

Warszawa

Prof. dr hab. med. Anastazy Landau

Profesor Anastazy Landau należał do grona najwybitniejszych polskich internistów i cieszył się szczególnym autorytetem jako znakomity klinicysta. Urodził się w Żychlinie k. Kutna. W 1899 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, po czym rozpoczął pracę w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. W 1921 r. objął stanowisko kierownika oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego. Lata II wojny światowej spędził za granicą, między innymi w Edynburgu, gdzie był ordynatorem szpitala im. I. Paderewskiego. Po powrocie do kraju ponownie objął stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego, przekształconego później w Instytut Gruźlicy. Jako kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Studium Doskonalenia Kadr Lekarskich AM w Warszawie wniósł duży wkład w nauczanie podyplomowe lekarzy, dając się poznać jako świetny dydaktyk. Był także członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk i wielu towarzystw naukowych. Zmarł w Warszawie w 1957 r.

Profesor Landau był autorem ponad 200 prac oryginalnych i kazuistycznych. W 1956 r. nakładem Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich ukazała się jego książka pt. „Rozpoznawanie i różnicowanie chorób wewnętrznych”. W niniejszym wspomnieniu chcieliśmy przywołać pierwszy w Polsce opis guza chromochłonnego rozpoznanego za życia pacjenta i zweryfikowanego operacyjnie, który ukazał się w 1935 roku w „Polskiej Gazecie Lekarskiej”, a którego autorami byli A. Landau, L. Paszkiewicz, Z. Sławiński, E. Steffen.



Opis przypadku:

„U młodego osobnika, lat 34, dotąd zdrowego, występuje napadowo o stałej porze stereotypowy zespół objawów o następujących cechach:

1. Częste zblednięcie powłok, w szczególności kończyn, z ochłodzeniem ich i zanikiem tętna w tętnicach obu stóp.

2. Skoki ciśnienia tętniczego z przeciętnego poziomu 100/70 mm Hg do 250/150–160 mm Hg i utrzymywanie się na osiągniętej wysokości przez okres 1–4 godzin. Jako skutek nadciśnienia występuje dźwięczność II tonu

nad tętnicą główną, a ku końcowi napadu występują u podstaw obu płuc rżenia drobnobańkowe, przy czym zjawia się pienista krwawa płwocina — zwiastun obrzęku płuc, a jednocześnie dowód słabnięcia siły skurczowej lewej komory.

3. Przyspieszenie tętna w pierwszym okresie, tj. od momentu wystąpienia objawów obrzęku płuc — umiarkowane (80–100/min), później ku końcowi nasilające się jeszcze bardziej — do 120/min.

Objawy dodatkowe:

A. Nudności, ślinotok, bóle w dołku z uczuciem skręcania wnętrzości; gwałtowne ruchy wymiotne (obecne ze zmiennym natężeniem przez cały czas napadu).

B. Ból głowy, tętnienie w skroniach; sztywność źrenic i dwojenie w oczach.

C. Zlewne poty na początku napadu dotyczące tylko czoła, potem kończyn, a wreszcie obejmujące również tułów.

Ustępowanie całego zespołu objawów w miarę spadku ciśnienia i zupełnie dobre samopoczucie w okresie międzynapadowym. Kilka danych laboratoryjnych uzupełnia obraz; są to: przecukrlenie krwi i cukromocz, podwyższenie ciepłoty ciała oraz zwiększenie ilości białych ciałek we krwi dające się stwierdzić w związku z napadami”.

Autorzy piszą dalej:

„Rozpoznanie guza (chromochłonnego, przypis) jako przyczyny nadciśnienia pociągało za sobą nowe

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz
ul. Prezydencka 3, 02-072 Warszawa

 Copyright © 2003 Via Medica, ISSN 1428-5851

wskazania lecznicze, które w obecnym stanie wiedzy są dwojakie: naświetlanie promieniami X, jako zabieg mogący dać czasową poprawę, i usunięcie operacyjne guza — zabieg rokujący trwale wyzdrowienie.

Szybki postęp sprawy chorobowej, coraz to bardziej słabnące siły chorego, wymagały rychłej decyzji, lecz tu natknęliśmy się na trudności w ustaleniu umiejscowienia guza, który według dotychczasowych spostrzeżeń może rozwijać się:

1) w jednym z nadnerczy, najczęściej prawym,

2) w związku z nadnerczem dodatkowym, jak w operowanym pomyślnie przypadku Ch. Mayo, wreszcie

3) w którymkolwiek z tzw. paragangliów — czego dowodem jest ostatnio ogłoszony, operacyjnie ustalony, przypadek J. Bauera, R. Lerichea, Stangla, Hausmanna i Getzowa (punkt wyjścia — ciałko Zuckerkandla)."

Autorzy podkreślają w swoim opisie, że „ani obmacywanie, ani zdjęcia rentgenologiczne nie dały żadnych wskazówek o umiejscowieniu przypuszczalnego guza”.

Chory został poddany zabiegowi operacyjnemu. W czasie operacji w okolicy prawego nadnercza usunięto gładki, kulisty guz wielkości kurzego jaja. Obraz mikroskopowy guza odpowiadał utkaniu rdzenia nadnerczy. Po operacji nastąpiła normalizacja ciśnienia krwi. Po kilku dniach wystąpiły objawy obustronnego zapalenia płuc, które było przyczyną zgonu.

Przytoczony przypadek dowodzi, że wnikliwa ocena objawów klinicznych i zdolność ich powiązania z nadmiernym wydzielaniem przez rdzeń nadnerczy amin katecholowych zadecydowały o prawidłowym rozpoznaniu i o podjęciu ryzykownej wówczas decyzji leczenia operacyjnego. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że rozpoznanie zostało ustalone w okresie, gdy nie były jeszcze dostępne biochemiczne metody diagnostyczne oraz nieinwazyjne metody lokalizacyjne, które całkowicie zmieniły podejście do diagnostyki i leczenia tej postaci nadciśnienia tętniczego.

Profesor Landau zwracał szczególną uwagę na znaczenie logicznego myślenia klinicznego, stanowiącego najważniejszy element postępowania lekarskiego. We wspomnianej już książce pisał m.in.: „Najważniejszą umiejętnością lekarza jest umieć patrzeć na chorego i myśleć. Myśl diagnostyczna powinna się zrodzić w umyśle lekarza od pierwszego zetknięcia się z chorym, od pierwszego rzutu oka i wymiany pierwszych słów”.

Dziś, w okresie niebywałego postępu w dziedzinie diagnostyki i leczenia guza chromochłonnego, powyższy opis zasługuje na szczególną uwagę. Przywołując go, autorzy pragną wydobyć z niepamięci i złożyć hołd osobie wybitnego uczonego i lekarza.

Powyższy fragment został przedrukowany z monografii „Guz chromochłonny” pod red. W. Januszewicza i wsp., wydanej przez PZWL w 2000 r., i został przytoczony za zgodą Wydawnictwa.