

Praktische Dermatologie

Diagnostische und therapeutische Methoden

Von

Prof. Dr. Dr. WOLFGANG GERTLER

Direktor der Dermatologischen Klinik der Humboldt-Universität Berlin

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. med. W. HÖFS

Direktor der Dermatologischen Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg

Dr. med. A. KERN

Oberarzt an der Dermatologischen Klinik der Humboldt-Universität Berlin

Dr. rer. nat. CHR. SCHÖNBORN

Dipl.-Biologin an der Dermatologischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig

Dr. med. TH. THORMANN

Oberarzt an der Dermatologischen Klinik der Humboldt-Universität Berlin

Dr. med. H. ZIMMERMANN

Oberarzt an der Dermatologischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig

Mit 193, davon 5 farbigen Abbildungen



VEB GEORG THIEME · LEIPZIG · 1965

ES 17 L

Alle Rechte vorbehalten · Printed in the German Democratic Republic
Copyright 1965 by VEB Georg Thieme, Leipzig
Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Veröffentlicht unter der Lizenz-Nr. 211/Gen.-Nr. 700/69/65
des Ministeriums für Kultur der Deutschen Demokratischen Republik
Gesamtherstellung: VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig III/18/203

Praktische Dermatologie

VORWORT

Vorliegendes Buch verdankt seine Entstehung dem Wunsch der Studierenden nach einer knappgefaßten Zusammenstellung der in der Dermato-Venerologie erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Technik. Es wendet sich daher zunächst an die Medizinstudenten. Der Rahmen des Buches ist aber so weit gesteckt, daß es auch den angehenden und ausgebildeten Dermatologen sowie Fachärzten anderer medizinischer Disziplinen, die gelegentlich Hautkranke zu betreuen haben, Nutzen bringen wird.

In der „Praktischen Dermatologie“ werden die Fertigkeiten behandelt, die der Arzt durchzuführen oder zu überwachen hat, sofern er Hilfskräfte damit beauftragt. Häufig vorkommende, wichtige Fertigkeiten werden dabei genau dargestellt. Die Technik der Punktionen und Injektionen wird ausführlich erläutert, obwohl sie der Student bereits in der inneren Medizin erlernt, da eine fehlerhafte Technik auf dermatovenerologischem Gebiet zu besonders unangenehmen Folgen führen kann. Zu zahlreichen Techniken schien eine kurze theoretische Vorbemerkung unerläßlich.

Das Buch kann kein Lehrbuch ersetzen, auch nicht dessen allgemeinen Teil. Die diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse, die ein Lehrbuch vermittelt, müssen vorausgesetzt werden. Es soll aber die erworbenen Kenntnisse praktisch, d. h. am Kranken, anzuwenden lehren und dazu beitragen, daß die im klinischen Unterricht und bei Hospitationen erlernten Fertigkeiten im Gedächtnis bleiben und gegebenenfalls angewandt werden können.

Hinsichtlich der Besprechung der für den Dermatologen erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Technik muß jedoch eine Grenze gesetzt werden. Sie befindet sich dort, wo die spezielle Arbeit des Klinikers beginnt, der über umfassendere Einrichtungen verfügt und dementsprechend sein Aufgabengebiet erweitern kann. Klinische Untersuchungsmethoden, die eine längere Einarbeitung verlangen und mehr von wissenschaftlichem als von praktischem Wert sind, werden deshalb nur kurz behandelt. Wo es wichtig erschien, werden aber wenigstens die Indikationen und die vom Arzt vorzubereitenden Maßnahmen für die Durchführung solcher Methoden mitgeteilt. Dies gilt ganz besonders für die mykologischen, bakteriologischen und serologischen Untersuchungen, die ohne deren Kenntnis zu unbefriedigenden Ergebnissen führen, womit für den Kranken, gegebenenfalls auch für seine Umgebung, Gefahren entstehen.

Um die Übersichtlichkeit des Inhaltes, die Klarheit seiner Darstellung und die Anschaulichkeit zu erhöhen, wurden dem Text zahlreiche Abbildungen und Zeichnungen beigelegt, die jedoch nur eine Auswahl darstellen. Am Ende des Buches finden sich Hinweise auf das wichtigste Schrifttum für den, der sich weiter orientieren will. Bei seltener vorkommenden speziellen Methoden wurde neben neuerem Schrifttum — soweit möglich — auch die erste Mitteilung angeführt.

Bei den Vorarbeiten zu diesem Buch, teilweise auch bei der Abfassung einzelner Kapitel, waren mir im wesentlichen die als Mitwirkende genannten Kollegen behilflich. Ihnen sei an dieser Stelle aufrichtig gedankt. Mein Dank gilt darüber hinaus der Physiotherapeutin Frau Roloff (Kapitel Massage), dem technischen Zeichner P. Rose und den wissenschaftlichen Photographen Wilhelm (Leipzig) und Agurski (Berlin).

Der Verlag tat sein Möglichstes für eine ansprechende Ausstattung des Buches.

W. GERTLER

Berlin, im März 1965

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	V
1.	Allgemeines	1
1.1.	Voraussetzungen dermatologischer Tätigkeit	1
1.2.	Technische Erfordernisse der dermatologischen Praxis und Poliklinik. . .	1
1.3.	Anamnese	3
1.4.	Subjektive Symptome	4
2.	Diagnostische Methoden	5
2.1.	Makrovisuelle Feststellungen	5
2.1.1.	Allgemeine Voraussetzungen	5
2.1.2.	Anwendung des Fingers	8
2.1.2.1.	Der Finger als Tastorgan	8
2.1.2.2.	Auslösung von Kratzeffekten mittels Fingernagel	8
2.1.3.	Technische Hilfsmittel	10
2.1.3.1.	Holzspatel	10
2.1.3.2.	Mulltupfer	10
2.1.3.3.	Sondenknopf	10
2.1.3.4.	Glasspatel (Diaskopie)	10
2.1.3.5.	Lupe	12
2.1.3.6.	Visiolettglas	12
2.1.3.7.	Kapillarmikroskop.	12
2.1.3.8.	Fluoreszenz-Phänomen (Woodlicht) in vivo	13
2.1.3.9.	Fluoreszenzmikroskopischer Nachweis von Pilzen in der menschlichen Hornschicht	13
2.1.4.	Dermatotypie	14
2.2.	Technik der Punktionen (und Injektionen)	15
2.2.1.	Blutentnahme aus der Vene	15
2.2.1.1.	Sinuspunktion	17
2.2.1.2.	Punktion der Vena jugularis externa	18
2.2.1.3.	Punktion der Vena temporalis superficialis	18
2.2.2.	Sternalpunktion	18
2.2.3.	Lymphknotenpunktion	20
2.2.4.	Gewinnung von Liquor cerebrospinalis	20
2.2.4.1.	Lumbalpunktion	21
2.2.4.2.	Zisternen-(Subokzipital-)Punktion	23
2.2.5.	Gelenkpunktion	26
2.2.6.	Punktion der Hydrozele und Spermatozele	27
2.2.6.1.	Punktion der Hydrozele	27
2.2.6.2.	Punktion der Spermatozele	28
2.2.7.	Punktion von Hautblasen	28

2.3.	<i>Technik der Injektionen</i>	29
2.3.1.	Intrakutane Injektion	29
2.3.2.	Subkutane Injektion	30
2.3.3.	Intramuskuläre Injektion	30
2.4.	<i>Hautfunktionsprüfungen</i>	31
2.4.1.	Physiologische Leistungen der Haut	31
2.4.1.1.	Allgemeine Hinweise	31
2.4.1.2.	Messung der Feuchtigkeitsabgabe der Haut	32
2.4.1.3.	Messung des Quellungszustandes der Haut	33
2.4.2.	Prüfung der Belastbarkeit der Haut	33
2.4.2.1.	Mechanische Belastbarkeit der Haut	33
2.4.2.1.1.	Scheuerprobe	33
2.4.2.1.2.	Bestimmung der Kapillarfragilität	34
2.4.2.1.2.1.	Druckmethode	34
2.4.2.1.2.2.	Saugmethode	35
2.4.2.1.3.	Dermographismus	35
2.4.2.2.	Thermische Belastbarkeit der Haut	37
2.4.2.2.1.	Kälteempfindung	37
2.4.2.2.2.	Wärmeempfindung	38
2.4.2.3.	Belastbarkeit der Haut durch Licht- und UV-Strahlen	39
2.4.2.3.1.	Bestimmung der Erythemschwelle der Haut	39
2.4.2.3.2.	Bestimmung eines Schwellenerythems und Errechnung der Schwellenzeit durch Erzeugung eines gestuften Hauterythems	39
2.4.2.3.3.	Prausnitz-Küstner' Versuch	41
2.4.2.4.	Chemische Belastbarkeit der Haut	41
2.4.2.4.1.	Alkalinisationsprobe	42
2.4.2.4.2.	Alkaliresistenzprobe	43
2.4.2.4.3.	Säureneutralisationsprobe	44
2.4.2.4.4.	Säureresistenzprobe	45
2.4.2.4.5.	Prüfung der Resistenz gegen technische Lösungsmittel	45
2.5.	<i>Prüfung der Überempfindlichkeit bzw. Allergie der Haut</i>	46
2.5.1.	Epikutanprobe	47
2.5.2.	Kutanprobe	50
2.5.2.1.	Skarifikationstest	50
2.5.2.2.	Intrakutantest	51
2.5.2.2.1.	Allergentestung	51
2.5.2.2.2.	Tuberkulintestung	52
2.5.2.2.3.	Trichophytintest	57
2.5.2.2.4.	Kutanreaktion bei Syphilis: Luotintest	58
2.5.2.2.5.	Ulcus molle-Test	58
2.5.2.2.6.	Freitest bei Lymphogranuloma venereum	59
2.5.2.2.7.	Intradermaltest bei Erysipeloid	59
2.5.2.2.8.	Malleintest	59
2.5.2.2.9.	Intrakutantestung auf Aktinomykose	59
2.5.3.	Prausnitz-Küstner-Reaktion	59
2.6.	<i>Hormontestungen zur Prüfung der Nebennierenrindenfunktion</i>	60
2.6.1.	Adrenalintest	60
2.6.2.	Thorntest	61
2.6.3.	Bestimmung von Kortikosteroiden (Kortikosteron und Hydrokortison) im Plasma	62

2.7.	<i>Allgemeine Diagnostik der Angiopathien</i>	63
2.7.1.	Spezifische Merkmale bei Durchblutungsstörungen	63
2.7.1.1.	Vorgeschichte	63
2.7.1.2.	Schmerz	63
2.7.1.3.	Hautfarbe	64
2.7.1.4.	Lagerungsprobe	64
2.7.1.5.	Wärmestörungen	65
2.7.2.	Notwendige Untersuchungen vor der Krampfaderbehandlung	66
2.7.2.1.	Versuch nach TRENDELENBURG	66
2.7.2.2.	Versuch nach SCHWARTZ	66
2.7.2.3.	Versuch nach PERTHES	67
2.7.2.4.	Versuch nach MAHORNER-HOWARD-OCHSNER	67
2.7.2.5.	Venendruckmessung und Phlebographie	67
2.8.	<i>Mikrovisuelle Feststellungen</i>	68
2.8.1.	Zytologische Untersuchungen der Haut und Schleimhaut	68
2.8.1.1.	Tzanck' Test	68
2.8.1.2.	Epidermales Grundreliefbild	69
2.8.2.	Histologische Untersuchung der Haut	70
2.8.2.1.	Probeexzision und Fixation	70
2.8.2.2.	Färbemethoden	72
2.9.	<i>Nachweis von Krankheitserregern</i>	74
2.9.1.	Allgemeine mikrobiologische Hinweise	74
2.9.1.1.	Ansteckungsfähigkeit von Hautkrankheiten	74
2.9.1.2.	Entnahme und Versand von bakteriologischem und serologischem Untersuchungsmaterial in der dermatologischen Praxis	75
2.9.1.3.	Empfindlichkeit der Antibiotika und Resistenzprüfungen	76
2.9.1.4.	Desinfektion und Sterilisation	77
2.9.1.5.	Erste Hilfe bei Laboratoriumsinfektionen	78
2.9.2.	Tierische Parasiten	79
2.9.2.1.	Milben und Zecken	79
2.9.2.1.1.	Krätzmilbe	79
2.9.2.1.2.	Haarbalgmilbe	80
2.9.2.1.3.	Erntemilbe, Herbstgrasmilbe	81
2.9.2.1.4.	Holzbock	81
2.9.2.2.	Ungeziefer	82
2.9.2.2.1.	Läuse	82
2.9.2.2.2.	Flöhe	84
2.9.2.2.3.	Bettwanzen	85
2.9.2.3.	Raupen	85
2.9.2.4.	Würmer (Nematodes)	85
2.9.2.4.1.	Madenwurm	86
2.9.2.4.2.	Spulwurm	87
2.9.2.5.	Trichomonas vaginalis	88
2.9.3.	Bakterien	88
2.9.3.1.	Actinobacillus mallei	88
2.9.3.2.	Actinomyces (Strahlenpilze)	89
2.9.3.3.	Bacillus anthracis	89
2.9.3.4.	Brucella	90
2.9.3.5.	Calymmatobacterium granulomatis — Donovanian granulomatis	90
2.9.3.6.	Corynebacterium diphtheriae	90
2.9.3.7.	Erysipelothrix insidiosa	91
2.9.3.8.	Haemophilus ducreyi	91

2.9.3.9.	Klebsiella rhinoscleromatis	93
2.9.3.10.	Miyagawanella lymphogranulomatosis	93
2.9.3.11.	Mycobacterium leprae	93
2.9.3.12.	Mycobacterium smegmatis	94
2.9.3.13.	Mycobacterium tuberculosis	94
2.9.3.14.	Neisseria gonorrhoeae	96
2.9.3.15.	Nocardia	103
2.9.3.15.1.	Nocardia tenius	103
2.9.3.15.2.	Nocardia minutissima	104
2.9.3.16.	Pasteurella tularensis	104
2.9.3.17.	Pleuropneumonieartige Mikroorganismen (PPLO)	105
2.9.3.18.	Proteus vulgaris	105
2.9.3.19.	Pseudomonas aeruginosa	105
2.9.3.20.	Spirillum minus	106
2.9.3.21.	Staphylokokken	106
2.9.3.22.	Streptokokken	107
2.9.3.23.	Treponemataceae	108
2.9.3.23.1.	Treponema pallidum	108
2.9.3.23.1.1.	Nachweis des Treponema pallidum	108
2.9.3.23.1.2.	Leuchtbildmethode von E. HOFFMANN zum Nachweis des Treponema pallidum	110
2.9.3.23.1.3.	Serologie der Syphilis	112
2.9.3.23.2.	Weitere Treponemen	130
2.9.3.23.3.	Borrelia	131
2.9.4.	Diagnostik der Viruserkrankheiten der Haut	138
2.9.5.	Pilze und Mykosen	142
2.9.5.1.	Einteilung der Pilze	142
2.9.5.2.	Beurteilung von Pilzbefunden	143
2.9.5.3.	Mykologische Diagnostik	147
2.9.5.4.	Einsendung von Untersuchungsmaterial	147
2.9.5.5.	Diagnostische Methoden	148
2.9.5.5.1.	Nativpräparate	148
2.9.5.5.2.	Gefärbte Präparate — Färbemethoden	151
2.9.5.5.2.1.	Gramfärbung	151
2.9.5.5.2.2.	Färbung nach HOTCHKISS und McMANUS, modifiziert nach GRIDLEY	152
2.9.5.5.2.3.	Kontrastfärbung nach SWARTZ und COOLIDGE	152
2.9.5.5.2.4.	Woodlicht	153
2.9.5.6.	Kultureller Nachweis	153
2.9.5.7.	Fehlerquellen bei der mikroskopischen Untersuchung von Pilzpräparaten	157
2.10.	Urologische Untersuchungen	160
2.10.1.	Allgemeines	160
2.10.2.	Untersuchungen der äußeren Harn- und Geschlechtsorgane	160
2.10.3.	Untersuchungen der Harnröhre und des Harnröhreninhaltes	162
2.10.3.1.	Harnröhrenabstrich	162
2.10.3.2.	Harnuntersuchungen	163
2.10.3.3.	Spülungen der Harnröhre	164
2.10.3.4.	Urethroskopie	165
2.10.4.	Katheterisieren der Blase	166
2.10.5.	Untersuchungen der Prostata und der Samenblasen (rektale Untersuchung)	167
2.10.5.1.	Palpation der Prostata und Samenblasen	168
2.10.5.2.	Exprimierung der Prostata und Samenblasen	168
2.11.	Rektoskopie und Proktoskopie	169
2.11.1.	Rektoskopie	169

2.11.2.	Proktoskopie	169
2.12.	<i>Fertilitätsuntersuchungen des Mannes</i>	171
2.12.1.	Allgemeines	171
2.12.2.	Anamnese	171
2.12.3.	Klinische Untersuchungen	172
2.12.3.1.	Primäre Geschlechtsmerkmale	172
2.12.3.2.	Sekundäre und tertiäre Geschlechtsmerkmale	173
2.12.4.	Untersuchungen des Ejakulates	173
2.12.4.1.	Gewinnung des Ejakulates	173
2.12.4.2.	Untersuchungen physikalischer und chemischer Eigenschaften des Ejakulates	174
2.12.4.3.	Untersuchungen zelliger Bestandteile des Ejakulates	176
2.12.4.3.1.	Übersichtspräparat	176
2.12.4.3.2.	Ausstrichpräparate	177
2.12.4.3.3.	Spermiozytogramm	177
2.12.4.3.4.	Differentialzytogramm	178
2.12.5.	Beurteilung der Zeugungsfähigkeit	178
2.12.6.	Erweiterte Fertilitätsuntersuchung	179
2.12.6.1.	Hormonstatus	179
2.12.6.2.	Hodenbiopsie und röntgenologische Darstellung der abführenden Samen- wege	180
2.12.6.3.	Spermapenetrationsteste	182
2.12.6.4.	Zytologische Geschlechtsschromatinbestimmung	182
2.13.	<i>Anleitung zur Abfassung eines Gutachtens über eine berufsbedingte Hautkrank- heit</i>	185
3.	Therapeutische Technik	194
3.1.	<i>Örtliche Behandlung</i>	194
3.1.1.	Externe Behandlung	194
3.1.2.	Grundstoffe (Trägersubstanzen)	194
3.1.3.	Wirkstoffe	208
3.1.4.	Die Anwendung der Externa	219
3.2.	<i>Verbände</i>	221
3.3.	<i>Physikalische Behandlung</i>	241
3.3.1.	Hydrotherapie	241
3.3.1.1.	Kühle feuchte Umschläge	241
3.3.1.2.	Dunstverbände	242
3.3.1.3.	Dampfbäder	243
3.3.1.4.	Kneipp' Güsse	243
3.3.1.5.	Unterwasserstrahlmassage	244
3.3.2.	Klimabehandlung und Heliotherapie	245
3.3.2.1.	Klimabehandlung	245
3.3.2.2.	Behandlung mit Sonnenlicht und ultravioletten Strahlen	246
3.3.3.	Thermo- und Kryotherapie	247
3.3.3.1.	Wärmebehandlung	247
3.3.3.1.1.	Leitungs- oder Kontaktwärme	247
3.3.3.1.2.	Strahlungswärme	248
3.3.3.1.3.	Langwellendiathermie	249
3.3.3.1.4.	Kurzwellendiathermie	250
3.3.3.1.5.	Rektotherapie	251
3.3.3.2.	Kältebehandlung	252
3.3.3.2.1.	Kohlensäureschnee-Therapie	252
3.3.3.2.2.	Behandlung mit flüssigem Stickstoff	253

3.3.4.	Ultraschalltherapie	253
3.3.5.	Lichttherapie	253
3.3.5.1.	Quecksilberdampflampen	253
3.3.5.1.1.	„Künstliche Höhensonnen“	254
3.3.5.1.2.	Quarzlampe nach KROMAYER	257
3.3.5.2.	Kohlenbogenlampe	257
3.3.5.2.1.	Kandemsonnenlampe	257
3.3.5.2.2.	Finsen-Lomholt-Lampe	257
3.3.5.3.	Xenonhochdrucklampe	258
3.3.6.	Massage	258
3.3.6.1.	Klassische Massage	258
3.3.6.1.1.	Streichen	259
3.3.6.1.2.	Reiben	259
3.3.6.1.3.	Kneten und Walken	259
3.3.6.1.4.	Intermittierendes Drücken	260
3.3.6.1.5.	Friktionen	260
3.3.6.1.6.	Hautverschiebungen	260
3.3.6.1.7.	Schütteln	260
3.3.6.1.8.	Vibration	261
3.3.6.2.	Unterwassermassage	261
3.3.6.3.	Massage der reflektorischen Zonen	261
3.3.6.3.1.	Bindegewebsmassage	262
3.3.6.3.2.	Segmentmassage	262
3.3.6.3.3.	Periostbehandlung	262
3.4.	<i>Konservative kosmetische Dermatologie</i>	263
3.4.1.	Ausquetschen von Komedonen	263
3.4.2.	Scharfer Löffel	264
3.4.3.	Elektrotherapie	265
3.4.3.1.	Elektrokoagulation und Elektrotomie (Kaltkaustik)	265
3.4.3.2.	Galvanokaustik	267
3.4.3.3.	Iontophorese	267
3.4.3.4.	Elektrolyse, Dauerepilation	268
3.4.4.	Zeitweilige Epilation	269
3.4.5.	Ätzung der Haut	269
3.4.5.1.	Chlorzink	269
3.4.5.2.	Phenol	271
3.4.5.3.	Trichloressigsäure	271
3.4.6.	Mechanische Abrasion der Hautoberfläche	272
3.4.6.1.	Sandpapierverfahren	272
3.4.6.2.	Schleifen und Fräsen	272
3.4.6.3.	„Sofortbehandlung“ von Schmutztätowierungen	274
3.4.6.4.	„Besenreiser“ und „Besenreiservarizen“	275
3.4.7.	Braunfärbung der Haut durch Dihydroxyaceton	276
3.4.8.	Anwendung von Desodorantien	277
3.4.9.	Kosmetische Dampfbäder und Kompressen	278
3.4.10.	Masken und Packungen	278
3.4.11.	Gesichtsmassage	279
3.5.	<i>Dermatologische Chirurgie</i>	279
3.5.1.	Anästhesieverfahren bei operativen Eingriffen	279
3.5.1.1.	Infiltrationsanästhesie	280
3.5.1.2.	Leitungsanästhesie	281
3.5.2.	Probeexzisionen und operative Eingriffe an der Haut	282

3.5.3.	Hauttransplantation und Hautplastik	284
3.5.3.1.	Hauttransplantation	284
3.5.3.2.	Hautplastik	287
3.5.4.	Häufige operative Eingriffe in der dermatologischen Sprechstunde	290
3.5.5.	Behandlung von Falten und Runzeln des Gesichtes	293
3.5.6.	Behandlung absteher Ohren	295
3.5.6.1.	Technik der Korrektur von „Klappohren“	295
3.5.6.2.	Operationstechnik der fehlentwickelten absteher Ohren	295
3.5.7.	Beseitigung der Phimose und Paraphimose	295
3.5.7.1.	Behandlung der Phimose	295
3.5.7.2.	Behandlung der Paraphimose	300
3.5.8.	Verödung paraurethraler Gänge	303
3.5.9.	Bougieren der Harnröhre zur Beseitigung von Verengungen	303
3.6.	<i>Varizen, Ulcus cruris und Hämorrhoiden.</i>	304
3.6.1.	Varizenverödung	304
3.6.1.1.	Voraussetzungen	304
3.6.1.2.	Kontraindikationen	305
3.6.1.3.	Technik der Varizenverödung	305
3.6.2.	Behandlung des Ulcus cruris	308
3.6.3.	Behandlung von Hämorrhoiden und Analpruritus	310
3.7.	<i>Strahlentherapie</i>	311
3.7.1.	Physikalische und biologische Hinweise	311
3.7.2.	Nahbestrahlungsverfahren	319
3.7.3.	Weichstrahltherapie	320
3.7.4.	„Hochvolttherapie“	326
3.7.5.	Radioisotope	327
3.7.6.	Strahlenschutz	333
3.7.7.	Verzeichnis einiger wichtiger Gesetze und Verordnungen über die Radio- logie	334
3.8.	<i>Innere Behandlung von Hautkrankheiten</i>	336
3.8.1.	Häufige Interna in der dermatologischen Sprechstunde	336
3.8.2.	Chemotherapeutika, Antibiotika, Zytostatika	337
3.8.2.1.	Antibiotika	337
3.8.2.2.	Sulfonamide bei Haut- und Geschlechtskrankheiten	339
3.8.2.3.	Tuberkulostatika	340
3.8.2.4.	Antimykotika	341
3.8.2.5.	Zytostatika	343
3.8.3.	Hormonbehandlung	343
3.8.4.	Behandlung mit Vitaminen	349
3.8.5.	Ernährungsbehandlung von Hautkrankheiten	352
3.8.6.	Unspezifische (parenterale) Reizkörpertherapie	355
3.8.7.	Gewebetherapie nach FILATOW	357
3.8.8.	Neuraltherapie	358
3.8.9.	Schlaftherapie	363
3.9.	<i>Richtlinien für die ambulante Behandlung der Geschlechtskrankheiten</i>	365
3.9.1.	Gonorrhoe	366
3.9.2.	Syphilis	366
3.9.3.	Ulcus molle	369
3.9.4.	Lymphogranuloma inguinale	369
	Schrifttum	370
	Sachverzeichnis	383

1. ALLGEMEINES

1.1. Voraussetzungen dermatologischer Tätigkeit

Die Vorbedingung für ein erfolgreiches dermatologisches Wirken ist die Fähigkeit, die vielfältigen Erscheinungen der Haut zu erkennen, zu differenzieren und zu deuten. Sie kann nur durch ein stetiges Üben des bewußten Sehens erlangt werden.

Die dermatologische Untersuchung besteht deshalb zunächst und vor allem in der Erfassung der mannigfachen Effloreszenzen, welche den verschiedenen Krankheitsbildern das charakteristische Gepräge geben. Ergänzend muß der Arzt auch technische Hilfsmittel wie mikroskopische Untersuchungen, Funktionsprüfungen, Testungen und weitere spezielle Untersuchungen heranziehen, um die Diagnose eines vorliegenden Krankheitsbildes sicher stellen zu können. Schließlich gibt es nicht nur primäre bzw. autochthone pathologische Hautveränderungen, sondern auch solche, welche das sekundäre Symptom innerer Erkrankungen darstellen, die oft nur mit Hilfe von zusätzlichen Laboratoriumsuntersuchungen aufgedeckt werden können. Dieser Umstand bedingt, daß eine dermatologische Praxis oder Poliklinik ein bestimmtes Minimum an technischer Ausrüstung besitzen und der praktizierende Dermatologe über eine genaue Kenntnis der vorhandenen und einzuschlagenden technischen Möglichkeiten sowohl in diagnostischer als auch therapeutischer Hinsicht verfügen muß.

1.2. Technische Erfordernisse der dermatologischen Praxis und Poliklinik

In der dermatologischen Poliklinik bzw. einer solchen Fachpraxis sind zur Gewährleistung der Diskretion bei Geschlechtskranken, für Männer und Frauen getrennte Wartezimmer unerläßlich. Die Aufnahme wird in einem gesonderten Zimmer von einer Sprechstundenhilfe vorgenommen. Zweckmäßig ist es, dem Ordinationszimmer zwei Auskleidekabinen, einen kleinen Raum zum Anlegen von Verbänden sowie je einen für kleinere Operationen, für Licht- und Strahlenbehandlung und für Laboratoriumsuntersuchungen anzugliedern. Neben der Ausrüstung und dem Mobiliar eines praktischen Arztes, neben Fuß- bzw. Liegebänken für die Besichtigung von Unterschenkelveränderungen und für das Anlegen von Beinverbänden sowie einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl, einem Salben- und Kühlschrank sind an Geräten erforderlich:

1. Operationstisch und Operationslampe, Operationsbesteck,
2. Sterilisiergerät für Instrumente,
3. Mikroskop mit Dunkelfeldeinrichtung,
4. Rektoskop (Proktoskop),
5. je ein Urethroskop für die vordere und hintere Harnröhre,
6. Kolposkop,
7. Woodlampe (zur Pilzdiagnostik),
8. 1 Satz Dittelstäbe (gerade und gebogene, 1 bis 26 Charrière),
9. Knopfsonden, gebogene und gerade,
10. Gerät zum hochtourigen Schleifen,
11. Glasspatel,
12. Besteck für Testlösungen einschließlich Spritzen,
13. Binden, Schaumgummi und Zinkleim,
14. Ganzglasspritzen zur Penizillinbehandlung (2 ml, 5 ml, 10 ml),
15. Hodensuspensorien,
16. Katheter, weiche und harte, in verschiedenen Stärken (Nélaton, Tiemann),
17. Komedonenquetscher,
18. scharfe Löffel in mehreren Größen (zur Entfernung von Warzen),
19. Lupen (Vergrößerungen: je 1 : 10, 1 : 20),
20. Nadeln zur Lumbal- und Subokzipitalpunktion,
21. Nagelscheren,
22. Nagelzangen,
23. 1 Gerät zur Elektrokaustik und Elektrolyse,
24. Platinösen zur Vornahme von Abstrichen,
25. Vaginalsepekula, zweckmäßig doppelteilige Metallspekula (Neugebauer).

An Hilfskräften benötigt der Dermatologe außer einer erfahrenen Sprechstundenhilfe eine Schwester, welche die Kranken behandelt oder in der Selbstbehandlung unterweist, sowie den Arzt durch Handreichungen und bei kleinen operativen Eingriffen unterstützt. Des weiteren braucht er eine technische Assistentin, die in der Lage ist, das Material für die Laboratoriumsuntersuchungen zu entnehmen und einige davon selbst durchzuführen, sowie eine zweite technische Assistentin, die für die Wärme-, Licht- und Strahlenbehandlung verantwortlich ist.

In einer dermatologischen Klinik müssen entsprechend dem umfangreicheren Aufgabengebiet verschiedene Spezialabteilungen und Laboratorien vorhanden sein, deren Umfang durch die örtlichen Gegebenheiten und die wissenschaftliche Zielsetzung bestimmt werden. Dazu gehören:

I. Klinische Einrichtungen

1. Abteilung für Physiotherapie,
2. Abteilung für Licht- und Strahlentherapie,
3. Abteilung für konservative und korrektive kosmetische Dermatologie,
4. andrologische Untersuchungsstelle,
5. 2 Operationssäle (aseptisch, septisch).

II. Laboratorien (außer speziellen Forschungslaboratorien)

1. Klinisch-chemisches Laboratorium,
2. hämatologisches Laboratorium,
3. bakteriologisches Laboratorium,
4. mykologisches Laboratorium,
5. serologisches Laboratorium,
6. Elektrophoreseabteilung,
7. chromatographische Abteilung,
8. allergologisches Laboratorium für die Vornahme von Hautfunktionsprüfungen,

9. histologisches Laboratorium,
10. histochemisches Laboratorium,
11. Laboratorium für wissenschaftliche Photographie.

III. Dokumentationsabteilung (Lochkartenverfahren)

Das Vorhandensein solcher Abteilungen sollte den im zuständigen Bereich dermatologisch tätigen Ärzten bekanntgegeben werden, damit sie in gegebenen Fällen Spezialuntersuchungen durchführen lassen können.

Des weiteren sind in einer dermatologischen Klinik und Poliklinik für die an Bedeutung zunehmende Metaphylaxe, Rehabilitation und Prophylaxe möglichst Sondersprechstunden (Dispensairebetreuung) einzurichten. Sie erstrecken sich in erster Linie auf Kranke mit

1. allergischen Erkrankungen (einschließlich Berufsdermatosen),
2. Dermatomykosen,
3. Hauttuberkulose,
4. bösartigen Geschwülsten,
5. varikösem Symptomenkomplex,
6. endogenem Ekzem,
7. Kollagenosen (Lupus erythematoses, Sklerodermie, Dermatomyositis),
8. Psoriasis vulgaris,
9. Haarausfall (speziell Alopecia areata totalis, maligna und A. atrophicans),
10. Geschlechtskrankheiten.

1.3. Anamnese

Wenn auch im Vergleich zu anderen klinischen Fachgebieten die Anamnese in der Dermatologie eine begrenztere Rolle spielt, weil der Arzt an der Haut vieles unmittelbar ablesen kann, ist es insbesondere bei entzündlichen Krankheiten wichtig, eine Reihe von Fragen zu stellen. Solche sind:

1. Wie lange bestehen die Hautveränderungen?
2. An welchen Körperstellen haben sie begonnen?
3. Haben ähnliche Hautveränderungen früher bei dem Kranken oder in seiner Familie bestanden?
4. Sind im Zusammenhang mit der Dermatoase Allgemeinerscheinungen wie Fieber, Abgeschlagenheit, Schmerzen oder andere subjektiv wahrgenommene Störungen aufgetreten?
5. Bestand oder besteht Juckreiz, Hyperalgesie oder Analgesie?
6. Bestanden oder bestehen subjektive Symptome, wie Hitze- oder Kältegefühl?
7. Ist das Hautleiden an die Menses oder an Gravidität gebunden?
8. Ist das Hautleiden mit anderen Erkrankungen (Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten) vergesellschaftet?
9. Liegt ein Zusammenhang zwischen den Hauterscheinungen und äußeren Einwirkungen vor (Chemikalien, Licht, Wärme, Scheuern)?
10. Wird ein Zusammenhang der Dermatoase mit der beruflichen Tätigkeit angenommen?
11. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Hauterscheinungen und der Aufnahme von Nahrungsmitteln bzw. von gewissen Medikamenten?
12. Liegen bei allergisch bedingten Hauterkrankungen (endogenes Ekzem) noch andere allergische Symptome (Heuschnupfen, Bronchialasthma, Colica mucosa) beim Kranken und in seiner Familie vor?

13. Wurde bei allergischen Dermatosen durch einen Klimawechsel eine Besserung erreicht?
14. Welche Therapie wurde bisher angewandt, in welchem Umfange und mit welchen Ergebnissen (speziell Röntgenbestrahlungen)?
15. Bei Geschlechtskranken sind die Infektionsquellen und die Infektionsgefährdeten zu ermitteln.

Das anamnestische Gespräch ist auch von psychologischem Wert, weil es zugleich dazu dient, den Kontakt zwischen dem Kranken und dem Arzt herzustellen und damit das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Insbesondere bei Personen mit chronischen Hautkrankheiten ist eine sorgfältige Therapieanamnese erforderlich, weil hier einerseits die wiederholte Anwendung nicht vertrager Salben usw. zu vermeidbaren Exazerbationen führen kann, und andererseits die Hinweise auf bisher mit Erfolg gebrauchte Therapeutika die weitere Behandlung zu erleichtern vermag.

1.4. Subjektive Symptome

Die subjektiven Symptome des Kranken müssen berücksichtigt werden, obwohl sie nicht immer korrekt angegeben werden können und ihre objektive Feststellung mitunter schwierig ist.

Die Druckschmerzhaftigkeit kann für die Differentialdiagnose herangezogen werden. Ein syphilitischer Primäraffekt ist indolent, während das tuberkulöse Ulkus oft druckempfindlich ist. Bakterielle Entzündungsherde sind meist schmerzhaft, insbesondere Furunkel, dagegen solche von tiefen Trichophytien ziemlich unempfindlich. Ein Herpes zoster im Eruptionsstadium ist äußerst schmerzhaft; häufig bestehen dabei auch intensive neuralgische Beschwerden, die nach der Abheilung mitunter noch lange anhalten. Es gibt weiterhin Störungen der Temperaturempfindlichkeit und des Tastsinnes. Ferner gehen manche Hauterkrankungen mit Hitze- oder Kältegefühl einher.

Von den Parästhesien bildet das Jucken ein signifikantes Symptom bei verschiedenen Hautkrankheiten. Hier sind zwei Formen zu unterscheiden, das Kratzjucken, welches zum Aufkratzen mit dem Fingernagel und damit zu erkennbaren Kratzeffekten an der Haut führt (Exkoriationen bei Prurigo, Stiiemen bei Pediculosis), und das Reibejucken, welches durch Drücken, Reiben oder Kneifen gelindert wird. Im letzteren Falle können blaue Flecken bzw. Sugillationen zustande kommen (Urticaria). Beim Juckreiz infolge chronischen Ekzems bestehen, bedingt durch häufiges Scheuern, typische, wie poliert aussehende Fingernägel. Die Art und den Umfang des Juckreizes kann der Arzt an der Haut ablesen. Daher bildet die Betrachtung und Analyse der Juckeffekte ein differentialdiagnostisches Hilfsmittel.