

Dorobek publikacji dolnośląskiej medycyny w zbiorach Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej

Damian Domżański

Dorobek publikacji dolnośląskiej medycyny w zbiorach

Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej

Choć nadrzędnym celem działania szpitala jest ratowanie ludzkiego zdrowia i życia, to prowadzi on również mniej znaną sferę działań związaną ze zgoła odmienną od medycyny archiwistyką. Szpitalne składnice akt i archiwa zakładowe nie tylko przechowują i udostępniają dokumentację medyczną, ale przy sprzyjających warunkach mogą posiadać w swoich zasobach prace naukowe, czasopisma i inne publikacje z zakresu nauk medycznych, tym samym tworząc bazę źródłową do badań nad historią medycyny.

Taka sytuacja ma miejsce w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej. Podczas ekspertyzy archiwalnej w 2021 roku udało się odnaleźć archiwalne wydania *Polskiego Tygodnika Lekarskiego* oraz *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego*, które pozwalają zapoznać się z pracą wielkich dolnośląskich, a w szczególności wrocławskich specjalistów.

W zbiorach DSS im. T. Marciniaka - CMR, znajduje się 5 numerów *Polskiego Tygodnika Lekarskiego* z lat: 1959, 1963, 1965, 1970 (2 numery) oraz wypis z *Polskiego Przeglądu Chirurgicznego* z 1973 r. wraz z pierwowzorem zamieszczonego tamże artykułu w formie rękopisu i maszynopisu.

Łącznie 8 artykułów z zakresu m. in. mikrobiologii, kardiologii i chirurgii.

Wśród autorów publikacji znajdziemy takie osoby jak prof. Stefan Ślopek, wybitny mikrobiolog związany z ówczesną Akademią Medyczną w Katowicach i Wrocławiu oraz Polską Akademią Nauk; prof. dr hab. Marian Mordarski, jeszcze w czasach studiów współpracownik profesora Ludwika Hirszfelda w Akademii Medycznej we Wrocławiu. Później profesor Mordarski stał się uznanym na świecie autorytetem w dziedzinie mikrobiologii; prof. Bogumił Halawa związany z Uniwersytecką Kliniką Kardiologii we Wrocławiu oraz prof. dr hab. Wiktor Bross, ojciec chirurgii klatki piersiowej, założyciel tzw. „Wrocławskiej Szkoły Chirurgii”.

Dla DSS im. T. Marciniaka zapewne najważniejsze są postaci pracujących w tzw. Szpitalu Kolejowym Wiesława Sołtysa, który rozpoczął od 1973 roku w Szpitalu Kolejowym we Wrocławiu operacje wytwórcze przełyku; Tomasza Ciska, nauczyciela akademickiego Wydziału Lekarskiego we Wrocławiu oraz Marka Ławińskiego, Leona Kulpy i Grzegorza Olszańskiego, którzy publikowali prace na temat leczenia zakrzepowego zapalenia kończyn dolnych.

Na łamach zachowanych w składnicy akt DSS im. T. Marciniaka periodyków publikowało łącznie 27 specjalistów związanych z Dolnym Śląskiem. Śledząc ówczesne postępy w naukach medycznych, lekarze zapewne będą w stanie prześledzić dokładnie przemiany jakie uitorowały drogę do obecnego poziomu medycyny, a laicy poszerzą swoje horyzonty o zapoznanie się z działaniami lokalnych mistrzów sztuki medycznej z przeszłości.

Lista artykułów dolnośląskich specjalistów

Stefan Ślopek, Marian Mordarski, Alicja Tkaczowa, *Wrażliwość na antybiotyki bakterii wyosobnionych od chorych w r. 1957*, [w:] *Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Rok XIV, Warszawa, 2 marca 1959 r., Nr 9., ss. 376-379.

Stefan Koźmiński, Tadeusz Czereda, Tomasz Cisek, *Przyczyny niepowodzeń w leczeniu operacyjnym żyłaków kończyn dolnych*, [w:] *Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Rok XVIII, Warszawa, 3 czerwca 1963 r., Nr 23., ss. 813-815.

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej

Anna Rudkowska, Alicja Drabkowska, *Kliniczny obraz ślepoty korowej*, [w:] *Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Rok XX, Warszawa, 22 listopada 1965 r., Nr 47., ss. 1781-1783.

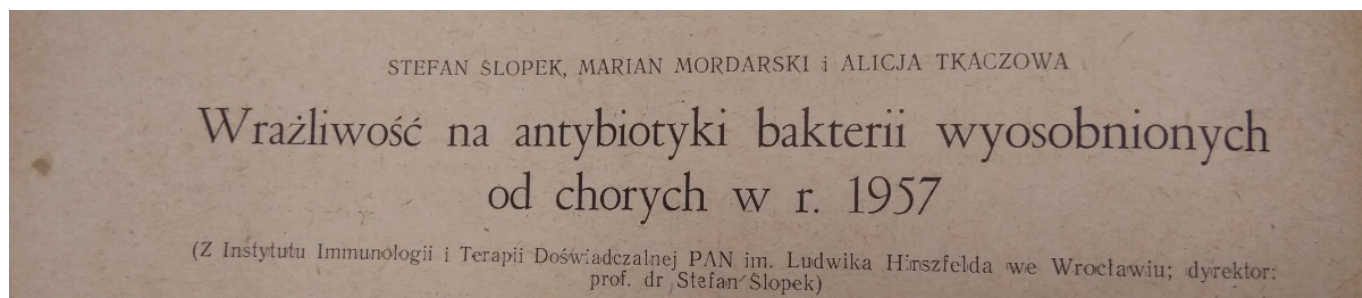
Wiktor Bross, Stefan Koczorowski, Tadeusz Kaniowski, Ryszard Kociemba, Lidia Wilkowska-Kociemba, *Bezoar u chorego z rakiem żołądka*, [w:] *Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Rok XXV, Warszawa, 2 listopada 1970 r., Nr 44., ss. 1660-1661.

Bogumił Halawa, Maria Witkowska, *Objętość krwi krążącej u chorych na zawał mięśnia serca*, [w:] *Ibidem.*, ss. 1646-1647.

Zbigniew Knapik, Maria Kurzawska-Mielecka, Barbara Samplawska-Maj, Janina Włodarczykowska, *Ocena układu krzepnięcia krwi w zarostowo-zakrzepowym zapaleniu naczyń krwionośnych w oparciu o badania tromboelastograficzne*, [w:] *Polski Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie, Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Rok XXV, Warszawa, 19 października 1970 r., Nr 42., ss. 1577 - 1579.

Henryk Doktorczyk, Danuta Knapikowa, Tadeusz Mielecki i Jerzy Woźniak, *Rodzinne występowanie osteopoikilii*, [w:] *Ibidem.*, ss. 1585-1586.

Marek Ławiński, Tomasz Cisek, Wiesław Sołtys, Leon Kulpa, Grzegorz Olszański, *Leczenie Zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych streptokinazą*, [w:] *Polski Przegląd Chirurgiczny*, Rok XLV, 1973, 1., ss. 35-39.



ANNA RUDKOWSKA i ALICJA DRABKOWSKA

Kliniczny obraz ślepoty korowej

(Z Kliniki Neurologicznej AM we Wrocławiu; kierownik: prof. dr Rudolf Arend i z Oddziału Neurologicznego Szpitala Miejskiego w Cieplicach; ordynator: lek. Alicja Drabkowska)

Slepota korowa jest następstwem uszkodzenia obu biegunów potylicznych, ściślej — obu stronnego uszkodzenia dróg wzrokowych poza ciałkami kolankowatymi bocznymi. Korowe pole wzrokowe jest zaopatrywane w krew przez końcową gałąź tętnicy tyl-

chowana reakcja źrenic i prawidłowy obraz wziernikowy. Drugorzędne cechy stanowią: zniesienie obronnego odruchu mrugania, oczopląsu wzrokowo-ruchowego, upośledzenie przystosowania, zbieżności i dowolnej fiksacji (2, 7).

Tabela 1

| Chory | Początek | Granice tarcz | Reakcja | Anozognozja | Oamy | Zmiany psychiczne | EEG | Poprawa | Etiologia | Zejsście |
|----------------|--------------------------------|------------------------|-----------|-------------|--------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------|----------|
| P.L. lat 44 | ostry | zatarte | zachowana | nie ma | nie ma | zespół psychoorganiczny | | niedowidzenie połowicze lewostronne | rozmiękanie | zgon |
| P.J. lat 48 | ostry | b. z. | zachowana | nie ma | nie ma | zespół deliryjny | | niedowidzenie połowicze prawostronne | niedotlenienia | pomysłne |
| R.B. lat 64 | 2-fazowy w odstępie 4 miesięcy | zatarte od nosa | zniesiona | nie ma | nie ma | nie ma | brak reakcji zatrzymania | zwięźnienie koncentryczne | rozmiękanie | pomysłne |
| R.W. lat 77 | ostry | zatarte, guz siatkówki | zachowana | częściowa | nie ma | zespół psychoorganiczny | | brak poprawy | przerzuty raka | zgon |
| B.J. lat 50 | narastający | b. z. | zachowana | częściowa | nie ma | zespół psy- | brak reakcji | brak poprawy | krwotok podnietny | pomysł |

ZBIGNIEW KNAPIK, MARIA KURZAWSKA-MIELECKA, BARBARA SAMPLAWSKA-MAJ
I JANINA WŁODARCZYKOWA

Ocena układu krzepnięcia krwi w zarostowo-zakrzepowym zapaleniu naczyń krwionośnych w oparciu o badania tromboelastograficzne

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych AM we Wrocławiu; kierownik: prof. dr med. J. Kaniak)

Od wielu lat zwracano uwagę na istnienie zaburzeń układu równowagi krwi u chorych z zarostowo-zakrzepowym zapaleniem naczyń krwionośnych (z.z.z.n.). Jednak doniesienia różnych autorów, dotyczące tego zagadnienia są wciąż jeszcze fragmentaryczne, a na-

wet sprzeczne. Liczni autorzy obserwowali w przebiegu z.z.z.n. wzmoczoną skłonność do krzepnięcia, zwłaszcza w okresach zaostrzeń choroby (2, 3, 4, 5). Kaniak stwierdzał w przeważającej liczbie przypadków z.z.z.n. podwyższony poziom protrombiny i zwiększo-

Nr 42

1585

HENRYK DOKTORCZYK, DANUTA KNAPIKOWA TADEUSZ MIELECKI I JERZY WOŹNIAK

Rodzinne występowanie osteopoikilii

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych AM we Wrocławiu; kierownik: prof. dr med. A. Falkiewicz i z Obwodowej Przychodni Górniczej w Lubinie; kierownik: lek. med. M. Życzkowski)

Termin osteopoikilia określa zmiany strukturalne układu kostnego, charakteryzujące się obecnością rozsianych, drobnoogniskowych zagęszczeń tkanki kostnej. Zmiany w kościach tego typu opisał po raz pierwszy Albers-Schönberg w r. 1915 (3, 5), a nazwa osteopoikilii pochodzi od autorów francuskich Ledoux-Lebard i wsp. (4, 5). W późniejszych doniesieniach wprowadzono również inne mianownictwo dla tych zmian (1, 4, 5).

W osteopoikilii wyróżnia się trzy postaci zmian: plamistą, pasmową oraz mieszaną. Do najczęstszych należy plamista. Postać pasmowa występuje bardzo rzadko (3).

Umiejscowienie zmian dotyczy głównie nasad i części przynasadowych kości długich, dłoni i stóp, nadgarstka i stępu oraz miednicy, rzadziej kręgosłupa, żeber, mostka, wyjątkowo czaszki (1, 2, 4, 7, 8).

Zagęszczenie struktury kostnej występuje w tej

kostne charakterystyczne dla osteopoikilii, co zadecydowało o przyjęciu chorej do Kliniki.

W budowie chorej uderzał niski wzrost (143 cm), przy zachowanych proporcjach ciała i prawidłowo rozwiniętych cechach płciowych. Nie znaleźliśmy odchylenia od stanu prawidłowego w zakresie narządów wewnętrznych, a nadciśnienie, które wahało się w granicach 160/95—180/105, po wyłączeniu tła organicznego odnieśliśmy do choroby nadciśnieniowej w okresie pierwszym.

Badania dodatkowe, zwłaszcza dotyczące gospodarki mineralnej (poziom wapnia, fosforu, fosfatazy alkalicznej), przedstawiały się prawidłowo. Badanie radiologiczne układu kostnego wykazało obecność zmian kostnych typowych dla plamistej postaci osteopoikilii (ryc. 1). Były one umiejscowione w częściach nasadowych i przynasadowych kości długich kończyn górnych i dolnych, w zakresie nadgarstków, kości stępu oraz miednicy.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE

TADEUSZ CZEREDA, LUDWIK MOSZCZYŃSKI i WITOLD KNAST

Trudności rozpoznawcze ropni wątroby pochodzenia bakteryjnego

(II Kliniki Chirurgicznej AM we Wrocławiu; dr.: prof. dr Wiktor Bross)

WIKTOR BROSS, STEFAN KOCZOROWSKI, TADEUSZ KANIOWSKI, RYSZARD KOCIEBA,
I LIDIA WILOWSKA-KOCIEBA

Bezoar u chorego z rakiem żołądka

(Z II Kliniki Chirurgicznej AM we Wrocławiu; kierownik: prof. dr med. W. Bross)

Bezoary przewodu pokarmowego u człowieka należą do rzadkości. W piśmiennictwie rodzimym do chwili obecnej opisano zaledwie 10 tego rodzaju przypadków (1, 5, 6, 7, 8, 9). Piśmiennictwo światowe, znacznie w nie bogatsze, notuje w latach 1960—1967 130 przypadków (3, 10). W większości dotyczą one bezoarów umiejscowionych w żołądku u chorych, u których przed 2—4 laty dokonano częściowego wycięcia żołądka z powodu choroby wrzodowej żołądka względnie dwunastnicy. Rozpoznanie opiera się w głównej mierze na badaniu radiologicznym. Stwierdzany w żołądku ubytek cieniowy, różnej wielkości, ale zawsze ostro ograniczony i zwykle swobodnie przemieszczający się w czasie palpacji, przedstawia na ogół obraz dość charakterystyczny. Natomiast w przypadkach, w których osiąga większe rozmiary może niekiedy naśladować guz żołądka.

twór guzowaty, nieprzesuwalny, wypełniający szczelną trzon żołądka, okolicę zatoki oraz część przedodźwiernikową. Powierzchnia tego tworu nierówna, chropowata (ryc. 1). Zarys ścian żołądka gładki. Kontrast wolno przedostaje się do części przedodźwiernikowej, a dalej do dwunastnicy, która przedstawia się prawidłowo. Człon opróżniania żołądka nieznacznie przedłużony. Po 24 godzinach



STEFAN SLOPEK, MARIAN MORDARSKI I ALICJA TKACZOWA

Wrażliwość na antybiotyki bakterii wyosobnionych od chorych w r. 1957

(Z Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN im. Ludwika Hirszfelda we Wrocławiu; dyrektor: prof. dr Stefan Słopek)

POLSKI
PRZEGLĄD CHIRURGICZNY
XLV, 1973, 1

MAREK ŁAWIŃSKI, TOMASZ CISEK, WIESŁAW SOŁTYS, LEON KULPA,
GRZEGORZ OLSZAŃSKI

LECZENIE ZAKRZEPOWEGO ZAPALENIA ŻYL KOŃCZYN DOLNYCH STREPTOKINAZĄ

Z Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Kolejowego we Wrocławiu
Ordynator: doc. dr T. Cisek
i z Oddziału Intensywnej Terapii tegoż Szpitala
Ordynator: lek. J. Szkarłat

Najbardziej celowym leczeniem zakrzepowego zapalenia żył wydaje się być rozpuszczenie zakrzepów powstałych w świetle naczyń. Pogląd ten wyraża wielu autorów (4, 5). Rozpuszczenie zakrzepów osiąga się na drodze uczynnienia układu fibrynolitycznego krwi przy pomocy aktywatora plazminogenu, którym jest streptokinaza. Działa ona za pośrednictwem proaktywatora znajdującego się we frakcji euglobulinowej osocza. Plazminogen i proaktywator mają wybiórcze powinowactwo do fibrynogenu i fibryny. Dzięki temu zjawisku hamujące działanie antyplazminy w obrębie skrzepu przy odpowiednim stężeniu aktywatora zostaje przełamane a powstała plazmina trawi skrzep „od wewnątrz” (3, 7, 8).

Wskazaniem do leczenia trombolitycznego są zatory tętnic obwodowych (1, 2, 5), zakrzepy tętnicze w przebiegu miażdżycy zewężającej tętnice (1, 6) oraz zakrzepice dużych pni żylnych (1, 2), w których leczenie operacyjne z różnych powodów nie może być przeprowadzone.

Ze względu na możliwość powstania skazy krwotocznej w przebiegu leczenia trombolitycznego, przeciwwskazaniem do jego zastosowania jest niedomoga wątroby, wyrażająca się spadkiem poziomu fibrynogenu w osoczu i zaburzeniami układu krzepnięcia krwi.

W Szpitalu Kolejowym we Wrocławiu w ciągu ostatnich 6 miesięcy leczono streptokinazą trzech chorych z zakrzepicą żył głębokich kończyn dolnych. Użyto streptokinazy produkcji Wytwórni Surowic i Szczepionek w Warszawie. Zastosowano tzw. „wysokie dawkowanie” preparatu. W jednym przypadku podano w ciągu leczenia 2 000 000 j. streptokinazy, a w dwóch pozostałych po 1 750 000 j.

Leczenie poprzedzono badaniami wstępnymi, mającymi na celu ustalenie stanu czynnościowego wątroby i wydolność układu krzepnięcia. Do badań niezbędnych zaliczamy: oznaczanie aktywności transaminazy pirogronowej i szczawiooctowej w surowicy krwi, czasu protrombinowego metodą I-stopniową, czasu trombinowego, poziomu fibrynogenu w surowicy krwi, czasów krwawienia i krzepnięcia. Ponadto badano poziom przeciwciał przeciwko streptokinazie oraz wykonywano wykresy tromboelastograficzne. Badania te powtarzano podczas leczenia w celu utrzyma-

M. Ławnicki, T. Cisak, W. Joffe, G. Olszowski, Agopowicz, L. Kulpa

Trombolityczne leczenie zakrzepic układu
zylnego kończyn dolnych

Zakrzepy i zapalenia zakrzepowe żył kończyn
dolnych są to bardzo częste jednostki
chorobowe. Najczęściej pojawiają się one jako
powikłanie umiarkowanie ciężkich zatorów kończyn.
Zapalenie zakrzepowe żył występuje także często
w przebiegu poronienia i niektórych chorób
w ciąży. W przebiegu choroby nowotworowej
stanowi niekiedy pole z przesłuchania

objawów -
ze względu na częste występowanie z żył
stanowią poważny problem leczenia, tym
bardziej, że zwykle powodują one długotrwałe
niezdolności do pracy, występują jako zejście
tych spraw tzw. zespół postzakrzepowy, powoduje
początkowo nasilenie objawów, a następnie
stać się niebezpiecznym

~~W tym celu, ze szczególnym naciskiem z.7 -
jest zwołaniem przegrody krwi o objętości 10-15 ml
z żył.~~

~~Stwierdzone zostały można wyróżnić 3 punkty w prze-
biegu klinicznym choroby: postzakrzepicę, zakrzepicę
układu zylnego powierzchownego, głębokiego
i postaci niepełnej~~

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI I WIADOMOŚCI LEKARSKIE

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Rok XIV

Warszawa, 2 marca 1959 r.

Nr 9

Polski Tygodn. Lek.

TREŚĆ:

| | Str |
|---|-----|
| <u>Łabędziński Fr. i Bielski J.</u> : Własne spostrzeżenia nad wartością kliniczną tromboelastografii | 369 |
| Oszacki J., Marczyńska A., Adamczyk B. i Gedliczka O.: Badania doświadczalne nad przemieszczaniem się białka osocza po krwotoku | 374 |
| Słopek S., Mordarski M. i Tkaczowa A.: Wrażliwość na antybiotyki bakterii wyosobnionych od chorych w r. 1957 | 376 |
| Jochweds B.: Wpływ zawału mięśnia serca na dolegliwości stawowe w goścu pierwotnie przewlekłym | 380 |
| Bahyrycz-Luderowa M., Bielecka W., Józkiwicz St. i Rybicki K.: Wpływ wersenianu dwusodowego na doświadczalne stłuszczenie wątroby i naczyń | 381 |
| Markowicz J., Matczak A., Brykczyńska H., Golba J., Szczygalska J. i Biernacki M.: Epidemiczne ognisko choroby ptasiej (Psittacosis) w Szczecinie | 385 |
| Górski M. i Woronowicz R.: Nabyta agammaglobulinemia | 390 |
| Lechowski St.: Dwa przypadki krwiaka podtwardówkowego po urazie głowy w czasie treningu pięściarskiego | 394 |
| Pływaczewska I.: Poród w przypadku podwójnej macicy | 396 |
| MEDYCYNA PRAKTYCZNA | |
| Głuszcz A.: O tzw. nietypowej skrobiawicy (paraamyloidosis) | 398 |
| Garnuszewski Z.: Wartość fitoterapii w klinice gruźlicy płuc | 401 |
| HISTORIA MEDYCYNY | |
| Traunfellner Z.: Karta z dziejów medycyny XIX wieku | 403 |
| MISCELLANEA | |
| Olszewski W.: Działalność Brytyjskiego Towarzystwa Cukrzycowego | 405 |
| PRZEGLĄD CZASOPISM ZAGRANICZNYCH | |
| La Presse Médicale. 1958. T. 65. Nr 46, 11 czerwiec | 408 |
| La Presse Médicale. 1958. T. 65. Nr 47, 14 czerwiec | 408 |
| The Lancet. 1958. Nr 7037, 12 lipiec | 409 |
| The Lancet. 1958. Nr 7038, 19 lipiec | 410 |
| Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1958. Nr 15 i 16; 2 i 9 maj | 411 |
| The Journal of the American Medical Association. 1958. T. 167. Nr 8, 21 czerwiec | 412 |
| The Journal of the American Medical Association. 1958. T. 167. Nr 9, 28 czerwiec | 412 |
| Wiener Klinische Wochenschrift. 1958. T. 70. Nr 28, 11 lipiec | 413 |
| NOTATKI TERAPEUTYCZNE | |
| OCENY | 414 |
| | 415 |

FARMACEUTYCZNA SPÓŁDZIELNIA PRACY — UNIA — WARSZAWA


ULICA OGRODOWA 59a

BÓLE GŁOWY — MIGRENA

Bromidon

10 TABLETEK

| | |
|-------------|-------|
| Skład | |
| Bromural | 0.25 |
| Phenacetin | 0.3 |
| Coff. purum | 0.003 |
| Luminal | 0.015 |



Lumidrinol

20 TABLETEK

| | |
|---------------------------|-------|
| Skład | |
| Antipyrin | 0.3 |
| Coff. purum | 0.03 |
| Luminal | 0.015 |
| Ephedrinum hydrochloricum | 0.02 |

