

Ein Fünftagefieber unter dem Bilde der akuten Appendizitis.

Von Dr. E. Gräfenberg in Berlin, z. Z. bei einer Sanitätskomp.

Das Fünftagefieber ist eine Kriegskrankheit, die vorwiegend den Inneren Mediziner und Bakteriologen interessiert. Mit der Chirurgie hat diese noch wenig geklärte Infektion höchstens indirekte Berührungspunkte gemein. Nur die meist als quälendstes Begleitsymptom auftretenden Schienbeinschmerzen leiten in das chirurgische Gebiet über, nicht, weil diese chirurgische Behandlung erfordern, sondern weil aus ihnen differentialdiagnostische Schwierigkeiten resultieren können. Vor Verwechslungen mit der von Franz¹⁾ und Groth²⁾ beschriebenen Ostitis bzw. Periostitis bei Kriegsteilnehmern schützt wohl durchweg, wie auch Stintzing³⁾ hervorhebt, die typische Fieberkurve.

Die Gefahren der Differentialdiagnose sind für den Chirurgen erheblich größer, wenn die Schmerzen nicht in das Gebiet der Unterschenkel, sondern in die rechte Unterbauchseite projiziert werden. Die hier empfundenen Schmerzen können so heftig und so plötzlich einsetzen, daß sie zusammen mit dem hohen Fieber und der Pulsbeschleunigung des frischen „Wolhynischen“ Fieberanfalls den diagnostischen Fehlschluß einer akuten Appendizitis bedingen.

Diese pseudoappendizitische Form des Fünftagefiebers ist recht selten. Unter den zahlreichen Erkrankungen, welche unter dem Bilde des periodischen Fiebers unseren Krankensammelpunkt passierten, war nur eine einzige deutlich ausgeprägt. Gerade ihr seltenes Vorkommen bedingt aber einen diagnostischen Irrtum. Deshalb sei ein ganz prägnantes Beispiel dieser unter dem Bilde der akuten Appendizitis einhergehenden Form der Febris quintana kurz wiedergegeben.

Ein 22jähriger, früher stets gesunder Musketier erkrankt am 1. Juni 1917 vormittags plötzlich mit heftigen Schmerzen im rechten Unterbauche. Erbrechen ist nicht erfolgt, es besteht nur leichte Uebelkeit. Winde sind abgegangen, letzter Stuhlgang ist am Tage vorher erfolgt. Kein Schüttelfrost.

Drei Stunden nach Beginn der Erkrankung ist bei dem hochfieberhaft aussehenden Kranken der Puls weich, 144, die Körpertemperatur 39,4°. Aengstlicher Gesichtsausdruck und beschleunigte, oberflächliche Atmung verstärken das schwere Krankheitsbild. Die Zunge ist trocken, der ganze Leib stark gespannt und außerordentlich druckempfindlich. Der Druckschmerz und die Bauchdeckenspannung sind rechts unten in der Umgebung des Mac Burney-Punktes am stärksten. Hier ist eine umschriebene Schwellung oder Dämpfung nicht nachzuweisen. In den abhängigen Abschnitten des Leibes findet sich keine Dämpfung. Das Rovsingsche Symptom ist positiv. Urin frei von Eiweiß.

Es wird sofort nach der Einlieferung in Allgemeinnarkose die Bauchhöhle mit einem 6 cm langen Querschnitt in der Höhe des Mac Burney-Punktes eröffnet. Die Bauchhöhle ist sauber und trocken, der Wurmfortsatz frei beweglich, nur von seiner Basis ziehen geringfügige, flächenhafte, alte Verwachsungen zum Zökum hinüber. In der Kuppe der nichtverdickten Appendix wird ein kleiner Kotstein gefühlt. Nach Abtragung des Wurmfortsatzes und Uebernähung des Stumpfes wird die Bauchhöhle in Etagen geschlossen. Interkutane Hautnaht nach Pozzi.

¹⁾ D. m. W. 1916 Nr. 36. — ²⁾ D. m. W. 1916 Nr. 36. — ³⁾ M. m. W. 1917 Nr. 5.

Der aufgeschnittene Wurmfortsatz enthält an seiner Spitze ein Kotsteinchen, hier ist vielleicht die Schleimhaut ein wenig gerötet. Es bleibt unentschieden, ob diese Rötung der Mukosa eine Folge des operativen Eingriffes und der notwendigen Manipulationen am Darne ist.

Ueber den Verlauf der Rekonvaleszenz orientiert die Fiebertafel.

Die Wunde ist reaktionslos geheilt, bei der Entlassung besteht nur noch eine schmale, zarte Narbe.

Am Tage nach der Operation ist die Fiebertemperatur abgefallen, die lokalen Erscheinungen in der Blinddarmgegend sind ganz geringfügig.

Fünf Tage nach der Operation steigt die Körperwärme für einen Tag auf 38,6°, und gleichzeitig wird über sehr heftige Schmerzen im rechten Unterbauche geklagt. Hier sind die Bauchdecken stark gespannt und druckempfindlich. Winde gehen ab, die Stuhlätigkeit ist geregelt. Am Tage nach diesem Fieberanfall fällt die Temperatur wieder kritisch ab.

Nach abermals fünf Tagen treten erneut starke Schmerzen rechts unten auf mit geringerer Temperaturerhöhung als bei den vorausgegangenen Anfällen. Auch jetzt ist die Bauchwand rechts unten wieder gespannt.

Ein gleicher Anfall mit Fieber und rechtseitigen Schmerzen wiederholt sich nach sechs Tagen. Auch dieser zeichnet sich durch eine lokalisierte Bauchdeckenspannung im Gebiete der Schmerzhaftigkeit aus; Schmerzen und Bauchdeckenspannung sind bei jedem Anfall weniger stark.

Da aus äußeren Gründen der Kranke abtransportiert werden mußte, kam ein weiterer Anfall nicht zur Beobachtung.

In den fieberfreien Intervallen wird stets über nur allmählich abnehmende Schmerzen in der rechten Unterbauchseite geklagt, ohne daß eine Ursache für diese gefunden werden kann. Die Wunde ist per primam geheilt, auch die tieferen Schichten der Bauchwand sind nicht verdickt. Bei den Untersuchungen fällt auf, daß die Schmerzhaftigkeit ausschließlich die Schichten der Bauchwand, die Bauchhaut, das Unterhautfettgewebe und die Muskulatur betrifft. Jedesmal, wenn diese zwischen die Finger genommen werden, klagt der Kranke über heftige Schmerzen, die von ihm mit den spontan und während des Fieberanfalls empfundenen Schmerzen identifiziert werden. Die hyperästhetische Zone reicht vom oberen Rande der Beckenschaukel bis zur Nabelhöhe und geht medianwärts fast an die Mittellinie heran.

Nur während des Fieberstadiums sind die Bauchdecken rechts unten stark gespannt und besonders schmerzempfindlich, im fieberfreien Intervalle sind sie weich und gut eindrückbar. Vermeidet man den Druck auf die Bauchwand des rechten Unterbauchs, so kann der Bauchinhalt überall gut und schmerzfrei abgetastet werden. Die Milz ist nicht zu fühlen. — Die vorderen Schienbeinflächen sind nicht schmerzhaft und auch niemals druckempfindlich. — Im Blute fanden sich keine Plasmodien.

Auf Grund dieser mehrwöchigen Beobachtung glauben wir nicht mehr, daß es sich bei unserem Kranken um eine akute Appendizitis gehandelt hat, trotzdem die Krankheitserscheinungen der akuten Wurmfortsatzentzündung das klinische Bild beherrschten. Der Kranke klagte allein über heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchseite, die zusammen mit der Bauchdeckenspannung, dem intensiven Druckschmerz und mit dem positiven Rovsingschen Symptom recht gut in den Rahmen der akuten Appendizitis hineinpaßten. Der sehr beschleunigte Puls, die hohe Temperatur und der leidende Gesichtsausdruck ließen besonders schwere entzündliche Veränderungen am Wurmfortsatz erwarten. Deshalb brachte der Operationsbefund mit seiner eklatanten Inkongruenz zu dem Untersuchungsergebnis eine große Enttäuschung. Die endgültige Klärung lieferte erst der weitere Krankheitsverlauf, als sich in regelmäßigen Zwischenräumen das Krankheitsbild des ersten Tages in abgeschwächter Form mehrfach wiederholte. Der plötzliche Fieberanstieg nach Pausen von vier bzw. fünf fieberfreien Tagen machte die Fieberkurve der einer Febris quintana gleich.

Diesem Fünftagefieber entspricht auch in der Fieberkurve unseres Kranken die Eigentümlichkeit, daß mit jedem Fieberanfall der Kurven-gipfel niedriger wird und auch die Schmerzen an Intensität abnehmen. Es wurde nur an dieses als Ursache der mit hohem Fieber und heftigen Schmerzen der rechten Unterbauchseite einhergehenden Erkrankung nicht gedacht, weil bei unserem Kranken die Schienbeinschmerzen fehlten, die sonst durchweg der Febris quintana das charakteristische

Gepräge geben. Nur recht selten werden nach Goldscheider¹⁾ statt dieser Tibialgien Schmerzen in der Ileozökalgegend beobachtet, die auch wohl nicht so heftig auftreten, daß sie den Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes einnehmen. Sie beschränken sich zumeist auf die hyperästhetischen Zonen, welche jüngst durch Richter²⁾ eingehend studiert worden sind und die wohl mit Goldscheider als die Symptome einer allgemeinen Hyperästhesie infolge entzündlicher Beteiligung der zentralen Nervenbahnen gedeutet werden dürfen. Da nach den Beobachtungen Richters die hyperästhetischen Zonen segmentär angeordnet sind, trifft für sie sicherlich die Deutung Goldscheiders zu, der den hypogastrischen Schmerz in das Gebiet des Lumbalplexus verweist.

Die Hyperästhesie fand sich bei unserem Kranken auch in der fieberfreien Zeit, sie nahm nur im Anfall selbst einen solchen Grad an, daß eine akute Appendizitis vorgetäuscht und die Appendektomie ausgeführt wurde.

Die Diagnose des Fünftagefiebers wurde erst gesichert durch das in fünftägigen fieberfreien Intervallen aufeinanderfolgende Fieber, das nach Stintzing das „konstanteste Merkmal“ der Febris quintana ist. Der einzelne Fieberanstieg hat nichts Typisches an sich, nur der Rhythmus der Fieberperioden bedingt die Diagnose. Deshalb muß es Schwierigkeiten bereiten, das Fieber einer akuten Appendizitis von dem Fieberanfall einer mit Ileozökal Schmerzen einhergehenden Quintana diagnostisch zu trennen, zumal auch beiden eine Leukozytose gemeinsam ist. Im fieberfreien Intervalle der Appendizitis wird der aufmerksame Untersucher ja die hyperästhetischen Zonen, die bei hystero-neurasthenischen Kranken stets eine gefährliche Klippe für die Diagnose und die Operationsindikation darstellen, ebenso treffend bewerten, wie in der fieberfreien Periode des Fünftagefiebers. Zur Frühoperation des akuten appendizitischen Anfalls gehört aber eine schnelle Diagnose, die sich mit einer mehrtägigen Fieberbeobachtung nicht vereinigen läßt. Zudem ist der Entschluß einer abwartenden Beobachtung noch erschwert durch das schwere klinische Bild, das auch in unserem Falle den ersten Anfall einleitete und zur Operation drängte.

Vorherst fehlen noch alle zuverlässigen Merkmale, welche eine schnelle Unterscheidung der beiden Krankheiten gestatten. Vielleicht wird uns später der Nachweis des spezifischen Erregers des Fünftagefiebers (Riemer)³⁾ weiterbringen, auch verdienen die Angaben von Korbach⁴⁾, Linden⁵⁾ u. a. Beachtung, die bei der Quintana regelmäßig eine Lymphozytose gefunden haben. Von Bedeutung ist ferner die Unterscheidung der Schmerzlokalisation, die beim Fünftagefieber sich nur auf die Bauchwand beschränkt. Man wird für diese Bestimmung die Palpation vom Rektum mit heranziehen und von hier aus die Schmerzhaftigkeit der Bauchhöhle kontrollieren müssen. Sehr wichtig für die Klärung des wiederholten Anfalles ist natürlich der anamnestische Hinweis auf die von fieberfreien Tagen unterbrochene vorhergegangene Fieberperiode. Allerdings kommt für die Differentialdiagnose des ersten Anfalles die Anamnese garnicht in Betracht.

Angesichts dieser vielen Schwächen in der Diagnose werden vorerst alle differentialdiagnostischen Versuche sich darauf beschränken müssen, mehr als bisher an die pseudoappendizitischen Symptome eines Fünftagefiebers zu denken, um nicht auf eine nichtindizierte Appendektomie bei einer unter dem Bilde der akuten Appendizitis verlaufenden Febris quintana hereinzufallen.

¹⁾ D. m. W. 1917 Nr. 24. — ²⁾ B. kl. W. 1917 Nr. 22. — ³⁾ M. m. W. 1917 Nr. 3. — ⁴⁾ D. m. W. 1916 Nr. 40. — ⁵⁾ B. kl. W. 1916 Nr. 44.