

K. WINKLER
DERMATOLOGIE – EIN REPERTORIUM

Dermatologie

Ein Repertorium

von

DR. KURT WINKLER

Dermatologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz

(Chefarzt: Prof. Dr. H. Teller)

Mit 141 Abbildungen



WALTER DE GRUYTER & CO.

*vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung · J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung
Georg Reimer · Karl J. Trübner · Veit & Comp.*

BERLIN 1968

Copyright 1967 by

Walter de Gruyter & Co., vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung — J. Guttentag,
Verlagsbuchhandlung — Georg Reimer — Karl J. Trübner — Veit & Comp., Berlin 30. — Alle Rechte,
auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der photomechanischen Wiedergabe, der Herstellung
von Mikrofilmen und der Übersetzung, vorbehalten.

Archiv-Nr. 5 621 671 — Printed in Germany. — Satz und Druck : R. Oldenbourg, München

Einband : U. Hanisch, Berlin-Zehlendorf

VORWORT

Das vorliegende Repertorium der Dermatologie soll zur raschen Orientierung in der Praxis dienen. Es wendet sich vornehmlich an den praktizierenden Arzt und an den Studenten.

Im ersten Teil, dem Hauptteil (S. 1–148), werden Symptomatik, Differentialdiagnose und Therapie der *Haut- und Geschlechtskrankheiten in alphabetischer Ordnung* abgehandelt. Hier findet man auch Stichworte wie Diabetes mellitus, Leberleiden, Leukämie und die Namen anderer Krankheiten, bei denen Hautsymptome zur Erkennung führen können. Auch Grenzgebiete wie *Durchblutungsstörungen* und *endokrine Erkrankungen* sind berücksichtigt. – In der Dermatologie gibt es für einzelne Krankheitsbegriffe zahlreiche Synonyma, die zugunsten einer Raumersparnis und einer besseren Lesbarkeit im ersten Teil nicht alle genannt wurden. Hier hilft das besonders ausführliche Sachverzeichnis weiter. Die Abbildungen stammen aus der Hautklinik Berlin-Britz, einige auch aus dem Hôpital Saint-Louis in Paris.

Im zweiten Teil (S. 149–156) sind die *Hautkrankheiten* nach ihrer bevorzugten Lokalisation zusammengestellt. Innerhalb dieser *topographischen Anordnung* findet sich auch eine morphologische Unterteilung. Wer den Namen einer Krankheit nicht kennt, wird mit Hilfe dieses Teils leichter eine Dermatose bestimmen können, die er dann im ersten Teil beschrieben findet.

Im dritten Teil (S. 157–168) werden einzelne *allgemeine Fragen* zur Therapie und Diagnostik erörtert, die dem Autor auf Grund seiner Erfahrungen besonders wichtig erschienen. Häufig verwandte *Vehikel* und *Wirkstoffe* werden besprochen. Ferner wird eingegangen auf die *Glukokortikoide*. Besonderer Wert wurde dabei auf die *äußerliche Anwendung* gelegt, die heute in der täglichen Praxis eine große Rolle spielt. – Über eine neue Stoffgruppe, die *Antiandrogene*, von denen man sich bei der Behandlung der Seborrhoe, der Akne, der Alopecia androgenetica und des Hirsutismus Erfolg verspricht, wird bereits auf Grund eigener Erfahrungen berichtet.

Die *epikutanen* und *kutanen Testungen* werden beschrieben. Schließlich werden die *Kriterien der Berufsdermatosen* genannt, da bei Hautkrankheiten diese Frage oft gestellt wird.

Verschiedenartige Drucktypen sowie Einrahmungen und Tabellen sollen das Lesen erleichtern und eine synoptische Hilfe sein.

Zu besonderem Dank bin ich Herrn Prof. Dr. H. TELLER, Berlin, verpflichtet, der mir stets beratend zur Seite stand und damit das Buch wesentlich gefördert hat. Herrn Prof. Dr. B. DUPERRAT, Paris, bin ich sehr verbunden für die vielen diagnostischen und therapeutischen Hinweise, die er mir während meiner wiederholten Tätigkeit am Hôpital Saint-Louis gab. Sehr dankbar bin ich Herrn Dr. W. DEMMLER, Berlin, für die Unterstützung bei der Ausarbeitung des Manuskriptes und für die Hilfe bei der Korrektur. Herrn Dr. H. J. SCHUPPENER, Essen, danke ich sehr für wiederholte Ratschläge und Kritik.

Berlin-Schöneberg, Herbst 1967

KURT WINKLER

INHALTSÜBERSICHT

I. Hautkrankheiten in alphabetischer Ordnung (Diagnostik und Therapie)	1–148
II. Hautkrankheiten in topographischer Ordnung	149–155
III. Allgemeines	157–168
Zur externen Behandlung	157
Wirkstoffe und Heilmittel zur äußerlichen Behandlung	159
Zur Kortikoidbehandlung	160
Kortikoide für die innerliche Therapie	160
Kortikoide für die äußerliche Therapie	161
Antiandrogene	163
Zu den Antihistaminika	164
Dimethylsulfoxyd	164
Epikutantestung	165
Kutantestung	167
Kriterien für Berufsdermatosen	167
Sachregister	169–187

I. Hautkrankheiten

in alphabetischer Ordnung

(Diagnostik und Therapie)

Addisonische Krankheit. Primäre, chronische Nebennierenrinden-Insuffizienz. Wichtige Symptome: starke Hautpigmentierung bes. an den belichteten Hautstellen und an den Handlinien (**DD**: Hämochromatose), Pigmentierung der Mundschleimhaut, Hypotonie, Adynamie, Anorexie, erniedrigte 17-Ketosteroid- und 17-Hydroxykortikoidwerte im Harn, erhöhte Kaliumwerte im Serum. Ursache: Tuberkulose oder Atrophie oder Krebsmetastasen in beiden Nebennierenrinden. **Ther.**: Dauersubstitution mit etwa 20 mg Prednison tgl. und mit etwa 5 mg Desoxykortikosteron tgl.

Adiponecrosis subcutanea neonatorum (umschriebene Fettnekrose). Kurz nach der Geburt entstehen plattenartige, mit der rötlichen Oberhaut verbackene Infiltrate in der Subcutis. Neigt zu spontaner Rückbildung. Ursachen: Geburtstrauma, Kälte. **Ther.**: Bäder, Massage, Wärme, Watteverbände. Evtl. 2 mg Prednisolon tgl.

— **e frigore.** Infiltrate durch Fettnekrosen nach Kälteeinwirkung. Sitz: Bes. Wangen, Hals.

Adipositas dolorosa Dercum. Schmerzhaftes Lipome und Fettwülste bes. bei Frauen im Klimakterium. **Ther.**: Impletolinjektion in den Herd.

Akanthom aus hellen Zellen (acanthome à cellules claires). Selten. Runde bis ovale, bräunlich-rötliche, schuppige, zuweilen nässende oder leicht blutende, bis bohnen große Knötchen. Gewöhnlich in der Einzahl auftretend. Sitz: meist Beine. Ursache: Virus? **Dg.**: histologisch: helle glykogenreiche Stachelzellen. **Ther.**: Exzision.

Akanthosis nigricans. Kennzeichen: braune bis schwarze Hyperpigmentierung, papilläre Exkreszenzen, Hyperkeratosen. Sitz: bes. Nacken, Hals, Achselhöhlen, äußere Geschlechtsteile, Lippen, hautnahe Schleimhäute. **DD**: Pemphigus vegetans, Darierische Krankheit.

— — **benigna** beginnt z. Z. der Pubertät oder früher. Familiäres Vorkommen. Siehe auch Pseudoakanthosis nigricans.

— — **maligna** beginnt meist nach der Pubertät. Gleichzeitig Eingeweidekrebs, häufig Magenkrebs.

Ther.: Vitamin A in hohen Dosen. 5%ige Salizylsalbe. Bei der malignen Form Tumorbehandlung.

Akne arteficialis. Sie entsteht durch *Arzneimittel* und infolge von Schädigungen durch den Beruf, z. B. durch *Jod, Brom, Chlor* (s. Chlorakne), *Teer* (*A. picea*), Schmieröle (Ölakne), schlecht gereinigte Gesichtscremes. – Die klinischen Erscheinungen sind im wesentlichen dieselben wie bei Akne vulgaris. **Ther.:** Ausschaltung der Noxc. Siehe Chlorakne, Akne vulgaris.

Akne necroticans (varioliiformis). Juckende (nicht immer), bis linsengroße rote *Papeln mit zentraler Nekrose*, die sich abstößt und eine *gedellte Narbe* hinterläßt. Meist bei Männern mit Seborrhoe. Rezidivneigung. Sitz: bes. Stirnhaargrenze. **Ther.:** Ungt. Hydrarg. praecip. alb. – Zinnoberalb (Hydrarg. sulf. rubr. 0,5, Sulf. praecip. 5,0, Ungt. moll. ad 50,0). Sanapredon-Lotio.

Akne vulgaris. Auf dem Boden einer Seborrhoe kommt es durch verstärkte Verhornung zur Verstopfung der Follikel mit Bildung von Komedonen, Papeln, Pusteln, evtl. auch Narben. Sitz: Gesicht, Nacken, Rücken, Brust. Auftreten meist von der Pubertät an bis etwa zum 25. Lebensjahr. Ätiologisch spielen eine Rolle: 1. Hormone: *Überwiegen der Androgene*; auch nach Behandlung mit Testosteron, anabolen Steroiden, Glukokortikoiden (Abb. 1). 2. Bakterielle *Sekundärinfektion*. 3. *Zentral-nervöse Faktoren*. 4. Magen-Darmstörungen. 5. Falsche Ernährung. 6. Erbliche Faktoren. 7. Foci.

— **conglobata.** Pyodermischer Prozeß. Selten. Schwerste Form mit subkutanen citrigen Einschmelzungen. Sitz: Rumpf, Gesicht, Hals, Gesäß.

— (Acné) **excoriée des jeunes filles.** Durch zwanghaftes dauerndes Zerquetschen mit den Nägeln entstehen krustenbedeckte Erosionen und pigmentierte Narben.

— **indurata.** Tiefgehende, abszedierende, blaurote, oft schmerzhaftige Gewebsverhärtungen.

Ther.: 1. Äußerlich. Fertigpräparate enthalten *Schwefel* (heute noch das gebräuchlichste Mittel), Resorzin, Zinnober, *Salizylsäure*, *Antibiotika*, *Östrogene*, *Glukokortikoide* u. a.: Akne-Vausept, Aknecompre, Aknederm (Puder, Tinktur, Salbe), Sebohermal (Tinktur, Gel, Emulsion), Stepin (Puder, Tinktur, Lotio, Paste), Fissan-i-Puder, Sulfoderm-Puder, Hexomedin, Enclbin-Maske,

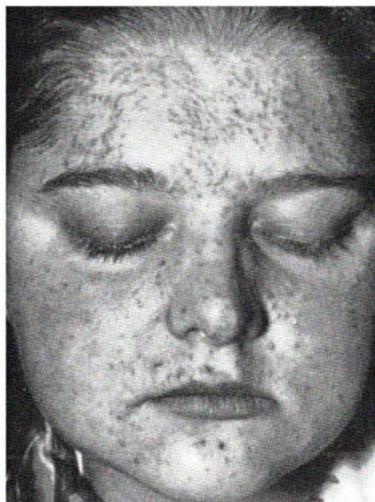


Abb. 1. Akne nach hochdosierter Glukokortikoidtherapie wegen Erythematodes acutus (S. 12).

Brasivil (Schleif- und Reinigungsmittel mit Aluminiumoxyd). RV-Akne Make up zur Abdeckung.

Gesichtsdampfbäder (15 Minuten Gesicht über Schüssel mit dampfendem Wasser halten, Abdecken mit Handtuch) erhöhen die Wirkung der anschließend aufgetragenen Präparate.

Abends abreiben mit Lotio cosmetica DR.F. Zur Hautreinigung Stephalen-Waschgel. Kohlensäureschnee mit 5%igem Resorcin-Aceton mischen, etwa 10% Sulf. praecip. hinzufügen, Brei mit Watteträger aufpinseln. Mitesser nach *Gesichtsdampfbad* (z. B. mit Kamillosan) und Alkoholreinigung mit Komedonenquetscher ausdrücken. Massage. Vibrationsapparate. Douche filiforme. *Höhensonne*, Sonnenbäder. Zur Einschmelzung von Infiltraten Kurzwelle. Bei größeren Abszessen Stichinzision. Narben hochtourig schleifen.

Röntgenstrahlen als ultima ratio bei A. conglobata: kleine fraktionierte Dosen (20–100 r), Gesamtdosis 200–300 r Dermopan Stufe II–III.

2. Innerlich. *Vitamin A* (200000 E tgl.). Auch kombiniert mit Vitamin E, das die Wirkung von Vitamin A verstärkt (Rovigon). Ell-aknell Dragées. *Östrogene*: z. B. 1 Injektion Progynon-Depot 10 mg alle 4 Wochen, bei Frauen jeweils im Anschluß an die Regel. Auch Ovulationshemmer (z. B. Anovlar 21). *Antiandrogene* (Siehe Seite 163). *Antibakteriell*: Fokus-Sanierung. Bei Sekundärinfektion: Tetracycline 250 mg tgl. über Wochen. Durenat. Autovakzine. Gamma-Globuline. Eigenblut. Olobintin. Ichthralctten. Ichthophen i. v., Euphorbia oplx. (anfangs 3×40 Tr. tgl.).

3. Allgemein: Ausreichender Schlaf. Regelmäßige Mahlzeiten, langsam essen, gut kauen! Stuhlregulierung. Magen-Darm-Störung behandeln. Bei Dysbakterie: Omniflora. Klimatherapie (z. B. Nordsee). *Zu empfehlen*: Quark, entrahmter Joghurt, Buttermilch, Gemüse, Obst (1mal wöchtl. 1 Obsttag), mageres Fleisch, Vollkornbrot. *Zu vermeiden*: Schokolade, Süßigkeiten, Nüsse, Hammelfett, Brompräparate, Jod (in Arzneimitteln, Seefischen), größere Mengen von Kochsalz.

Akrochordon. Fadenförmige bis 1 cm lange Gebilde, die an ihrem Ende büschelförmig angeordnete, warzige Erhebungen aufweisen. Nosologisch zwischen Fibroma pendulum und filiforme Warzen einzureihen. Sitz: bes. Gesicht, Hals. **Ther.**: elektrische Schlinge.

Akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer. Viruserkrankung (?). Bes. bei Frauen. Beginn im 5. Lebensjahrzehnt. Zunächst Rötung und Schwellung der Haut (Stadium infiltrativum), später Atrophie (Stadium atrophicum) mit *dünnere*, zigarettenpapierartig faltbarer (Abb. 2), *blaurötlicher*, haarloser, trockener *Haut* mit Teleangiektasien. Schwund des Fettgewebes, daher Durchschimmern der tiefliegenden Venen. Sitz: bes. Hand- und Fußrücken, Knie, Ellbogen. Manchmal findet man streifenförmige Anordnung (Ulnarstreifen, Fibularstreifen) und bes. über den Ellbogen fibromartige Knoten. An den Unterschenkeln kann es zu Sklerosierungen kommen (**DD**: Sklerodermie).

Oft beschleunigte BSR. **Ther.** : Penicillin (tgl. 1 Mega IE.) 1 bis 2 Kuren mit 10 Mega E.-Chloromycetin (oder Tetracyclin) 8 Tage lang tgl. 2 g.-Vitamin E 200mg tgl.-Massage mit 2%iger Ichthyolsalbe, 2%iger Salizylsalbe, Akrothermsalbe. Warme Bäder. Unterwasserdruckstrahlmassagen.



Abb. 2. Akrodermatitis chronica atrophicans

Akrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau). Auf entzündeter Haut entstehen schubweise sterile Pusteln. Später Atrophie der Haut mit Nagelverlust, evtl. Mutilation der Endglieder. Sitz: Akren der Finger, Zehen; Handinnenflächen; später proximalwärts fortschreitend. **DD** : Pustulöses Bakterioid, Psoriasis pustulosa. **Ther.** : Kortikoidsalben. Kortikoide innerlich. Vitamin D₂. AT 10. Röntgenstrahlen.

Akrodermatitis enteropathica (Danbolt u. Closs 1943). Rezessiv erblich (?). Hartnäckige erythematöse, vesicopustulöse und krustöse Erscheinungen in der Umgebung aller Körperöffnungen und an den Akren. Haarausfall, Nageldystrophie, Diarrhoe. Beginn in den ersten Lebensmonaten. **Ther.** : Halogenisierte Oxychinolinderivate (z. B. Enterosept) etwa 3 g tgl. über Monate. Vitamin A und B₁₂. Antibiotika. Prednisolon.

Akrodermatitis papulosa infantum (Gianotti-Crosti-Syndrom). Bes. bei Knaben im 2.-4. Jahr. Stecknadelkopfgröße, weinrote Papeln an den Streckseiten der Arme, Beine, am Hals, im Gesicht. Rumpf bleibt frei. Lymphknotenschwellung. Geringes Fieber. Im Blut Monozytose. Spontane Abheilung in 4 Wochen. **Ther.** : Kortikoidsalben.

Akrodynie (Feer). Nur bei Kleinkindern. Bläulichrote, schmerzende Hände und Füße mit Schuppung an Palmac und Plantac, Hyperhidrosis, Haarausfall, Hypotonie der Muskulatur, Anorexic. Ursache: meist Quecksilber-Intoxikation. **Ther.** : Vitamin D₃ und B-Komplex. Kalzium. Bellerгал.

Akrogerie. Bei der Geburt vorhandene oder in den ersten Lebensmonaten auftretende Hautatrophie an den Gliedern.

Akrokeratosis verruciformis (Hopf). Hautfarbenc, wie Verrucae planae aussehende Papeln an Hand- und Fußrücken. Gehört wohl zum Morbus Darier.

Akrozyanose. Durch Erweiterung der venösen Endstrombahnen bei Verengung der Arterien entsteht eine blaurote Verfärbung, zuweilen mit teigigen Schwellungen. Bei starker Kälte können sich auch hellrote Flecken bilden. Durch Fingerdruck läßt sich die bläuliche Farbe wegdrücken, beim Loslassen tritt die Blaufärbung von der Peripherie her wieder auf (*Irisblendenphänomen*). Die Haut fühlt sich kalt und feucht an. Es besteht eine *Hyperhidrosis* der Hände und Füße, zuweilen gefolgt von Mykosen. Sitz: bes. Hand- und Fußrücken, Gesicht. Beginnt in der Pubertät, schwindet meist um das 25. Lebensjahr. **Ther.:** Wechselbäder, Sauna, Massagen, Trockenbürsten, Pernionin-Teilbad. Höhensonne. Rubriment. Amasin-Frostcreme. Progynon-Salbe. Sana „33“. Akrotherm-Tbl., Complamin-Tbl., Ichthraletten. Hyphibion.

Aktinomykose (Strahlenpilzkrankheit). Erreger: *Actinomyces israeli*, der erst durch eine mikrobielle Begleitflora pathogen wird. Die Erreger dringen meist von der Mundhöhle (kariöse Zähne) in die Haut der Wangen und des Halses ein. Es entstehen blaurote, bretharte, wulstförmige Infiltrate mit Abszeß- und Fistelbildungen. **Dg.:** Pilznachweis. **DD:** Tuberkulose, Lues, Osteomyelitis. **Ther.:** **Supronal** 10 g tgl. und **Penicillin** 1 Mega tgl. (oder Erythromycin 3 g tgl.), mindestens 4-6 Wochen lang. INH 10 mg/kg/tgl. über Monate. Operation. Röntgenstrahlen.

Alastrim (weiße Pocken, Kaffernpocken). Erreger: Virus, das als Dauermodifikation des Pockenvirus aufgefaßt wird. Verlauf ähnelt dem der Variolois, zuweilen sogar dem von Varizellen. Prognose gut. **Ther.:** Antibakterielle Salben.

Albinismus circumscriptus: s. *Naevus achromicus*, *Poliosis circumscripta congenita*.

— **totalis.** Rezessiv erblich. Völliger Pigmentmangel auch in den Haaren, in der Iris und Chorioidea. Photophobie. Prophyl. gegen Lichtschäden: *Contralum*, Lichtschutzsalbe *Diwag*.

Albright-Syndrom. Ostitis fibrosa, *Pubertas praecox*, landkartenförmige, milchkaffeefarbene Hautpigmentation. Vorkommen bes. beim weiblichen Geschlecht.

Alopecia andro-genetica (*Ludwig*). Mehr oder weniger starke Lichtung des Haares am Scheitel, beginnend hinter der Stirnhaargrenze bis zum Wirbel reichend. Gleichzeitig ölige Seborrhoe. — *Nur bei Frauen* vorkommend. Ursachen: *hormonelle* (vermehrte Androgenbildung, Testosteronbehandlung) und *genetische Faktoren* (erblich gesteigerte Androgenempfindlichkeit der Haarfollikel des Scheitels). **Ther.:** R.p. Progynon-Depot 10 mg, Spirit. dilut. ad 100.



Abb. 3. Alopecia areata

Alopecia areata (kreisrunder Haarausfall, Pelade, Abb. 3). Plötzliche Entstehung einer oder mehrerer, rundlicher, kahler Stellen am behaarten Kopf,

zuweilen auch in der Bartgegend. Am Rande des Herdes verdünnen sich die Haare in Richtung auf die etwas geschwollenen Wurzel zu (Ausrufungszeichenhaare), solange die Krankheit fortschreitet. Schlangenförmig gewundene, haarlose Bezirke bes. im Nacken nennt man *Ophiasis*. Bei der *A. maligna seu totalis* (ungünstige Prognose) fallen rasch sämtliche Kopfhaare aus, meist auch die Körperhaare. – Die Follikel bleiben erhalten, *Narben* bilden sich *nicht*. Das Haar wächst zunächst weiß nach. **Ther.**: Fokus-Sanierung. *Hyperämisierende* Maßnahmen: *UV-Licht*. *Kromayersche Quarzlampe*. *Chloräthylvereisungen* (2 Sek.), K_5 -Tinktur, bei hellem Haar K_5 -Tinktur „spezial“. *Rp.*: Progynon B ol. 5 mg, Spirit. dilut. ad 100,0. *Rp.*: Sol. Bepanthen „Roche“ 50 ml, Aqu. dest., Spirit. dilut. $\bar{a}\bar{a}$ 100 ml. – 2mal wöchtl. gesamte Kopfhaut mit Salizylspiritus (2%) abreiben. Rüttelmassage. Kortikoidsalben einreiben oder unter Folienverband (bzw. Badekappe). Alpicort. Dexacrinin. Bei kleinen Herden intrafokale Kortikoidinjektionen. Bei *Alopecia totalis* Kortikoid-Langzeitbehandlung versuchen, z. B. Dexascheron 1 mg tgl. über viele Monate. D-Tracetten forte, tgl. 1 Tabl. zu 1 mg über Wochen. Bepanthen 2–4 Tabl. tgl., Bellergal, Valium. Thallium acet. D 6 jeden 2. Tag 1 Tabl., 4 Wochen lang.



Abb. 4. Alopecia atrophicans

Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq, Abb. 4). Bes. im Scheitelgebiet entstehen haarlose Stellen mit *atrophischen Follikeln* (Öffnungen durch Jodanstrich nicht darstellbar). *Einzelne grobe, dicke Haare* bleiben in den Herden bestehen. *Irreversibel*. Ursache: Lichen ruber (s. *Graham-Little-Syndrom*), Erythematodes chronicus, meist unbekannt. **Ther.**: s. o., Versuch mit Höhensonne, 2%igem Resorzin-Salizylsäurespiritus, K_5 -Tinktur „spezial“. Wenig aussichtsreich.

– **climacterica**. Ausfall des Kopfhaares in den Wechseljahren. **Ther.**: *Rp.* Progynon B oleosum 5 mg, Spirit. dil. ad 100,0.

– **congenita circumscripta**. Angeborene, haarlose, narbenähnliche Stellen. **Ther.**: Evtl. Exzision.

– **congenita totalis**. Angeborener Haarmangel, oft mit Fehlen der Nägel.

– **liminaris frontalis**, s. *A. marginalis*.

– **marginalis traumatica**. Kahlheit rings um den Stirnhaarrand durch straffe Frisur.

– **mechanica**. Ursache: Tragen von Lasten auf dem Kopf, ständiges Auf-
liegen auf dem Hinterkopf (Dekubital-Alopecie bei Säuglingen), straffe Haar-
frisur (*A. marginalis*), Traumen s. *Trichotillomanie*.

Alopecia mucinosa (Mucinosis follicularis). Ovaläre entzündliche Infiltrate mit erweiterten Follikelmündungen und Haarausfall. Follikuläre zu Plaques konfluierende Papeln. Sitz bes. Kopf. **DD**: Erythematodes, seborrhoisches Ekzem, Trichophytie, Morbus *Boeck*. **Ther.**: Prednisolon, anfangs 30 mg tgl. – Röntgenstrahlen.

— **parvimaculata**. Kleinfleckiger, endemisch auftretender Haarausfall bei Kleinkindern. Ursache Bakterien? **Ther.**: tgl. einreiben mit: Ol. rusci 20, Naphthol 4, Acid. salicyl. 4, Resorcin 4, Ol. ricini 30, Spirit. sapon. kal. ad 200.

— **pityrodes**. Haarausfall mit Schinnbildung. **Ther.**: s. A. seborrhoica.

— **praematura**. Haarausfall im Alter von 20–25 Jahren mit und ohne Seborrhoe, schreitet bis zum 30. Lebensjahr schnell fort, später nur langsam (*Sabouraud*: Tous les grands chauves sont déjà chauves avant 30 ans). Zunächst Geheimratsecken, später Glatze, wobei ein Haarkranz bestehen bleibt. **Ther.**: s. u.

— **seborrhoica** (oleosa) mit starker Fettigkeit. Ursachen: Seborrhoe, erbliche, hormonelle und andere Faktoren. **Ther.**: Frühzeitig beginnen! *Kopfwaschungen* (alle 14 Tage) mit Criniton, Ichtho-Cadmin, Sebopona, Selsun. Bei dickeren Schuppenauflagerungen Salizylöl (5%) abends auftragen. Als *keratolytischer*, hyperämischer *Spiritus* wird empfohlen

bei leichter Seborrhoe

Rp. Resorcin.	1,0
Acid. salic.	2,0
Liqu. carbon. det.	5,0
Ol. Ricini	2,0
Spirit. 50% ad	200,0

bei starker Seborrhoe

Rp. Captol.	0,5
Acid. salic.	2,0
Tinct. Capsici	5,0
Ol. Ricini	1,0
Spirit. 80% ad	200,0

Bei hellem Haar kein Resorcin (verfärbt Haare grünlich). Progynon-Spiritus (s. o.). Fertigpräparate: Sulfoderm-Puder (bei sehr fettiger Kopfhaut). Lygal-Kopftinktur bzw. -Kopfsalbe. Sulfupront; Sulfoform-Spiritus (ohne oder mit Fett). K₅-Tinktur „spezial“. Schwefel-Diasporal-Tinktur. Haar scheiteln, Haarwasser mit Tupfer in die Kopfhaut einreiben. Rüttelmassage: Verschieben der Kopfhaut mit fest aufgesetzten Fingerspitzen. Höhensonne. Ein Erfolg der Galeo- bzw. Epikraniotomie ist fragwürdig. *Innerlich*: Rovigon. Hexobion. Bepanthen 3 Tabl. tgl. oder 3mal wöchentl. 1 Amp. i. m. oder i. v., Cystin 3 Tabl. tgl., Euphorbia Oligoplex tgl. 3mal 15 Tr., haar-intern (Azupharma). Bei sehr starker Seborrhoe 10 mg Progynon-Depot alle 4 Wochen, bei Frauen im Anschluß an die Menstruation.

— **specifica**: s. Syphilis.

— **symptomata diffusa**. Vorübergehender Haarausfall nach fieberhaften Infekten, Antikoagulantien, Zytostatika, Thallium. *Haarausfall* – zum Unterschied von der A. praematura – *bes. hinter den Ohren* (Signe de *Sabouraud*). **Ther.**: Haarwässer s. o., Massage, Höhensonne. D-Tracetten forte tgl. 1 Tabl. über Wochen. Cystin 3 Tbl. tgl.

Alopecia traumatica. Nach Verletzungen (s. Trichotillomanie), Verätzungen, Strahleneinwirkungen.

Altershaut. Falten- und Runzelbildung, Alterspigmentierungen, Teleangiektasien u. a. - Sitz: bes. Gesicht, Handrücken. **Prophyl.:** Ausreichender Schlaf. Geregelter Verdauung. Scharfen, kalten Wind und übermäßige Sonnenbestrahlung meiden. Notfalls Einfetten der Haut vor Sonnenbestrahlung. Nicht mit nassem Gesicht ins Freie gehen bes. nicht im Winter. Radonhaltige Badekuren (Gastein). Fettcreme über Nacht. Binella-Creme (Ciba). Sana-Creme. Placentahaltige Salben. Gesichtspackungen. Gesichtsdampfbäder, dann vorsichtige Massage. **Ther.:** Glättung von Falten durch *Siliconölunderspritzungen*. Es kommen besonders in Frage Nasenwurzelfalten, querverlaufende Stirnfalten, Nasolabialfalten und radiäre Mundfalten. An der Grenze zwischen Cutis und Subcutis werden bis zu 2 ml Öl (Viskositätsgrad DC 200) injiziert. Nach einigen Tagen kann erneut injiziert werden. Kommt es zu einer starken Fremdkörperreaktion mit Höckerbildung, so kann durch Injektion von verdünnter Triamcinolonkristallsuspension (10 mg auf 5 ml 0,9%ige Kochsalzlösung) eine Besserung erreicht werden. Bei *grober Faltenbildung* ist es zweckmäßig, die überschüssigen Hautpartien zunächst *operativ* zu beseitigen.

Alterspigmentierungen. Bei älteren Menschen auftretende linsen- bis talergroße braune Flecken, zuweilen gleichzeitig mit pigmentarmen Stellen (Leukomelanoderm). Sitz: bes. Handrücken, Unterarmstreckseiten, Gesicht. **Ther.:** Depigman. Versuch mit A 66 Dragees (Wirkstoff Hunteria eburnea). Touchieren mit Phenol. liquefact. *Hochtouriges Schleifen*.

Amyloidosen (Amyloid-Ablagerungen)

a) **systematisierte Haut-Muskel-A.:** Knötchen- oder plattenförmige Hautinfiltrate, Purpura, Makroglossie, Heiserkeit, Muskelschmerzen u. a. - Zuweilen gleichzeitig Plasmozytome. **DD:** Hyalinose, Skleromyxödem, Sklerodermie.

b) **sekundäre A.:** nach chronischen Eiterungen. Nur selten Hautbefall.

c) **isolierte Haut-A.:** (**Lichen amyloidosus**). Dicht angeordnete stecknadelkopfgroße, wachsfarbene, **juckende Knötchen**. Sitz: **Unterschenkel-Streckseiten**. **DD:** Lichen simplex *Vidal*, Lichen ruber, Lichen myxoedematosus, Prurigo nodularis. **Ther.:** Kortikoidsalben unter Folienverband.

Anetodermie (Dermatitis chronica atrophicans maculosa). Rundliche oder ovale, bis markstückgroße, anfangs rötliche, später weiße Herde mit verdünnter, zigarettenpapierartiger Haut. Zuweilen hernienartige Vorwölbung des Fettgewebes. Entzündliche oder urtikarielle Erscheinungen können vorausgehen. **DD:** atrophische Narben.

Angina (Tonsillitis). Entzündung der Gaumenmandeln und ihrer Umgebung. Auch Begleiterscheinung von Scharlach, Mononukleose, zuweilen von Leukämie, Lucs.

— **agranulocytotica.** Schmierige Beläge mit tiefen Ulcerationen. Blutbild! **Ther.:** Alle nicht unbedingt notwendigen Arzneimittel weglassen. Antibiotika. Prednisolon. Bluttransfusionen.

Angina catarrhalis (Ursache: Viren). Langsamer Beginn, mäßige Schluckschmerzen und Rötung der Tonsillen, Fieber unter 39⁰, Husten, Heiserkeit, Schnupfen. **Ther.** : Bettruhe, Schwitzpackung mit Lichtbügel, heißem Lindenblütentee und Aspirin. Mehrmals tgl. Halswickel jeweils 1 Stunde. Abführen. Schluckweise reiner Zitronensaft. Gurgeln mit Hexoral.

— **diphtherica**. Erreger: Corynebakt. diphtheriae. Langsamer Beginn, weiße über die Tonsillen hinausragende, festhaftende Beläge, süßlicher Geruch. **Ther.** : Diphtherie-Heilserum, gleichzeitig Erythromycin oder Megacillin tgl. 1 Mega 6 Tage lang. Bei toxischen Fällen Prednisolon.

— **lacunaris** oder **follicularis** (Ursache: Streptokokken). Plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost, starken Schluckschmerzen, flammender Rachenrötung mit stippchenartigen Belägen, Fieber über 39⁰. **Ther.** : Tardocillin comp. jeden 2. Tag oder Neo-Erycinum (tgl. 1,5 g). S. auch A. catarrhalis.

Auch eine leichte Angina kann **Herz- und Nierenschäden sowie rheumatische** Erkrankungen zur **Folge** haben!! Urin-Untersuchungen auf Eiweiß (noch 2 Wochen nach Entfieberung)!

— **ulceromembranacea** (*Plaut-Vincent*). Zunächst grauweißer Belag auf einer Tonsille, dann ein tiefes Geschwür. Allgemeinerscheinungen und Fieber gering. Im Abstrich fusiforme Bazillen und Spirillen. **Ther.** : tgl. 400000 E. Depot-Penicillin. Siogeno, Iversal. Tgl. pinseln mit Chromsäure (5%). Hexoral.

Angiokeratom, isoliertes. Mit Hyperkeratosen bedecktes, bis bohnen großes, oberflächliches Hämangiom. Kann thrombosieren und dann einem malignen Melanom ähneln. **Ther.** : Exzision.

Angiokeratoma corporis diffusum Fabry. Hereditäre Phosphatid-Speicherkrankheit. Bis stecknadelkopfgroße, hyperkeratotische Kavernome bes. am Rumpf (Nabelgegend). Ferner Hypertonus, Unterschenkelödeme, Albuminurie. Prognose ernst.

Angiokeratoma Mibelli. Bis linsengroße, mit warzigen Verhornungen bedeckte Kavernome bes. bei Jugendlichen mit Akrozyanose. Sitz: vornehmlich Handrücken, Skrotum. **Ther.** : Elektrische Schlinge.

Angulus infectiosus oris (Mundwinkelrhagaden, Faulecken, Perlèche). Hartnäckige, entzündliche, rhagadiforme, krustöse Herde an den Mundwinkeln. Bei Kindern oft durch Streptokokken, bei älteren Leuten oft durch *Soor* hervorgerufen. Häufig bei Vitamin-B-Mangel, Diabetes, Eisenmangelanämie, Achylie, schlecht sitzenden Zahnprothesen. **DD** : Lues II. **Ther.** :

Grundleiden behandeln. Moronal V-Salbe. Pinseln mit 5%iger Sol. Argent. nitr. Vitamin-B-Komplex und C. Prothese nur zum Essen einsetzen.

Anhidrosis bei gleichzeitiger Hyperhidrosis im Gesicht. Durch starke Hitze bes. in den Tropen und bei Arbeiten im Kesselraum von Schiffen können die Schweißdrüsenporen keratotisch verschlossen werden. Der Schweiß kann dann nicht mehr austreten: Wärmestauung. **Prophyl. und Ther.:** NaCl-Zufuhr einschränken. Reichlich Flüssigkeitszufuhr. Versuch mit Pilocarpin, Flieder- oder Lindenblütentee.

Anhidrosis hypotrichotica mit Hypodontie. Rezessiv erblich. Fehlen der Schweißdrüsen, dadurch Gefahr der Wärmestauung (Hitzschlag). Trockene Haut mit Teleangiectasien. Entwicklungsstörungen der Haare, Zähne, Nägel, Tränendrüsen. Schädeldeformitäten. **Ther.:** s. o.

Anthrax (Pustula maligna, Milzbrand). Erreger *Bacillus anthracis*. 2-8 Tage nach Infektion durch Tiere bzw. Tierprodukte entsteht an der Eintrittspforte ein **hämorrhagisches Bläschen**, das zu einem sich langsam vergrößernden, **schwarzen Schorf** eintrocknet. Die **entzündlich geschwollene Umgebung** überragt den Schorf wallartig. Gefahr der Milzbrandsepsis. Meldepflicht! **Ther.:** Bettruhe, Vitamin C. **Penicillin** anfangs 3 Mega IE tgl., bei gutem Ansprechen nach einigen Tagen Dosis auf 800000 IE reduzieren. Tetracycline tgl. 3 g, 7 Tage lang. Chloramphenicol 3 g tgl. Bei schwersten Formen zusätzlich Milzbrandserum. Salbenverbände.

Aphthen, chronisch-rezidivierende (habituelle). Schmerzhaftes runde oder ovale gelblich belegte Erosionen (Tafel I,1) oder Ulzerationen mit hochrotem Saum. Sitz: bes. Mundschleimhaut. Ursache nicht bekannt. Verdauungsstörungen?

—, **solitäre metastatische.** Sie rezidivieren im Gegensatz zu den habituellen A. nicht. Keine einheitliche Ursache (z. B. Typhus abdominalis).

Ther.: Spülungen mit Subcutin-Lösung, 3%igem H₂O₂. Ätzung mit 5%iger Chromsäure. Herviros. Volon-A-Haftsalbe. Hexoral. Innerlich bei habituellen Aphthen: Vitamin B₁₂, Nicobion, Rotillen, Eigenblutinjektionen.

Aphthen-Krankheiten: chronisch-rezidivierende Aphthen, solitäre metastatische Aphthen, Stomatitis aphthosa, Aphthoid *Pospischill-Feyrter*, Behçet'sche Krankheit, Maul- und Klauenseuche.

Aphthoid *Pospischill-Feyrter*. Erreger: Herpes-Virus. Nach Keuchhusten, Masern, Scharlach treten an der Mundschleimhaut Aphthen auf, am Genitale und in der Umgebung des Mundes Blasen. **Ther.:** s. Aphthen. Gegen Hauterscheinungen lokal Brintobal, Ecomytrin.

Aplasia cutis congenita circumscripta. Rundliche, ovale oder streifenförmige Defektbildung, die wie mit einem Locheisen ausgestanzt erscheint und mit Granulationsgewebe oder sehr dünner, durchscheinender Haut bedeckt ist. Sitz: bes. Hinterkopf rechts und links von der Mittellinie.

Apoplexia cutis. In Nekrose übergehende Hautblutungen z. B. bei Periarteriitis nodosa, chronischer myeloischer Leukämie.

Arcus senilis corneae. Ringförmige Trübung der Kornea nahe dem äußeren Rand durch Lipoidablagerung. Vermehrung der Plasmalipide dürfte die Entstehung fördern.

Argyrie. Graue Verfärbung der Haut und Gingiva durch Silberablagerung (z. B. nach Einnahme silberhaltiger Medikamente).

Arsenkeratosen. Palmar- und Plantarkeratosen nach anorganischen Arsenpräparaten sind öfter beschrieben worden. Sie können in ein Spinaliom übergehen. Arsenpräparate sollen wegen der karzinogenen Wirkung (Spinaliome, Basaliome, Morbus Bowen) nicht mehr verordnet werden. **Ther.:** Einzelne Keratosen kann man exzidieren. Bei flächenhaften Keratosen 10%ige Salizylvaseline. Guttaplast. Heiße Seifenbäder.

Artefakte. An Selbstbeschädigungen ist zu denken bei ungewöhnlichen Hauterscheinungen mit eigentümlichen Formen, raschem Auftreten auf vorher gesunden Hautstellen, schnellem Abheilen unter Abschlußverbänden (Zinkleim). Bes. bei jungen hysterischen Frauen. Häufig fehlen Würge- und Kornealreflex. Psychotherapie.

Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis, Horton-Syndrom). Schmerzen und Schwellung im Bereich der A. temporalis, die strangartig verdickt ist; selten Nekrosen und Ulzerationen an der Kopfhaut (Abb. 5). Zuweilen auch Sehstörungen durch Miterkrankung der A. ophthalmica; Fieber, Appetitlosigkeit, erhöhte BSG. Das Leiden befällt besonders ältere Menschen. **Ther.:** Prednisolon anfangs etwa 60 mg tgl., evtl. zusätzlich Antibiotika. Butazolidin. Ronicol, Complamin. Evtl. Resektion eines Stückes der A. temporalis.



Abb. 5. Riesenzellarteriitis mit Nekrosen und Ulzerationen der Kopfhaut. Narbige Abheilung nach Urbasonbehandlung (Anfangsdosis 40 mg tgl.)

Arzneiexantheme sind sehr vielgestaltige Haut- (und Schleimhaut-) Veränderungen, die meist als allergische Nebenwirkung durch Arzneimittel auf hämatogenem Wege entstehen. Häufig bestehen Juckreiz und Eosinophilie, selten Fieber. Sitz: anfangs oft an den Extremitätenstreckseiten, meist symmetrisch.

|| Grundsätzlich kann jedes Medikament ein Arzneixanthem auslösen.

Arzneixantheme können folgende Dermatosen nachahmen bzw. auslösen	Auslösende Arzneimittel
Akne (ohne Komedonen)	Brom, Jod, Tuberkulostatika bes. gleichzeitige Gaben von INH+PAS, Vitamin B ₂ , B ₆ und B ₁₂ , Glukokortikoide, Androgene
Ekzem, Erythrodermie	Gold, Wismut, organische Arsenverbindungen, Chinin
Erythema exsudativum multiforme (Tafel I,2)	Penicillin, Analgetika, Antirheumatika, Hypnotika
Erythematodes acutus	Hydantoine, Hydralazine
Erythema nodosum	Sulfonamide, Salizylate, Jod, Brom
Lichen ruber	organische Arsenverbindungen
Masern, Röteln, Scharlach	Phenacetin, Pyrazolone, Sulfonamide, Hydantoine, Meprobamat
Pemphigus (s. Epidermolysis acuta toxica)	Jod, Brom
Purpura (Tafel I,3)	Analgetika, Antirheumatika, Barbiturate, Meprobamat, Jod
tumorartige Wucherungen	Jod, Brom
Urtikaria	Penicillin, Sceren

Fixe Arzneicexantheme treten nur an einer einzigen oder an sehr wenigen Hautstellen auf, sie rezidivieren nach erneuter Medikamenteneinnahme stets am selben Ort. Es sind bis handtellergröße, rundliche, rote, später braune Herde. Sie kommen vor z. B. nach Antipyrin, Theophyllin, Antihistaminika (!), Pyrazolonen. Sitz: bes. Hände, Füße, Genitale.

Gewisse Arzneimittel erhöhen die Empfindlichkeit gegen Sonnenstrahlen (s. Lichtdermatosen).

Bei unklarem Exanthem stets an Arzneimittelausschlag denken !

Dg.: Anamnese, Testung (s. S. 167). **Ther.:** Absetzen aller verdächtigen Medikamente. Evtl. Abführen (Karlsbader Salz). Kalzium i. v. Mit Antihistaminika soll man zurückhaltend sein, da sie Arzneicexantheme verursachen oder unterhalten können. Bei schweren Fällen Glukokortikoide, bei ausgedehntem bullösem Exanthem in hohen Dosen und gleichzeitig Periston-Infusionen. Äußerlich Kortikoid-Lotio. Desensibilisierung versagt bei der medikamentösen Allergie meist.

Ascher-Syndrom. Blepharochalasis, Doppellippe (Abb. 6) und Makrocheilie, Struma.

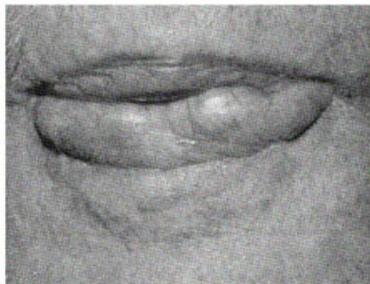


Abb. 6.
Makrocheilie bei Ascher-Syndrom

Atherome. Halbkugelige, bis apfelgroße, prallelastische, auf der Unterlage verschiebliche Zysten.

—, **echte** (Epidermoide, Abb. 7). Entstehen aus embryonal abgeschnürten Epidermistteilen oder Drüsenanlagen. Sie haben keine zentrale Öffnung. Sitz: bes. Capillitium (oft multipel), Stirn, Umgebung der Augen. **DD:** Fibrom, Lipom, verkalktes Epitheliom, Spiegler-Tumoren.

—, **falsche** (Follikel-, Öl-, Talgzysten, Steatome, Sebozystome). Entstehen durch Stauung von Talgdrüsensekret in dem sich erweiternden Fol-



Abb. 7. Atherom