

Aus der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Winterthur.  
(Chefarzt: Spitaldirektor Dr. R. Stierlin.)

## Akute Appendizitis im vorgeschrittenen Alter.

Von Dr. J. Dubs, Oberarzt.

In einer kürzlich erschienenen Studie zur Aetiologie der Appendizitis<sup>1)</sup> hat Selberg im Verlaufe seiner Ausführungen besonders auf zwei Tatsachen hingewiesen:

1. daß nach seinen Erfahrungen in Krieg und Frieden die appendizitischen Anfälle in einer epidemischen Häufung auftreten und in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnis zu der Jahreszeit stehen — seiner Erfahrung nach pflege der Höhepunkt in der Sommerzeit erreicht zu werden — und

2. daß im vorgeschrittenen Alter nach allen Erfahrungen die Appendizitis so selten werde, „daß man in solchen Fällen anderen in Betracht kommenden Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit schenken wird“.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so stehen ja die Beobachtungen Selbergs durchaus nicht vereinzelt da. Bestimmte Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Jahreszeit und gehäuftem Auftreten der Appendizitis sind schon lange aufgefallen und in der Literatur (wenn auch eigentümlicherweise in den großen Monographien nur sehr kurz und andeutungsweise) in einer Reihe von Beobachtungen niedergelegt. Ich erwähne hier aus den mir gerade zur Verfügung stehenden nur die Arbeiten von Baer und Heppe (C. Brunner<sup>2)</sup>) und H. Naef<sup>3)</sup>, ferner die Zürcher Inauguraldissertation von Schüle und Fuchsmann. Eigene, auf mehrere Jahre sich erstreckende diesbezügliche Beobachtungen, die sich mit den in den erwähnten Arbeiten erhaltenen Resultaten teilweise nicht ganz decken, werden vielleicht später an einem Orte publiziert werden.

Zu der von Selberg wieder ausgesprochenen Ansicht aber, daß die Appendizitis im höheren Alter ein so seltenes Ereignis sei, möchte ich mir hier einige kurze Bemerkungen erlauben, indem ich bezüglich weiterer Einzelheiten auf eine ausführlichere Darlegung verweise, die im Schweiz. Korr.Bl. erschienen ist.<sup>4)</sup>

Die von Selberg vertretene Anschauung ist weit verbreitet. Immerhin sollte schon das Durchschnittsergebnis zahlreicher großer Statistiken, welche die Zahl der im vorgeschrittenen Lebensalter an akuter Appendizitis Erkrankten zu 3% festlegen, zu denken geben. Unter vorgeschrittenem Lebensalter ist dabei im Folgenden immer das Alter von 50 und mehr Jahren verstanden. Auf der Chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Winterthur kamen allein im Verlaufe der letzten drei Jahre bei einer Gesamtzahl von rund 500 akuten Appendizitiden überhaupt 25 Fälle jenseits des 50. Lebensjahres zur Beobachtung. Das entspricht einem Verhältnis von 5%. Ähnliche, vielleicht sogar noch höhere Zahlen ließen sich wohl auch an anderen Orten feststellen. Wir sind demnach zu der Feststellung berech-

tigt, daß die differentialdiagnostische Bedeutung des höheren Lebensalters in der Diagnose der Appendizitis sicher überschätzt worden und entsprechend zu korrigieren ist.

Darüber hinaus kommen dem klinischen Verlaufe der akuten Appendizitis im höheren Lebensalter einige charakteristische Eigentümlichkeiten zu, die im allgemeinen gerade unter den Praktikern recht wenig gewürdigt zu werden scheinen. Selbstverständlich sind die Symptome an sich keine anderen, aber sie werden anders betont und müssen diagnostisch folgerichtig auch anders bewertet werden.

Wie ich an Hand unserer Beobachtungen zu zeigen versucht habe (l. c.) und wie dies auch aus den wenigen Arbeiten hervorgeht, die sich mit der vorliegenden Frage beschäftigen (Haim, Löbl, Philipovicz, Schlesinger), sind hauptsächlich zwei klinische Erscheinungsformen zu trennen:

1. Die diffuse, nach unbestimmten gastro-intestinalen Erscheinungen sich entwickelnde Perforationsperitonitis mit bösem Verlauf und sehr schlechter Prognose. Sie zeigt von Anfang an hohe Temperatur- und Pulszahlen. Uns hat dabei immer wieder überrascht, nach wie unheimlich kurzer Zeit schon die Perforation in die Bauchhöhle erfolgt. Die Dauer berechnet sich meist nach ganz wenigen Stunden. Erst kürzlich haben wir wieder einen 61jährigen Herrn verloren, der unmittelbar nach einem Diätfehler die Symptome einer Appendizitis bekam und, trotzdem die Operation wenige Stunden nachher vorgenommen wurde, dabei eine diffuse Perforationsperitonitis aufwies, der er in der Folge erlag. — Die diffuse Peritonitis als Folge einer akuten Wurmfortsatzentzündung ist im vorgeschrittenen Lebensalter nach übereinstimmenden Beobachtungen der genannten Autoren selten; auch nach unseren Erfahrungen bilden die Fälle dieser Art nur eine kleine Gruppe.

Recht eigenartig ist es dabei, daß das Bild der diffusen Peritonitis von allem Anfang an und weit mehr, als das in jüngeren Jahren der Fall zu sein pflegt, von dem Bilde der Darm lähmung beherrscht wird. Komplette Stuhl- und Windverhaltung usw. gehört sehr frühzeitig zum Bilde der Appendicitis perforativa des höheren Lebensalters.

Abgesehen von dem rapiden Verlaufe, dem sehr raschen Eintreten der Perforation und dem vorherrschenden Bilde der Darm lähmung, unterscheidet sich die diffuse Perforationsperitonitis nach Appendizitis i. u. a. sonst kaum wesentlich von dem gewohnten Bilde.

2. Für die Großzahl der Fälle aber ist die Neigung zur lokalen Abkapselung ganz ausgesprochen; die umschriebene, pseudoneoplastische Abszeßbildung ist für das Alter charakteristisch.

Abwehr und Reaktion des senilen Organismus auf endo- und exogene Schädigungen sind naturgemäß schwächer. Aus dieser Tatsache erklärt sich vor allem das Charakteristische und Eigenartige des klinischen Verlaufs der Appendizitis im vorgeschrittenen Lebensalter, daß in direktem Gegensatze zum Kindesalter die Allgemeinsymptome im Krankheitsbilde stark zurücktreten gegenüber den lokalen.

Nach unseren Erfahrungen bestehen in etwa 60% der Fälle normale oder höchstens ganz leicht erhöhte Temperatur- und Pulszahlen bei gleichzeitigen schweren destruktiven Veränderungen der Appendix. Nicht nur die objektiven Allgemeinsymptome sind so gering und irreführend; auch das subjektive Allgemeinbefinden ist bei der Greisenappendizitis in der Regel sehr wenig gestört. Erbrechen beispielsweise ist eine Ausnahme.

Diese hier nur ganz kurz angeführten Besonderheiten begründen die große Gefährlichkeit für den Arzt, der ihnen keine Beachtung schenkt oder sie überhaupt nicht kennt. Fast jeder Praktiker wird sich an Fälle erinnern — wir haben hier selbst mehrfach recht trübe Erfahrungen machen können —, wo das anfängliche Fehlen irgendwie erheblicher Puls- und Temperaturerhöhungen zusammen mit der überschätzten differentialdiagnostischen Bedeutung des höheren Lebensalters den richtigen Sachverhalt nicht erkennen und den günstigen Moment des Eingreifens verpassen ließen. Immer wieder verführen die genannten Momente den Unkundigen zum Abwarten. Sobald aber erst einmal Puls und Temperatur in die Höhe gehen, ist das Unheil auch meist geschehen, die Perforation ist erfolgt, die Prognose schlechter. Wir haben hier eine ganze Reihe von Appendizitiden im vorgeschrittenen Lebensalter gesehen, wo bei Temperaturen von 36,8—37,4° und Pulszahlen von 90—102 bei der Operation schwerste Gangrän und Nekrose, drohende oder unmittelbar bevorstehende Perforation gefunden wurden.

Was uns in diesen Fällen bei fehlenden oder ganz schwach ausgeprägten Allgemeinsymptomen dennoch einzugreifen bewog, das war immer und ausschließlich der Lokalbefund. Immer waren starke lokale Muskelspannung und intensiver Druckschmerz vorhanden. Der Lokalbefund ist auch im Alter der sicherste und verlässlichste Wegweiser zur richtigen Diagnose. Ein nicht allzu selten vorhandener, aber meist wenig erheblicher Meteorismus darf dabei nicht zu der falschen Diagnose Darmverschluss führen.

Daß die Therapie auch der Appendizitis im vorgeschrittenen Lebensalter nur eine operative sein kann, wird keiner weiteren Worte bedürfen. Ein aktives Vorgehen ist unseres Erachtens auch angezeigt bei bereits eingetretener, umschriebener und ab-

<sup>1)</sup> M. m. W. 1919 H. 13.

<sup>2)</sup> M. m. W. 1919 Nr. 12. — <sup>3)</sup> Schweiz. Korr.Bl. 1913 S. 1647.

— <sup>4)</sup> Schweiz. Korr.Bl. 1915 S. 964. — <sup>5)</sup> Schweiz. Korr.Bl. 1919 Nr. 6.

gesackter Abszeßbildung. So richtig und allgemein anerkannt das Prinzip ist, bei entsprechenden Fällen in jüngeren Jahren sich mit der bloßen Abszeßinzision zu begnügen, so halten wir doch dafür, daß bei den betagteren Patienten jenseits des 50. Lebensjahres in der Regel die einzeitige Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes anzustreben ist nur schon deswegen, um sie vor den Gefahren eines zweimaligen Eingriffes zu bewahren. Die senilen Veränderungen der Zirkulations- und Respirationsorgane sind hier nicht außer acht zu lassen.

Darauf kommt wohl sehr viel an. Bei konsequenter Durchführung dieses Standpunktes betrug wenigstens die Mortalität bei unseren Fällen nur 12%; wir haben so Patienten mit perforierter Greisenappendizitis anstandslos durchgebracht, die 56, 59, 69 und 72 Jahre zählten. Eine 76jährige Patientin mit schwerer allgemeiner Perforationsperitonitis war allerdings nicht zu halten. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß die Fälle von diffuser Peritonitis infolge Appendicitis perforativa nach dem 70. Jahre sehr selten sind und bisher ausnahmslos letal geendet haben (Reisinger, Schlesinger).

---