

Szmaj, Ewa

Choroby skóry i jej przydatków w międzywojennej Polsce na podstawie poradników dla kobiet z lat 1922-1939

Medycyna Nowożytna 17/1, 95-116

2011

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Choroby skóry i jej przydatków w międzywojennej Polsce na podstawie poradników dla kobiet z lat 1922–1939

Słowa kluczowe: choroby skóry, poradniki dla kobiet 1922–1939, wszawica, świerzb, nużycza, grzybice skóry, liszajec

W okresie dwudziestolecia międzywojennego w sposób uniwersalny rozumiano chorobę jako stan naturalny, który zwykle w ciągu życia dotykał każdego człowieka. Śmiertelność w wyniku chorób przewyższała śmiertelność z przyczyn naturalnych¹. Szczególnie ważne ze względów diagnostycznych było rozpoznanie przyczyn choroby, wśród których ówczesnie wymieniano m.in. dietę ubogą w składniki mineralne, niedożywienie i głód, narażenie na przegrzanie lub wychłodzenie organizmu, czy też działanie szkodliwych związków chemicznych (np. tlenek węgla, broń chemiczna, sole metali ciężkich, narażenie zawodowe itp.), „niewystarczającą ilość świeżego powietrza i promieniowania słonecznego”, związaną z ówczesnymi warunkami bytowania, nieświeżą i skażoną żywność, kontakt z nosicielami chorób, zaburzenia

¹J. Sosnowski, *Anatomja i fizjologia człowieka*. Wyd. Gebethnera i Wolffa. Warszawa, Kraków, Lublin, Łódź, Paryż, Poznań, Wilno, Zakopane 1928, s. 154–155.

funkcjonowania organów wewnętrznych i wiele innych². W przypadku chorób skóry uwzględniano udział takich czynników bezpośrednich, jak urazy, oddziaływanie związków chemicznych i mikroorganizmów. Istotne znaczenie miały również zaburzenia czynności całego ustroju lub narządu wewnętrznego oraz udział tzw. czynnika predysponującego, tzn. wrodzonego lub nabytego w ciągu życia. Wreszcie brano pod uwagę zaburzenia budowy i funkcji samej skóry³.

Na podstawie powyższych rozważań nasuwa się wniosek, iż społeczeństwo polskie w latach wojennych i powojennych było w szczególności narażone na rozwój wielu schorzeń, w tym również w obrębie skóry i jej przydatków ze względu na trudne warunki bytowania i niski poziom higieny. Potwierdzeniu tej tezy służyć będzie poniższa analiza polskich poradników dla kobiet z lat 1922–1939, stanowiących skondensowane źródło wiedzy z zakresu racjonalnej kosmetyki i higieny.

Choroby pasożytnicze

Do jednej z grup chorób dermatologicznych omawianych w polskich poradnikach dla kobiet należą te wywoływane przez różnorodne pasożyty. Spośród pasożytów bytujących na powierzchni skóry i jej przydatków opisywano: wszy, pchły i pluskwy, zwłaszcza w wydawnictwach poradnikowych pt. *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia* z 1925, *Piękność i zdrowie w życiu kobiety* z 1926, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia* z 1927 i *Higiena skóry i włosów* z 1938 r.

Wszawice. Wszy szczególnie łatwo rozprzestrzeniały się w dużych skupiskach ludzi, gnieźdząc się zwykle w owłosionej skórze głowy, okolicy płciowej oraz szwach i fałdach odzieży, gdzie składały jaja – tzw. „gnidy”. Każdej z odmian wszawicy towarzyszył świąd skóry jako wynik ukąszenia przez pasożyta, jednak posiadały one też pewne charakterystyczne cechy. I tak na przykład, wszawicy głowowej rozwijającej się początkowo w obrębie potylicy i owłosionej części karku, rzadziej w obrębie brody, mógł towarzyszyć obrzęk węzłów chłonnych szyi i karku, zaś powstające w wyniku drapania przeczasy i wtórne zakażenia bakteryjne zwane ówczynie też „sprawami ropnymi w skórze” oraz towarzyszące im sączenie sprzyjały zlepianiu włosów, utrudniając ich rozczesywanie i potęgując namnażanie wszy. W skrajnych przypadkach prowadziło to do rozwoju tzw. kołtuna⁴. Wesz ubraniowa nazwana przez

²Tamże, s. 155–161, 163.

³F. Kryszałowicz, *Przyczyny chorób skórnych i ich układ na podstawie etjologii*. „Przegląd Dermatologiczny” 1925, R. XVIII, nr 1, s. 175–183.

⁴J. Świtalska, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia*, Tow. Wyd.

J. Lenartowicza, autora poradnika pt. *Higiena skóry i włosów* z 1938 r., „plagą wojenną”, niosła ze sobą ryzyko zarażenia tyfusem plamistym, ale szerzyć się mogła praktycznie w każdym większym skupisku ludzi o niskim poziomie higieny. Charakterystyczne plamy barwnikowe pozostające w miejscach ukąszenia były wynikiem, jak ówczesznie sądził J. Lenartowicz, „wylewu krwi” oraz działania jadu wszy. Typowa dla wszawicy łonowej była obecność tzw. plam błękitnych, które pojawiały się w miejscu bytowania pasożytów, ale również w obrębie ud, podbrzusza, a nawet po bokach tułowia czy w dołach pachowych⁵. W przypadku wszawic autorzy poradników, tj. J. Śmiarowska, J. Świtalska i J. Lenartowicz za najważniejsze uważali przestrzeganie zasad racjonalnej higieny. Jednocześnie w przypadku wszawicy głowowej zalecali mieszanie nafty, benzyny lub balsamu peruwiańskiego z oliwą, która zmniejszała ryzyko rozwoju stanu zapalnego skóry, a szczelny opatrunek głowy przyspieszyć miał wyleczenie i chronić przed przeniesieniem pasożytów na innego człowieka. Ze względu na obecność osłonki chitynowej, odporne na ten rodzaj leczenia były jaja wszy (tzw. gnidy). Należało zatem wcierać we włosy maść ksyłolową lub ciepły ocet, bądź zwilżać nim grzebień, jednocześnie wyczesując jaja. Rozważyć można było również ostrzyżenie włosów. Wszy tkwiące w odzieży niszczone w specjalnych zakładach za pomocą przegrzanej pary wodnej. Bardzo skuteczna w działaniu maść ręciovą, zw. szarą mogła wywołać podrażnienie skóry lub objawy zatrucia ogólnego⁶.

Ponieważ obraz kliniczny trzech odmian wszawicy podawany w poradnikach dla kobiet jest zgodny z ówczesną wiedzą dermatologiczną poniżej zaprezentowano przede wszystkim informacje na temat ówczesznie stosowanych środków leczniczych. Międzywojenny dermatolog, dr R. Bernhardt w podręczniku dermatologii z 1937 r. uznał ostrzyżenie włosów i mycie owłosionej skóry głowy odkażającym mydłem, np. karbolowym za zabieg powszechnie stosowany w przebiegu wszawicy głowowej u mężczyzn. Poza tymi środkami leczniczymi lekarze zalecali wcieranie maści lub oleju sabadylowego, maści lub płynu Sabouraud'a z dodatkiem ksyłolu, nafty i sublimatu przy zachowaniu wszelkich

„Bluszcz”. Warszawa 1927, s. 40–41. Też, *Piękność i zdrowie w życiu kobiety*, Tow. Wyd. „Bluszcz”, Warszawa 1926, s. 102–103. J. Śmiarowska, *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia*, Księgarnia Nauczycielska, Lwów 1925, s. 203. J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów*, Książnica-Atlas. Lwów, Warszawa 1938, s. 62–64.

⁵Tamże, s. 65 – 66. J. Świtalska, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia...*, s. 40–41. Też, *Piękność i zdrowie...*, s. 103–104. J. Śmiarowska, *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia...*, s. 202–204.

⁶Tamże, s. 202–204. J. Świtalska, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia...*, s. 40–41. Też, *Piękność i zdrowie...*, s. 104–105. J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 62, 68–69.

środków ostrożności ze względu na żrące właściwości zwłaszcza ostatniego ze składników, maści z chlorkiem rtęciowo-amonowym lub cynobrowo-siarkowej do łagodzenia powikłań bakteryjnych⁷. W przypadku wszawicy odzieżowej o nasilonym przebiegu mogły występować objawy ogólne w postaci gorączki, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, nerwowych i dysfunkcji gruczołów dokrewnych, a także przebarwienie części lub całej powierzchni skóry, czyli tzw. melanodermia jako wynik wtórnych zakażeń bakteryjnych, o czym donosił F. Malinowski w 1936 r. Wszawica odzieżowa wymagała częstej zmiany odzieży, nacierania skóry maścią siarkową, dziegciową, balsamem peruwiańskim lub płynem na bazie eteru. W celach profilaktycznych podczas epidemii duru plamistego R. Bernhardt i F. Kryształowicz zalecali m.in. przestrzeganie zasad higieny osobistej, wcieranie w skórę olejków terpentynowego, anyżowego lub koprowego, maści lub proszku naftalinowego, noszenie wonnych woreczków zawierających naftalinę i jodoform lub esencję lemongrasową, a także dezynfekcję ubrań przy pomocy wymienionych środków⁸. Skuteczna w leczeniu wszawicy łonowej, czyli tzw. „mendeweszki” była maść szara rekomendowana w źródłach medycznych z lat 1928–1937 oraz bezpieczniejsza, ale i słabsza w działaniu maść z chlorkiem rtęciowo-amonowym, o której donosił podręcznik dermatologii z 1937 r. Dużą skutecznością wobec wszy łonowych i gnid odznaczał się też sublimat, czyli chlorek rtęci (II), zwłaszcza w mieszaninie z octem i ksylolem w postaci maści lub roztworu. Należało pamiętać również o odkażeniu odzieży osobistej i bielizny pościelowej⁹.

Ukąszenia przez pchły i pluskwy

Według informacji poradnikowych z roku 1925, 1926 i 1938 przed ukąszeniem przez pchły i pluskwy uchronić miała przede wszystkim dbałość o higienę osobistą, czystość mieszkań, a także zwierząt domowych, będących nosicielami pcheł. Ponadto zabezpieczanie skóry olejkami kamforowym lub goździkowym. Po ukąszeniu przez

⁷ F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka i terapia*, Warszawska Agencja Wyd. Delta Sp. z o.o. Warszawa 1936, s. 346 (autorem rozdziału „Dermatologia” jest F. Malinowski, stąd powoływanie się tylko na tego autora w niniejszym rozdziale). F. Kryształowicz, *Choroby skóry*, Druk. R. Olesiński, W. Merkel, Warszawa 1928, s. 205–206. R. Bernhardt, *Choroby skóry*, Trzaska, Evert, Michalski, Warszawa 1937, s. 550–551.

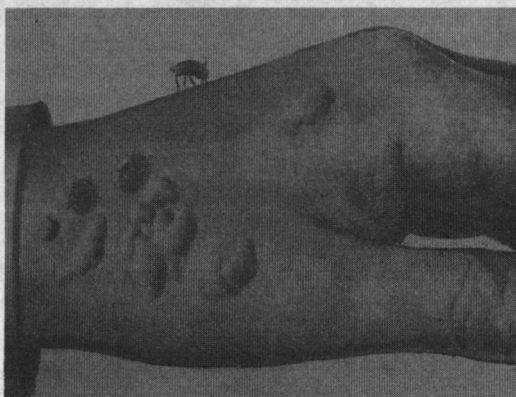
⁸ Tamże, s. 553. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 206–207. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 345–346.

⁹ Tamże, 346–347. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 207, R. Bernhardt. *Choroby skóry...*, s. 555.

pchłę na skórze pozostała zwykle czerwona plama z widocznym miejscem ukłucia, zaś przez pluskwę – bąbel ze śladem ukłucia i świąd (Ryc. 1.)¹⁰.

Wybitni dermatolodzy międzywojenni, jak R. Bernhardt i F. Kryształowicz rekomendowali różnorodne metody lecznicze. W latach 20. poprzedniego stulecia zalecano usunięcie pchły ze skóry i zdezynfekowanie rany nalewką jodową, zaś

w przypadku pluskiew uważano, że „wszystkie te zmiany są jednak przemijające”¹¹. W latach 30. natomiast miejsce ukąszenia przez pchłę z towarzyszącym świądem i zmianami pokrzywkowymi należało „potraktować wódką” salicylową, karbolową lub mentolową, przez pluskwę – wodą z octem lub sokiem cytrynowym, wodą kolońską, zasypkami z mąki ryżowej, talku, tlenku cynku z różnymi dodatkami itp.¹² H. K. Millak uważał pluskwy za „plagę społeczną”, szerzącą się w miastach, jak i wśród żołnierzy. Jak podawał dalej, owady te były szczególnie aktywne nocą i żywiły się krwią ludzką. Nie wykluczano też możliwości roznoszenia przez pluskwy drobnoustrojów chorobotwórczych. Do ich eliminacji autor zalecał różnorodne metody: a) fizyczne, jak wrząca woda lub gorące powietrze o temperaturze 60°C do dezynsekcji metalowych łóżek i innego sprzętu domowego, b) mechaniczne oczyszczanie pomieszczeń i uszczelnianie wszelkich otworów, c) chemiczne – wymagające fachowego przeszkolenia ze względu na możliwość zagrożenia życia i zdrowia człowieka, łatwopalność stosowanych środków itp. Natomiast zapobieganie namnażaniu pluskiew miało polegać na niestwarzaniu dogodnych warunków do ich rozwoju, czyli przestrzeganiu zasad szeroko pojętej higieny¹³.



Ryc. 1. Zmiany skórne powstałe po ukąszeniu przez pluskwę, „Lekarz Wojskowy” 1938, nr 1, s. 62 (zb. Bibl. Jagiellońskiej)

¹⁰ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 66–67, 70. J. Śmiarowska, *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia...*, s. 204, J. Świtalska, *Piękność i zdrowie...*, s. 104–105.

¹¹ F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 200–201.

¹² R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 244–245, 555–556.

¹³ HK, Millak, *Pluskwa, jej biologia i zwalczanie*, „Lekarz Wojskowy” 1938, R. XXXII, nr 1, s. 58 – 79.

Świerzb i nużycza

Do pasożytów, żyjących w naskórku zaliczano roztocze z gatunku świerzbowca ludzkiego. Charakterystyczne nory świerzbowcowe drążone w warstwie rogowej naskórka pełniły istotną rolę diagnostyczną, jednak mogły być trudniej dostrzegalne u osób przestrzegających zasad higieny. Występowały one głównie w obrębie naturalnych zgięć – rąk i nóg, a także w okolicy pępka, pośladków, pach, klatki piersiowej, głównie u kobiet i narządów płciowych mężczyzn. Szczególnie dotkliwym objawem był świąd, nasilony zwłaszcza nocą podczas dużej aktywności pasożyta. W polskich poradnikach dla kobiet autorzy J. Lenartowicz, J. Śmiarowska, J. Świtalska i H. K. zwracali uwagę na konieczność leczenia świerzbu pod kierunkiem lekarza, co sprowadzało wyleczenie w ciągu kilku dni, zaś stosowanie metod „domowych” – wydłużało ją nawet do kilku miesięcy¹⁴. Mimo to w *Podręczniku kobiety eleganckiej* z 1922 oraz wydawnictwie pt. *Higiena kobiety i kosmetyka* z 1928 r. jako domowe środki zaradcze polecano: gorące kąpiele, zewnętrzne stosowanie olejku jałowcowego, wazeliny, pudru, bądź siarki z alkoholem¹⁵.

Literatura dermatologiczna traktowała świerzb szerzej, opisując m.in. tzw. próbę atramentową, która potwierdzała diagnozę schorzenia. Wykwity pierwotne miały postać pęcherzyków zapalnych lub w przypadku nasilenia reakcji zapalnej – twardych i czerwonych grudek, a do wykwitów wtórnych zaliczano: przeczosy, nadżerki, owrzodzenia, wykwity rumieniowe, strupy. Ponadto na podłożu bakteryjnym mogły rozwinąć się liszajce, zapalenie mieszków włosowych, ropnie itp. Środkami leczniczymi rekomendowanymi w czasach międzywojennych przez wspomnianego już Bernhardta, Kryszałowicza oraz Malinowskiego były między innymi: szare mydło, siarka, naftol beta, dziegieć, zaś dla osób o skórze wrażliwej lub dzieci – preparaty np. z balsamem peruwiańskim lub kwasem salicylowym. Wszystkie te środki należało aplikować kilka razy dziennie za pomocą skrawka tkaniny, bądź też szczoteczki, co jednak mogło spowodować podrażnienie skóry oraz wysiew pęcherzyków i krost. Jak podawano dalej, odzież i bieliznę pościelową należało wyprać, wyprasować i odwiesić na 2–3 tygodnie, a leczenie prowadzić u wszystkich osób wspólnie mieszka-

¹⁴ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 70 – 74. J. Śmiarowska, *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia...*, s. 204–205. J. Świtalska, *Piękność i zdrowie...*, s. 106. H. K., *Podręcznik kobiety eleganckiej*, wyd. K. Kotlarski. Lublin 1922, s. 36.

¹⁵ Tamże, s. 36. Wł. Hojnacki, *Higiena kobiety i kosmetyka...*, s. 402.

jących. Według R. Bernhardta tzw. „zadrażnienie skóry następowe” w obrębie szyi, zgięć łokciowych i podkolanowych, pach, wewnętrznej strony ud itp., pojawiające się po wyleczeniu świerzbu łagodniła pasta cynkowa z dodatkiem 3 – 5% ichtiolu¹⁶.

Charakterystykę nużeńca ludzkiego, jako pasożyta bytującego w gruczołach łojowych lub mieszkach włosowych twarzy, pleców i klatki piersiowej przedstawił jedynie dr J. Lenartowicz w poradniku *Higiena skóry i włosów* z 1938 r. Autor podkreślał, że zaskórniki charakterystyczne dla łojotoku i trądziku pospolitego to masy rogowo-łojowe zalegające w ujściach gruczołów łojowych, nie zaś nużeńce. Jednak badanie mikroskopowe mogło wykazać w treści zaskórników również obecność tego pasożyta¹⁷. Dermatolodzy wskazywali głównie na obecność nużeńca w skórze twarzy i według nich nie stanowił on raczej czynnika etiopatologicznego żadnej z chorób, choć sprawę tą wciąż dyskutowano w latach 1928–1937¹⁸.

Choroby grzybicze

„Pasożyty ze świata roślinnego”, jak określono grzyby w jednym z analizowanych poradników pt. *Higiena skóry i włosów* z 1938 r., bytowały głównie w naskórku oraz skórze owłosionej. Charakterystyczne dla tej grupy ludzkich pasożytów było szybkie rozprzestrzenianie się oraz wywoływanie uporczywych i opornych na leczenie schorzeń.

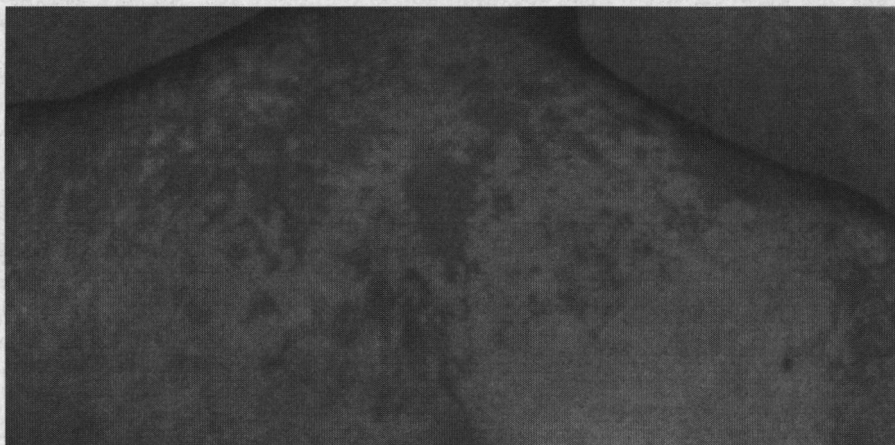
Grzybice naskórka

Jedynie dr J. Lenartowicz w swoim poradniku z 1938 r. zajmuje się zakażeniami grzybiczymi naskórka, co pozwala wysnuć przypuszczenie, iż nie były one tak rozpowszechnione w międzywojniu, jak grzybice owłosionej skóry głowy. Nie wydaje się natomiast, by były to schorzenia mniej znane, co potwierdzają dosyć szczegółowe dane zawarte w ówczesnej literaturze medycznej cytowane poniżej. Z tych też względów nie będą one poddawane wnikliwej analizie. Wspomniany autor poradnika pt. *Higiena skóry i włosów* uważał łupież pstry za chorobę o łagodnym przebiegu i wyróżniał w jej obrazie

¹⁶ Por. R. Bernhardt. *Choroby skóry...*, s. 558–564. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 209–212. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 342–343.

¹⁷ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 70.

¹⁸ F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 209. R. Bernhardt. *Choroby skóry...*, s. 566–567. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 343.



Ryc. 2. Obraz kliniczny łupieżu pstrego na podstawie podręcznika *Choroby skóry* z 1937 r. R. Berhardta (ze zb. Bibl. Śląskiej)

klinicznym lekko łuszczące się, żółtawe lub brunatne plamy zlokalizowane w obrębie tułowia (Ryc. 2.); łupież rumieniowy charakteryzował się obecnością lekko łuszczących się, czerwono-brunatnych plam w obrębie przylegających do siebie powierzchni skóry; grzybica pachwin posiadała podobny obraz kliniczny, jak łupież rumieniowy, jednak towarzyszył jej znaczny świąd skóry. W kwestii środków leczniczych autor wymieniał jedynie te o działaniu odkażającym i złuszczającym, które należało stosować według przepisu lekarza¹⁹. Szczegółowych informacji na temat grzybic skóry gładkiej dostarczała literatura dermatologiczna z roku 1928 i 1937 oraz podręcznik patologii z 1936 r. Wśród czynników predysponujących do łupieżu pstrego rozpatrywano: nadmierną potliwość, łojotok itp. właściwości skóry, gruźlicę, wiek (głównie średni), zaś co do wpływu płci na częstotliwość występowania tego schorzenia zdania były podzielone, ponieważ Kryszałowicz i Malinowski uważali, iż dominuje u kobiet, a Bernhardt nie wykazywał różnic u obu płci. Choroba miała charakter przewlekły i nawrotowy. Podobne czynniki usposabiające odnotowywano w przypadku łupieżu rumieniowego, zw. ówczesnie także grzybicą rumieniową. Częściej dotyczył on mężczyzn, a nieznaczny świąd pojawiał się podobnie, jak charakter rozsiany zmian, u osób nadmiernie pocących się. Grzybica pachwin mogła przebiegać

¹⁹ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 75–76. S. Jabłońska, T. Chorzeński, *Choroby skóry*. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2002, s. 54 (obecnie czynnikiem etiologicznym łupieżu rumieniowego jest bakteria z grupy maczugowców).

w jednej z dwóch odmian klinicznych, a mianowicie: złuszczonej, a także pęcherzykowej, która była charakterystyczna dla okresu nasilenia objawów chorobowych. Zmiany chorobowe miały tendencję do odśrodkowego szerzenia się, a ich lokalizacja sprzyjała powikłaniom. Możliwe było również zajęcie przestrzeni międzypalcowych u stóp, jednak rozstrzygające co do czynnika etiopatologicznego było badanie mikroskopowe. Grzybice naskórka leczono w latach międzywojennych za pomocą: maści siarkowej, dziegciowej, naftolowej, naftolowo – siarkowej, Wilkinsona, roztworów rezorcyny, jodiny, naftolu, wody utlenionej, 2% kwasu karbolowego, olejku terpentynowego i wielu innych. Do codziennej higieny zalecano mydło szare, salicylowe, siarkowe itp. Fr. Kryształowicz uwzględnił w swoim podręczniku z 1928 r. stosowanie maści rtęciowej w leczeniu wyżej wymienionych łupieży²⁰.



Ryc. 3. Obraz kliniczny grzybicy woszczynowej owłosionej skóry głowy na podstawie podręcznika *Choroby skóry* z 1937 r. R. Berhardta (ze zb. Bibl. Śląskiej)

Grzybice skóry owłosionej. W poradnikach dla kobiet z okresu dwudziestolecia międzywojennego, głównie zaś tych wydanych w latach 1925–1927 i 1938 r. omawiano grzybice skóry owłosionej, tj. woszczynową i strzygącą. Pierwszą z grzybic zwano „strupniem woszczynowym” lub „parchem”. Grzyb woszczynowy rozwijał się głównie u dzieci, ale również wśród ludzi zaniedbanych. Do zarażenia nim mogło dojść także w zakładach fryzjerskich o, jak się wydaje, niskim poziomie higieny. Grzyb kolonizował wewnętrzną i zewnętrzną część łodygi włosa w obrębie owłosionej skóry głowy i twarzy, a nawet skóry pokrytej meszkiem włosowym. Naskórek zaś pokrywały pokłady grzybni i zarodników (Ryc. 3.), przypominające wosk pszczeli zarówno pod względem barwy, jak i zbitą strukturę. Suche, łamliwe i po-

²⁰ R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 599–601, 604–609. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 252–254, 258, 261–263. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 293–295.

zbawione połysku włosy łatwo oddzielały się od torebki. Prowadziło to do przerzedzenia włosów, a bliznowacenie skóry – do trwałego wyłysienia²¹.

Dermatolog R. Bernhardt pisał w swoim podręczniku wydanym w 1937 r. o grzybach chorobotwórczych między innymi tak: „ich umieszczenie w układzie botanicznym przedstawia trudności bardzo znaczne i dziś nie jest jeszcze zakończone ostatecznie”²². Cytat ten wyraźnie wskazuje, iż ówczesnie trwały próby właściwej klasyfikacji grzybów w świecie organizmów żywych, choć bywały one uznawane za organizmy roślinne. W przypadku grzyba woszczynowego w literaturze dermatologicznej z 1928 i 1937 r. oraz podręczniku patologii z 1936 r. znaleźć można określenie jego kolonii jako tzw. tarczki, „mieciki” lub „kubka” woszczynowego ze względu na charakterystyczny kształt. Pojedyncze zmiany miały tendencję do rozprzestrzeniania się, zlewania i nieznacznego naciekania naskórka, wydzielając jednocześnie swoisty zapach „stęchlizny”. Ucisk jaki wywierały na skórę właściwą i towarzyszący stan zapalny powodowały trwałą utratę włosów z wytworzeniem niewielkich blizn. Według Bernhardta i Kryształowicza z grzybicą woszczynową skóry owłosionej mogła współistnieć również ta obejmująca skórę gładką, a według Malinowskiego – również w obrębie płytki paznokcia²³. F. Kryształowicz sformułował interesujący pogląd, że bliznowacenie skóry zwiastować miało „samowyleczenie strupnia woszczynowego”, co potwierdzał też Malinowski, R. Bernhardt uważał, że postać przewlekła tejże grzybicy mogła trwać 20 lat, a nawet dłużej. Ponadto występowała ona powszechnie wśród ubogich warstw społeczeństwa i ludzi nie przestrzegających podstawowych zasad higieny²⁴, co potwierdza jej powszechne panowanie w czasie, jak i po I wojnie światowej.

Grzybica strzygąca podobnie, jak woszczynowa rozwijała się zwykle w dzieciństwie, a ponadto miała tendencję do samoistnego ustępowania wraz z rozpoczęciem okresu pokwitania. Według J. Świtalskiej i J. Lenartowicza „liszaj strzygący” charakteryzował się powierz-

²¹ J. Śmiarowska, *Higiena kobiety we wszystkich okresach jej życia...*, s. 205. J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 101–102. J. Świtalska, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia...*, s. 39. *Tejże, Piękność i zdrowie...*, s. 178–179.

²² Por. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 574 i A. Wileńczyk, *O powstawaniu dojrzałych woreczków w grzybku strzygącym i woszczynowym*, „Przegląd Dermatologiczny” 1928, R. XXIII, nr 2, s. 159–162.

²³ R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 575–577, 579. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 297–299. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 241–243.

²⁴ Tamże, s. 242. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 577, 580–581. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 298–299.



Ryc. 4. Obraz kliniczny grzybicy strzygącej owłosionej skóry głowy na podstawie podręcznika F. Kryształowicza, *Choroby skóry* z 1928 r. (ze zb. Bibl. Śląskiej)



Ryc. 5. Obraz kliniczny „figówki” brody o, jak sądzono, podłożu grzybiczym, F. Kryształowicz, *Choroby skóry*, 192, (ze zb. Bibl. Śląskiej)

chownym przebiegiem z towarzyszącym nieznacznym stanem zapalnym skóry oraz intensywnym łuszczeniem i obecnością ognisk z przedrzędzonymi, matowymi i jakby przystrzyżonymi włosami (Ryc. 4.), których wewnątrz było głównym miejscem bytowania grzyba²⁵. Według danych, jakie J. Lenartowicz podał w 1938 r. pewne odmiany grzyba strzygącego ludzkiego bytowały w owłosionej skórze głowy u dzieci i nieowłosionej, tj. pokrytej meszkiem włosowym u dorosłych, inne, głównie zwierzęce powodowały głębokie zmiany ropne i zapalne w skórze owłosionej lub gładkiej. U mężczyzn wywołać mogły tzw. figówkę brody, gdzie oprócz powierzchniowych i drobnych wykwitów ropnych pojawiały się głębokie, dokuczliwe i bolesne nacieki ropne (Ryc. 5.). J. Lenartowicz uważał, że czynnikiem etiopatologicznym figówki mogły być również gronkowce²⁶.

²⁵ J. Świtalska, *Kobieta nowoczesna we wszystkich okresach jej życia...*, s. 39. Też: *Piękność i zdrowie...*, s. 179. J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 103, 106.

²⁶ Tamże, s. 101 – 107.

Międzywojenne źródła dermatologiczne, głównie z 1928 i 1937 r. oraz podręcznik patologii z 1936 r. potwierdzały występowanie różnorodnego obrazu klinicznego grzybicy strzygącej w zależności od gatunku grzyba, a także dominację grzybicy strzygącej skóry owłosionej w społeczeństwie polskim. Możliwe było także ogólne zakażenie grzybicze drogą naczyń krwionośnych, bardzo rzadko notowano natomiast w II RP przypadki grzybicy strzygącej prowadzącej do wyłysienia owłosionej skóry głowy²⁷. Chociaż, jak pisał Malinowski, to właśnie odmiana wewnątrzłosowa grzyba strzygącego wywoływała po wieloletnim przebiegu trwałą utratę pojedynczych włosów z wytworzeniem blizenek²⁸. Charakterystyczne dla grzybicy strzygącej skóry owłosionej były wykwyty w postaci blaszek lub tarczek o złuszczonej się powierzchni oraz świąd o nieznacznym nasileniu. Grzybica strzygąca brody, zw. według źródeł medycznych figówką grzybową lub grzybicową w początkowej fazie również miała postać blaszek lub tarczek z lekko łuszczącą lub pokrytą pęcherzykami powierzchnią. Jej zaostrzenie mogło ograniczać ruchomość żuchwy w wyniku zlewania się guzów zapalnych i przebiegać z towarzyszącym obrzękiem skóry otaczającej, powiększeniem węzłów chłonnych i objawami paragrypowymi. Jednostka ta mogła rozwijać się poza skórą brody, tj. w obrębie szyi, policzków, górnej wargi, brwi, a także owłosionej skóry głowy, zwłaszcza u dzieci. F. Kryształowicz zwracał uwagę już w 1928 r. na konieczność wykonania badania mikroskopowego włosów ze względu na podobieństwo obrazu klinicznego omawianej figówki i zakażeń ropnych²⁹. F. Malinowski w 1936 r. dodatkowo wyróżnił w przebiegu figówki postać suchą i ropiejącą³⁰.

Informacji na temat metod leczniczych grzybicy skóry owłosionej dostarczała cytowana powyżej literatura medyczna. Terapię ustalano nie w zależności od gatunku grzyba, lecz od jego lokalizacji. Zakażenie owłosionej skóry głowy wymagało złożonej kuracji. Po przystrzyżeniu włosów, ogniska grzybicze usuwano np. przy pomocy maści salicylowej, siarkowej, dziegciowej lub mydła. Następnie usuwano włosy za pomocą specjalnych szczypczyków lub promieni Roentgena, które jednak przeciwwskazane były dla dzieci poniżej trzeciego roku ży-

²⁷ F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 246. Tenże, W. Borkowski, *Przypadki grzybicy skóry owłosionej u dorosłych*, „Przegląd Dermatologiczny“ 1925, R. XX, nr 1, s. 1–9. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 583–587.

²⁸ F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 299–300.

²⁹ R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 587–592. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 246–249.

³⁰ F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 300–301.

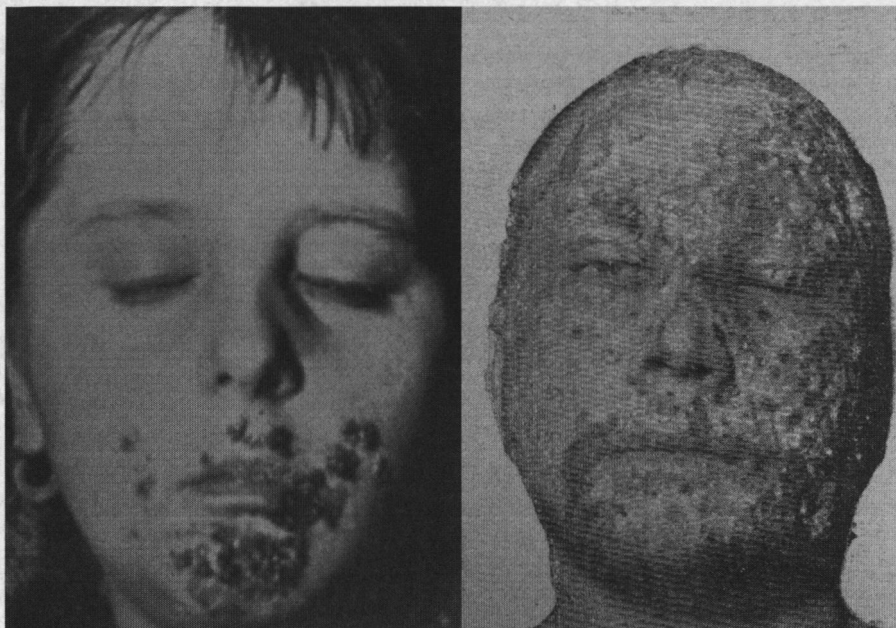
cia. Metodą alternatywną dla rentgenoterapii było doustne podawanie octanu talu, co jednak niosło ze sobą ryzyko uszkodzenia narządów wewnętrznych, a nawet śmierci. Dr J. Lenartowicz zwracał jednak uwagę w jednym ze swych artykułów opublikowanych w „Przeglądzie Dermatologicznym” w 1927 r., iż skrupulatne przestrzeganie dawkowania i zasad bezpieczeństwa zmniejszało w większości przypadków ryzyko powikłań do minimum, zapewniając jednocześnie odrost włosów. Dopuszczano również możliwość kojarzenia obu wymienionych metod, co miało stanowić bezpieczniejszą formę terapii. Do czasu wypadnięcia włosów lekarze zalecali wcieranie „wódki” salicylowej lub salicylowo – naftolowej oraz maści naftolowi-siarkowej, a do codziennej higieny – stosowanie mydła odkażającego i nalewki jodowej. Po utracie wszystkich włosów wskazane było aplikowanie „pasty siarkowej czerwonej”. Leczenie trwało 6–8 tygodni, tj. do czasu porostu nowych włosów. F. Kryształowicz podał w 1928 r. informację o prowadzonych próbach ogólnego leczenia przeciwgrzybiczego za pomocą trichofityny, które dawały wciąż niezadowalające efekty. Na podkreślenie zasługuje także fakt, iż analizowane wydawnictwa medyczne wyraźnie postulowały konieczność przestrzegania higieny osobistej jako czynnika profilaktycznego schorzeń grzybiczych³¹.

Choroby bakteryjne

Spośród chorób skóry w omawianych poradnikach dla kobiet, a zwłaszcza tych pt. *Higiena skóry i włosów* z 1938, *Piękność i zdrowie w życiu kobiety* z 1926 oraz *Kosmetyka życia codziennego* z 1930 r. można znaleźć informacje na temat infekcji bakteryjnych. Ich rozwój był wiązany ze stałą obecnością tych mikroorganizmów na powierzchni skóry, które wykazywały mniejszą lub większą zjadliwość, bądź też wnikały w struktury skóry pod wpływem pewnych sprzyjających warunków. Za czynnik etiologiczny uważano paciorkowce, gronkowce lub oba szczepy, wywołujące w tym wypadku tzw. zakażenia mieszane³². Do najczęściej omawianych schorzeń bakteryjnych skóry

³¹ Tamże, s. 303. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 257–259. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 597–598. Tegoż, *Doświadczenia nad wyłysieniem talowem*, „Przegląd Dermatologiczny” 1923, R. XVIII, nr 1, s. 28 – 34 (artykuł przedstawia wyniki badań na szczurach i potwierdza tymczasową utratę włosów w wyniku przyjmowania octanu talu oraz możliwe powikłania). Por. także J. Lenartowicz, *Octan talowy jako środek epilacyjny*, „Przegląd Dermatologiczny” 1927, R. XX, nr 3, s. 256 – 269 i D. Rubinstein, I. Jaranowska, *Wyniki stosowania octanu talu do epilacji w grzybicach głowy*, „Przegląd Dermatologiczny” 1929, R. XXIV, nr 2, s. 225 – 238.

³² J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 77–79. J. Świtalska, *Piękność i zdrowie*



Ryc. 6. Obraz kliniczny uszajca paciorkowcowego na podstawie podręcznika F. Kryształowicza, *Choroby skóry* z 1928 r. (z lewej: typowy charakter zmian skórnych, z prawej: zmiany skórne zaawansowane (ze zb. Bibl. Śląskiej)

należały liszajce wywołane przez paciorkowce i gronkowce oraz czyraki.

Liszajec paciorkowcowy i gronkowcowy

Typowy obraz kliniczny „liszajca paciorkowcowego” zw. pospolitym lub „słodkim strupem” obejmował obecność pęcherzy z treścią zapalną oraz miękkich i przejrzystych strupów koloru bursztynowego lub miodowo-żółtego, głównie w obrębie twarzy (Ryc. 6.). Zakaźny charakter tejże choroby sprzyjał szerzeniu się szczególnie łatwo wśród dzieci. Co ciekawe dr J. Świtalska w 1926 r. powyższy obraz kliniczny przypisała liszajcowi paciorkowcowemu, zaś cztery lata później gronkowcowemu³³. Prawdopodobnie należy uznać to za wynik ówczesnie trwających dyskusji w środowisku naukowym na temat czynnika etio-

wie..., s. 107–108. Teżże, *Kosmetyka życia codziennego*, Warszawa 1930, s. 132.

³³ Tamże, 132–133. J. Świtalska, *Piękność i zdrowie...*, s. 108, J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 79–80.

patologicznego tego schorzenia³⁴. Za odmianę liszajca paciorkowcowego, rozwijającą się głównie u dzieci, uznawano zajady. Zmiany powstające w kącikach ust miały postać ubytków naskórka i drobnych rozpadlin. W celach leczniczych, wedle wiedzy poradnikowej stosowano pędzlowanie jodyną lub roztworem azotanu srebra, czyli tzw. „lapisowanie” zmian chorobowych, smarowanie białym precypitatem rtęci, a także pudrowanie³⁵. Typowe zmiany pęcherzowe w przebiegu liszajca gronkowcowego J. Świtalska i J. Lenartowicz opisywali jako mętne i zielonożółte, a strupy – zbite i nieprzejrzyste. Ta choroba zakaźna stanowiła odrębną jednostkę chorobową lub powikłanie innych, zwłaszcza tych przebiegających z towarzyszącym świądem³⁶.

W okresie dwudziestolecia międzywojennego dermatolog F. Kryształowicz zwracał uwagę na zdarzającą się rozbieżność wyników badań bakteriologicznych, co niejednokrotnie utrudniało diagnozę konkretnej postaci klinicznej zakażenia bakteryjnego skóry. Wynikało to prawdopodobnie z wciąż trwającego rozwoju naukowych podstaw dermatologii oraz bakteriologii pomocnej w diagnostyce schorzeń, a zwłaszcza niejednolitej metodyki tychże badań (np. różny okres rozwoju choroby) oraz prowadzenia eksperymentów w wielu niezależnych ośrodkach naukowych. Z tego też względu autor zalecał uwzględnianie cech osobniczych skóry i całego organizmu, stanu narządów wewnętrznych oraz możliwych dróg zakażenia bakteryjnego³⁷.

Źródła dermatologiczne autorstwa R. Bernhardta i F. Kryształowicza oraz podręcznik patologii F. Malinowskiego i Z. Orłowskiego uzupełniają opis liszajca paciorkowcowego, zwyczajnego, zaraźliwego, zw. też „ogniopiórem” o: częste występowanie pierwotnych ognisk w obrębie błon śluzowych, możliwość obrzęku okolicznych węzłów chłonnych, nadarżające się pieczenie i świąd skóry oraz ustępowanie zmian bez pozostawienia blizny. Cechą charakterystyczną było występowanie wykwitów „w rozmaitych okresach rozwojowych”³⁸.

³⁴ Patrz: wyjaśnienie i przypis 41.

³⁵ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 80–81. Wł. Hojnacki, *Higiena kobiety i kosmetyka*, Księgarnia Polska B. Połonieckiego, Lwów, Warszawa 1928, s. 373. J. Świtalska, *Kosmetyka życia codziennego...*, s. 132 – 134. Tejże, *Piękność i zdrowie...*, s. 108.

³⁶ Tamże, s. 108–109. J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 79–80.

³⁷ F. Kryształowicz, *Rozwój metod badania w dermatologii*, „Przegląd Dermatologiczny” 1923, R. XVIII, nr 1, s. 10–17. Tegoż, *Rola paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze*, „Przegląd Dermatologiczny” 1931, R. XXVI, nr 2, s. 148 – 171. Tegoż, *Choroby skóry...*, s. 280.

³⁸ Por. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 281–283, 286. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 638 – 640. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologja, diagnostyka...*, s. 311–312.

Wykwity mogły rozwijać się poza otworami naturalnymi w obrębie twarzy, tj. w fałdach skórnych i owłosionej skórze głowy u dzieci. Liszajec następowy lub zliszajowacenie uważano za wtórne zakażenie skóry w przebiegu np. gruźlicy, kiły, grzybicy, świerzbu i wszawicy³⁹. W latach międzywojennych wciąż dyskutowano czynnik etiopatologiczny tej choroby, nie wykluczając możliwości zakażenia mieszanego. Do rozwoju zakażenia według Malinowskiego predysponowała „(...) skóra łojotokowa, zwłaszcza wyniszczonych, niedokrwestych blondynów, skóra nieoczyszczona należycie mydłem lub drażniona złem mydłem”. Istotne było, że liszajec paciorkowcowy szczególnie łatwo rozprzestrzeniał się w szkołach, rodzinach, a zwłaszcza koszarach, co może potwierdzać częste jego występowanie w okresie wojennym i międzywojennym⁴⁰. W związku z tym dermatolodzy zwracali uwagę przede wszystkim na bezwzględne przestrzeganie zasad racjonalnej higieny. Natomiast leczenie liszajca pospolitego polegało na: łagodzeniu stanu zapalnego i „zasuszaniu” zmian pęcherzowych za pomocą roztworów alkoholowych z dodatkiem kwasu salicylowego, garbnika, wody ołowianej, rezorcyny lub jodiny oraz zasypek na bazie tlenku cynku lub talku, usunięciu strupów przy pomocy okładów lub maści salicylowo – borowej albo w przypadkach uporczywych: cynobrowo – siarkowej, salicylowo – borowej, rtęciowej, z chlorkiem rtęciowoamoniowym itp.; sączenie powstrzymywał, jak podano, roztwór riwanolu, woda lapisowa lub zasypki⁴¹.

Gronkowiec złocisty odgrywał kluczową rolę w rozwoju zakażenia zwanego przez Bernhardta – liszajcem gronkowcowym lub krostkowym, a przez Kryształowicza oraz Malinowskiego – zapaleniem torebek włosowych. Wysiewowi zmian ropnych w obrębie mieszków włosowych, które według podręcznika patologii z 1936 r. miały postać krost lub w przypadku postępu stanu zapalnego – guzków, towarzyszył, jak donoszono w analizowanych podręcznikach dermatologicznych z roku 1928 i 1937, stan zapalny i obrzęk, a także ból i uczucie gorąca. Możliwe było również powiększenie węzłów chłonnych, zaś blizny nie występowały. Liszajec zlokalizowany był zwykle w obrębie skóry twarzy, kończyn i pośladków. Mógł też stanowić powikłanie liszajca pospolitego, choć Malinowski uważał, że „gronkowce wnikają zawsze następowo sprawy, wywołane przez paciorkowce”, a ponadto

³⁹ Tamże, s. 312 – 313. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 283.

⁴⁰ Tamże, s. 285. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 641. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 312.

⁴¹ Tamże, s. 315. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 322 – 324, 327–328. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 642–643.

kiły, gruźlicy, trądziku pospolitego i takich chorób przebiegających ze świądem skóry, jak np. wszawica, świerzb, świerzbieżka, pryszczycyca, tzw. zawodowe zapalenie skóry, nadmierne rogowacenie mieszków włosowych oraz podrażnienie skóry wywołane przez dziegcie, terpentynę itp.⁴². Analizując ówczesne metody leczenia liszajca gronkowcowego i paciorkowcowego można stwierdzić, że pierwszy z nich wymagał bardziej złożonej terapii. Po pierwsze zalecano ostrzyżenie włosów, nakłucie wykwitów pierwotnych oraz zastosowanie okładów z rezorcyny, 3% kwasu borowego lub riwanolu, bądź tzw. kleiny na bazie tlenku cynku, żelatyny i gliceryny, zwłaszcza wobec zmian skupionych. Obkurczenie krost pozwalało na wcieranie „wódki salicylowej lub resorcynowej 1–2%” oraz 10% pasty siarkowej Unny z dodatkiem np. kamfory, rezorcyny lub kwasu salicylowego. Przypadki uporczywe leczono, według źródła medycznego z 1928 r. maściami zawierającymi wyżej wymienione składniki lub rtęć, zaś z 1937 r. – szczepionką gronkowcową, wstrzykiwaniem mleka lub naświetlaniem promieniami Roentgena⁴³. Wskazuje to na postęp metod terapeutycznych liszajców na przestrzeni 9 lat. Co istotne, Malinowski zwracał również uwagę na związek diety, zaburzeń przemiany materii, układu pokarmowego, nerwowego moczowo – pęciowego i gruczołów dokrewnych z funkcjonowaniem skóry. Wśród czynników profilaktycznych wymieniał natomiast: higienę ciała, a zwłaszcza rąk i paznokci, unikanie drapania i zranień skóry, a w razie ich pojawienia – natychmiastowe opatrzenie, usuwanie ognisk zakaźnych w obrębie migdałów czy zębów zajętych próchnicą⁴⁴.

Czyrak

Czyraki zwane także w latach międzywojennych „wrzodziankami” charakteryzowano w poradnikach dla kobiet jako głębokie ropnie w obrębie mieszków włosowych wywołane przez gronkowce. Zmianom tym towarzyszył znaczny stan zapalny, obrzęk, ból i ustępowanie z pozostawieniem blizny. Za czynniki predysponujące do rozwoju czyraków, zwłaszcza mnogich uważano: obniżoną odporność organizmu, anemię, podatność na zakażenia towarzyszącą np. cukrzycy, zaburzenia funkcjonowania przewodu pokarmowego oraz trądzik pospolity.

⁴²Tamże, s. 660 – 662. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 301 – 304. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 308–309.

⁴³Tamże, s. 315. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 322–324. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 662–663.

⁴⁴F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 315–317.

Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia były czyraki w obrębie czerwieni wargowej lub brody, ponieważ niosły ze sobą ryzyko ogólnego zakażenia organizmu, a nawet śmierci, dlatego na łamach poradników dla kobiet z lat 1922–1938 w takiej sytuacji bezwzględnie zalecano konsultację lekarską. Wskazana ona była również w przypadku konieczności chirurgicznego usunięcia zmiany skórnej, co pozwalało uzyskać bardziej estetyczną bliznę niż w przypadku czyraka ustępującego samoistnie. Wśród domowych środków leczniczych, polecanych tylko w najstarszym z analizowanych poradników dla kobiet – *Podręczniku kobiety eleganckiej* z 1922 r. podawano: gorące okłady ułatwiający rozwój czyraka, następnie przecieranie zmian jodyną, spirytusem lub stosowanie okładów z wodą utlenioną. Dr Wł. Hojnacki wskazywał na konieczność przestrzegania takich zaleceń dietetycznych, jak: ograniczenie alkoholu i kawy oraz gorących i mięsnych dań⁴⁵. J. Lenartowicz i J. Świtalska zwracali jednak głównie uwagę na profilaktykę zakażeń bakteryjnych w postaci codziennej higieny ciała, a zwłaszcza rąk, odkażanie nawet najdrobniejszych zranień, noszenie luźnej odzieży, utrzymywanie mieszkania w czystości, unikanie drapania skóry itp.⁴⁶.

Jak podają źródła medyczne autorstwa Bernhardta i Kryształowicza wrzodziańka lub inaczej czyrak, mógł osiągać dosyć duże rozmiary, tzn. „od owocu wiśni do monety 10 złotych”⁴⁷. O czyraczności mówiono w przypadku zmian rozsianych na skórze i utrzymujących się przez dłuższy czas, zaś zmiany skupione lub wytworzenie się kilku czopów martwiczych w obrębie jednej zmiany nazywano tzw. karbunkulem, co Malinowski w 1936 r. uważał za błąd, gdyż nazwa ta dotyczyła według niego zakażenia wąglikiem⁴⁸. Rozwój pojedynczej zmiany trwał ok. 7 dni, tj. do czasu wytworzenia blizny jako stanu zejściowego. Miejscami szczególnie predysponowanymi do rozwoju czyraków były: kark, plecy, doły pachowe, twarz, pośladki i okolice pęciowe oraz kończyny górne, dolne i fałdy skórne. Cięższy przebieg tego zakażenia bakteryjnego wiązał się nie tylko z rozwojem owrzodzenia

⁴⁵ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 81–82, Wł. Hojnacki, *Higiena kobiety i kosmetyka...*, s. 450. J. Świtalska, *Piękność i zdrowie...*, s. 109–110 (autorka stosuje tylko określenie wrzodziańki, o których pisze też dr R. Bernhardt, patrz: przyp. 47). Tejże, *Kosmetyka życia codziennego...*, s. 92, 134–135. H. K., *Podręcznik kobiety eleganckiej...*, s. 36.

⁴⁶ J. Lenartowicz, *Higiena skóry i włosów...*, s. 83. J. Świtalska, *Kosmetyka życia codziennego...*, s. 131 – 132, 135. Tejże, *Piękność i zdrowie...*, s. 107, 110.

⁴⁷ R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 676.

⁴⁸ Tamże, s. 676. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 310. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 306–307.

o dużym czopie martwiczym, ale i objawami ogólnymi, które występowały wedle wiedzy zawartej w podręczniku patologii z 1936 r. w przypadku chorób wyniszczających, cukrzycy i zapalenia nerek. Niebezpieczeństwo powikłań stwarzały czyraki rozwijające się w obrębie czerwieni wargowej, brody, nosa i powiek ze względu na możliwość zapalenia opon mózgowych, zakażenia ogólnego organizmu lub śmierci. Ponadto w obrębie skóry brody mogły wywołać zapalenie szpiku kostnego żuchwy, zaś liczne czyraki i karbunkuły wiązały się z zakażeniem ogólnym i objawami chorobowymi ze strony takich narządów wewnętrznych, jak np.: serce, nerki, stawy, a sama choroba mogła trwać miesiącami lub latami. Dr R. Bernhardt podzielił czynniki predisponujące do rozwoju czyraków na: zewnętrzne (np. uszkodzenia mechaniczne naskórka w przebiegu chorób zakaźnych i zawodowych) i wewnętrzne (gruźlica, cukrzyca, otyłość itp.)⁴⁹. Wraz z Fr. Kryształowiczem i F. Malinowskim rekomendowali: stosowanie wody i mydła do higieny skóry zmienionej chorobowo oraz „traktowanie” zmian roztworem eteru z dodatkiem kwasu salicylowego lub octowego, nalewki jodowej na acetonie, przyżeganie stężonym roztworem nadmanganianu potasu lub kwasu karbolowego, zamrażanie CO₂, elektrolizę, naświetlanie lampą Sollux z czerwonym filtrem lub promieniami Roentgena, kataplazmy i okłady z rezorcyną, riwanolem lub ichtiolem pod ceratką, plastry rtęciowo – karbolowe, kąpiele lecznicze z sublimatem lub nadmanganianem potasu w przypadku czyraczności uogólnionej i wiele innych. Zmiany rozległe i zlokalizowane w obrębie twarzy leczono chirurgicznie, zaś uporczywe – szczepionkami gronkowcowymi, jak np. propidon, wstrzykiwaniem mleka, olejku terpentynowego, krwi pacjenta itp. Spośród środków podawanych wewnętrznie zalecano np.: drożdże, siarkę, żelazo, fosfor. Ponadto wskazane było leczenie schorzenia ogólnego, jeśli zostało zdiagnozowane oraz przestrzeganie zaleceń dietetycznych⁵⁰.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy w przypadku takich schorzeń skóry, jak grzybice i liszajce autorzy polskich poradników dla kobiet zwykle nie podawali środków ani metod leczniczych ze względu na konieczność prowadzenia terapii tych schorzeń pod kierunkiem lekarza dermatologa, a co za tym idzie większą jej skuteczność. W przypadku większości dermatoz propagowali przestrzeganie zasad codziennej higieny ciała, jako jednej z dróg profilaktyki zdrowotnej,

⁴⁹ Tamże, s. 306–307. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 676–678. F. Malinowski, Z. Orłowski, *Patologia, diagnostyka...*, s. 310.

⁵⁰ Tamże, s. 317. R. Bernhardt, *Choroby skóry...*, s. 678–680. F. Kryształowicz, *Choroby skóry...*, s. 325–326.

co pozwala stwierdzić po raz kolejny, iż zwłaszcza choroby zakaźne stanowiły poważne wyzwanie dla międzywojennej służby zdrowia. Powyższa analiza nie wyczerpuje jednak tematu chorób skóry i jej przydatków. Odrębną grupę stanowią takie jednostki chorobowe, jak łojotok, trądzik pospolity czy łupież tłusty, nadmierne owłosienie, nadmierna potliwość, piegi i inne zaburzenia barwnikowe, modzele, odciski, blizny i tym podobne. Mimo że ich charakterystyka stanowiła integralną część międzywojennych podręczników dermatologicznych Bernhardta i Kryształowicza oraz *Podręcznika patologii, diagnostyki i terapii* Malinowskiego i Orłowskiego, to w polskich poradnikach dla kobiet były one niejednokrotnie określane jako wady i defekty urody. J. Świtalska tak formułuje swój pogląd dotyczący defektów kosmetycznych w poradniku pt. *Kosmetyka życia codziennego* z 1930 r.: „Trudno jest przeprowadzić ścisły podział, jakie dolegliwości skóry należy odnieść do chorób skórnych, jakie wpływają z ogólnego stanu zdrowia, a jakie stanowią t. zw. defekty kosmetyczne”. I dalej wyjaśnia rolę kosmetyki leczniczej w eliminowaniu tych problemów skóry: „Kosmetyka lecznicza nowoczesna ma za zadanie podnieść ogólny stan zdrowia, usunąć wrodzone lub nabyte usterki, dać wskazówki pielęgnacji ogólnej, oraz pielęgnacji poszczególnych części ciała. (...) Wszelkie tego rodzaju defekty usunąć można przez racjonalną pielęgnację, stosowanie systematycznych zabiegów kosmetycznych oraz przez odpowiednie leczenie pod nadzorem lekarza specjalisty”⁵¹. Również Wł. Hojnacki w swoim poradniku z 1928 r. określa wyżej wymienione schorzenia jako zmiany i wady kosmetyczne, a kosmetykę uważa za sztukę upiększania, „poprawiania tego, co jest zniszczone lub nieestetyczne, uwypuklenia tego, co już jest, a ukrycia braków i błędów”⁵². Z kolei Z. Wasilewska, autorka poradnika z 1938 r., charakteryzuje i omawia środki oraz metody usuwania „największych wrogów urody kobiecej”, czyli wymienionych powyżej chorób⁵³. Natomiast Z. Barski wypowiada się o kosmetyce lekarskiej jako gałęzi medycyny, która zajmuje się m.in. usuwaniem znamion, brodawek, niepożądanego owłosienia, przebarwień, a także leczeniem chorób skóry i włosów, niwelowaniem objawów starzenia się skóry itp., która ponadto czerpie ze zdobyczy chemii kosmetycznej. Rozważania te podsumować można słowami dr Zofii Wepper z 1928 r., że „każda choroba skóry jest równocześnie

⁵¹ Por. J. Świtalska, *Kosmetyka życia codziennego...*, s. 91–94. Też: *Jak pielęgnować urodę*, Warszawa 1930, s. 16–22.

⁵² Wł. Hojnacki, *Higijena kobiety i kosmetyka...*, s. 393, 445–475.

⁵³ Z. Wasilewska, St. Bendarzewski, *Piękność i kultura ciała. Poradnik dla Pań*, Wyd. Wł. Bąka, Warszawa 1938, s. 117–145 (cz. I).

wadą jej piękności. Na ogół jednak (...) nie zagrażają ani życiu, ani zdrowiu pacjenta, uszkadzają go jednakowoż zawodowo lub towarzysko”⁵⁴. Dlatego też ta grupa chorób skóry, które poddawane były również zabiegom tzw. kosmetyki lekarskiej i które szeroko charakteryzowano na łamach polskich poradników dla kobiet wydanych w latach 1922–1939 wymaga odrębnej analizy.

⁵⁴Z. Barski, *Zarys lekarskiej kosmetyki*, „Miraculum”, Kraków 1929, s. 3–5. Tegoż, *Jak racjonalnie pielęgnować urodę*, Drukarnia Narodowa, Kraków 1927, s. 3–4. Z. Wepfer, *Leczenie nadmiernego uwłosienia*, „Przegląd Dermatologiczny” 1928, R. XXIII, nr 4, s. 349–359.

Summary

Skin and its appendages diseases widespread in the interwar years in Poland on the basis of handbooks for women edited between 1922 – 1939

After 1918 Polish society was in a difficult situation because of low level of hygiene, prevailing infectious skin diseases and many other factors. There were used Polish handbooks for women edited between 1922 and 1939 compared with medical interwar knowledge to prove the thesis above. The examination has shown that the most popular were: parasitic and bacterial diseases and also different types of mycosis. It was necessary to consult a doctor in case of bacterial or mycosis infection, as it was written in analyzed handbooks for women. Furthermore hygiene was the easiest and the most important way to keep healthy skin and the whole organism. Another group of skin diseases, named also "cosmetic defects" contained: *seborrhoea*, *acne*, oily hair and dandruff, white hair, *hypertrichosis*, *hyperhidrosis*, freckles and other hyperpigmentations of the skin, *callus*, corns, scras and so on. The interwar handbooks popularized medicaments and cosmetic treatments to eliminate these defects even though they were, according to dermatological nomenclature, in group of skin diseases. This paper is focused on typical skin diseases and cosmetic defects should be analyzed separately and also carefully.