

# OTORYNOLARYNGOLOGICZNE DOKONANIA LWOWSKIEGO LEKARZA BERNARDA SONNENSCHNEIN-ŚWIATŁOWSKIEGO (1898–1941)

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek<sup>1</sup>, dr med. Jacek Kotuła<sup>2</sup>

## OTORINOLARYNGOLOGICAL ACHIEVEMENTS OF THE LVOV DOCTOR BERNARD SONNENSCHNEIN- ŚWIATŁOWSKI (1898-1941)

The life and professional paths of doctor Bernard Sonnenschein-Światłowski (1898-1941) from Lvov, including the military service in the Austrian Army and the Polish Army were presented at the beginning. He was a efficient versatile specialist in otorhinolaryngology. He dealt with, among others: otogenic palsy of the eye abduction nerve, syphilis and tuberculosis of the upper respiratory tract, removal of foreign bodies from the nose, larynx and esophagus, inflammation of the pharynx and larynx and their complications, the issue of decannulation after tracheotomy, local anaesthetization in otorhinolaryngology, equipment improvement, etc. He was broadly interested in the problem of certification in otorhinolaryngology.

(Mag. ORL, 2021, 80, XX, 155–160)

### Key words:

history of Polish otorhinolaryngology, history of medicine in the South-Eastern Borderlands of the Second Polish Republic

Lwów był miastem, w którym także, obok Krakowa, Warszawy, Poznania oraz innych miast, rodziła się polska otorynolaryngologia. Antoni Jurasz sen. (1847–1923) i Teofil Zalewski (1872–1954) znani są szeroko. W Polsce międzywojennej ordynowało w tym polskim pięknym kresowym mieście wielu lekarzy tej specjalności, wśród nich Bernard Sonnenschein-Światłowski.

Urodzony 29 sierpnia 1898 r. we Lwowie, był synem Dawida i Liby z Beudów. We Lwowie ukończył gimnazjum i rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Jana Kazimierza. Po ukończenie pierwszego trymestru został wcielony do austriackiej armii. Od maja 1916 r. służył w batalionie zapasowym 41 pułku piechoty, następnie odbył przeszkolenie w Szkole Oficerskiej Rezerwy w Jägersdorfie, służył w 21 batalionie marszowym 41 pułku piechoty, latem następnego roku szkolił się w Polowej Szkole Oficerskiej w Petalinie, był dowódcą 8 kompanii polowej 41 pułku piechoty na froncie. Ranny w ramię, został hospitalizowany. W lutym 1918 r. awansował do stopnia podporucznika piechoty rezerwy, służąc dalej w 41 pułku piechoty. Służbę w armii austriackiej zakończył 1 listopada 1918. Przez armię austriacką odznaczony został Krzyżem Karola oraz brązowym medalem za Waleczność i Medalem Rannych.

W sierpniu 1919 r. ochotniczo wstąpił do Wojska Polskiego, służąc w 2 batalionie 9 pułku piechoty 3 Dywizji Piechoty Legionów. W listopadzie zachorował na dur plamisty, a po wyzdrowieniu, od kwietnia 1920 r. pełnił służbę w 105 Szpitalu Polowym 1 Dywizji Litewsko-Białoruskiej, a od listopada tego roku – w 6 pułku harcerskim Wojsk Środkowej Litwy. Po demobilizacji w styczniu 1921 r. kontynuował studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał w 1924 r. m.in. po edukacji w otorynolaryngologii w klinikach wiedeńskich. Pracował jako specjalista w ambulatorium otolaryngologicznym Szpitala Gminy Wyznaniowej Żydowskiej fundacji Maurycego Lazarusa we Lwowie<sup>1</sup>. Był konsultantem lecznicy

1. Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów

– Chirurgów Głowy i Szyi

Przewodniczący:

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek

2. Zakład Zdrowia Publicznego

Uniwersytetu Zielonogórskiego,

Kierownik: dr n. o zdr. Jolanta Chmielowiec

ul. Zyty 28, 65-046 Zielona Góra

Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Hołosku Wielkim pod Lwowem<sup>2</sup>, a także biegłym Sądu Okręgowego we Lwowie.

Był autorem 14 publikacji naukowych. Od 1928 r. był członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, a także Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Związku Lekarzy Państwa Polskiego, organizatorem Lwowskiego Koła Ligi Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej.

W 1925 r. ożenił się z Marią Wajsberger. W lipcu 1941 r. w 43 roku życia został zamordowany przez gestapo w Lesie Lisiewickim wraz z grupą innych lekarzy żydowskich<sup>3</sup>.

Uchodził za sprawnego lekarza chorób uszu, nosa, gardła, krtani i pogranicza. Zostawił po sobie analizy ciekawych przypadków, opisy nowatorskich poczynań, a także jako – jeden z pierwszych – usystematyzowanie specjalistycznego orzecznictwa.

Opisał przypadek otogenego porażenia nerwu odwodzącego oka u 37-letniego chorego z przewlekłym zaostrzonym zapaleniem ucha środkowego. Wywołało ono zapalenie opon mózgowych i następowo porażenie tego nerwu. Wykonanie operacji radykalnej ucha środkowego z odsłonięciem opony twardej spowodowało ustąpienie wszelkich chorobowych objawów<sup>4</sup>. Pisał o uszkodzeniu ucha wewnętrznego po urazach porodowych<sup>5</sup>.

Z zakresu ryнологii zapoznał środowisko polskich otorynolaryngologów z kilkoma przypadkami. U 40-letniej kobiety po wykonanej resekcji przegrody nosa stwierdził kilkanaście przegród nosa, znacznie utrudniającego oddychanie, współistniejącego z kilakiem podniebienia twardego, potwierdzonego dodatnim odczynem Wassermanna. 10-dniowa terapia specyficzna<sup>6</sup> spowodowała powrót pełnej drożności nosa oraz zbliźnowacenie owrzodzenia na podniebieniu. U 4-letniego bardzo niespokojnego dziecka, usunął pestkę arbuza, a u 21-kobiety z istniejącą od czterech lat niedrożnością nosa, bez innych objawów ubocznych, usunął wypełniający cały przewód nosowy dolny kawałek drewna długości ok 5,5 cm, szerokości od 6 do 8 mm, (!), który znalazł się tamże w wyniku upadku z płotu<sup>7</sup>.

W pracy nt. stosunku patogenicznego migdałków do gruźlicy krtani, pracy, którą opublikował wspólnie z Janem Pieniążkiem<sup>8</sup>, przedstawił analizę poziomu leukocytozy i odczyn opadania krwinek czerwonych przed i po rękoczynnie uciskania migdałków<sup>9</sup>. W popularnonaukowym czasopiśmie „Młoda Matka” zapoznawał z zagadnieniem wytłuszczenia migdałków podniebiennych<sup>10</sup>.

Ważne, nie tylko jego zdaniem, był problem uśmierzania bólów po tonsillektomii. Po operacji

pozostawiał chorego w pozycji siedzącej, z głową lekko pochyloną ku przodowi, zakazując mówienia i chrząkania. Na szyję nakładał zimne okłady. Ból zwalczał czopkami o składzie: Rp. Pulv. Diali „Ciba” 0,03; Pyramidoni 0,30; But. Cacao g. s. ut. fiat supp. anal.; Dtd. Nr XII; D. S. kilka razy dziennie w odstępach kilkugodzinnych

Do łożysk migdałkowych rozpylał ortoform z anestetyką w stosunku 1:1. Jako napój w dniu operacji stosował chłodne mleko oraz wodę z obfitym dodatkiem soku malinowego lub różanego. Po czterech dniach wystarczała insuflacja środków przeciwbakteryjnych<sup>11</sup>.

Światłowski prezentował także przypadek samoistnego pęknięcia tylnodolnego ropnia okołomigdałkowego u lekarza w okolicy dolnego bieguna łuku podniebiennie-gardłowego; ów ropień pojawił się po zapaleniu gardła po przebytej płonicy. Przedstawił także przypadek zakażenia ogniskowego pochodzenia zębowego<sup>12</sup>.

W pracy o zagrażającym życiu obrzęku krtani po przebytych ropniach okołomigdałkowych, który naonczas nie były wcale rzadki, Światłowski stosował po nacięciu ropnia środki zachowawcze, takie jak okłady, spraye, inhalacje, iniekcje olejku kamforowego, omnadyny, często wtedy stosowanej szczepionki nieswoistej, zawierającej produkty przemiany bakterii niechorobotwórczych, lipidy i zwierzęcy tłuszcz, działającej bodźcowo i przeciwzapalnie. Do radykalnych interwencji chirurgicznych radził uciekać się tylko w cięższych przypadkach, kiedy groziło rozlanie się procesu ropnego, ropowica szyi, posocznica lub śmierć, najczęściej spowodowana niewydolnością oddechową lub krążeniową<sup>13</sup>.

W latach 1930–1932 zbadał w lecznicy w Hołosku 361 chorych na gruźlicę płuc i krtani. Biorąc uwagę tylko przypadki dotyczące gruźlicy płuc, wśród których prątkujących było 228, a nieprątkujących – 133, konstatował, że najwięcej prątkujących przypadało między 15–35 r.ż. Gruźlica krtani wystąpiła w 59 przypadkach (19,24% chorych)<sup>14</sup>.

Znacznym problemem terapeutycznym owych czasów była nie tylko gruźlica narządowa, szczególnie krtani, ale i objawy jej towarzyszące. Zwalczanie dysfagii powodowało nie tylko zniesienie lub poprawę bólu przy połykaniu, ale i ułatwienie możliwości odżywiania chorego, a co za tym idzie podniesienia jego stanu ogólnego. Próbowano w tych razach stosować olejek mentolowy w 2–5% roztworze oliwy, ortoform czysty lub w roztworze mentolu. Pędzlowanie roztworem kokainy dawało efekt krótkotrwały (ok. 30–60 min) i ze względu na możliwość uzależnienia się od niej powinno być zaniechane.



Próbowano znieść przewodnictwo nerwu krtańowego przez znieczulenie nasiękowe morfiną, nowokainą, alkoholem bądź wycięcie nerwu<sup>15</sup>.

Usuwał ciała obce krtani, m.in. igłę denty-styczną, ciała obce przetyku, m.in. kawałek kości po spożyciu kiełbasy usunął drogą ezofagoskopii<sup>16</sup>.

Ciekawiły go zagadnienia dekaniulacji po tracheotomii. Przy długotrwałym, wielomiesięcznym noszeniu rurki tracheotomijnej, szczególnie o szerszej średnicy, następowała epidermizacja ściany kanału od szyi do tchawicy, w następstwie niej powstawała przetoka, nieulegająca zaciągnięciu i zarośnięciu po usunięciu rurki. Aby zamknąć ową przetokę, można było użyć kilku metod uzupełniających defekt w ścianie tchawicy: m. Diefenbacha, Thosta, Huetera oraz innych metod polegających na transplatacji uszypułowanej skórnej (m. Ballasa lub Velpeau), skórno-okostno-wo-kostnej z mostka (m. Schimmelbuscha) lub z obojczyka (m. Lardy, Nowakowskiego, Photiadesa), skórno-ochrzęstno-chrzęstkowej z chrząstką tarczowatą (m. Königa), skórno-mięśniowo-okostnowo-kostnej z obojczyka i mięśnia mostko-

wo-obończykowo-sutkowego (m. Esser). Transplatację wolną zalecano: z błony śluzowej wargi (Hacker), z powięzi (Hohmeier), z chrząstki wraz z ochrzęstną z żebra (Göbell, Mangoldt) lub małżowiny usznej, z kości wraz z okostną z mostka (Cappelle) lub piszczeli (Gluck, Soerensen).

Sposób Sonnenschein-Światłowskiego różnił się od sposobu Thosta i Huetera zeszyciem wpukłonego płata skórniego, mięśni i nadaniem przedniej ściany tchawicy mięśniowej podpory, niedozwalającej skórnej bliznie na ruchy, które mogłyby dać u kobiet efekt pod względem kosmetycznym niepożądany. Wyjaśniał: „Zeszyciem mięśni uzyskuję rozdział między szwem kapturowym a szwem skórny. Mięśniami przedtchawiczemi zastępuję tkankę kostną lub chrzęstną...”. Zagojenie następowało *per primam*<sup>17</sup>.

Pisał także o wrodzonej przetoce środkowej szyi; opisując przypadek 19-letniego chłopca, szeroko omówił patogenezę i histopatologię tego schorzenia, najczęściej pochodzenia endodermalnego, ale również i ektodermalnego. Przeto-

# Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft  
und der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft

Mitbegründet von  
**Chiari, Gruber, Jurasz, Rudinger, Voltolini, Weber-Liel, L. v. Schrötter,  
V. v. Urbantschitsch, E. Zuckerkandl**

Unter Mitwirkung von  
Prof. Dr. Amerbach (Prag), Prof. Dr. R. Bárány (Upsala), Prof. Dr. S. Belloni (Sofia), Dr. O. Benesi (Wien),  
Priv.-Doz. Dr. G. Bondy (Wien), Prof. Dr. G. Brühl (Berlin), Dr. H. Eumner (Wien), Prof. Dr. H. Burger (Amsterdam),  
Prof. Dr. St. Demetriades (Athen), Prima. Dr. E. Erdelyi (Szeged), Dr. J. Fischer (Wien), Prof. Dr. H. Frey (Wien),  
Prof. Dr. E. Fischels (Wien), Dr. V. Frühwald (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. Gatscher (Wien), Prof. Dr. E. Glas (Wien),  
Prof. Dr. R. Gompers (Wien), Prof. Dr. V. Hamannschlag (Wien), Dr. E. Haines (Göteborg), Prof. Dr. H. Herzog  
(Münsterl. W.), Prof. Dr. Oskar Hirsch (Wien), Prof. Dr. G. Hofer (Graz), Prof. Dr. B. Hofmann (Dresden),  
Prof. Dr. H. Hopmann (Köln), Prof. Dr. O. Kahler (Freiburg i. Br.), Dr. K. Keller (Köln), Hofrat Dr. Kirchner  
(Wrocław), Priv.-Doz. Dr. K. Kofler (Wien), Prof. Dr. W. Krausz (Amstercdam), Ostl. Dr. S. Lawacz (Wien),  
Prof. Dr. R. Leidler (Wien), Prof. Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. L. Mahler (Kopenhagen), Dr. O. Marthner  
(M.-Ostria), Priv.-Doz. Dr. K. M. Menzel (Wien), Prof. Dr. H. Neumayer (München), Priv.-Doz. Dr. M.  
Bauch (Wien), Dr. Ed. Rimini (Triest), Prof. Dr. R. Rüttin (Wien), Prof. Dr. J. Satriek (Budapest),  
Dr. J. Schinzer (Wien), Dr. A. Schwarzbart (Krakau), Prof. Dr. M. Seemann (Prag), Dr. A. Sikkel (Haug),  
Dr. J. Sommer (Wien), Dr. Spina (Krakau), Priv.-Doz. Dr. Konrad Stein (Wien), Priv.-Doz. Dr. Hugo  
Stern (Wien), Dr. B. Suchanek (Wien), Dr. M. Sugar (Budapest), Prof. Vincenzo Tassutti (Mailand),  
Prof. Dr. A. Thost (Hamburg), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. M. Weil (Wien), Dr. E. Wodak (Prag), Dr. Gustav  
Wozilka (Aussig a. B.), Prof. Dr. J. Zange (Gené)

herausgegeben von  
**H. Neumann** (Wien) **G. Alexander** (Wien)  
**M. Hajek** (Wien)

Für Ohrenheilkunde  
**Ernst Urbantschitsch**  
Wien

Schriftleiter:  
Für Laryngo-Rhinologie  
**Hermann Marschik**  
Wien

65. Jahrgang

Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien  
1931

K  
4

656

Bernhard Sonnenschein

## Über Percain, ein neues Oberflächenanästhetikum.

Von  
Dr. Bernhard Sonnenschein, Lemberg.

Im Jahre 1884 hat Koller in der Ophthalmologie für operative Eingriffe als Lokalanästhetikum das Kokain eingeführt. Kurz darauf benutzte es Jellinek in der Rhinolar yngologie. Pharmakologisch stellte es ein von Niemann im Jahre 1893 und später von Lossen aus den Blättern von Erytroxylon Coca gewonnenes Alkaloid dar. Es war das erste Mittel, welches lokal appliziert, wirklich eine völlige Unempfindlichkeit der Schleimhaut erwirken konnte. Neben der anästhesierenden Eigenschaft erwies es noch eine die Schleimhaut abschwellende und anämisierende. Andererseits erkannte man bald, das es auch ein giftiges Mittel ist, bei dessen Anwendung gewisse Vorsicht geboten war. Vom Jahre 1900 ab wird von Braun das Kokain in der Kombination mit Adrenalin (s. Nebenierenpräparat, welcher bald unter verschiedenen Firmennamen hergestellt wird) angewandt. Durch Zusatz des Adrenalins, wegen dessen anämisierender und den lokalen Blutkreislauf verlangsamerender Eigenschaft, wurde die Kokainwirkung eine intensivere und längerdauernde. Dadurch war man imstande eine viel verdünntere Lösung des Kokains für die Anästhesie als früher zu benutzen, andererseits die Vergiftungsgefahr der Kokains bedeutend zu verringern.

Auf der Suche nach weniger giftigen, anästhesierenden Mitteln haben im Jahre 1905 Hofmann und Impens als Kokainersatz zur Oberflächenanästhesie das Alpin dargestellt. Alpin vermochte aber das Kokain nicht völlig zu verdrängen. Nach Hofmann und Kochmann hat es bei 35% Toxizität gegenüber dem Kokain nur 10% von dessen anästhesierender Kraft, so daß man zwecks Steigerung der Anästhesiewirkung größere Mengen davon verbrauchen mußte, welche andererseits Vergiftungserscheinungen hervorriefen. Es blieb bis jetzt bloß in gewissen Fällen verwendbar, wie z. B. bei Kindern, kokainempfindlichen Personen und da, wo eine, wie bei Kokain eintretende, Schrumpfung der Schleimhaut unerwünscht ist (Katz, Amersbach, Ruprecht, Hirsch, Senator, Brünings).

Um mit möglichst kleinster Kokainmenge eine vollkommene anästhesierende Wirkung ohne geringste Vergiftungsgefahr bzw. geringste Vergiftungserscheinungen zu erzielen, stellte Ephraim eine Kokain-Adrenalin-Mischung zusammen (1 Teil 20%igen Kokains und 3 eventuell 2 Teile 0-1%igen Adrenalins), welche in der Wirkung einer reinen 20%igen Kokainlösung gleich ist (Marschik, Hajek). Im Jahre 1920 führte Hirsch die Kokain-Suprarenin-Karbol-Mischung ein. An Stelle der früher üblichen 20 bis 25%igen Kokainlösung konnte man mit der neuen Mischung mit 1 bis 3% Kokaininhalt eine ebenso gute Anästhesie erzielen. Eine ähnliche Kombination gab Abraham.

Im Jahre 1922 kam Psikain als Kokainersatz in Anwendung (Willstätter, Gottlieb, Brodt und Kühnel, Beringer und Wilmanns). Die anfänglichen günstigen Angaben wurden später bestritten (Amersbach, Leichsenring, Albesheim).

Im Jahre 1923 erschien als neuer Kokainersatz das Tutokain (Schulman, Hirsch). Bloß erwähnt seien noch andere Präparate, wie: Bukain, Tropakokain, Holokain, Apokain, Acain, Butyn, Stovain, Allocain, Bonainmischung (Karbol-Menthol-Kokain-Adrenalin aa. partes), welche teils wegen inkonstanter Wirkung, teils wegen Gewebereizung, teils wegen noch größerer Vergiftungsgefahr als bei Kokain sich als nicht geeignet erwiesen. Zu der Gruppe der unwirksamen Oberflächenanästhetika gehört auch Novokain. Von allen bisherigen Mitteln blieb für die praktische Anwendung an erster Stelle noch immer das Kokain. Alpin blieb wie erwähnt nur für besondere Fälle. Das Tutokain zeigte zu starke, die Schleimhaut hyperämisierende Wirkung, welche größere Suprareninmengen erforderte, die letzteren wieder einen starken Niesreiz und profuse Nasensekretion hervorriefen. Auf die Einzelheiten über die verschiedenen lokal betäubenden Mittel sei übrigens in der Arbeit von Le Méée, Krause, gewiesen.

Ryc. 1a, 1b. Stronika tytułowa pracy B. Sonnenschein-Światłowskiego: Über Percain, ein neues Oberflächenanästhetikum. „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo – Rhinologie“ 1931, t. LXV, nr 37, s. 656



# Folia oto-laryngologica

Publikationsorgan der

Oto-laryngologischen Gesellschaft zu Berlin  
Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte  
Vereinigung südwestdeutscher Hals- und Ohrenärzte  
Vereinigung südsüddeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte  
Gesellschaft Münchener Hals-, Nasen- und Ohrenärzte  
Nordostdeutschen oto-laryngologischen Gesellschaft

1. Teil / Originale:

Zeitschrift für  
Laryngologie · Rhinologie  
Otologie und ihre Grenzgebiete

Unter ständiger Mitarbeit der Herren:

Prof. Citelli (Catania), Dr. O. Glogau (New-York), Geh. San.-Rat Prof. Gluck (Berlin), Dr. Max Goerke (Breslau), Prof. Dr. Karl Grünberg (Bonn), Prof. Dr. Hajek (Wien), Geh. San.-Rat Prof. P. Heims-Heymann (Berlin), Doz. Dr. Ludwig Hofbauer (Wien), Prof. Dr. Richard Hoffmann (Dresden), Prof. Dr. Imhofer (Prag), Priv.-Doz. Iwanoff (Moskau), San.-Rat Dr. Katz (Ludwigshafen a. Rh.), Prof. Dr. Klestadt (Magdeburg), Prof. Dr. Franz Kobrak (Berlin), Prof. Dr. Kompansietz (Jekaterinostaw), Dr. Kronenberg (Sollingen), Prof. Dr. Marx (Würzburg), Dr. Jürgen Müller (Kopenhagen), Prof. Dr. Neumaier (München), Dr. G. Schröder (Schmberg), Prof. Dr. O. Seiffert (Würzburg), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Spieß (Frankfurt a. M.), Prof. Dr. H. Starck (Karlsruhe), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stenger (Königsberg), Prof. St. Clair Thomson (London), Prof. Dr. W. Uffendorfe (Marburg)

Herausgegeben von

Professor Dr. Felix Blumenfeld, Wiesbaden

BAND 21

Mit 210 Abbildungen im Text und 4 farbigen Tafeln



1 9 3 1

LEIPZIG / VERLAG VON CURT KABITZSCH

K  
34

882

Zeitschrift für Laryngologie usw., 1931, Bd. 21, H. 3-4

Ein 1,5 m langer, 1,5 mm dicker, runder, versilberter Messingdraht (als Leitungsdraht für den inneren Bau der Radioapparate über-

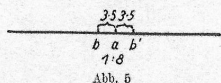


Abb. 5

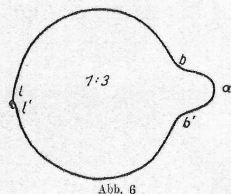


Abb. 6

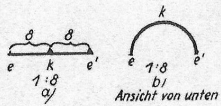


Abb. 7

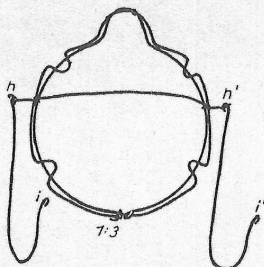


Abb. 8

kę po miejscowym znieczuleniu nowokainą usunięto poprzez poprzeczne nacięcie skóry na poziomie ujścia przetoki z wycięciem skóry. Dokonano tej chirurgicznej czynności blisko podstawy języka<sup>18</sup>.

Zajmował się sprawą znieczulenia miejscowego w laryngologii. Rozwazał wskazania i przeciwwskazania do stosowania kokainy, alkaloidu pochodzącego z liści *Erytroxylon coca* uzyskane go w 1860 r. przez Niemann, a wprowadzonego do laryngologii w 1884 r. przez Edmunda Jellinka z Wiednia<sup>19</sup>, a do oftalmologii w tym samym roku przez Köllera. Stosowana razem z adrenaliną, wykazującą działanie anemizujące, kokaina działała dłużej i silniej. W 1923 r. wprowadzono tutokainę, zbyt silnie jednak anemizującą błonę śluzową, następnie – m.in. stosowany jeszcze po II wojnie światowej – płyn Bonaina (karbol + kokaina + mentol + adrenalina *aa partes*) oraz inne leki, drażniące jednak tkanki, działające toksycznie etc. Nadzieje pokładano w preparacie firmy Ciba – perkainie, pochodnej chinoliny. Sonnenschein-Światłowski stosował ją m.in. w resekcji małżowin nosa dolnych i środkowych,

B. Sonnenschein, Eine selbsterstellbare Gesichtsschutzmaske

383

Aus dem ersten Abschnitt (Abb. 2) werden mit der Tintenfeder Striche in den auf der Abbildung in Zentimetern, von der Mitte nach rechts und links, angegebenen Entfernungen eingezeichnet. Dann biegt man den Draht an den Strichstellen mit den Fingern (Abb. 3), evtl. mit der Zange in derselben Fläche so, daß man annähernd die Form a—b—c—d—e—f—g—h—h'—i—i'—j—j'—k—l—l'—m—n—n'—o—p—q—r—s—t—u—v—w—x—y—z erreicht wird. Zwecks Vervollkommnung derer werden die zu c—d, e'—d', f—g, h'—g', i'—e'—d'—e'—h'—a laut Abb. 4 erreicht. Zwecks Vervollkommnung derer werden die zu c—d, e'—d', f—g, h'—g' gehörigen Teile des Drahtes noch nach vorn eingebogen, wodurch die Pfoten zum Fassen des Überzuges und des vorderen Rahmens (Abb. 4, 6, 7, 8) gebildet werden. Die Enden (Abb. 4, h') werden in 5 mm Entfernung eingebogen, ineinander gefaßt und mit der Zange fest zusammengedrückt.

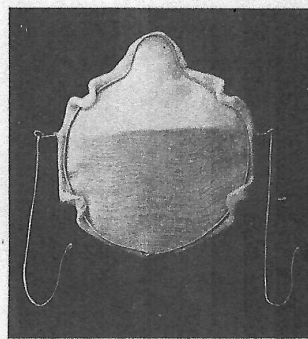


Abb. 9

Aus dem 40 cm langen Abschnitt wird laut Abb. 5 der vordere Rahmen ähnlich gebildet (Abb. 6).

Aus dem dritten Abschnitt wird nach der Stricheinzeichnung laut Abb. 7, a und b die Querverbindung des hinteren Rahmens (Abb. 4, h—k—e'—h') gebildet und 2 cm unter den Punkten d, d' bei c, c' befestigt.

Nach dem Umformen und Einfassen der letzten zwei Drähte für die Maskenteile, welche laut Abb. 4 und 8 den h—i und h'—i' entsprechen, nach Einlegen zwischen dem vorderen und hinteren Rahmen eines weichen Überzuges von 17×20 cm Flächengröße, Umlegen der Ecken des Überzuges nach innen (rechtswärts), erhält man die laut

Ryc. 2a, 2b. Fragment pracy B. Sonnenschein-Światłowskiego: Eine selbsterstellbare Gesichtsschutzmaske. „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete“ 1931. T. XXI, nr 3-4, s.382-383

w punktach zatok szczękowych, czołowych, polypektomiach nosa, ekskochleacji zatok sitowych, resekcji przegród nosowych, usuwaniu nacieków twardzielowych etc<sup>20</sup>. (ryc. 1a, b)

Na łamach poczytnego w świecie lekarskim czasopisma „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete” zaprezentował własnoręcznie wykonaną maskę służącą wyłącznie do ochrony twarzy. W celu ochrony oczu, co czasami było szczególnie konieczne dla osoby wykonującej endoskopię dolnych dróg oddechowych, dla osób normalnie widzących stosował okulary z soczewkami neutralnymi. Można było je sterylizować, a ich elastyczność sprawiała, że można było stosować je do każdego kształtu twarzy. Dodatkowym walorem tej maski była niska cena, nieprzekraczająca 10 fenigów<sup>21</sup>. (ryc. 2a, b)

O docieklivosti i dokładności tego lwowskiego lekarza świadczy fakt, że dokładnie analizując wykonywane przez techników zdjęcia rentgenowskie, potrafił zidentyfikować błąd w kasecie, który wywoływał skazy na filmach<sup>22</sup>.

W „Polskim Przeglądzie Oto-laryngologicznym” w połowie lat trzydziestych ubiegłego stulecia ukazała się unikatowa, jedna z pierwszych prac nt. orzecznictwa lekarskiego w otorynolaryngologii pt. „Opiniowanie chorób uszu, nosa, gardła i krtani przez biegłego”. Sonnenstein-Światłowski stworzył ją na podstawie materiału z biblioteki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych we Lwowie, korzystając z cennych rad prof. Teofila Zalewskiego i dra Haisiga. W rozdziale pierwszym zaprezentował zasady opiniowania lekarskiego, czynności szczególnie odpowiedzialnej. Uchybianie tej odpowiedzialności, jego zdaniem, „naraża na szwank nie tylko godność lekarza jako osoby i jednostki, ale godność i powagę całego stanu lekarskiego”, powodując naruszanie zasad deontologii lekarskiej.

Opinia lekarska wydawana dla użytku różnorodnych instytucji prywatnych (np. towarzystw ubezpieczeniowych) lub państwowych (np. Polskich Kolei Państwowych, innych urzędów), społecznych (Zakładu Ubezpieczeń Społecznych), a także dla celów sądowych mogła być ustna lub pisemna, „począwszy od krótkiego powiadomienia stanu zdrowia aż do szczegółowego naukowego wyводу”. W sądzie lekarz występować mógł „w charakterze zwyczajnego świadka albo świadka-biegłego lub biegłego (znawcy). Według art. 250 kpc „sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów, (szczególnie opinii lekarskiej) według własnego przekonania na podstawie rozważania wszechstronnego materiału”. Jeżeli opinie kilku biegłych różniły się, to według art. 138 kpc sąd

mógł zasięgnąć opinii odpowiedniego urzędu lub zakładu, np. uniwersyteckiego Zakładu Medycyny Sądowej albo Rady Wydziału Lekarskiego. Lwowski lekarz podał także powody, dla których biegły mógł odmówić wydania opinii. Lekarz wydający opinię lekarską na zlecenie stron trzecich (sądu, ZUS-u etc.) nie powinien badanemu podawać szczegółów i wyniku badania, jak również poprzednich badań innych lekarzy. Krytyka takich lekarzy była absolutnie niedopuszczalna. Nie wolno było wydawać opinii stronnicych, „narażających” na szwank godność danego lekarza”, nieprzynoszących w efekcie korzyści badanemu. Lwowski lekarz podał także wysokość należności za opinie dla sądów cywilnych, w sprawach administracyjnych, w ubezpieczeniach prywatnych; np. „za badanie przez lekarza-specjalistę, powołanego w charakterze konsultanta, wraz z orzeczeniem” – 10 do 15 zł<sup>23</sup>.

W rozdziale drugim pn. „Opiniowanie pisemne” podał niezbędne wymogi sporządzenia takiego aktu na formularzu urzędowym lub wg własnego wzoru. Ważny był dokładny wywiad, badanie przedmiotowe, nie tylko odpowiednim otorynolaryngologicznym sprzętem, ale i badanie wizualne i palpacyjne nie tylko uszu, nosa, gardła, krtani i pogranicza. Można było dołączyć dokumentację obrazową, na którą wówczas składały się diafanoskopia oraz dokładnie opisane zdjęcia rentgenowskie narządów otorynolaryngologicznych, ewentualnie wcześniejsze oraz aktualne. Badanie słuchu przeprowadzano za pomocą szeptu, mowy konwersacyjnej oraz badań stroikowych, wykonując o ile trzeba np. wcześniejszą katateryzację trąbek słuchowych. Do badania głuchoty jednostronnej stosowano np. metodę Lucae-Dennerta. Pobudliwość błędników badano próbą cieplną i obrotową. Dla odróżnienia zmian czynnościowych od organicznych konieczne nieraz były konsultacje neurologa, okulisty, psychiatry, ewentualnie innych specjalistów. Dla uściślenia rozpoznania w trudniejszych diagnostycznie przypadkach biegły powinien skorzystać z najnowszych metod diagnostycznych<sup>24</sup>.

Opinia lekarska, zdaniem Bernarda Sonnenstein-Światłowskiego, oparta winna być na naukowej dokładności oraz krytycznym ujęciu danych. Powinna być jasna i wyczerpująca, obrazować jasno i zrozumiale powstanie, przebieg i następstwo choroby, służyć za podstawę do dalszego rozstrzygnięcia lekarskiego problemu<sup>25</sup>.

Ten lwowski lekarz podał szczegółowy wykaz chorób otolaryngologicznych zagrażających życiu; a oto ich wykaz podany *in extenso*:



1. W zakresie uszu ostre lub zaostrzające się przewlekłe zapalenie ucha środkowego, połączone z zapaleniem wyrostka sutkowego lub z porażeniem nerwu twarzowego, z zapaleniem błędnika, zatok żylnych, opon mózgowych, mózgu lub mózdzku.

2. W zakresie nosa silne uszkodzenie szkieletu nosowego, prowadzące do komunikacji z jamą czaszkową, uszkodzenia nerwu wzrokowego, przysadki, połączone ze zranieniem tętnicy głównej, zatoki żylny jamistej.

3. W zakresie krtani uszkodzenie szkieletu, połączone z odmą podskórną, obrzękiem krtani<sup>26</sup>.

Zaprezentowane dokonania doktora Bernarda Sonnenschein-Światłowskiego, chętnie publikowane przez niego w czasopismach polskich i niemieckich, świadczyły o znacznej inwencji zawodowej i naukowej tego lekarza, który poniósł bestialską śmierć z rąk niemieckich ludobójców w wieku niespełna 43 lat. Można sądzić, że gdyby żył, mógłby zdziałać dla naszej specjalności znacznie więcej. ●

## PRZYPISY

1. Od końca XVIII wieku we Lwowie działał szpital dla ludności żydowskiej ufundowany przez Izaaka Waringera, mieszczący się w starym budynku przy ul. Szpitalnej. W 1898 Maurycy Lazarus (1832-1912) – żydowski bankier, polityk, filantrop, poseł do Sejmu Krajowego Galicji, zobowiązał się wybudować nowy szpital na 100 łóżek; warunkiem było nadanie mu nazwy „Szpital lwowskiej gminy wyznaniowej izraelskiej fundacji Maurycego Lazarusa” oraz odstąpienie przez zbór izraelski bezpłatnie działki pod jego budowę.
2. A. Kierzek, M. Paprocka-Borowicz, J. Kuciel-Lewandowska, K. Tuszyński, J. Kotuła: Hołosko – znany ośrodek leczenia gruźlicy na kresach południowo-wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej. „Pomeranian Journal of Life Sciences” 2017, t. LXIII, nr 1, s. 63-68.
3. S. Zabłocki: Słownik biograficzny otolaryngologów polskich XIX i XX wieku. Warszawa 2012, s. 606-607; T. Wulman, J. Tenenbaum: The martyrdom of jewish physicians in Poland. New York 1963, s. 459; J. Barciński: Zarys historii otolaryngologii polskiej w okresie 1918 -1939. „Acta Biologica et Medica Societas Scientiarum Gedanensis” 1966, t. X, s. 17; Z. Szlenk, A. Kierzek: Koleje losu polskich otorynolaryngologów w czasie drugiej wojny światowej (Cz. III. R – Ż) Materiały Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi 2017, t. XXXIII, nr 1- 4, s. 55.
4. B. Sonnenschein: Przypadek otogennego porażenia nerwu odwodzącego oka. „Polska Gazeta Lekarska” 1926, t. V, nr 28, s. 545.
5. B. Sonnenschein: O uszkodzeniach ucha wewnętrznego wskutek urazu porodowego. „Polska Gazeta Lekarska” 1936; nie udało się jednak dotrzeć do tej publikacji.
6. Lwowski lekarz nie podał leku; przypuszczalnie chodziło o stosowany wówczas szeroko salwarsan.
7. B. Sonnenschein: Z kazuistyki schorzeń górnych dróg oddechowych. „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny” 1931, t. VIII, s. 290-292.
8. A. Kierzek: Otolaryngolodzy warszawscy w XIX wieku. Wrocław 1998, s. 257-260.
9. B. Sonnenschein-Światłowski, J. Pieniążek: O stosunku patogenicznym migdałków do gruźlicy krtani. „Polska Gazeta Lekarska” 1933, t. XII, nr 49, s. 951.
10. B. Sonnenschein: O wyluszczeniu migdałków. „Młoda Matka” 1931, nr 20.
11. B. Sonnenschein: O uśmierzaniu bólów po tonsillektomji. „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny” 1930, t. VII, nr 1, s. 126-128.
12. B. Sonnenschein: Z kazuistyki... op. cit., s. 292-294.
13. B. Sonnenschein: Ueber lebengefährliches Kehlkopfoedem nach Tonsillarabszess. „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete” 1930, t. XIX, z. 4, s. 368-371; A. Denker, W. Brinings: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege. Halle 1923, s. 237.
14. B. Sonnenschein-Światłowski: Przyczynek statystyczny do sanatoryjnej gruźlicy płuc i krtani. „Polska Gazeta Lekarska” 1933, t. XII, nr 49, s. 950-951.
15. B. Sonnenschein: O uśmierzaniu utrudnienia połykania (dysfagii) w gruźlicy krtani. „Polska Gazeta Lekarska” 1932, t. XI, nr 41, s. 753-754.
16. B. Sonnenschein: Z kazuistyki ... op. cit., s. 294-295.
17. B. Światłowski: Przyczynek do zamknięcia przetoki potracheotomijnej. „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny” 1933, t. X, s. 113-115; C. Hueter: Tracheotomie und Laryngotomie. Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie. Erlangen 1872, s. 77 et passim; Witte: Ueber die Vervundungen des Kehlkopfes und ihre Behandlung, insbesondere ueber die Bedeutung der prophylaktischen Tracheotomie bei denselben. „Langenbeck's Archiv” 1878, t. XXI, s. 237-239.
18. B. Światłowski: Ein Fall von Fistula colli mediana congenita. „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo – Rhinologie” 1934, t. LXVIII, s. 1096-1106.
19. A. Kierzek: Czy wprowadzenie kokainy pomogło w rozwoju otorynolaryngologii? „Otolaryngologia Polska” 2004, t. LVIII, nr 6, s. 1227-1234.
20. B. Sonnenschein: Über Percain, ein neues Oberflächenanästhetikum. „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo – Rhinologie” 1931, t. LXV, nr 37, s. 656-663; B. Sonnenschein: O perkainie, zastępującej kokainę. „Polska Gazeta Lekarska” 1932, t. XI, nr 15, s. 272-274.
21. B. Sonnenschein: Eine selbstherstellbare Gesichtschutzmaste. „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete” 1931, t. XXI, nr 3-4, s. 380-384.
22. B. Sonnenschein: Z kazuistyki ... op. cit., s. 294.
23. B. Światłowski: „Opiniowanie chorób uszu, nosa, gardła i krtani przez biegłego”. „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny” 1937, t. XIII, s. 120-142.
24. B. Światłowski: „Opiniowanie... op. cit., s. 143-152.
25. B. Światłowski: „Opiniowanie...op. cit., s. 152-155.
26. B. Światłowski: „Opiniowanie...op. cit., „Polski Przegląd Oto-laryngologiczny” 1937, t. XIII, z. 3-4, s. 480.