

Aus dem Städtischen Krankenhaus, Abteilung VII,  
in Christiania.

### Ein mit Optochin behandelter Fall von Pneumokokken-Zystitis.

Von J. H. Berner.

Die Krankengeschichte des am 7. Juni 1917 in das Krankenhaus eingelieferten 14jährigen Mädchens ist kurz folgende:

Die Patientin ist immer etwas schwächlich gewesen, sie hatte früher Masern und Scharlach durchgemacht. Anfang April dieses Jahres wurde sie plötzlich krank mit hohem Fieber, Schmerzen im Rücken und häufigen Urindrang. Gleichzeitig hatte sie einige Tage einen trocknen Husten ohne charakteristischen Auswurf. Der Appetit war während der ganzen Zeit gering und der Schlaf unruhig, da sie mehrmals in der Nacht Urin lassen mußte. Trotz ärztlicher Behandlung hielten die zystitischen Symptome unverändert an; darum wurde sie ins Krankenhaus gebracht.

Bei der Einlieferung war die Temperatur normal, und die physikalische Untersuchung wies nichts Abnormes auf. Der Urin war hell, dick und trübe, mit schwach saurer Reaktion, spezifisches Gewicht 1017. Nach einigem Stehen fand sich eine dicke, eiterähnliche Schicht mit einer dünnen Schicht klaren Urins darüber. Diese zeigte positive Albuminreaktion (Hellersche Probe), Eiterreaktion (Kalilaugeprobe) und Guajakreaktion.

Bei mikroskopischer Untersuchung erwies sich der Bodensatz als ausschließlich aus Leukozyten und Kokken bestehend, welche im gefärbten Präparat als Gram-positive Diplokokken, umgeben von einer Kapsel erschienen. Steril entnommener Urin zeigte bei der Aussaat auf Bouillon und Agar das Wachstum derselben Gram-positiven Kokken, teils als Diplokokken, teils in kurzen Ketten von 3—4 Gliedern. Bei Aussaat auf Blutagar in Petrischalen wuchsen sie als kleine, grünliche Kolonien, ohne Hämolyse hervorzurufen. Sie zeigten hier zum Teil deutliche Kapseln. Da der Zustand der Patientin, die bei der Einlieferung Salol 0,5 morgens und abends bekam, nach Verlauf einer Woche keine Besserung aufwies, wurde Salol ausgesetzt, und sie bekam morgens und abends Optochin basicum 0,3, im ganzen fünfmal, also eine Gesamtdosis von 1,5 g. Darauf wurde einen Tag ausgesetzt, dann dieselbe Dosis nochmals gegeben. Der Urin wurde dabei gleich klarer, und die Schmerzen nahmen rasch ab. Am Morgen, nachdem sie die letzte Dosis genommen hatte (22. Juni), ist notiert: Hat während der ganzen Nacht ruhig geschlafen; die heutige Urinprobe ist ganz klar, sauer, spezifisches Gewicht 1022. Sowohl Albumin- als Blut- und Eiterreaktion negativ. Beim Zentrifugieren finden sich mikroskopisch einzelne Leukozyten und Diplokokken. Als diese im Laufe der folgenden Woche nicht verschwanden, bekam sie am 29. Juni zum dritten Male dieselbe Dosis. Man konnte abnorme Bestandteile nicht länger nachweisen, und die Patientin wurde als geheilt entlassen.

Hier liegt also eine Infektion der Harnwege mit Pneumokokken vor, welche vielleicht im Anschluß an eine leichte, nicht diagnostizierbare Pneumonie entstanden sein dürfte.

Die Infektion war ziemlich hartnäckig und trotzte der Behandlung mit den gewöhnlichen urindesinfizierenden Mitteln, während sie so unmittelbar im Anschluß an die Anwendung von Optochin verschwand.

Die Patientin bekam das Mittel per os. Es wäre vielleicht rationeller gewesen, das Mittel aufzulösen und direkt in die Blase zu injizieren, wobei es in größerer Konzentration direkt mit der infizierten Schleimhaut in Berührung gekommen wäre, als dies jetzt der Fall war, wo es durch die Nieren ausgeschieden wurde. Eine lokale Irritation ist kaum zu befürchten, da es ja, in das Auge geträufelt, sehr gut vertragen wird.

Wir gaben es aber zuerst per os, und auch auf diese Weise wurde, wie es sich gezeigt hat, eine eklatante Wirkung erreicht. Die Dosis wurde sehr vorsichtig bemessen, nur fünfmal 0,3 im Laufe von 48 Stunden. Man braucht übrigens bei Anwendung des basischen Salzes keine Furcht vor einer ungünstigen Wirkung zu haben.

Da ein derartiger Fall der Behandlung von Pneumokokkeninfektion der Urinwege mit Optochin noch nicht beschrieben ist, dürfte diese kleine Mitteilung vielleicht von Interesse sein.