych był stan podgorączkowy, w pozostałych ciepłota normalna. Wszystkie objawy chorobne odznaczały się od samego początku łagodnością, a stan ogólny nie budził obaw. Chorzy szybko poprawiali się, a w przebiegu choroby, ani też po ukończeniu jej, nie było żadnych powikłań.

Do tej kategorii zaliczamy i przypadki czerwionki rzekomej.

B. Przypadków średnio-ciężkich z zejściem pomyślnym było 157. Wypróżnienia z domieszką krwi trwały tu 8 — 18 dni, a biegunka 14 — 30 dni (przeciętnie 20 dni). Najwyższa liczba stolców krwawych dochodziła do 50-u na dobę (przeciętnie 18 na dobę). Ciepłota nie przedstawiała jakichkolwiek cech stałych, podnosząc się nieraz do 38 — 39° podczas nasilenia objawów chorobnych, przeważał zaś stan podgorączkowy. Jak w poprzedniej kategorii, tak i tu przeważał wiek średni.

Z powikłań odnotowano w 39 przypadkach mniej lub więcej rozległe obrzęki bez białkomoczu, w 5-u przypadkach zapalenie nerek, w jednym — gościec stawowy ostry z gorączką i w jednym krótkotrwałą psychozę.

Obrzęki zjawiały się przeważnie w końcowym okresie choroby, rzadziej w okresie rekonwalescencji i ustępowały po kilkunastu dniach, a $\frac{1}{2}$ wyjątkowo trwały dłużej. W jednym przypadku robiliśmy kilkakrotnie przekłucie brzucha z powodu obfitego prześięku.

C. 1) Przypadków ciężkich o przebiegu ostrym z zejściem śmiertelnym było 55. Tu liczba krwawych stolców była zawsze wysoka (40 — 70) na dobę, a zgon następował po paru, lub kilku dniach choroby. U 40% tej kategorii chorych było bezwiedne oddawanie stolca wskutek porażenia zwieracza odbytu.

Już na początku choroby stwierdzano objawy zatrucia ustroju, nieustającą czkawkę i wymioty przy wybitnej wrażliwości powłok brzusznych, a nieraz wyraźnych objawach otrzewnych. Domieszka krwi była zawsze obfita, a w 5-u przypadkach zanotowaliśmy formalne krwotoki kiszkowe. Ciepłota na początku choroby była nieraz wysoka (do 40°), ale i tu przeważał stan podgorączkowy.

Z powikłań zauważono w 1 przypadku krwawe wybroczyny na całym ciele, w 5-u obrzęki, w 3 — *myocarditis*, w 5-u zapalenie płuc. Przeważał wiek dziecięcy i średni.

2) Przypadków tejże kategorii o przebie-

gu przewlekłym było 70. Objawy chorobne trwały tu nieraz do zgonu, który prawie wszędzie następował wśród powikłań. Krwawe stolce i biegunka po rzekomem, krótkotrwałem złagodnieniu i, zdawałoby się, prawie, wzmagaly się peryodycznie. Tu prawie bez wyjątku w czasie wzrastającego wycieńczenia występowały znaczne obrzęki całego ciała. Objawy chorobne trwały przeciętnie 50 — 60 dni.

Z powikłań zaznaczyć należy w 3 przypadkach zator tętnicy z następczą zgorzelą kończyny dolnej, w 2-ch przyp. ropne zapalenie gruczołu przyuszego, w 7-iu zapalenie nerek. Przeważał tu wiek starczy i średni, dzieci był tylko 10%.

Autorzy niemieccy podczas wojny obecnej przytaczają jeszcze, jako powikłania czerwoni: *polyncuritis*, objawy choroby Basedowa, zaburzenia w czynności trzustki, żółtaczkę a także niczem nie dającą się tłamać gorączkę następczą do 3-ch tygodni bez zaburzeń kiszgowych.

Na podstawie danych statystycznych i przebiegu klinicznego w naszych przypadkach możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem twierdzić, że mieliśmy do czynienia głównie z czerwonią typu Shiga-Kruse, tembardziej, że u niektórych naszych chorych z ujemnym wynikiem badania wypróżnień (w szpit. św. Stanisława, dokąd zostali przeniesieni) aglutynacja ustaliła czerwonią typu Shiga.

Obok ścisłej diety leczenie polegało na stosowaniu przetworów makowca w ostrym okresie choroby, bismutu i przetworów tani w późniejszym okresie. Jednocześnie stosowaliśmy kamforę w razie ogólnego wyczerpania i osłabienia działalności serca.

We wszystkich przypadkach z większą

domieszką krwi stosowaliśmy adrenalinę z dobrym naogół wynikiem. W późniejszym okresie (niezbyt częste wypróżnienia z obfitą domieszką ropy) z dobrym bardzo skutkiem stosowaliśmy wysokie lewatywy z ciepłego odwaru czarnych jagód (łyżka na szklanek wody). Lewatywy takie robiono codziennie lub co drugi dzień w ilości 3—4 szklanek. Po początkowem przepłókanu odbytnicy chorzy starali się zatrzymać w sobie możliwie najdłużej wspomniany odwar i już po pierwszym zabiegu uczuwaliby nieraz znaczną ulgę, a po 2—4 takich zabiegach następowały często normalne stolce.

Surowicę przeciwdzteryiczną wielowartościową wyrobu W. T. N. otrzymaliśmy dopiero na jesieni roku zeszłego, lecz doświadczenia nasze zostały przerwane wskutek zamknięcia oddziału.

Nadmienić tu należy, że chociaż leczenie surowicą zjednywa coraz nowych zwolenników, a nawet entuzjastów, którzy widzą w niej jedyny niezawodny i szybko działający środek, jednakże odzywają się jednocześnie głosy, nie podzielające tego zdania.

Dorendorf i W. Kolle twierdzą, iż chociaż surowica wcześniej stosowana dawała dobre wyniki, ale toż samo spostrzegali oni i bez żadnego leczenia (*Deut. Med. Woch. Nr. 19—1916*). W podobny sposób wypowiadają się kol. T. Gryglewicz i K. Szokal-ski na podstawie swych badań (*Gaz. Lek. №№ 44—47 — 1915*).

Sekcyjnych przypadków było 15. Wszędzie kol. Lipski stwierdził zapalenie błonicy okrężnicy wysokiego stopnia, w 3-ch przypadkach—zapalenie otrzewnej, a w 2-ch—owrzodzenia przechodziły na jelito cienkie na przestrzeni przeszło metrowej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. Novak Józef. Moczówka prosta (*diabetes insipidus*) u ciężarnych.

Dość rzadko spotykana postać dziedziczna moczówki prostej nie wywołuje zбочeń czynnościowych narządu płciowego. W tych razach spostrzegano raczej wzmożoną płodność wśród członków rodzin, dotkniętych moczówką. Natomiast w przypadkach znacznie częściej się przytrafiającej sporadycznej moczówki prostej bardzo często w następstwie występują zaburzenia w sferze czynności płciowej, jak: niezdolność do spółkowania (*impotentia*) u mężczyzn, brak mięsiączkowania, zanik organów płciowych, nie-

płodność, skłonność do poronień — u kobiet, wreszcie niedorozwój organów płciowych u młodzieży płci obojga.

Zdarza się, że pierwotne zmiany w organach płciowych są przyczyną albo przynajmniej bodźcem do zjawienia się moczówki prostej, np. znane są przypadki pojawienia się po raz pierwszy nadmiernego oddawania moczu (*polyuria*) dopiero w przebiegu ciąży, alboważ przypadki pogorszenia się jego z chwilą zajścia w ciążę kobiety, dotkniętej nadmiernem moczeniem, albo wreszcie przypadki pogorszenia się polyurii w każdej po sobie następującej ciąży. Taki właśnie przypadek spostrze-

gał autor: moczówka prosta wystąpiła po raz pierwszy u chorej podczas pierwszej ciąży, a w położu nie znikła wprawdzie zupełnie, ale zmniejszyła się znacznie, i następnie podczas każdej nowej ciąży (a było ich 9) na nowo się wzmacniała. Należytego objaśnienia nadmiernego moczenia, występującego nierzadko podczas ciąży w granicach fizjologicznych, nie mamy, a tem bardziej nie posiadamy wcale dostatecznego wyjaśnienia wzmożonego oddawania moczu, które zjawia się jako postać patologiczna moczówki prostej (*diabetes insipidus*).

Chcąc objaśnić jej pochodzenie, autor sięgnął do doświadczeń Claude Bernarda. Uczony ten zrobił spostrzeżenie, że nakłucie dna czwartej komory tuż przed znanym ośrodkiem cukromoczowym, wywołuje moczówkę prostą; jednak zależności takiej w przypadkach klinicznych niezawsze należyte dowiedzieć można. Niedawno znów Frank wypowiedział przypuszczenie, że moczówka prosta powstaje wskutek wzmożonej czynności przysadki mózgowej, a zwłaszcza jej części pośredniej (*pars intermedia*). Tego zdaje się dowodzić polyuria, towarzysząca guzom przysadki i jej otoczenia, także nierzadkie przypadki powikłania moczówki prostej niedowidzeniem połowiczem dwustronnem (*hemianopsia bitemporalis*), wreszcie częste przypadki wzmożonego moczenia w przebiegu akromegalii i *distrophiae adiposo-genitalis*. A więc zachodzi pytanie, czy *diabetes insipidus gravidarum* nie zależy od zmian znacznych, zachodzących w przysadce podczas ciąży, mianowicie od jej powiększenia? Dotychczas jednak ani anatomia, ani fizjologia nie dostarczyły dostatecznych dowodów na to, żeby zmiany w przysadce, a tem bardziej w części pośredniej były stale powodem moczówki prostej. Simmonds np. przekonał się, że polyuria raczej zależy od zmniejszonej funkcji części pośredniej. Znane są też przypadki guzów przysadki, którym nie towarzyszyło nadmierne wydzielanie moczu.

Jak więc wytłomaczyć sobie pochodzenie nadmiernego moczenia? Według autora, wszystkie przypadki polyurii, które nie zależą od bezpośrednich zmian chorobnych nerki, zależą od bezpośredniego pobudzenia układu współczulnego przewodzącego, a droga ta nie ogranicza się do dna czwartej komory (Claude-Bernard), ale rozprzestrzenia się także na międzymózgowie. Każda znaczniejsza zmiana w przysadce albo w jej otoczeniu może łatwo wywołać stan podrażnienia tych dróg nerwowych. Tego już nawet dowodzą skąpe, co prawda, spostrzeżenia doświadczalne. Echard spostrzegał nadmierne moczenie po uszkodzeniu ciałek sutkowatych. Aschner po uszkodzeniu dna trzeciej komory spostrzegał cukromocz. Wykryto też ośrodek ciepła we wzgórku wzrokowym (*thalamus opticus*), ośrodek dla kiszek i pęcherza w części czołowej mózgu. To wszystko zdaje się dowodzić, że drogi nerwowe wegetacyjne nie ograniczają się do czwartej komory.

Wobec tego należy się zgodzić, że nadmierne moczenia, które bywają spostrzegane w przypadkach guzów przysadki, jakoteż wszelkie przypadki moczówki prostej zależą od pobudzenia układu współczulnego przewodzącego, przechodzącego przez międzymózgowie. Cięża zaś, oddziałując na układ nerwowy wegetacyjny, wpływa niezawodnie na drogę układu współczulnego przewodzącego w przypadkach nadmiernego moczenia i rzadkiej moczówki prostej u ciężarnych.

Autor zgadza się zupełnie ze zdaniem Aschnera, że zmiany troficzne i zaburzenia przemiany materii, które dotychczas uzależniano wyłącznie od przysadki mózgowej, mogą być też po części wywołane i z sąsiadującego z nią odcinka mózgu, mianowicie z podwzgórza (*hypothalamus*).

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1917. № 5). Zweigbaum.

Przegląd bibliograficzny.

F. Malinowski. Choroby weneryczne. Tom I. Przymiot. Warszawa 1908, str. 363 z 50 rysunkami w tekście i 30 tablicami kolorowanymi. Tom II. Rzeźączka. Warszawa 1916, str. 231 z 40 rysunkami w tekście i z 7 tablicami kolorowanymi (przy współudziale Kasy Mianowskiego).

Duży krok naprzód, jaki w ostatnim dziesięcioleciu zrobiła nauka o chorobach wenerycznych oraz brak polskiego podręcznika, któryby obejmował całokształt wiedzy o nich, skłoniły autora do wydania dzieła p. t. „Choroby weneryczne”. Z radością przeto witamy pracę kol. Malinowskiego, którą przeżyta z dużą korzyścią nie tylko każdy lekarz, lecz i specjalista syfilidolog.

W tomie pierwszym swej pracy kol.

Malinowski opracował przymiot pierwszo- i trzeciorzędowy oraz wrodzony. Zmiany morfologiczne skórne i śluzówkowe są opisane z niezmierną dokładnością i plastyką; w dziale anatomopatologicznym, zaopatrzonym w dobre rysunki, uwzględniono dużo danych szczegółowych, a w rozdziale o leczeniu podano liczne wiadomości praktyczne. W tomie drugim, wyodrębnianie wrzodu zgorzeliowego i zwyczajnego od wrzodu wenerycznego (*ulcus molle*) w oddzielne postaci chorobowe, jako oparte na niedostatecznych podstawach teoretycznych, wydaje mi się przedwczesnem. Przemawiałaby przeciwko temu również względy praktyczne oraz dydaktyczne.

Dział o rzeźączce opracowano bardzo

starannie, wprost drobiazgowo i objaśniono obficie rysunkami. Jako całość, część tą wydaje mi się najwięcej zwartą i przez autora głęboko pomyślaną.

Tom drugi uzupełniają krótkie artykuły o szyszkowinach ostrych i zapaleniu żołądki, oraz wyniki ostatnich badań nad odczynem Wassermanna i działaniem związków arsenowych (Ehrlicha) w przymiocie.

Dzieło kol. Malinowskiego jest owocem dużej pracy klinicznej i laboratoryjnej oraz skrupulatnego zbierania materiału we wszystkich odnośnych kwestiach. Cytowanie jednak szeregu nazwisk autorów bez podania źródła czyni podręcznik może nieco obciążonym. Wykład sam zyskałby na potoczności i jasności, gdyby autor nieco oględniej używał wyrazów „czasem, niekiedy, zazwyczaj, przeważnie” i t. p. Niewątpliwie, dział chorób wenerycznych (*resp.* przymiot), pomimo olbrzymiego postępu lat ostatnich, zawiera dużo jeszcze spraw niewyjaśnionych; ich przebieg, rozpoznanie i leczenie nie zawsze zgadza się z opisem podręcznika. Podręcznik jednak, jako synteza tego, co w kwestiach tych przemysłano, zwłaszcza zaś, skoro jest przeznaczony dla szerszego koła lekarzy, zresztą dotykając faktów spornych, w kwestiach względnie ustalonych powinien mieć cechę pewnej kategoryczności.

W rozdziale, np. o barwieniu krętków autor podał aż siedem zasadniczo nie różniących się między sobą metod badania wydzielin (Nb. sposoby badania w ciemnym polu, — Burri'ego przy pomocy tuszu i pod ultramikroskopem, w niektórych pracowniach wyłącznie używane, zostały pominięte). Zdaniem mojem, byłoby pożyteczniej wybrać jeden lub dwa sposoby najlepsze, np. sposób Schaudina, podany na czele rozdziału, szczegółowiej go opracować i podać tak, aby, zgodnie z życzeniem autora w przedmowie, był dostępny dla każdego lekarza, a nawet słuchacza medycyny.

Pozwolę sobie wreszcie zwrócić uwagę autora na liczne, niestety, usterki językowe, które zresztą w następnych wydaniach tego wartościowego dzieła dalyby się z łatwością usunąć.

Albin Racinowski.

Ocena działu bakteriologicznego.

W II tomie chorób wenerycznych autor opracował wrzód weneryczny, zgorzelińowy, zwyczajny, zapalenie żołądki, łepięże stożkowate i rzeżączkę. Prócz tego, jako uzupełnienie tomu I-go — znaczenie odczynu Wassermanna i chemoterapię w przymiocie.

W działach o wrzodzie wener. i rzeżączce autor przedstawił szczegółowo w opisie i rysunkach bodźce chorobne, hodowle w różnych powiększeniach mikroskopu, sposoby różnicowego rozpoznania, a przy tryprze — wakcyno- i seroterapię.

Zarówno opisy, jak rysunki odnośnych bakterii są wykonane nie tylko bez zarzutu, lecz zobrazowanie objęło nawet różnice w wielkości gonokoków, gronkowców, paciorkowców i tetrad zależnie od zabarwienia. Tak np. autor z oryginalnych preparatów i hodowli przedstawił różnorodne formy, jak np. gonokoki z czystej kultury w pow. imers., porównanie kolonii gonokoków z hemolizującymi gronkowcami na płytkach agarowo-krwistych w naturalnej wielkości, różne typy grup wewnętrznych i zewnątrzkomórkowych dwoinek, porównanie morfologiczne i barwne dwoinek Neissera z gronkowcami i paciorkowcami, nawet podał opisy i rysunki takich postaci wewnątrzkomórkowych, które mogą dać powód do omyłek rozpoznawczych, jeżeli badający nie zastosuje metod różnicowych — barwienia metodą Grama i hodowli. Na VII tablicy przedstawiono w średnim powiększeniu zasadnicze typy nitek moczowych i wydzielinę z gruczołu krokowego, również wykonane z natury. Wogóle całość pod względem bakteriologicznym jest opracowana bez zarzutu i odbiega znacznie od szablonów podręcznikowych. Każdy rysunek bez wyjątku oddaje jaknajściślej obraz mikroskopowy, co jest tem cenniejsze, że nie pomija wielu form nietypowych.

Wakcyno- i seroterapia rzeżączki w krótkim zarysie obejmuje spólczesny stan wiedzy z uwzględnieniem polskiego piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń autora. Wogóle opracowanie działu bakteriologicznego w „Chorobach Wenerycznych” daje możność zalecania tej książki, jako pożytecznego podręcznika, dla ogółu lekarskiego.

S. Serkowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 15 maja 1917 r.

J. Polak wygłosił rzecz p. t. „W sprawie walki z dudem plamistym w Warszawie”. Dur plamisty był endemią znaną i przed wojną w naszym mieście, acz w rozmiarach niewielkich. Liczba

śmiertelności wynosiła w latach 1880 — 1914 od 1 do 10 na 100 tys. ludności (liczba zachorowań nie była notowana). Wzrastać zaczął dur plamisty w czasie wojny w r. 1915-ym. Liczba zachorowań wyniosła w r. 1915-ym od maja do końca roku — 1435. W r. 1916 — 4598 (śmiertelność 40 na 100

tysięcy ludności). W r. b. w styczniu zachorowały 554 osoby, w lutym — 590, w marcu — 1089 i w kwietniu — 1146. Dur plamisty stał się jedyną epidemią wojenną, inne bowiem choroby zakaźne (zwłaszcza ospa, odra i płonica) zmniejszyły się wybitnie. Blisko czwarta część zachorowań na dur plamisty przypada na V okrąg milicyjny. Zarządzenia sanitarne polegają na obowiązku meldowania, izolacji chorych, dezynfekcji mieszkań, izolacji otoczenia i przepisach co do grzebania zwłok. Łóżek dla chorych na dur plamisty miasto posiada w szpitalu św. Stanisława 380, w szpitalu przy ul. Pokornej — 360 i w szpitalu św. Wojciecha — 100. Miejsc dla izolantów jest przy ul. Spokojnej 250, przy ul. Lubelskiej — 200 i w Mokotowie — 30. Liczba miejsc przy ul. Lubelskiej ma być powiększona do 500. Około 10. VI. otwarty będzie na Zjeździe wielki zakład dezynfekcyjny, w którym masowo poddawani będą odwszaniu mieszkańcy najbardziej zagrożonych domów, a jednocześnie w ich mieszkaniach odbywać się będzie dezynfekcja i dezynsekcja za pomocą ruchomych aparatów. Koszta walki z epidemią w r. b. wyniosą 1¹/₂ mil. marek. Wspomniawszy o trudnościach (ukrywanie chorych, wynajmowanie osób do izolacji, brak wielu środków, brak koni), prelegent podkreślił konieczność polepszenia warunków odżywiania szerokich warstw ludności, której odporność względem infekcji obniża się stale. Nadto konieczne jest rozszerzenie atrybucji Urzędu Zdrowia i zgodne współdziałania zrzeseń lekarskich i organów miejskich.

W dyskusyi Hewelke zaznaczył, że przywożenie chorych do szpitala odbywa się częstokroć ze znacznym opóźnieniem, że szpitale nie posiadają środków do poddawania przymusowej dezynfekcji tych dorożek, które nieraz chorych do szpitali przywożą i że należałoby dokładnie ustalić, które środki dezynfekcyjne są najwłaściwsze.

Szokałski podał liczby, ilustrujące zmniejszenie się tyfusu plamistego w Lublinie i Łodzi. W Łodzi stosowano cały szereg środków energicznych: izolowano chorego trzy tygodnie, mieszkania chorych były codziennie odwiedzane przez lekarzy sanitarnych, zamykano szkoły i piekarnie, a mieszkańców najbrudniejszych domów poddawano masowemu kąpaniu i odwszaniu (frekwencja dzienna około 900 osób).

Jerzy Brunner zapytał, jaki odsetek stanowią chorzy ukrywani, jak szybko chorzy są przewożeni do szpitali, jaki jest stosunek liczby chorych do liczby izolowanych, ile osób dziennie podlega odwszeniu, jak odbywa się dezynfekcja i czy stosuje się odnawianie mieszkań. Podkreślając wagę tych pytań, od których rozstrzygnięcia zależy skuteczność walki z epidemią, mówca dodał, że w Warszawie nie stosuje się wielu środków, jak wyszukiwanie ognisk zarazy, odwszanie masowe, pociąganie do odpowiedzialności winnych ukrywania chorych, wreszcie bielenie mieszkań, które należy stosować pod przymusem.

A. Żurkowski zapytał, czy można stwierdzić wpływ stosowanych dotąd środków na przebieg epidemii i dodał, że epidemie domowe powinny być opanowane.

Zapasiawicz zaznaczył, że powinien być zwiększony personel sanitarny, a kompetencje prawne lekarzy sanitarnych znacznie rozszerzone,

i zapytał, jak prelegent wyobraża sobie wpływ zrzeseń lekarskich na zadania Urzędu Zdrowia.

Bączkiewicz omówił liczne braki izolacji, wobec których bardziej celowe będzie izolowanie oddzielnych domów. Zachodzi jednak pytanie, czy Urząd Zdrowia otrzyma odnośne kompetencje prawne i czy będzie mógł rozporządzać milicją.

Ruppert zaproponował powołanie personelu dla kamer ruchomych z pośród osób, które na dur plamisty chorowały.

Szymanowski zaznaczył, że usunięcie chorego, dezynfekcja mieszkania i izolacja otoczenia powinny odbywać się w jednym dniu, że poddawanie oczyszczaniu całych domów powinno odbywać się bez uprzedzenia i że miejsc dla osób podlegających izolacji nigdy brakować nie powinno. Do dezynfekcji odzieży i pościeli stosować należy parę wodną, lub gorące powietrze; siarka działa tylko wówczas, jeżeli nasycy hermetycznie zamkniętą przestrzeń.

Pręgowski podkreślił znaczenie omawianej kwestyi jako sprawy narodowej, której wynik pomyślny będzie sprawdzianem dojrzałości organów do walki z epidemią powołanych. Organizacja obecna nie stoi na wysokości zadania, skoro epidemia wzrasta. Wobec tego, jeżeli w ciągu lata tyfus się nie zmniejszy, to mówca, jako radny miejski, zażąda w Radzie Miejskiej na jesieni wyłonienia specjalnej komisji celem dochodzenia winy osób, do walki z dudem powołanych.

Konwerski zauważył, że praca Urzędu Zdrowia i lekarzy odbywa się w warunkach anormalnych, a cały szereg zarządzeń natrafia nieraz na niezwalczone przeszkody.

Grzankowski poruszył sprawę braku dostatecznej harmonii między organami Urzędu Zdrowia a władzą wykonawczą, wskutek czego wielu zarządzeniom sanitarnym brak należytej egzekutywy.

Polak odpowiedział: 1) że dané z powincyi są zbyt dorywcze, ażeby na nich opierać porównania z Warszawą; 2) że odsetek chorych ukrywanych zapewne nie jest wysoki, częściej natomiast zachodzi opóźnione zawiadamianie; 3) że przewożenie chorych do szpitali odbywa się w dniu wezwania karetki, a zdarzające się opóźnienia pochodzą najczęściej z braku koni; 4) że dezynfekcja mieszkań odbywa się sposobem mydla-nokarbolowym; 5) że bielenie ścian, zapoczątkowane przez lekarzy sanitarnych, odbywa się sporadycznie, a powszechne zastosowanie tego środka jest niemożliwe z powodu sytuacji finansowej licznych właścicieli nieruchomości; 6) że liczba osób izolowanych jest zbyt mała wskutek braku miejsc w domach izolacyjnych; 7) że masowe odwszanie ludności projektowane w czerwcu r. b. stoi właśnie w związku ze zwalczaniem ognisk epidemii, 8) że plan walki opracowany był już na jesieni r. z. i 9) że współdziałanie lekarzy polegać winno na wczesnym meldowaniu przypadków oraz na omawianiu danej sprawy w łonie zrzeseń lekarskich, lecz nie na wytaczaniu jej przed forum niekompetentne.

Prezes Jakowski podziękował prelegentowi i mówcom oraz zaznaczył, że plan walki z

durem plamistym, opracowany przed szeregiem miesięcy przez prelegenta, jako inspektora Urzędu Zdrowia, nie został dotąd urzeczywistniony przez Magistrat bynajmniej nie z winy Urzędu Zdrowia.

Towarzystwo chętnie poprze wszelkie zamierzenia, zdążające do uzdrowotnienia miasta.

K. Oczesalski.

Wiadomości bieżące.

— W Uniwersytecie krakowskim, na rok akademicki 1917/8 wybrany został na rektora prof. dr Marian Smoluchowski, na dziekana wydziału lekarskiego prof. dr Emil Godlewski.

— Poruszona przez nas w Nr. 27 r. b. sprawa urlopów dla ordynatorów szpitalnych załatwiona została w myśl życzeń lekarzy. Na wniosek wydziału szpitalnictwa Magistrat postanowił, że prawo udzielania urlopu 8-odniowego przysługuje lekarzom naczelnym, przy czym o pozwoleniu na wyjazd, dłuższy niż 3-dniowy, lekarz naczelny winien zawiadamiać Naczelnika Wydziału Szpitalnego.

— Dzienniki galicyjskie w artykule pod tytułem „Pokrzywdzenie Galicji“ przedstawiają zestawienie sum, jakie rząd centralny austriacki wyznaczył różnym krajom monarchii na cele zwalczania gruźlicy. Z zestawienia tego wynika, że Galicja otrzymała tylko 150 tys. koron na urządzenie sanatorium w Rojczy, i że suma ta

jest czterykroć mniejsza od sum, jakie otrzymały tak małe prowincje jak Salzburg i Przedarulania i że przeszło 20 razy więcej od Galicji otrzymały Czechy. (Przegl. Lek.).

N A D E S Ł A N O.

- 1) Dr med. Kazimierz Rzętkowski. Odbudowa kraju a szpitalnictwo. Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego. Warszawa 1917.
- 2) Dr Stanisław Tarczyński. Organizacja nadzoru nad żywnością u nas i na zachodzie. Warszawa. 1917.
- 3) Dr W. Chodźko. Sprawy sanitarne w budżecie miasta stoł. Warszawy za rok 1916.
- 4) Dr Antoni Kuczewski. Praca fizyczna jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźliczych na zachodzie. Odb. z Przegl. Lek. 1917.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str.
Br. Karpiński. Kilka słów o czerwonce (dysenterji) 369	roby weneryczne. Ocenil Albin Racinowski. Dział bakteriologiczny ocenil S. Serkowski 373
Dział sprawozdawczy. 13. Novak Józef. Mo- czówka prosta (diabetes insipidus) u cię- żarnych 372	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie d. 15 maja 1917 r. 374
Przegląd bibliograficzny. F. Malinowski. Cho-	Wiadomości bieżące. 376

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.

Administracya otwarta w dni powszednie od 10¹/₂, do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuspaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworodzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 13.75, z przesyłką m. 15.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cenaniżona na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

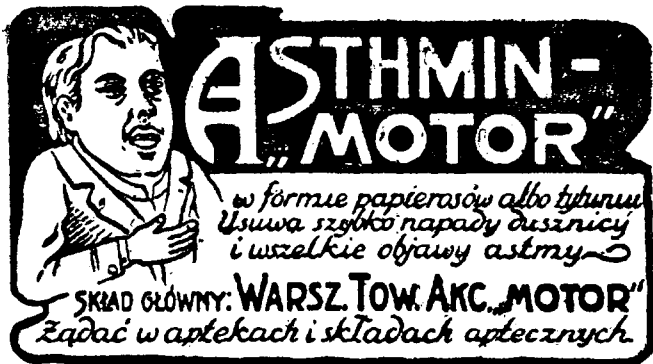
Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przy-
muje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Dr A. SULIMIERSKI

praktykuje jak lat dawnych w sezonie
bieżącym
w B u s k u.



**ASTHMIN-
"MOTOR"**

w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR“
Żądać w aptekach i składach aptecznych



**GONOREIN
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor“
Marszałkowska 23.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 10 do 25 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Polska Krajowa Loterya Klasyczna

Rady Głównej Opiekuńczej.

Biuro Zarządu: Warszawa, ulica Kredytowa 4.

42000 losów 21000 wygranych i 1 premia.

na sumę 5 milionów 292 tysięcy marek.

Główne wygrane: 350,000 mk., 250,000 mk., 200,000 mk. i t. d.

Cena losu w każdej klasie 32 mki., $\frac{1}{4}$ losu — 8 mk.

Ciągnięcie I klasy 16 i 17 sierpnia, II klasy 14 i 15 września, III klasy 12 i 13 października, IV klasy 12 i 13 listopada, V klasy od 10 do 22 grudnia 1917 r.

Wygrane są płatne w gotówce, cała Loterya jest gwarantowana przez Bank Ziemiański w Warszawie.

Bilety I klasy są już u pp. kolektorów.