

---

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie  
Kierownik: prof. dr Aleksander Goldschmied

Aleksander GOLDSCHMIED

**Pierwsze spostrzeżenia dotyczące leczenia snem  
nadczynności tarczycy**

**Первые наблюдения касающиеся лечения сном  
гипертиреозов**

**Preliminary report on the sleep therapy applied in case  
of hyperthyrosis**

W wyniku praktycznego zastosowania nauki Pawłowa, uzyskała medycyna nową metodę leczniczą a mianowicie leczenie długotrwałym snem. Metoda ta może się już poszczycić w obecnej chwili dość obszernym piśmiennictwem, obejmującym doświadczenia szeregu klinik radzieckich, odnoszącym się do leczenia snem rozmaitych stanów patologicznych w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii i innych. W klinice chorób wewnętrznych głównie zastosowanie znalazła omawiana metoda w leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz nadciśnienia tętniczego tzw. samorodnego. Przyjmując ściśle powiązanie czynności układu wewnętrzno-wydzielniczego z działalnością układu nerwowego z korą mózgową na czele i wybitny udział czynnika neurogennego w etiopatogenezie stanów nadczynności tarczycy a zwłaszcza decydujący wpływ ośrodkowego układu nerwowego na patogenezę choroby Basedowa, postanowiliśmy w I Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie rozpocząć leczenie tych stanów, podobnie zresztą jak i choroby wrzodowej, przy pomocy leczenia snem. Podałem to już do wiadomości na Zjeździe Uzdrowiskowym w Krynicy w październiku 1950 r.

Leczenie snem przeprowadzamy na specjalnie do tego przystosowanym Oddziale. Jest on odizolowany do pewnego stopnia od reszty kliniki przy pomocy podwójnej, ciężkiej kotary, tłumiącej dźwięki. Oddział posiada

20 łóżek, pomieszczonych w małych salkach. Drzwi każdej z sal chorych zawieszono również kolarą. Podłoga korytarza wyłożona jest szczelnie grubym chodnikiem. Również na podłogach sal leżą chodniki. Okna sal zasłonięte są ciemnym, dającym się odsunąć materiałem. Każda sala zaopatrzona jest w 2 lampy. Jedna, stołowa czynna jest tylko w czasie wykonywania zabiegów i spożywania wieczerzy, druga wisząca, kulista, pomalowana jest cała na kolor zielono-siny z wyjątkiem krążka umieszczonego w środku lampy, nie pomalowanego. Wskutek takiego oświetlenia panuje na sali łagodny półmrok.

Na Oddziale istnieje specjalnie przemyślany porządek dnia, regulujący sprzątanie, wietrzenie, opalanie sal, przyjmowanie posiłków i toaletę chorych w ten sposób, aby nie przeszkadzać w czasie snu \*).

Doświadczenie pokazało, że racjonalne leczenie snem da się przeprowadzić jedynie w warunkach możliwie ścisłego odizolowania oddziału. Wskazują na to również dane z piśmiennictwa. Pierwotnie oddział leczenia snem, oddział kliniki P a w ł o w a, był w ten sposób urządzony, że panowała w nim zupełna cisza. Do snu usposabiał ponadto przygluszony dźwięk metronomu (cyt. wg I w a n o w a - S m o l e Ń s k i e g o). Konieczność izolacji chorych w oddzielnych salach i odpowiedniego reżimu podnoszą również G r a s z c z e n k o w i Z ł o t n i k.

Sprawa jest tym ważniejsza, że — jak się okazało — chorzy pogrążeni we śnie (o ile nie jest on narkotyczny) łatwo się budzą przy niewielkim nawet hałasie czy szumie, tak że nie przestrzeganie zupełnej ciszy niweczy w dużym stopniu nasze zamierzenia.

Na Oddziale zorganizowana jest specjalna opieka lekarska i pielęgniarska, mająca obowiązek czuwania nad chorymi, mimo, że ten sposób leczenia, który my stosujemy, okazał się zupełnie nieszkodliwy.

Według I w a n o w a - S m o l e Ń s k i e g o można rozróżnić 3 stopnie leczniczego snu:

- a) krótkotrwały sen narkotyczny, przechodzący mniej lub więcej szybko w długotrwałą narkozę,
- b) długotrwały sen narkotyczny, podtrzymywany na poziomie głębokiego snu fizjologicznego, nie przechodzący w narkozę i przerywany 2 razy na dobę dla nakarmienia chorego, opróżnienia pęcherza i jelita i dla toalety chorego,

---

\*) Techniczne szczegóły, dotyczące urządzenia Oddziału, jak również metodyka leczenia zostały opracowane przy udziale kol. Z. Rakalskiej, Z. Mizerskiego, Sz. Wildsteina, Al. Szyrkowca i J. Meissnera.

- c) przedłużony sen fizjologiczny (od 10 do 15 godzin na dobę). Najbardziej nieszkodliwym w rozumieniu toksyczności jest przedłużony sen fizjologiczny.

W naszej Klinice dążymy do snu fizjologicznego przedłużonego od 14 do 16 godzin na dobę. Osiągamy go przy pomocy środków nasennych, często zmienianych i dawkowanych według pewnego schematu z uwzględnieniem jednak indywidualnej wrażliwości chorego na dane środki nasenne. Stosowaliśmy te środki nasenne, w które nasza apteka szpitalna była w dostatecznej ilości zaopatrzona. Środki nasenne zasadnicze, używane przez nas, to: noctal (jednorazowa dawka 0,15), luminal (jednorazowa dawka 0,1) i phanodorm (jednorazowa dawka 0,2). Każdy z tych środków podajemy przez 2 dni w tygodniu, w siódmym dniu (w niedzielę) nie podajemy żadnych leków nasennych. Z początku podajemy 2 dawki dziennie, a następnie 3 dawki. Środki nasenne pomocnicze, to bromek sodu (1 g dziennie doustnie lub dożylnie) i woda chlorału (1 g dziennie w ławatywce). W razie podrażnienia przewodu pokarmowego podajemy środki nasenne pozajelitowo, bądź to całkowicie bądź też częściowo. Jeszcze raz należy podkreślić konieczność indywidualizacji i częstej zmiany leków nasennych. Wzmianki, wskazujące na tę konieczność znajdziemy również i w piśmiennictwie. Mimo, że każdy z autorów posługuje się nieco inną kombinacją leków nasennych, to jednak w skład każdego schematu wchodzi 2 grupy leków: przetwory barbiturowe i bromowe, a czasem i woda chlorału. Po szczegóły odsyłam do odnośnych prac (Andrzejew, Tarasow i Czernienko, Czernorucki, A. A. Wiszniewski i inni). Niektóre prace radzieckie z omawianej dziedziny zreferowane są w pracy I. Hausmanowej

U chorych wykazujących objawy nadczynności tarczycy stosowaliśmy poza leczeniem snem dietę z miernym ograniczeniem białka. Poza normalnymi badaniami klinicznymi przeprowadza się u chorych badanie bilansu wodnego i próby czynnościowe wątroby przed rozpoczęciem leczenia i po jego ukończeniu. Badania te, stanowiące treść pracy st. asyst. Kliniki Zofii Rakalskiej, będą ogłoszone w odpowiednim czasie. Z dotychczasowych badań wynika, że stosowane przez nas leczenie snem nie uszkadza miąższu wątroby, jak również, że spostrzeganego w czasie leczenia przyrostu wagi ciała nie można kłaść (lub w znieznaczonym tylko stopniu) na karb zatrzymania wody w ustroju. U większości kontrolowano dwu- lub trzykrotnie podstawową przemianę materii.

Nasze spostrzeżenia opierają się dotychczas na 20 przypadkach z nadczynnością tarczycy o różnym nasileniu od „czystych“ nadczynności średniego stopnia bez objawów tzw. ośrodkowych, aż do ciężkich „klasycz-

nych“ postaci choroby Basedowa. Najwyraźniejsze wyniki uzyskaliśmy w przypadkach choroby Basedowa.

Przeciętny okres leczenia snem wynosił około 4 tygodni. Ustalenie długości okresu leczenia przedstawiało pewne trudności. W piśmiennictwie, poświęconym leczeniu snem znajdujemy dość rozmaite zalecenia w tej sprawie. Tak np. *Andrzejew* stosuje sen 15—20-dniowy przy 20—22-godzinny śnie w ciągu doby. *Wiszniewski* stosuje leczniczo sen 18—20 godzinny w ciągu doby przez 2—25 dni. Inni autorzy podają okres 10—15 dni. Uważaliśmy, że jeżeli będziemy posługiwali się snem 14—16 godzinnym na dobę, a nie 20 godzinnym, to czas trwania leczenia winien być nieco dłuższy, niż przy 20 godzinnym śnie, jeżeli chcemy wyrzucić głęboki wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Zatrzymaliśmy się więc na okresie 4-tygodniowym z 1-dniową przerwą po każdym 6 dniach leczenia. Nie jest wykluczone, że uda nam się okres ten skrócić, do czego też ostatnio dążymy.

Ścisłe liczbowe określenie otrzymanych przez nas wyników jest jeszcze przedwczesne. Możemy jednak już obecnie podać następujące spostrzeżenia. Stan wszystkich chorych uległ poprawie, niekiedy bardzo wybitnej. Drażliwość i podniecenie ustępowały, drżenie rąk wybitnie zmniejszało się, chorzy, którzy przed rozpoczęciem leczenia tracili na wadze (do 20 kg w ciągu kilku miesięcy) przestawali chudnąć lub też wykazywali przyrost wagi ciała, niekiedy do kilku kilogramów. Biegunki ustępowały albo przynajmniej zmniejszały się znacznie. Przemiana podstawowa obniżała się w rozmaitym stopniu, czasem bardzo znacznie np. z + 73 do — 10, z + 69 do + 12, z + 44 do + 3, z + 35 do + 2, niekiedy mniej wyraźnie, np. z + 68 do + 49, z + 42 do + 27. Tętno obniżało się regularnie. Szczególnie pragnę podkreślić, że leczenie snem wywiera wpływ — o ile można twierdzić na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń — na objawy oczne i na wymiary wola. Zauważyliśmy, że przynajmniej w niektórych przypadkach choroby Basedowa zmniejszył się wyraźnie wytrzeszcz gałek ocznych. Pomiaru obwodu szyi wskazują na zmniejszenie się wola. W kilku przypadkach zmniejszenie to wynosi 1—3 cm, w jednym przypadku (ciężka postać choroby Basedowa) wola zmniejszyło się tak znacznie, że właściwie można mówić o jego zaniku. Zmniejszenia się obwodu szyi nie można odnieść wyłącznie do zmniejszenia się przekrwienia z powodu leżenia w łóżku, bowiem zmniejszenie to utrzymywało się i po ukończeniu leczenia, przynajmniej u tych chorych, których stan mogliśmy skontrolować już po ich wypisaniu się ze szpitala. Gdyby więc obserwacja dużo większej liczby przypadków potwierdziła powyższe dane, mielibyśmy prawo twierdzić, że leczenie snem odróżnia się korzystnie od leczenia przy pomocy takich leków, jak pochodne

tiomocznika, które na objawy oczne i wymiary wola nie wpływają, że leczenie snem ma charakter leczenia patogenetycznego. Ogólne poczucie chorych stale się poprawiało. Niektórzy chorzy pod koniec leczenia wykazywali lekkie oszołomienie i lekki zawrót głowy. W 1 przypadku (na 60 chorych, którzy przeszli przez nasz oddział), stwierdziliśmy chwilowe, nieznaczного stopnia zaburzenie zborności ruchów. Wszystkie te, nie odgrywające praktycznej roli, objawy uboczne cofały się w przeciągu 2–3 dni, najdalej po upływie tygodnia. Ciekawą jest rzeczą, że niektórzy chorzy czuli się następnie jeszcze lepiej, niż w czasie leczenia.

O ile chodzi o trwałość wyników, to zbyt wcześnie jeszcze o tym sądzić. Jedna z naszych chorych, dotknęła ciężką postacią choroby Basedowa, kilkakrotnie zgłaszała się do kontroli, ostatni raz po około 2 miesiącach od chwili ukończenia leczenia. Stan zdrowia stale się poprawiał, u niej właśnie wole prawie zupełnie zanikło, chora znacznie przytyła, o chorobie świadczył niewielkiego stopnia wytrzeszcz oczu. Chora uważała się za zdrową. Podobnie przedstawia się sprawa z niektórymi innymi chorymi. U 2 chorych stwierdziliśmy po wybitnej poprawie jej zahamowanie po upływie kilku tygodni po ukończeniu leczenia. Możliwe, że w niektórych przypadkach wskazane będzie powtórzenie leczenia. Praktyczne znaczenie ma spostrzeżenie, że chorzy, którzy jednocześnie cierpią na inne schorzenia, niekiedy oporniej reagują na leczenie snem. Wyniki są w tych wypadkach mniej wyraźne. Odnosi się to zwłaszcza do kobiet, dotkniętych zmianami zapalnymi narządów rodnych. Dalsze badania okażą nam niewątpliwie drogę postępowania w tych przypadkach.

Spostrzeżenia nasze winny nam w przyszłości wyjaśnić szereg zagadnień. Jednym z ważniejszych jest sprawa ewentualnego kojarzenia leczenia snem z leczeniem przy pomocy innych, dotychczasowych metod zachowawczych np. pochodnych tiomocznika. Chodzi również o wywnioskowanie, w jakich przypadkach należy zalecić leczenie zachowawcze z głównym udziałem leczenia snem, a w jakich leczenie to stanowić ma przygotowanie do zabiegu chirurgicznego. Przyszłość pokaże, jaką rolę leczenie snem odegra w chirurgii tarczycy. Jeżeli się uwzględni, że leczenie to już oddało duże usługi chirurgii radzieckiej, to należy dojść do przekonania, że nie wolno tej roli nie doceniać. Świadczą o tym również pewne wzmianki w piśmiennictwie.

Należy wreszcie dążyć do udoskonalenia metodyki w tym zrozumieniu, aby przy pomocy jak najmniejszej dawki jak najmniej toksycznych przetworów farmaceutycznych uzyskiwać możliwie znaczne rezultaty. Sprawa wyboru odpowiednich leków ma tu ważne znaczenie.

W naszej Klinice rozpoczęliśmy próby zmniejszenia dawki leków nasennych w ten sposób, że po wielokrotnym podaniu leków w pewien stereotypowy sposób (w danym wypadku chodzi o doodbytnicze wprowadzenie wodanu chloralu) uzyskiwaliśmy sen nawet wtedy, gdy dawka leku była we wprowadzonej zawieszynie minimalna, albo gdy wprowadzaliśmy samą substancję obojętną bez leku. Wywoływaliśmy więc niejako warunkowy odruch snu. Próby te będą nadal prowadzone.

Jak wynika z naszych spostrzeżeń, potwierdziły one założenie, wpływające z nauki Pawłowa i z teorii korowo-trzewiowej Bykowa o możliwości wywierania leczniczego wpływu na narządy ustroju poprzez wpływ na ośrodkowy układ nerwowy. Nie ulega wątpliwości, że leczenie snem, które już dotychczas dało bardzo zachęcające wyniki, zasługuje na szerokie zastosowanie w praktyce lekarskiej.

---

#### P I S M I E N N I C T W O

- Andrejew F. — Leczenie snem wnutriennych boleźniej. Mied. Rab., 39, 1949
- Czernorucki M. W. — Ob etiepatogenezie jazwiennoj boleźni „Problemy kortikowisceralnoj patologii“. Moskwa 1949.
- Graszczenkow N. I. i Złotnik E. I. — Uczenie I. P. Pawłowa i jewo znaczenie dla chirurgii. Chirurgija, 10, 1950.
- Hausmanowa I. — Rola układu nerwowego w chorobie wrzodowej w świetle badań radzieckich. P. T. L. Nr 13, 1950.
- Iwanow—Smoleński A. G. — Idei I. P. Pawłowa ob ochranitielnom tormożenii i sonnaja terapija. Klin. Mied., 9, 1949.
- Tarasow J. K. i Czernienko E. I. — Opyt lečenija dlitielnym snom jazwiennych bolnych u „Problemy kortikowisceralnoj patologii“. Moskwa 1949.
- Wiszniewski A. A. — Znaczenie sonnoj terapii po Pawłowu w chirurgiczeskoj klinike. Sow. Mied., 2, 1950.
-

## Р Е З Ю М Е

Принимая учение Павлова и кортико-висцеральную теорию Быкова в практике, I терапевтическая клиника Медицинской Академии в Люблине организовала отделение лечения сном. Кроме язвенной и гипертонической болезней подверглось лечению сном до сих пор 20 случаев гипертиреоза. Часть случаев это „чистый” гипертиреоз, без центральных явлений, часть — случаи классической базедовой болезни. Описана методика лечения при помощи которого вызывается удлиненный физиологический сон 14—16 часов в сутки. Предварительные наблюдения дали весьма ободряющие результаты. В наблюдаемых случаях самочувствие улучшалось, базальный обмен понижался, иногда значительно (напр. с 73 до 10) иногда в средней степени, упадок веса прекращался, а иногда наблюдалось у больных несколько килогр. прибавления веса; раздражение и дрожание рук уменьшалось, поносы прекращались целиком или значительно уменьшались.

Нужно особенно подчеркнуть, что если можно судить на основании проведенных до сих пор наблюдений, лечение сном влияет полезно на выпучивание глаз и на размеры зоба (уменьшая в нескольких случаях зоб; в одном случае зоб практически исчез). Таким образом кажется, что лечение сном превышает лечение при помощи напр. препаратов тироурацила, которые на зоб и на глазные симптомы не влияют, и что лечение сном гипертиреоза имеет характер лечения патогенетического.

Об отдаленных результатах нельзя пока сказать ничего определенного. Дальнейшие наблюдения должны решить вопрос, в каких случаях можно применить лечение сном самостоятельно, а когда как подготовку к хирургическому вмешательству. Возможно, что комплексное лечение сном с другими средствами будет являться методом выбора.

Важное значение имеет стремление получить хороший сон при помощи возможно небольших доз снотворных. Клиника наша с этой целью приступила к следующим пробам. Если после многократного ректального применения хлоралгидрата например в молоке, применить минимальную дозу медикамента разбавленного в молоке, можно получить такой-же сон, как после полной дозы медикамента. Можно сказать что таким образом вызывается условный рефлекс сна. Эти наблюдения будут континуироваться в клинике.

## S U M M A R Y

As a result of the practical application of the Pawlow's teaching and Bykow's corticovisceral theory, I Clinic of the Internal Diseases in Lublin has organized a special department of sleep therapy. Besides the peptic ulcer and hypertonic cases the treatment was applied in case of 20 patients with hyperthyreosis. Some of the cases are to be regarded as „pure“ hyperthyreosis, void of any symptoms of central origin, whereas some of them presented typical symptoms of morbus Basedovi.

The author furnishes the methods of treatment by means of which the prolongation of the physiological sleep up to 14—16 hours, could be induced. The results of the experiments carried out to-date are very encouraging. The patients who had undergone this type of treatment are in high spirits, their basal metabolism rate has considerably decreased (c. g. from + 73 to — 10) and sometimes to a moderate degree, the loss of weight has stopped, in some cases even gain on weight could be observed sometimes up to a few kilograms; nervous excitability, tremor of hands have vanished. Diarrhea either passed completely away or considerably diminished.

Moreover, it should be stressed that judging on the basis of to-date observations — sleep therapy has a very favourable effect on the exophthalmus and size of the goiter, which in some cases diminished in size, and in some instances practically disappeared. Thus, it seems that the sleep therapy has an advantage over the thiouracil method which does not affect the goiter and exophthalmus, and also that the sleep therapy in case of hyperthyreosis is of pathogenic character.

As to the further results, we are not in position to draw any conclusions. Further observations should supply us an answer to the problem in which cases the sleep treatment should be applied as a substantial and independent method, and when as a preparation to the surgical intervention. It is possible that the sleep therapy combined with other therapeutical means will prove to be the method of choice. Very important is our present tendency aiming to obtain a sound sleep with possibly small doses of the hypnotics. With that object in view, the following trials are being made. After many times repeated intrarectal introduction of chloral hydrate e. g. in milk, a minimal dose of the diluted in milk drug is being administered with the same effect as in case of a full dosage. It is to be assumed that the conditioned reflex is then being induced. Further investigations in our Clinic in that direction will follow.