

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen

für praktische Ärzte und Studierende

Jacobi, Eduard

Berlin [u.a.], 1913

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: UiVI -2-

Mollusca contagiosa.

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-145485](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-145485)

Mollusca contagiosa.

Tafel 97, Fig. 159.

Bei Erwachsenen am häufigsten an den Genitalien, bei Kindern dagegen öfter im Gesicht (Fig. 159) oder auf dem behaarten Kopfe entwickeln sich mattglänzende kleine halbkugelige Knötchen von blaßrötlicher, etwas durchscheinender Farbe, die durch allmähliches Wachstum die Größe einer Linse bis Erbse, selten darüber erreichen können. Im zentralen Teile findet sich durch eine Bogenlinie scharf abgegrenzt eine Delle, innerhalb deren die Haut fein granuliert und trocken erscheint. Selten findet man ein Molluscum allein, häufiger dagegen um ein älteres Exemplar eine Anzahl kleinerer und jüngerer (Aussaat), zuweilen auch strichförmig, einem Kratzstrich entsprechend, lokalisiert. Bei seitlichem kräftigem Druck läßt sich der zentrale Teil vollkommen unter leichter Blutung exprimieren; der herausgedrückte Pfropf erscheint leicht hyalin, unter dem Mikroskop findet man zahlreiche glänzende Körner — Molluscumkörperchen; der zurückbleibende Teil des Knötchens fällt darauf zusammen. Die Mollusca contagiosa wachsen außerordentlich langsam und bleiben ohne Eingriff lange Zeit bestehen. Die Ursache der zweifellos infektiösen Neubildung (gelungene Impfversuche) ist noch nicht vollkommen klar gestellt; man vermutet, daß kleinste Lebewesen aus der Klasse der Protozoen (?) für die Entstehung verantwortlich gemacht werden müssen.

Die **Diagnose** ist aus der Konfiguration (zentrale Delle) mit Leichtigkeit zu stellen. Die Möglichkeit, den Pfropf herauszudrücken, und der Nachweis der Molluscumkörperchen durch das Mikroskop entscheiden in zweifelhaften Fällen.

Die **Prognose** ist günstig.

Die **Therapie** besteht am besten im Ausdrücken mittels Comedonenquetscher oder mit den Fingernägeln; große Knoten wären eventuell abzutragen.

Anm. 159. Moulage der Lesserschen Klinik in Berlin (Kolbow).

Keloid.

Tafel 97, Fig. 160.

Je nach der Entwicklung aus einer vorhandenen Narbe oder aus normalem Gewebe unterscheidet man Narbenkeloide und echte Keloide, jedoch ist nicht auszuschließen, daß auch letzteren eine oberflächliche Verletzung zu grunde liegt. Die Keloide stellen flache umschriebene Tumoren dar von bandartigem oder knolligem Aussehen. An den Randpartien findet man häufig scherenartige Ausläufer in das gesunde Gewebe, in welches sie allmählich übergehen. Die Oberfläche der Keloide ist glatt, meist von narbenartigem Aussehen, vielfach von feinen Gefäßchen durchzogen, so daß besonders an den Randpartien eine rötliche Färbung auftritt. Abgesehen von der Entstellung können die Keloide durch spontanen Schmerz oder große Druckempfindlichkeit Beschwerden verursachen. Die Ursache der Keloide ist noch unbekannt; in der Regel wird eine hereditäre oder eine Rassendisposition (Neger) angenommen, doch ist eine Infektiosität nicht ganz auszuschließen. Am häufigsten sitzen die Keloide am Sternum (siehe Fig. 160), jedoch können sie, besonders Narbenkeloide, auch im Gesicht sowie an allen anderen Körperstellen vorkommen.

Die **Diagnose** dürfte aus der Lokalisation, dem Schmerz, dem eigentümlich knolligen oder bandförmigen Aussehen zu stellen sein.

Die **Prognose** ist keine günstige, da nach Operationen fast stets Rezidive eintreten und spontane Rückbildung zu den größten Seltenheiten gehört.

Die **Therapie** ist dementsprechend wenig aussichtsreich; zu versuchen wären Injektionen mit Thiosinamin oder Fibrolysin 10 % ig, lokal Thiosinaminpflaster, Elektrolyse, eventuell Exstirpation im Gesunden mit nachfolgender Transplantation. Röntgenbestrahlungen sind manchmal von Erfolg, ebenso Vereisen mit Kohlensäureschnee.

Anm. 160. Moulage der Kaposischen Klinik in Wien (Dr. Henning).