
Z Kliniki Chorób Nos, Gardła i Uszu Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik, prof. dr med. Benedykt Dylewski

Józef ŚWITEK

Twardziel w woj. Lubelskim

Риносклерома в Люблинском округе

Das Sklerom in der Woiwodschaft Lublin (Polen)

Po dokonanych przez Hebrę w 1870 roku opisie twardzieli w piśmiennictwie lekarskim zaczęły ukazywać się liczne prace na ten temat, a szczególnie w okresie między I-szą a II-gą wojną światową. Miara zainteresowania twardzielą jest fakt, że cierpienie to zostało wysunięte jako zagadnienie programowe na I-szym i II-gim Międzynarodowym Zjeździe Otolaryngologów (Kopenhaga — 1928, Madryt — 1932). Laryngologia polska nie pozostawała w tyle, a pracami swych przedstawicieli wniosła do zagadnienia twardzieli wiele cennych myśli (Zalewski, Szmurło, Lehm, Pachonński, Schwarzbart, Jankowski, Gąsiorowski, Laśkiewicz, Miodoński, Dobrzański, Mikulaszek i inni).

Powodem zainteresowania się twardzielą w pierwszym rzędzie jest fakt coraz to większej ilości notowanych doniesień, jak również okoliczność, że cierpienie to o niezupełnie jasnej etiologii i różnorodnym przebiegu klinicznym przysparza wiele trudności w zapobieganiu i zwalczaniu. Jako słuszny postulat wysuwał Zalewski konieczność obowiązkowej rejestracji, która daje możliwość ustalenia ognisk endemicznych twardzieli i podjęcia właściwych kroków w celu badania i zwalczania. Polska i Czechosłowacja były pierwszymi krajami, gdzie została wprowadzona obowiązkowa rejestracja w 1930 r.

Z uwagi na powolny przebieg oraz charakterystyczne zmiany anatomiczno-patologiczne twardziel zajmuje odrębne miejsce wśród schorzeń zapalnych przewlekłych. Z cierpieniem tym spotykamy się względnie

rzadko a również osobliwością jest, że występuje ono na pewnych tylko terenach, tworząc ogniska chorobowe. Rozróżniamy ogniska pierwotne autochtoniczne i ogniska wtórne. Za ogniska pierwotne autochtoniczne uważamy skupienia chorych w Małopolsce, na Ukrainie i Białorusi, a poza Europą na Guatemali, Sumatrze i w Centralnej Ameryce. Są to ogniska prawdopodobnie bardzo stare, zamieszkałe przez stare szczepy ludności. Wszystkie inne ogniska endemiczne twardzieli stoją w związku przyczynowym z ogniskami pierwotnymi. B e l i n o w rozróżnia postacie twardzieli wędrowane i wywędrowane. Wywędrowujący osobnik może stworzyć w nowym miejscu zamieszkania nowe ogniska twardzieli, natomiast osobnik wędrowający i ulegający zakażeniu po powrocie do stałego miejsca zamieszkania ma nie stanowić źródła rozprzestrzeniania się choroby.

Przyczyną twardzieli jest otoczkowa laseczka, opisana przez F r i s c h'a (1884). Możliwość zakażenia twardzielią jest powątpiewana przez wielu autorów. B e l i n o w słabą zakaźliwość twardzielią tłumaczy tym, że wszyscy ludzie są na to cierpienie uodpornieni. Jednak większość autorów uważa, że zarazki twardzieli wykazują słabą żywotność i dopiero dłuższe kontaktowanie z osobnikiem chorym i bliższe pożycie może spowodować zakażenie (t. zw. zakażenie wśródrodzinne). Czynniki zewnętrzne również zdają się usposabiać do występowania twardzieli i tak np. S c h w a r z b a r t podkreślił, że w jego materiale większa część chorych zgrupowana była między Wisłą a Sanem, poddając myśl, że warunki hydrograficzne, glebowe i klimatyczne mogą odgrywać tu dużą rolę. Podobnie spostrzeżenia autorów radzieckich podkreślają duże znaczenie warunków położenia geograficznego, konfiguracji terenu, klimatu, nawodnienia itp. Od tych czynników nawet kliniczna postać może zależeć. I tak na Ukrainie spotyka się formy twardzieli o przebiegu łagodniejszym typu „pseudoozaeny“, podczas gdy na pozostałych terenach radzieckich a zwłaszcza na Białej-Rusi przeważa ciężka postać krtaniowo-tchawicza.

Niektórzy autorzy wysuwają przypuszczenia, że twardziel może się przenosić z człowieka na człowieka za pośrednictwem zwierząt domowych. Z a r i c k i j przeprowadził w miejscowościach objętych twardzielią badania wydzielin błon śluzowych u zwierząt i ptactwa domowego, przy czym w kilku przypadkach stwierdził laseczki, posiadające identyczne cechy bakteriologiczne, serologiczne i morfologiczne z laseczką F r i s c h'a.

Wielkie ruchy ludności, jakie obserwowano podczas i po pierwszej wojnie światowej, powodujące kontakty osobników zdrowych z osobnikami chorymi na twardziel, wywarły niemały wpływ na rozprzestrzenienie

się i powstawanie nowych ognisk (Szmurło, Sivak). Zauważono przy tym zjawisko terenowego przesuwania się twardzieli ze wschodnich europejskich ognisk endemicznych na tereny Europy zachodniej (Puczkowski, Dobrzański). W Związku Radzieckim spostrzeżenia lat ostatnich potwierdzają również rozprzestrzenienie się i na tereny wschodnie. (Strełow).

Ogólne socjalne i higieniczne warunki wydają się również wywierać znaczny wpływ na powstawanie i rozszerzanie się tego cierpienia (Szmurło, Puczkowski, Sivak, Zalewski). W większości cierpieniem tym bywają dotknięci osobnicy, którzy żyją w gorszych warunkach. W zestawieniu Sivaka 75% chorych miało złe warunki mieszkaniowe, sanitarne i odżywiania. Spośród 486 chorych Puczkowskiego tylko u 10-u miało dobre ogólne warunki bytowania. Złe warunki higieniczne są ważnym czynnikiem usposabiającym do zapadania na twardziel.

Na podstawie ankiety międzynarodowej Belinow zdołał ustalić w 1936 roku ogólną liczbę chorych na twardziel na całym świecie cyfrą 2631 osobników. Największe skupienie chorych znajduje się w Związku Radzieckim w jego zachodnich republikach: na Ukrainie i Białej-Rusi. Według Buraka (1937) na Białej-Rusi zarejestrowanych było 916 przypadków. Na Ukrainie Puczkowski zanotował 800 przypadków, natomiast w Republice Rosyjskiej zanotowano dotychczas 191 przypadków, uwzględniając w tym statystyki Wołkowicza, Kondratowej i Wołoszyna. Doniesienia ostatnich lat wskazują, że i w okolicach odległych od głównych skupień twardzieli w Związku Radzieckim pojawiają się świeże przypadki np. na Syberii, w okręgu Czarnomorskim, Uzbekistanie, Kirgizji, Krymie (Strełow, Potapow, Miszarin). Wydaje się również, że jedynie w Związku Radzieckim sprawa zwalczania twardzieli wkroczyła na właściwe tory. Świadczą o tym specjalne zjazdy, poświęcone zagadnieniu twardzieli, prace doświadczalne oraz badania terenowe ognisk schorzenia (Burak, Zarickij, Potapow i inni).

Zestawienia polskich autorów donosiły również o znacznej ilości przypadków chorych twardzielowych. Dobrzański, uwzględniając prace Lehma i Zalewskiego z kliniki lwowskiej oraz materiał przez siebie zebrany donosi o 788 przypadkach za okres od roku 1908 do 1932. Zalewski, opracowując materiał statystyczny w Polsce na podstawie obowiązującej rejestracji za lata 1930 — 1936 podał cyfrę twardzielowych chorych na 562. Schwarzbart opisał 87 przypadków z kliniki krakowskiej za lata 1910 — 1920. W ostatnim roku Czarniecki

w pracy nad zmianami krwi u chorych twardzielowych oparł się na materiale 20 chorych leczonych w klinice warszawskiej.

Spotykamy się również z doniesieniami o tym cierpieniu, spośród innych krajów, sąsiadujących z ziemią polskimi. S i v a k (1940) donosi o 44 przypadkach, zebranych w latach 1921 — 1935 na ziemiach słowackich. Tenże autor, badając rodziny i otoczenie chorych twardzielowych, stwierdził dalszych 63 chorych w 20 rodzinach. W Niemczech chorzy twardzielowi pochodzili przeważnie z ziem polskich lub czesko-słowackich, tworząc dwa ogniska: jedno na Śląsku a drugie we Wschodnich Prusach (K n a p p). Do roku 1930 zarejestrowano w Niemczech łącznie 75 przypadków. Między 1930 a 1936 rokiem zaobserwowano dalsze 23 przypadki (S t r e i t). W Jugosławii do roku 1933 zanotowano 138 przypadków zgrupowanych w północno zachodniej części kraju, o łagodnym przeważnie przebiegu klinicznym. Według S e r c e r a znajduje się tam endemicznie ognisko twardzieli. W Turcji obserwowano trzy przypadki twardzieli (B e h z e t—T e z e l) a w Palestynie dwa przypadki, przy czym oba ostatnie pochodziły z Rosji (B e r n f e l d). W Brazylii dotychczas ogłoszono 26 przypadków twardzieli (F a l c a o).

Wzmianki o ogniskach twardzieli na ziemiach lubelskich spotyka się u wielu autorów. Pierwszą wzmiankę o twardzieli na tych obszarach spotykamy w protokołach Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego a mianowicie w r. 1885 J a c z e w s k i na posiedzeniu naukowym demonstrował trzech chorych. Ż e b r o w s k i w referacie swoim w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w 1919 r. wspomina, że na terenach ziemi lubelskiej i siedleckiej znajdują się duże ilości chorych na twardziel. W pracach S z m u r ł y, Z a l e w s k i e g o, S c h w a r z b a r t a, H e l m a n a, C z a r n e c k i e g o spotykamy się ze zdaniem, że twardziel jest tu spotykana często, z zestawień zaś widocznym jest, że chorzy z terenu lubelskiego w materiałach przez nich opracowanych stanowią mniejszy lub większy odsetek. Z zestawienia Z a l e w s k i e g o za lata 1930—1936 spośród 612 chorych na woj. lubelskie, przypadało 73, co stanowi znaczny odsetek (14%).

Wobec tego, że do tej pory twardziel na terenie woj. lubelskiego nie była opracowywana, postanowiłem w niniejszej pracy zebrany przez siebie materiał przedstawić. Na materiał do tej pracy składają się chorzy obserwowani i leczeni przeze mnie w okresie od jesieni 1939 roku do połowy 1949 roku. Chorzy ci leczeni byli i obserwowani w szpitalach lubelskich i w Ubezpieczalni Społecznej.

W powyższym okresie czasu obserwowano 90 osób dotkniętych twardzielą. Rozmieszczenie chorych w poszczególnych powiatach przedstawia się jak poniżej:

powiat Biała Podlaska	3	chorych
„ Biłgoraj	3	„
„ Chełm Lubelski	3	„
„ Hrubieszów	8	„
„ Kraśnik	8	„
„ Krasnystaw	3	„
„ Lubartów	10	„
„ Lublin-miasto	7	„
„ Lublin-powiat	10	„
„ Puławy	2	„
„ Radzyń	3	„
„ Siedlce	1	„
„ Tomaszów	9	„
„ Włodawa	13	„
„ Zamość	7	„
Razem .		90 chorych

Zestawienie powyższe wykazuje, że największe skupienie twardzieli spotykamy na terenach powiatów: włodawskiego, lubelskiego, lubartowskiego i kraśnickiego. Stosunkowo wysoką cyfrę chorych wykazuje samo miasto Lublin, bo aż 7 przypadków, w tym zaś cztery przypadki takich chorych, którzy wcale nie opuszczali i nie przebywali poza obrębem miasta. Według wcześniejszych doniesień, sądzono, że twardziel wśród mieszkańców miast większych należy do rzadkości (G e r b e r). Późniejsze publikacje i zestawienia wykazały jednak, że i w większych skupieniach miejskich twardziel spotyka się nierzadko. I tak np. w Kijowie stwierdzono 20 przypadków twardzieli w tym 4 osoby, które nigdy nie opuszczały tego miasta (P u c z k o w s k i). Według Z a l e w s k i e g o w dużych miastach w Polsce skupiało się 6^o/o chorych twardzielowych, według naszego zestawienia zaś 7,7^o/o, reszta przypada na mieszkańców wsi i małych miast.

Wśród 90-ciu chorych było kobiet 61 tj. 67,8^o/o i 29 mężczyzn tj. 32,2^o/o. Zestawienia wszystkich autorów wykazują znaczną przewagę twardzieli wśród kobiet. Poniżej podaję zestawienia oparte na stosunkowo dużym materiale, obrazujące stosunek zapadalności na twardziel wśród mężczyzn i kobiet:

	Kobiety	Mężczyźni
Belinow	59,0%	41,0%
Zalewski	58,9%	41,1%
Lehm	66,7%	33,3%
Schwarzbart	63,2%	36,8%
Alexandrow	62,8%	37,2%
Cipkina	56,4%	43,6%
Pachoński	59,5%	40,5%
Baurowicz	57,0%	43,0%
Materiał własny	67,8%	32,2%

Jak wiadomo twardziel spotykamy zarówno wśród osobników młodocianych jak i wśród osobników w wieku podeszłym. Poniższe zestawienie wykazuje podział chorych na grupy wieku w odstępach 5-letnich:

	Kobiety	Mężczyźni	Razem
0—5	—	—	—
6—10	1	1	2
11—15	2	1	3
16—20	7	1	8
21—25	6	4	10
26—30	11	7	18
31—35	8	6	14
36—40	12	—	12
41—45	2	6	8
46—50	4	—	4
51—55	5	2	7
56—60	3	—	3
powyżej 60	—	1	1
Razem	61	29	90

Widocznym jest na podstawie powyższego zestawienia, że twardziel w wieku wczesnym występuje stosunkowo rzadko. Najmłodszy nasz chory liczył lat 7 (dziewczynka). Najmłodsi chorzy Zalewskiego liczyli również po 7 lat. Szmurło donosił o przypadku twardzieli u dziecka 3-letniego. Najstarszy nasz chory liczył lat 75. O najstarszym chyba chorym, bo aż 118 lat liczącym donosił Machado Renato (cyt. wg Falcão). Na okres do lat 15 przypada w naszym materiale 5 przypadków co stanowi 5,5%, na okres 16—40 lat 62 przypadków, co stanowi 68% i na okres powyżej 40 lat 23 przypadki, stanowiące 25,5%. Największa ilość przypadków twardzieli przypada na okres między 16

a 40 rokiem życia, podobnie zresztą jak i w zestawieniu Z a l e w s k i e g o, opartego na znacznie większym materiale statystycznym. Różnica między zestawieniem Z a l e w s k i e g o, a naszym uwidacznia się jednak zwiększeniem ilości przypadków w wieku późniejszym. W naszym materiale wynosi 25, 5%, a u Z a l e w s k i e g o 11%. W zestawieniu naszym widać również, że największe nasilenie w poszczególnych grupach lat u kobiet wypada między 26 a 40 rokiem życia, podczas gdy u Z a l e w s k i e g o w okresie między 16 a 25 rokiem życia. Cyfra nasza odbiega od cyfry Z a l e w s k i e g o, jak również od cyfr zestawień innych autorów zgodnych z zestawieniem Z a l e w s k i e g o (P o t a p o w, C i p k i n a, P u c z k o w s k i). Różnicę tę tłumaczyłbym tym, że materiał Z a l e w s k i e g o i innych autorów pochodzi z czasów pokojowych, zaś materiał nasz gromadzony był w okresie działań wojennych i tuż w okresie powojennym. Szczególnie w okresie okupacyjnym, kiedy były trudności komunikacyjne i brak swobody poruszania się, nie pozwalały chorym na zgłaszanie się do lekarza we wcześniejszych okresach chorobowych. Zgłaszali się przeto chorzy z bardzo zaawansowanymi postaciami twardzieli, zmuszającymi ich do szukania pomocy lekarskiej dopiero w ostateczności.

Twardziel szerzy się przede wszystkim wśród ludności zamieszkałej we wsiach, trudniącej się rolnictwem. Rzadziej spotykamy się z tym cierpieniem wśród innych zawodów. Wśród naszych chorych stwierdzono twardziel u:

rolników	72 tj. 80,0%
robotników	4 „ 4,4%
uczniów	2 „ 2,2%
krawcowych	3 „ 3,3%
urzędników	3 „ 3,3%
szewców	1 „ 1,1%
zajęcie dom.	3 „ 3,3%
bez zawodu	2 „ 2,2%

Wynika z powyższego, że istnieją jakies warunki wpływające na częstość występowania twardzieli wśród tych warstw ludności. W obecnym stanie wiedzy o twardzieli nie można podać zadawalniającego wyjaśnienia w tej sprawie. Niewątpliwie ogólne warunki bytowania i higieniczne odgrywają rolę niepoślednią, co zgodnie jest podkreślane przez niemal wszystkich autorów (S z m u r ł o, Z a l e w s k i, S i v a k, B u r a k, P u c z k o w s k i, Z a r i c k i j i inni).

Na duże trudności napotykamy przy próbach ustalenia czasu trwania cierpienia u poszczególnych chorych. Powolny rozwój choroby,

przystosowanie się ustroju do zmienionych warunków oddychania, powstałych wskutek zmian chorobowych w górnych odcinkach dróg oddechowych, bagatelizowanie objawów chorobowych przez chorych nawet inteligentnych — nie pozwalają na dokładne określenie czasu trwania cierpienia. Chorzy określali przeważnie długość trwania cierpienia na „kilka lat“ (2—3 lata), rzadziej na okres dłuższy. W kilku przypadkach trudno było ustalić nawet przypuszczalny czas trwania choroby, natomiast w 2 naszych przypadkach stwierdzono twardziel zupełnie przypadkowo, przy czym chorzy ci nie podawali żadnych skarg ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, mimo zaawansowanej klinicznie postaci twardzieli.

Umiejscowienie zmian chorobowych obejmowało z reguły kilka odcinków górnych dróg oddechowych. Odosobnione umiejscowienia w naszym materiale zaobserwowałem tylko u 2 chorych, a mianowicie w jednym przypadku zmiany obejmowały tylko jamy nosowe wspólne, zaś w drugim przypadku zmiany widoczne były tylko na ścianach tchawicy. W pozostałych przypadkach zmiany stwierdzano w kilku odcinkach, jak to przedstawia poniższe zestawienie:

nos	83,3 ^o / _o
jama noso-gardłowa	67,6 ^o / _o
gardło	26,3 ^o / _o
krtani	71,6 ^o / _o
tchawica	63,7 ^o / _o
oskrzela	4,4 ^o / _o

Oceniając ogólnie, z punktu widzenia klinicznego, materiał chorych, jaki miałem możliwość obserwować, podkreślić należy, że byli to chorzy z daleko posuniętymi zmianami, powodującymi znaczne trudności oddychania, z przewagą zmian w krtani i tchawicy, u których wykonanie zabiegu otwarcia tchawicy nie należało do rzadkości.

Wśródrodzinnych schorzeń w materiale naszym stwierdzono dwa przypadki. W jednej z rodzin chorowało dwóch braci; jeden z nich w wieku lat 24 z rozległymi naciekami jam nosowych, jamy noso-gardłowej i krtani, u którego byliśmy zmuszeni dokonać tracheotomii, zaś u młodszego 20-letniego stwierdzało się zmiany zanikowe w nosie i nieduże nacieki w krtani i tchawicy. W drugiej zaś rodzinie cierpieniem dotknięta była dziewczynka 14-letnia, której matka chorowała na twardziel i na dwa lata przed zgłoszeniem się dziewczynki do leczenia matka zmarła na bliżej nie zapodaną chorobę (tyfus plam.). Fakty te przemawiają za możliwością zakażenia się twardzielią przy dłuższym wspólnym pożyciu. Jak dowiodły badania *S z m u r ł y* wśród członków rodzin osobników

dotkniętych twardzielą, cierpieniem tym w kilku rodzinach dotkniętych było po dwie osoby i to przeważnie wśród rodzeństwa, w paru zaś rodzinach było chorych więcej niż po dwie osoby. S i v a k podaje, że w ośmioosobowej rodzinie wszyscy osobnicy chorzy byli na twardziel, podobnie H a r a donosi o 7 chorych w jednej rodzinie. P u c z k o w s k i stwierdzał wśródrodzinną twardziel w 5% przypadków. S n i j d e r s podaje, że na Sumatrze spotykał twardziel wyłącznie wśród osób spokrewnionych.

W jednym z naszych przypadków stwierdzono jednocześnie gruźlicę rozpadową płuc. S z m u r l o na podstawie badań anatomo-patologicznych doszedł do wniosku, że „istnieje pewnego rodzaju antagonizm między twardzielą a gruźlicą”. N o w i c k i spośród 31 sekcjonowanych chorych z twardzielą spostrzegł łącznie 7 przypadków gruźlicy, w tym 2 przypadki gruźlicy włóknistej szczytowej z równoczesnym gojącym się procesem w gruczołach chłonnych, 2 przypadki gruźlicy włóknistej ograniczonej w płucach i 3 przypadki z nieznacznymi, prawie wygojonymi zmianami w płucach. D o b r z a ń s k i w materiale, obejmującym 800 przypadków stwierdził gruźlicę rozpadową u 2 chorych. A ł u k e r i S z p r e j r e g e n wśród 217 przypadków twardzieli w klinice B u r a k a stwierdzili w 8 przypadkach otwartą gruźlicę płuc, a w 3 innych wyraźne zmiany fizykalne, łącznie więc w 11 przypadkach, co stanowi 5%. Najwyższy odsetek kombinowanej twardzieli i gruźlicy płuc podał W o j a c z e k, określając cyfrą 10%. B u r a k w swoim dużym materiale spostrzegał gruźlicę w 1,3%. Przytaczając powyższe dane, należy stwierdzić, że połączenie gruźlicy i twardzieli nie należy do rzadkości.

Wnioski

1. W woj. lubelskim znajdują się autochtoniczne, endemiczne ogniska twardzieli, z większymi skupieniami w powiatach: lubartowskim, lubelskim, tomaszowskim i włodawskim.
 2. Na twardziel zapada przede wszystkim ludność rolnicza (80%), w większości kobiety (67,8%); przeważnie w wieku między 16 a 40 rokiem życia.
 3. Klinicznie przeważa dość ciężka postać krtaniowo-tchawicza.
 4. Pożądanym jest przeprowadzenie badań w terenie, celem skontrolowania rodzin chorych na twardziel, wyszukanie osobników chorych i przeprowadzenie właściwego leczenia.
-

P I Ś M I E N N I C T W O

- Ałuker S. M. i Ewstafiejew N. T. — Sbornik Trudow I Wsiesojuznoj Konfierencji po Skleromie. Mińsk, 1940.
- Buřak S. — Das klinische Bild des Skleroms. ref. Der Hals-Nasen-Ohrenartz. Band, 43, 1936.
- Behzet—Tezel — Zeitschrift für Hals-Nasen- und- Ohrenheilkunde. Band, 40, 1937.
- Berlinerblau L. — Polska Gazeta Lekarska. Lwów, 1932.
- Bernfeld K. — Folia otolaryngologica. Band, 38.
- Belinow S. — Zeitschrift für Hals-Nasen-u-Ohrenheilkunde. Band, 40, 1937.
- Buřak S. — Sbornik Trudow I Wsiesojuznoj Konfierencji po Skleromie. Mińsk, 1940.
- Cukerman A. P. — Sbornik Trudow I Wsiesojuznoj Konfierencji po Skleromie. Mińsk, 1940.
- Cipkina B. A. — Sbornik trudow I wsiesojuznoj konfierencji po skleromie. Mińsk, 1940.
- Czarnecki H. — Otolaryngologia Polska. Rok II, 1948.
- Dobrzański A. — Polska Gazeta Lekarska. Lwów, 1933.
- Dobrzański A. — Zeitschrift für Hals-Nase-u-Ohrenheilkunde. Band, 40, 1937.
- Falcao P. C. — Archives of Otolaryngology 45/4, 1947.
- Gąsiorowski N. — Polska Gazeta Lekarska, 1933.
- Hara H. J., Pratt O. B., Lewine M. G., Hoyt R. E. — Annals Otology-Rhino- and Laryngology. T. LXI, 1947.
- Helman D. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T. XV.
- Jaczewski — Pamiętnik jubileuszu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego. 1925.
- Jankowski W., Wolner G. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T.XI.
- Jankowski W., Wolner G. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T.XI.
- Knapp. — Die Ausbreitung des Skleroms in Deutschland. Der Hals-Nasen und Ohrenarzt. Band, 48, 1939.
- Meisel H., Mikulaszek E. — Polska Gazeta Lekarska, 1933.
- Miodoński J. — Polska Gazeta Lekarska, 1932.
- Miszarin A. P. — O rinoskleromie w wostocznej Sibirii. Archiv Sovietskoj Otorinolaryngologii. N. 2, 1936.
- Nowicki W. — Polska Gazeta Lekarska, 1932.
- Palester H. — Le sclerome en Pologne. Paris, 1932.
- Potapow I. I. — Sbornik trudow I wsiesojuznoj konfierencji po skleromie. Mińsk, 1940.
- Putschkovsky A. — Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde. Band, 28, 1931.
- Sercer A. — Folia Otolaryngologica. Band, 38, 1914.
- Sercer A. — Monatsschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde. Band, 72.
- Schwarzbart A. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. Tom XII.
- Sivak M. — Monatsschrift für Hals-Nasen und chrenheilkunde. Band, 75, 1941.

- Snijders cyt. wg Belinowa.
- Streit — Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde. Band, 40.
- Strelow W. J. — Archiv Sovietskoj Otolaryngologii. N. 1, 1937.
- Szmurło J. — Polska Gazeta Lekarska. Lwów, 1931.
- Szmurło J. — Choroby nosa. Wilno, 1936.
- Szmurło J. — Choroby krtani i tchawicy. Wilno, 1932.
- Szprejregen E. Z., Ałuker S. M. — Sbornik trudow I wsiesojuznoj konfierencii po skleromie. Mińsk, 1940.
- Wojaczek cyt. wg Szprejregena i Ałukera.
- Zalewski T. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T. XV, 1939.
- Zalewski T. — Gazeta Polska Lekarska, 1932.
- Zalewski T. — Gazeta Polska Lekarska, 1933.
- Zarickij L. A. — Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T. XI.
- Zarickij L. A. — Sbornik trudow I wsiesojuznoj konfierencii po skleromie. Mińsk, 1940.
- Żebrowski A. cyt wg Szmurły.
-

Р Е З Ю М Е

В период от 1939 до 1940 г. автор собрал наблюдения 90 случаев риносклеромы на территории Люблинского округа.

Большинство больных было из Влодавы, Любартова, Люблина, и Томашова. Самый юный из наблюдаемых и леченых пациентов был в возрасте 7, а самый старший 75 лет. Возраст большинства пациентов заключался в пределах от 16 до 45 лет. Земледельцы и жители деревень составляли подавляющее большинство больных, а именно 80%. По мнению автора женщины гораздо чаще заболевают риносклеромой (67,8%) чем мужчины (32,2%). В клиническом отношении автор наблюдал преимущественно тяжелый, гортанно-трахеальный вид болезни.

Автор намеревается провести исследования больных а также ближайших окружающих лиц на месте их жительства.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser hatte im Laufe 1939—1940 Jahren in der Woiwodschaft Lublin (Polen) 90 Skleromakranken gesammelt. In der Umgebung der Städten Włodawa, Lublin, Lubartów und Tomaszów wurde die grössere Menge der Skleromakranken festgestellt. Der jüngste Patient war 7 und der älteste Patient 75 Jahre alt. Die grösste Zahl der Kranken war zwischen 16 und 40 Jahren. Die Weiben erkrankten öfter 67,8% als die Männer 32,2%. Die Bauernbevölkerung wurde im 80% betroffen, jedoch in der Stadt Lublin (über 100.000 Einwohner) wurde 7 Fälle festgestellt. Klinisch konnte man am meisten schweres laryngo-tracheales Bild erkennen. Der Verfasser beabsichtigt die Untersuchungen in Wohnungsörten der Patienten durchführen.