

Szpitala dla Dzieci w Poznaniu

Dla Dzieci

Nr. 250



NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
POZNAŃSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK
i IZBY LEKARSKIEJ POZNAŃSKO-POMORSKIEJ
REDAKTOR NACZELNY KAROL JONSCHER.

JAN ZIENKIEWICZ

Z kazuistyki wrodzonej kiły wątroby u dzieci

NAKLADCA: DR. J. JAGIELSKI, POZNAŃ, PLAC WOLNOŚCI 10.
CZCIONKAMI DRUKARNI DZIENNIKA POZNAŃSKIEGO

1931



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

*Z Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie.
(Dyr.: Prof. dr. Wacław Jasiński).*

Dr. Jan Zienkiewicz.

Z kazuistyki wrodzonej kiły wątroby u dzieci.

Zarazek kiłowy tak w kile wrodzonej, jak i nabytej nie szczędzi żadnego z narządów, dotkniętego tem cierpieniem ustroju. Świadczy o tem cały szereg opisanych przypadków kiły płuc, mózgu, oka, wątroby i t. p. Zmiany, jakie zachodzą w tych narządach, przedstawiają się rozmaicie, zależnie od czasu i okresu zakażenia. Rozbiór zwłok dzieci, zmarłych wkrótce po urodzeniu, jako też płodów urodzonych nieżywo, których rodzice dotknięci są kiłą, stwierdza, że na pierwszy plan występują tutaj zmiany w wątrobie i śledzionie. *Feige* np. na 189 sekcjach nieżywo urodzonych płodów stwierdził u 123 (65%) zmiany kiłowe w wątrobie i śledzionie; *Hoffmeister* zaś na 123 sekcje niemowląt kiłowych stwierdził także zmiany w wątrobie w 42 przypadkach (37%). *Gluziński*, zestawiając statystyki zachorzeń wątroby w kile wrodzonej i nabytej, widzi ogromną różnicę, bo gdy u noworodków stwierdzamy te zmiany w 65% przypadków, to u dorosłych tylko w 8,45% przypadków. Przyczyny tak znacznej różnicy w ilości tych zmian dopatruje się autor w odmiennych warunkach zakażenia oraz wskutek różnicy w krwiobiegu życia płodowego i pozapłodowego.

Według obliczeń na naszym materiale (z poradni przeciwkiłowej w Wilnie) wynika, że odse-

tek zmian w wątrobie i śledzionie w ostrych przypadkach kiły u niemowląt jest jeszcze wyższy, bo dla wątroby wynosi 87%, dla śledziony zaś 76%. U dzieci starszych z dodatnim odczynem B.-Wass. i innymi objawami kiły powiększenie wątroby stwierdziliśmy w 19% przypadków.

Kiła wątroby u dzieci starszych może przebiegać pod rozmaitemi postaciami, a więc: obok dużej i twardej wątroby i śledziony, jako zmian charakterystycznych, mamy dość często bóle w okolicy wątroby i śledziony (perihepatitis et perisplenitis), stwierdzamy również niekiedy zaburzenia ze strony żyły wrotnej (periphlebitis). Objawem rzadszym bywa żółtaczka z równoczesną zmianą we krwi w postaci niedokrwistości o typie bledniczym, z leukopenją i limfemją, schorzeniu kiłowemu wątroby może też towarzyszyć stan gorączkowy, począwszy od wahań podgorączkowych aż do wysokiej gorączki o typie nieregularnym, przepuszczającym. Sprawy te trwać mogą niekiedy bardzo długo, dając chwilową poprawę i ponowne nawroty. Wahania ciepłoty *Białokur* uważa za następstwo swego rodzaju posocznicy kiłowej krwiopochodnej, wątroba i śledziona obrzmiewa tu podobnie, jak to bywa w przebiegu duru i zimnicy.

Ze względu na nieokreślony przebieg schorzeń kiłowych wątroby powstają częstokroć duże trudności rozpoznawcze, chorzy leczeni są najrozmaitszymi sposobami, nieraz dostają się na stół operacyjny jako podejrzani o zapalenie wyrostka robaczkowego, o kamienie żółciowe, ropień podprzeponowy i t. p.; dopiero laparotomia ustala rozpoznanie. Taki właśnie przypadek opisał *Węgieńko* u 20-letniej chorej, u której podczas operacji ustalono rozpoznanie kiły wątroby. *Buttenwiesser S.* i *H. Bibertfeld* opisali dwa przypadki późnej kiły wrodzonej wątroby z przepuszczającą ciepłotą;

w jednym z tych przypadków rozpoznanie ustalono *ex juvantibus* wobec ujemnego odczynu B.-Wass. we krwi. *Mikułowski* podaje przypadek kiły wątroby u 14-letniego dziecka z wysoką gorączką; przed ustaleniem rozpoznania podejrzewano zmiany gruźlicze w szczytach płuc, pomimo jednak leczenia klimatycznego i chemicznego temperatura utrzymywała się na tym samym poziomie, dopiero zastosowanie leczenia przeciwikiłowego opanowało wahania ciepłoty.

W klinice naszej obserwowaliśmy 4 przypadki kiły wątroby u dzieci starszych.

Przyp. I. A. D., lat 14. H. chor. 1988/257. Przyjęty do kliniki dnia 28. II. 29 r. z powodu zjawienia się przed dwoma miesiącami jakiegoś guza w prawem podżebrzu. Guz ten stale się powiększał, przy ucisku bolesny. Przez cały czas choroby chory podobno nie gorączkował (ciepłota mierzona nie była). Chory jest pierwszym dzieckiem w rodzinie, dwoje dzieci zmarło w pierwszym roku życia, przyczyna śmierci niewiadoma.

W klinice przy pierwszym badaniu dziecko robi wrażenie ciężko chorego, wyniszczenie dość znaczne, $t^{\circ} 38^{\circ}$, gruczoły różnej wielkości (od grochu do śliwki), odruchy ścięgnowe zachowane, ze strony narządów wzroku i słuchu zmian brak, uzębienie prawidłowe, w sercu zmian nie stwierdzono, w płucach skrócenie odgłosu opukowego nad obu grzebieniami łopatek, także szmer oddechowy nieznacznie osłabiony. Brzuch dość miękki, śledziona wystaje z pod łuku żebrowego o jeden palec, w prawem podżebrzu daje się wymacać dość duży guz o powierzchni gładkiej, zrosnięty z wątrobą, wystający z pod łuka żebrowego na linii sutkowej na dwa poprzeczne palce, w linii zaś mostkowej i przymostkowej na 4 palce. Przy ucisku na guz chory odczuwa ból. W moczu poza śladem białka

innych składników patologicznych nie stwierdzono, w kale jajka dżdżownicy i włosogłówki ludzkiej.

We krwi: Hb. 57%, ciał. czer. 3.680.000, biał. 9.800, we wzorze Schillinga:

Eozynof.	Bazof.	Młod.	Pałecz.	Segm.	Limf.	M.
3	2	1	15	69	9	1.

Badanie krwi na malarję dało wynik ujemny. Odcz. Widala ujemny. Posiew krwi jałowy.

7. III. Odczyn skórny z płynem bąblowca ujemny.

We krwi białych ciałek 7.600, we wzorze znaczne przesunięcie w lewo. 11. III. Pomimo podawania doustnie chininy i zastrzyków gonacrinny (2% rozc. po 5 cm³ dwukrotnie) stan chorego nie uległ poprawie, t^o utrzymuje się na poziomie 38°.

Dokonano badania krwi na odcz. B.-Wass. z wynikiem wybitnie dodatnim, + 3. Po stwierdzeniu dodatniego odcz. B.-Wass. zastosowano kurację swoistą w postaci wstrzykiwań domięśniowych zawiesiny kalomelu i wlewań novarsenobenzolu dożylnie.

Po 2 wstrzyknięciach kalomelu t^o ciała zdradza tendencję do spadku, chory czuje się nieco lepiej, po wlaniu dożylnie novarsenobenzolu 0,3 stan dziecka znacznie się pogorszył, t^o podniosła się do 38,4°, wątroba znacznie się zwiększyła, ucisk na wątrobę bardziej bolesny. Po przerwaniu podawania domięśniowo rtęci i wlewań novarsenobenzolu, a po zastosowaniu wcierań maści szarej 2,5 na dawkę 36 wcierek i doustnie jodku potasu stan chorego zaczął się poprawiać. Po kilku dniach t^o doszła do normy i przez cały czas pobytu w klinice utrzymała się na tym poziomie.

Wypisano chorego dnia 5. V. 1929 roku w dobrym stanie, wątroba miękka, ledwo macalna, pod

łukiem niebolesna, śledziona niemacalna. Przed wypisaniem odcz. B.-Wass. ujemny.

Jak widać z przebiegu choroby, przypadek ten nasuwał dość znaczne trudności rozpoznawcze, o czym świadczy cały szereg przeprowadzonych badań i odczynów; przypuszczano też, że mamy tutaj do czynienia z jakąś ropną sprawą w okolicy wątroby lub w samej wątrobie, dopiero badanie krwi na odcz. B.-Wass. ustaliło rozpoznanie i skierowało leczenie na odpowiednie tory.

Przypadek II dotyczy dziewczynki, lat 7. H. ch. 2333/118. Przyjęta do Kliniki 6/XI. 1929 roku ze skargami na napadowy ból w prawym podżebrzu i nad lewym talerzem biodrowym. Bóle te wystąpiły nagle w przeddzień przyjęcia do kliniki, napady powtarzały się kilkakrotnie, były też wymioty 2 razy w czasie napadu. Chora jest 3-ciem dzieckiem w rodzinie, 2-je dzieci zmarło w 1-ym roku życia, przyczyna śmierci niewiadoma.

W klinice przy pierwotnym badaniu stwierdzono ogólny stan dziecka niezły, odżywienie mierne, w płucach i sercu zmian brak, odruchy ruchowe i gardzielowe zniesione, nieznaczne zażółcenie białkówek, brzuch miernie wysklepiony, śledziona nie daje się wymacać, wątroba wystaje na 1 i pół palca z pod łuku żebrowego, brzeg twardy, na ucisk bolesny, t^o ciała normalna.

W moczu zmian nie stwierdzono, w kale jajka dżdżownicy.

Krew: Hb. 67%, czer. ciał. 4.250.000, biał. 14.000. We wzorze Schillinga: Eozyn. 11, młod. 0,5, pałecz. 6, segm. 67,5, limf. 11, m. 4.

7/XI. Ciepłota normalna, dziecko miało ponowny napad bólów, umiejscawiając je w okolicy pępka.

8/XI. Wątroba dość znacznie powiększona, wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, bóle

w okolicy pępka utrzymują się, kilkakrotne wymioty.

Podczas dalszego pobytu w klinice dziecko jest dość spokojne, powiększenie wątroby utrzymuje się. Odcz. B.-Wass. we krwi wybitnie dodatni, + 4. W poradni po zastosowaniu bizmutu 10 iniekcji (bismoli) w dawce 1,0—1,5 jednorazowej 2,5% zawiesiny oleistej wątroba szybko się zmniejszyła. Następnie podano novarsenobenzol 0,3 dożylnie naprzemian z bizmutem bez żadnej widocznej szkody dla ustroju. W końcu kuracji wątroba ledwo się daje wymacać, na ucisk niebolesna, napady bólów nie powtórzyły się. Odcz. B.-Wass. zmienił się na słabo dodatni, dziecko jest pod obserwacją poradni i przechodzi systematycznie leczenie.

W tym przypadku rozpoznanie było trudne ze względu na niejasne tło cierpienia, gdyż dziecko poza napadami bólów w okolicy wątroby, talerza biodrowego i pępka przy normalnej temperaturze i dość dobrym stanie ogólnym zdradzało objawy hysterji, stwierdzenie jednak dodatniego odcz. B.-Wass. we krwi dziecka i matki i dodatni wynik leczenia ustaliło rozpoznanie.

Przypadek III. P. D., 4 lata. H. ch. 2231/16. Przyjęty do Kliniki dnia 19/IX. 1929 roku z powodu złych stolców i stale utrzymujących się bólów w jamie brzusznej od 2-ch miesięcy.

Przy badaniu stwierdzono dość dobry stan ogólny dziecka, dziecko o dobrej budowie, nieznaczne zażółcenie białkówek. W sercu i w płucach zmian brak, brzuch wzdęty, śledziona niemacalna, wątroba wychodzi z pod łuku żeberowego na 2 i pół palca, w moczu zmian nie stwierdzono.

Krew: Hb. 70%, czer. ciał. 3.080.000, biał. 17.400, wzór Schillinga: Eozynof. 9, młod. 1,5, segment. 42, limf. 47,5.

7/X. Stan ogólny dziecka dobry, stolce poprawiły się, zażółcenie białkówek utrzymuje się, wątroba jak wyżej, bóle w brzuchu utrzymują się, odcz. B.-Wass. we krwi ujemny, we krwi matki + 3 (silnie dodatni). Zastosowano dziecku kurację przeciwiłową (wcierki szarej maści 2,0 na dawkę \times 36 i jodek potasu doustnie). Stan dziecka znacznie się poprawił, śledziona niemacalna, wątroba w końcu kuracji zaledwie wyczuwalna pod łukiem, zażółcenie białkówek ustąpiło, bolesności w jamie brzusznej brak. Przez cały czas pobytu w klinice temperatura ciała utrzymywała się w granicach normy.

Jak widać z wyżej przytoczonej historii, w przypadku tym rozpoznanie ustaliliśmy na podstawie dodatniego odcz. B.-Wass we krwi matki, jako też na podstawie dodatniego wpływu kuracji swoistej.

Przypadek IV. M. M., 5 lat. H. chor. 2591/376. Dziecko przyjęto do Kliniki dn. 4/VI. 30 r. ze skargami na powiększenie się brzucha od października 1929 r. i na utrudnione oddawanie moczu. Chora jest 5-tem dzieckiem w rodzinie, jedno dziecko zmarło w 1-ym roku życia. Przy badaniu stwierdzono dość ciężki stan dziecka, nieznacznie powiększone gruczoły chłonne, w płucach i sercu zmian brak, brzuch duży, wątroba duża, balotuje, dość twarda, śledziona nie daje się wymacać, wolny płyn w jamie brzusznej, w moczu ślad barwików żółciowych, w osadzie liczne ciała ropne pojedynczo i w skupieniach. T^o podgorączkowa.

Krew: Hb. 67%, biał. ciał. 14.800, ciał. cz. 4.170.000.

Wzór Schillinga: kwasochł. 6,5, zasadochł. 1, młod. 1, wiel. 44,5, limf. 46,5, m. 0,5.

13/VI. Stan bez zmian. Odcz. Pirqueta —. Odcz. B.-Wass. we krwi wybitnie dodatni, + 4. Dziecko wypisano do domu na żądanie ojca. Brak dłuższej obserwacji dziecka nie pozwala nam w tym przypadku na omówienie wyników leczenia, na uwagę zasługuje tu fakt obecności obok dużej wątroby wolnego płynu w jamie brzusznej, który się nagromadza prawdopodobnie wskutek upośledzonego krążenia w zakresie żyły wrotnej z powodu t. zw. periphlebitis syphilitica, na co zwraca uwagę *Gluziński*.

Zestawiając wyżej opisane przypadki, widzimy, że we wszystkich prawie spotykamy skargi na bolesność w jamie brzusznej o rozmaitem nasileniu i umiejscowieniu; bóle te są trwałe lub napadowe, ponadto zwraca uwagę fakt powiększania się brzucha. Przy obmacywaniu we wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej powiększoną wątrobę o konsystencji twardej i gładkiej powierzchni, bolesną na ucisk. W ostatnim przypadku stwierdzono wolny płyn w jamie brzusznej. W wywiadach zaznaczone są też zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci złych stolców i wymiotów. Notowane też jest nieznaczne zażółcenie białek. We krwi we wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wyrażoną niedokrwistość; co się tyczy liczby ciałek białych, to w pierwszym przypadku w okresie gorączki sięgała 9.800, następne badanie było już 7.600, w pozostałych przypadkach liczby te sięgają 17.400 (przyp. III).

Co do ciepłoty ciała, to, jak wynika z opisywanych przypadków, jako też i z naszych, przebieg jej jest nieregularny. W naszych przypadkach ciepłota 1-go chorego waha się w granicach od 38,5—37°, dopiero zastosowanie kuracji ustaliło t° w granicach normy. W 4-ym przypadku

mieliśmy ciepłotę podgorączkową, w pozostałych 2-ch przypadkach nie przekraczała ona normy. Jak widać z powyższego zestawienia, obraz chorobowy tego cierpienia jest rozmaity, nic też dziwnego, że chorzy ci często leczeni są w najrozmaitszy sposób. Przemawia to tem dobitniej za potrzebą dokonywania badania krwi na odcz. B.-Wass. we wszystkich podejrzanych i niejasnych przypadkach chorobowych tego typu; nie należy też zapominać o wykonywaniu tego odczynu we krwi rodziców w przypadkach wątpliwych (jak III przyp.), co może również dopomóc do ustalenia rozpoznania.

Poza wyżej opisanymi przypadkami, jakie obserwowaliśmy w Klinice Dziecięcej, mamy też w obserwacji 5 przypadków powiększenia wątroby u dzieci z kiłą wrodzoną w wieku od 5—13 lat, potwierdzoną dodatnim odczynem B.-Wassermana. Zostały one skierowane do poradni z ustalonym już rozpoznaniem kiły wrodzonej późnej lub w celu ustalenia go. Powiększenie wątroby w tych przypadkach stwierdzono przy pierwotnem badaniu bez jakichkolwiek skarg chorego na bóle czy inne dolegliwości w jamie brzusznej. Dodatni w celu ustalenia go. Powiększenie wątroby w tych przypadkach, gdzie wątroba uległa zmniejszeniu, potwierdza nasze przypuszczenie co do kiłowego pochodzenia tych zmian.

Co do zmian anatomopatologicznych wątroby dzieci kiłowych to zależne one są od okresu choroby, w jakim występują, i od nasilenia samego procesu choroby. U płodu, jak i u dzieci, zmarłych w I-ym okresie życia, najczęściej dają się stwierdzić w wątrobie kilaki prosówkowe (gummata miliaria); zmiany te występują już w okresie życia płodowego i to nawet dość wczesnie. *Wronka* np. stwierdza je w wątrobie 5-miesięcz-

nego płodu. *Virchow* zmiany te uważał za hepatitis interstitialis diffusa; obok tych zmian są też stwierdzone zmiany w naczyniach krwionośnych wątroby, doprowadzające do arteriitis et phlebitis obliterans. *Schüppel* opisał zmiany w otoczeniu żyły wrotnej i nazwał je „periphlebitis syphilitica“. *Birch-Hirschfeld* w 28 przypadkach stwierdził perihepatitis syphilitica. W pracy swojej „La syphilis héréditaire tardive“ *Fournier* opisuje zmiany kiłowe w wątrobie dzieci starszych, które najczęściej podług niego giną pomiędzy 10—20 rokiem życia. Zmiany te jego zdaniem rozwijają się w wątrobie powoli od urodzenia lub powstają nieco później; przedstawiają się one również jako hepatitis interstitialis diffusa, a rzadziej jako postać kilakowa. Mogą też niekiedy według niego obydwaj rodzaje zmian istnieć obok siebie z dołączeniem do tego jeszcze zwyrodnienia skrobiowego. W okresie trzeciorzędnym kiły mamy obok zmian w mięszu wątroby zmiany dokoławątrowe, t. zw. perihepatitis. W przypadkach tych otoczka wątrobowa jest znacznie zgrubiała, zrósnięta z sąsiednimi narządami, szczególnie z dolną powierzchnią wątroby, obejmując hilus hepatis; powstaje wówczas tak zwana peripylephlebitis. Od zgrubiałej torebki wątrobowej idą w głąb mięszu wątrobowego pasma tkanki łącznej, które w przypadkach dalej posuniętych zmian mogą być przyczyną zniekształcenia górnej powierzchni wątroby, powstają brózdy i wyniosłości (wątroba zrazikowata) wskutek zmian bliznowatych obok zachowanego mięszu wątroby.

Przechodząc do omówienia leczenia kiły wątroby, zaznaczyć należy, że zdania rozmaitych autorów są podzielone, najczęściej i najbardziej jest jednak zalecane początkowe leczenie ostrożne przez stosowanie rtęci w postaci wcierek maści

szarej i jodu (kali-natr.-jodat). Zalecany jest również bizmut jako mniej szkodliwy dla wątroby. Co się zaś tyczy przetworów arsenikowych, to większość autorów zaleca jak najdalej posuniętą ostrożność ze względu na znaczną toksyczność tych przetworów dla wątroby.

Heinrichsdorf (Virchows Archiv B. 240, H. 3 — cyt. w Czasop. Warszawskiem 1924 rok, str. 151) np. na podstawie zestawień statystycznych, dotyczących żółtego zaniku wątroby w erze przed-i posalvarsanowej, uważa, że znacznie się zwiększyła ilość tych zmian w wątrobie od czasu wprowadzenia do leczenia przeciwkiłowego salvarsanu. Zdaniem jego żółty zanik wątroby w chwili obecnej występuje we wszystkich 3-ech okresach kiły, wówczas gdy zasadniczo powinienby powstać w okresie II-im.

W przypadkach, leczonych w Klinice, w I-ym zastosowano 0,3 novarsenobenzolu dożylnie i rękę domięśniowo, w kilka dni później wystąpił znaczny obrzęk i bolesność wątroby, temperatura też uległa wahaniom, zmiany te jednak ustąpiły po przerwaniu leczenia tego typu i po przejściu na podawanie jodku potasu i rtęci w postaci wcierek maści szarej. W II-im przypadku, obserwowanym w Klinice, zastosowaliśmy początkowo bizmut domięśniowo (1,0—1,5 cm³ 2,5% zawiesiny oleistej 2 razy tygodniowo), w wyniku czego obrzęk i bolesność wątroby dość szybko się zmniejszyły. Po zastosowaniu 10 iniekcji bizmutu dziecko zupełnie przestało się skarżyć na ból w jamie brzusznej, wątroba ledwo wystaje z pod łuku, na ucisk niebolesna. W dalszym ciągu kuracji zastosowaliśmy novarsenobenzol w dawce po 0,3 2 razy tygodniowo naprzemian z bizmutem bez widocznego wpływu ubocznego. W III-im przypadku stoso-

wano tylko wcieranie szarej maści 0,1 na kg wagi dziecka pro die i jodek potasu.

We wszystkich przypadkach, obserwowanych w poradni przeciwkiłowej, gdzie poza powiększeniem wątroby innych dolegliwości nie obserwowano, stosowano leczenie mieszane: rtęć, bizmut, novarsenobenzol bez widocznych powikłań, z czego wynikało, że większa ostrożność co do stosowania energiczniejszego leczenia obowiązuje tylko w przypadkach dalej posuniętych zmian (jak w przypadkach, obserwowanych w Klinice); dalsza obserwacja większej ilości przypadków pozwoli, być może, na potwierdzenie tego przypuszczenia.

Co się tyczy zmian wątrobowych u niemowląt, to tutaj nie obawiamy się stosowania przetworów arsenikowych, obawiamy się tylko dużych dawek tych leków; w każdym ostrym przypadku kiły u niemowlęcia leczenie w naszej poradni zaczynamy od podawania małych dawek stovarsolu 0,03 pro die do ustąpienia objawów i poprawy stanu ogólnego, później dopiero przechodzimy do leczenia energicznego. Zaznaczyć należy, że w okresie podawania stovarsolu równoległe z ustępowaniem objawów zmniejsza się też wątroba i śledziona.

Piśmiennictwo.

1. *Białokur F.* Pol. Arch. Med. Wewn. T. IV, 1926. —
2. *Gluziński A.* Lwowski Tygodnik Lekarski 1912. — 3. *Węgierko Jakób.* Polska Gazeta Lekarska 1925. — 4. *Grüber.* Zentralblt. f. Kindheilkunde. Str. 36. — 5. *Tixier Leon.* Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, F. 27, nr. 1. — 6. *Buttenwiesser S. und Biberfeld H.* Med. Klin. Jg. 20, str. 1649, cyt. Zentrbl. f. Kindheilkunde 18, str. 304. — 7. *Mikulowski W.* Pedjatrja Polska 1924 i 1926. — 8. *Gluziński.* Pol. Arch. Med. Wewn. 1929 i Nowiny Lekarskie 1924, str. 197. — 9. *Bruhninga und Schwalbe.* Podręcznik anatomji patologicznej.

Biblioteka Główna WUM

KS.1403



210000001403

~~04243~~
2957 imo

B 250