

dr hab. Wiesław Sołtys - rys biograficzny

Damian Domżański

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
Centrum Medycyny Ratunkowej
im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Dr hab. Wiesław Sołtys jest kolejną z wielu postaci dolnośląskiej medycyny, która w dotychczasowej historiografii nie doczekała się jeszcze szerszego opisu. Ten związany z Wrocławiem Lwowiak był jednym z czołowych chirurgów dawnego Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu. Poniższy tekst powstał w oparciu o opracowania oraz źródła zachowywane w Składnicy Akt DSS CMR we Wrocławiu.

Jak już zostało wspomniane Wiesław Sołtys urodził się we Lwowie, dokładnie 26 października 1933 roku (1). W kwietniu 1946 roku wraz z rodzicami zamieszkał we Wrocławiu gdzie złożył egzamin dojrzałości i ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1958 roku. Już jako student pracował w Zakładzie Anatomii Opisowej jako asystent, a po otrzymaniu dyplomu lekarza został asystentem, starszym asystentem i adiunktem w III Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Następnie uzyskał I i II stopień specjalizacji w zakresie chirurgii. Jego mistrzem był znany wrocławski specjalista Zdzisław Jeziora (2). W 1963 roku otrzymuje tytuł doktora nauk medycznych. W tym okresie był również stypendystą Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i miał możliwość wyjazdów zagranicznych celem pogłębienia wiedzy z zakresu chirurgii, a w roku 1976 otrzymuje habilitację.

Dr Wiesław Sołtys był związany z Okręgowym Szpitalem Kolejowym we Wrocławiu od samego początku jego powstania. Od 1973 roku rozpoczął tam wykonywanie operacji wytwórczych przełyku (3). Był twórcą i kierownikiem Pracowni Endoskopowej w tej placówce w latach 1972-1981. Pełnił również funkcję kierownika pododdziału chirurgii gastroenterologicznej (4). Od 1 listopada 1980 roku był również zastępcą Andrzeja Ochlewskiego na stanowisku dyrektora szpitala. Utrzymywał wieloletni kontakt naukowy z różnymi ośrodkami w kraju oraz sam publikował artykuły naukowe.

Wspominany był jako człowiek bardzo serdeczny zawsze pełny inicjatywy i pomysłów; niezwykle inteligentny i odpowiedzialny co zjednywało mu sympatie tak kolegów po fachu jak i pacjentów. Był człowiekiem budzącym zaufanie dzięki swojej wiedzy oraz sprawności technicznej. Do dziś zachowały się zapisy wdzięcznych mu za pomoc pacjentów w Księdze Życzeń i Zażeń Oddziału Chirurgii Ogólnej. Sam na temat pracy lekarza wypowiedział się tak na łamach gazety „Sztandar Młodych”:

Technika ułatwia nam leczenie, pomaga i nam i pacjentom, jednak nie zastąpi tego co tylko od człowieka zależy – jego dobrej woli (5).

Dr Wiesław Sołtys był od czasów studenckich zajęty też działalnością społeczną. Przez wiele lat był członkiem Rady Narodowej Miasta Wrocławia i przewodniczącym działającej przy niej Komisji Zdrowia.

Za swoją pracę był wielokrotnie odznaczony w tym: Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Odznaką Zasługi dla miasta Wrocław i województwa Wrocławskiego i Medalem XXX lecie PRL (6).

Zmarł nagle na posterunku pracy 8 kwietnia 1981 roku. Został pochowany na cmentarzu Grabiszyńskim we Wrocławiu. Ceremonia odbyła się 13 kwietnia o godz. 13.00.

1. Nagrobek Wiesława Sołtysa (Cmentarz Grabiszyński p. 2, rząd 18, gr. 437); Zagraniczne bazy genealogiczne podają datę 16 kwietnia 1933.
2. R. Taboła, K. Grabowski, *Wkład Zdzisława Jeziora w rozwój chirurgii przełyku*, [w:] Adv Clin Exp Med 2005, 14,1, Prace Historyczne, ISSN 1230-025X, s. 193.
3. Ibidem.
4. *Wiesław Sołtys*, [w:] *Przewodnik po cmentarzach. Samodzielni pracownicy nauki związani z medycyną na wrocławskich cmentarzach*, Wrocław 2023, s. 64.



14.

Wrocław dn. 3. V. 73 r.

Za troskliwość i szczerliwie przeprowadzoną operację składam najserdeczniejsze podziękowanie Panu Ordynatorowi Doc. Dr. med. Ciskowi Tomaszowi, Panu Dr. Sołtyzowi i całemu pozostałemu zespołowi lekarskiemu Chir. Ogólnej, życząc dalszych sukcesów w pracy zawodowej.

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. Szkarlat

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 zwązającej 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-