Dermatologica, 1962;125:279-280

Communications – Mitteilungen Klinik und Therapie der Penicillin-Nebenwirkungen

R.		Schuppli
----	--	----------

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Basel Vorsteher: Prof. R. Schuppli

Erscheint anfangs 1963 in der Praxis

Diskussion

H. Storck: Wenn die Trichophytia profunda keine vermehrte Penicillinallergie erzeugt, ist dies nicht so verwunderlich, denn die Trichophytia profunda ist die einzige Pilzkrankheit, die tatsächlich eine Immunität erzeugt, was vielleicht auch bei gruppenspezifischen Allergenen eine Verminderung der Reagibilität verursachen könnte. Bezüglich der Häufigkeit der Penicillinsensibilisierung habe ich den Eindruck, daß besonders unregelmäßig verabfolgte, kurze Penicillinstöße zur Sensibilisierung führen, weniger die langdauernden, systematisch durchgeführten Kuren, wie sie bei der Lues oder beim Rheumatismus üblich sind. Ich glaube auch, daß Fokalinfectionen am Kopf, besonders Nasopharynx, zur Sensibilisierung führen. In unserem Beobachtungsgut waren 31% der Sensibilisierungen nach solchen Erkrankungen aufgetreten.

Bezüglich der Therapie des Penicillin-Schocks sind auch wir vom Calcium abgekommen, geben in erster Linie Adrenalin, dann Antihistaminicum ohne Calcium i. v. und anschließend Ultracortenol H. Ich glaube doch, daß ein wasserlösliches Corti-costeroid i. v. indiziert ist, denn schon mehrmals sahen wir erst nach einer solchen Injektion Erfolg. Daß generalisierte Symptome beobachtet werden, wie sie Schuppli erwähnt, scheint mir nicht verwunderlich, da doch der größte Teil der Penicillinallergie mit der früher so bekannten und gut untersuchten Serumkrankheit vergleichbar ist. Eigenartig ist nur, daß relativ selten Gelenksercheinungen gesehen werden. Was die Chronizität der Urticaria nach Penicillin anbetrifft, so scheinen

280 Schuppli, Klinik und Therapie der Penicillin-Nebenwirkungen

mir Spuren von Penicillin in Nahrungsmitteln, insbesondere Milchprodukten in Frage zu kommen, möglicherweise auch in weiteren Medikamenten, z. B. in Polio-myelitisvaccinen, wie dies in der Literatur schon mehrfach diskutiert wurde.

Hinsichtlich Aufnahme der Anamnese können wir auch bei Fehlen jeglicher vor-gängiger Penicillinallergie die unangenehmsten Überraschungen erleben. Es würde mich interessieren, ob Schuppli denkt, daß sog. Allergiker häufiger zu Penicillin-sensibilisierungen neigen als Nichtallergiker, wie dies schon behauptet wurde.

Betreffend der wahrscheinlich unnützen und schädlichen Penicillinprophylaxe vor operativen Eingriffen möchte ich darauf hinweisen, daß experimentell nachgewiesen wurde, daß in Staphylokokkenkulturen 1 auf 1 000 000 Keime spontan zur Resistenz mutiert, und daß dann die Penicillase bei Anwesenheit des Substrates, also des Penicillins, rasch zunimmt. Mit solchen Vorgängen muß auch in vivo stets gerechnet werden. Daß Megacillin Sensibilisierungen nicht verhindert oder negativiert, haben wir bei einigen penicillinempfindlichen Luetikern beobachtet,

mit urticariellen Schüben trotz Megacillin. Daß auch Disposition, bzw. Heredität eine Rolle spielen kann, zeigte ein eineiiges Zwillingsspaar an unserer Klinik, das ohne vorgängigen Penicillinkontakt penicillinallergische Reaktionen aufwies (publiziert von Diem und Schnyder, Praxis 49, 370 1960).

Schließlich habe ich den Eindruck, daß die Penicillinüberempfindlichkeit in Zürich in den letzten Jahren eher abgenommen hat, möglicherweise auf Grund der zunehmenden Reinheit der verwendeten Präparate, vielleicht auch, weil in Anbetracht der Allergiegefahr und der zunehmenden Erregerresistenz doch weniger Penicillin oder besser indiziert verabfolgt wird.