VII.

Aus der chirurgischen Abteilung des k. k. Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien. (Primarius: Doz. Lotheissen.)

Zum Rovsingschen Appendicitis-Symptom.

Von

Dr. Otto Füster,
Assistent der Abteilung.

Die Bedeutung des von Rovsing angegebenen Appendicitis-Symptomes — dem indirekten Hervorrufen des typischen Schmerzes an MacBurneys Punkt — ist der Mitteilung des Autors zufolge von doppelter Art: a) in differential diagnostischen Fällen: „ . . . denn nur, wenn der Schmerz von einer Erkrankung des Cöcums oder des Appendix herrührt, wird ein Druck auf das gesunde Colon descendens ihn hervorrufen können“.

b) in akuten Fällen, wo eine direkte Palpation teils gefährlich, teils wegen Défense musculaire und der Schmerzäußerungen des Patienten peinlich oder unmöglich ist, wird dies überflüssig gemacht, indem die Palpation des gesunden Colon descendens nicht auf Schwierigkeiten stößt und schnell „ohne Gefahr den typischen Schmerz am MacBurneyschen Punkt auslöst“.

Zweifellos sind es in erster Linie die differential diagnostischen Schwierigkeiten, die, bei der Beurteilung so mancher Fälle von Appendicitis auftretend, das Vorhandensein eines neuen sicheren Kriteriums für oder gegen Appendix-Erkrankungen höchst wünschenswert erscheinen lassen, und könnte daher jedes die Diagnose sichernde Moment nur willkommen sein; andererseits aber besteht jedenfalls auch der Punkt b) zu Recht, da mit der von Rovsing angegebenen Untersuchungsmethode dem Patienten schon von vornherein ein meistens doch sehr intensiver Schmerz erspart werden könnte. Haben also diese Erwägungen Rovsing dazu geführt, über sein neues Symptom zu berichten und dessen weitere Erprobung zu empfehlen, so sind, wie ich glaube, auch weitere Erfahrungen dar-

über mitteilenswert, um so mehr, da bisher nur vereinzelte diesbezügliche Versuchsreihen von anderer Seite aufgestellt worden zu sein scheinen. Es soll sich daher diesen letzteren im folgenden eine auch von uns angestellte Beobachtungsreihe anschließen, die allerdings, wie gleich vorweggenommen sei, ganz andere Resultate gezeitigt hat, als uns Rovsings Publikation erwarten ließ.

Untersucht wurden, bezüglich der Technik der Untersuchung genau den Angaben des Autors folgend — Druck der Finger der flach angelegten linken Hand gegen das Colon, Aufwärtsgleitenlassen der Hand gegen die linke Flexur — eine fast ununterbrochene Reihe von 62 Fällen, die in den letzten Monaten hier zur Beobachtung kamen, unterschiedslos, wie aus dem folgenden ersichtlich, in welchem Stadium sich der Krankheitsprozeß gerade befand.

Zunächst also eine tabellarische Übersicht über die herangezogenen Fälle, wobei Geschlecht, Alter, Dauer der Erkrankung, Form derselben, Operations- oder sonstiger Befund, sowie Ausfall des Rovsingschen Phänomens berücksichtigt bzw. verzeichnet erscheinen:

I. Epityphlit. simplex (die leichtesten, mit einer einzigen Ausnahme konservativ behandelten Fälle):

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
M.	19 Jahre	1 Tag	Konservativ	Rovsing negativ
„	14 „	3 Tage	Op. akute hämorrhag. Form. App. nach medial abwärts gelegen	Rovsing positiv
„	26 „	1 Tag	Konservativ	Rovsing negativ
„	11 „	3 Tage	„	Rovsing negativ
W.	14 „	2 Tage	„	Rovsing negativ
„	25 „	2 Tage	„	Rovs. pos. vor } Stuhl- Rovs. neg. nach } entl.
„	13 „	3 Tage	„	Rovsing negativ
„	10 „	1 Tag	„	Rovsing negativ

II. Epityphlit. chronica recidivans (mehrfache Anfälle vorausgegangen, alle, mit Ausnahme eines Falles, operativ behandelt):

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrankung, Form derselben	Operations- oder sonstiger Befund
M.	20 Jahre	Seit 2 Jahren mehrfach Anfälle	App. retrocöcal nach aufwärts ziehend
„	24 „	Seit 4 Monaten mehrfach Anfälle	App. nach unten etwas medial.
„	20 „	Vor 2 Tagen leichte Schmerzen	App. lateral abwärts
„	18 „	Vor 5 Tagen leichte Schmerzen	App. schleifenförmig gebogen. App. nach lateral oben ziehend
„	21 „	Vor 1 Tag Schmerzen	App. nach lateral abwärts
„	12 „	Vor 2 Tagen Schmerzen	App. retrocöcal nach aufwärts
„	7 „	Vor 2 Tagen Schmerzen	App. lateral aufwärts
„	10 „	Vor 8 Tagen Schmerzen	App. lateral aufwärts
„	18 „	Vor 1 Tag Schmerzen	App. nach medial oben
„	19 „	Vor 14 Tagen Schmerzen	App. nach medial abwärts
„	14 „	Vor 2 Tagen Schmerzen	Konservativ
W.	12 „	Seit 2 Jahren mehrfach Attacken	App. fast gerade nach abwärts

Sämtliche 12 Fälle: Rovsing negativ.

III. Akute Fälle mit Hämorrhagien, Gangrän der Schleimhaut, Empyem des Appendix, jedoch noch vor der Perforation:

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
M.	7 Jahre	2 Tage	Empyema append. App. retrocöcal	Rovsing negativ
„	32 „	2 „	Gangr. mucosae ante perforat. App. gerade nach abwärts ins kleine Becken ziehend	„ „
„	11 „	2 „	Gangr. mucosa. App. gerade nach abwärts	„ „

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
M.	27 Jahre	2 Tage	Akutehämorrhag. Form. App. nach innen unten	Rovsing negativ
„	24 „	2 „	An 2 Stellen Gangrän der Wand, knapp vor der Per- foration. App. nach auf- wärts	„ positiv
„	31 „	1 Tag	Gangrän der Mucosa. Pe- riton. serofibrinosa diffu- sa. App. nicht perfor., re- trocöcal nach aufwärts ziehend	„ „
„	24 „	2 Tage	Empyema appendic. Pe- rit. ser. diff. (steril)	„ negativ
W.	11 „	1 Tag	Gangr. mucos. App. nach lateral abwärts	„ } positiv negativ
„	12 „	1 „	Empyema appendic. App. nach med. abwärts von einer Netzplatte über- lagert	„ positiv
„	9 „	2 Tage	Empyem der Spitze an d. lat. Cöcalwand liegend	„ negativ
„	9 „	2 „	Gangrän d. Spitze, App. nach medial oben ziehend, von Netzplatte überdeckt	„ positiv
„	22 „	6 „	Gangrän a mucosae App. nach medial abw.	„ negativ

Als letzte Gruppe schließlich

IV. Gangrän des Appendix mit bereits erfolgter Perforation:

M.	18 Jahre	3 Tage	Gangr. perf., Absc. simpl. Per. ser. diff. Perforat. in d. Mitte, Spitze nach medial abwärts	Rovsing positiv
„	9 „	7 „	Retrocöcale Phlegmone 2 Perfor. nahe d. Spitze und an d. Basis. Spitze nach medial abwärts	„ negativ

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
M.	16 Jahre	1 Tag	Perit. pur. diff. Perfor. zwischen mittl. u. unterm Drittel. Spitze nach ab- wärts	Rovsing negativ
„	19 „	2 Tage	Perit. ser. diff. Perfor. an d. Spitze. App. retrocöcal nach oben	„ „
„	11 „	1 Tag	Perit. pur. diff. Perfor. d. Spitze	„ „
„	11 „	4 Tage	Perit. pur. diff. Perfor. unterhalb d. Spitze, dort 1 Kotstein. App. zuerst nach oben, dann lateral abwärts ziehend	„ positiv
„	12 „	8 „	Perit. pur. diff. Total- gangrän der Appendix, mehrere Kotsteine im Abdomen	„ negativ
„	25 „	3 „	Abszeß. Op. verweigert	„ „
„	45 „	5 „	Absc. simpl. App. zur Hälfte gangränös, nach innen unten liegend	„ „
„	16 „	1 Tag	Perit. ser. diff. Perfor. an d. Spitze, hinter der- selben Kotstein, Appen- dix nach innen unten	„ positiv
„	10 „	3 Tage	Absz. Retrocöcale Phleg- mone. App. retrocöcal bis zum Leberrand rei- chend, an der Basis per- foriert	„ negativ
„	11 „	10 „	2 Abszesse. Teilweise Cö- calgangrän. Append. la- teralwärts nach oben ziehend	„ „
„	36 „	2 „	Absz. Perit. ser. diff. Per- foration in d. Mitte und d. Spitze, unterhalb d. ersten Narbe, hinter dieser ein Kotstein	„ „

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
M.	24 Jahre	2 Tage	Absz., Perfor. in d. Mitte, oberhalb ein Kotstein. App. nach lateral abwärts	Rovsing negativ
„	15 „	5 „	Per. pur. diff. Perfor. a. d. Basis. App. nach medial abwärts	„ „
„	10 „	2 „	Absz., Perit. ser. diff. Per- for. in d. Mitte, an der Mitte ein Kotstein. App. retrocöcal lateral	„ positiv
„	19 „	5 „	Absz. Perit. ser. diff. Per- forat. in d. Mitte, im Abd. ein Kotstein. App. retro- cöcal bis an d. Flexura coli reichend	„ negativ
„	18 „	2 „	Perit. ser. diff. Perforat. unterhalb d. Spitze. App. retrocöcal lateralwärts	„ { positiv „ { negativ
„	14 „	5 „	Absz. App. Totalgangrän nach medial abwärts	„ negativ
„	13 „	3 „	Absz., retrocöcale Phleg- mone. App. retrocöcal. Perforat. an d. Spitze.	„ „
W.	25 „	8 „	Absz., Netzplatte, App. zuerst medial, dann schleifenförmig umbie- gend, mit d. perf. Spitze retrocöcal	„ „
„	5 „	8 „	Absz., Perit. ser. diff. Perforat. an d. Basis. App. nach innen, oben	„ „
„	10 „	3 „	Perit. pur. diff. Perfor. nahe d. Spitze. App. nach medial unten	„ „
„	6 „	11 „	Absz. im kleinen Becken. App. nach abwärts, mit Ovar verbacken	„ „
„	17 „	14 „	Absz., nur noch Reste d. App. vorhanden	„ „
„	10 „	6 „	Absz., Netzplatte. Per- forat. nahe d. Spitze	„ „

Geschl.	Alter	Dauer der Erkrank.	Operations- oder sonstiger Befund	Rovsingsches Phänomen
W.	11 Jahre	4 Tage	Absz. Perit.ser.diff.App. zum größten Teil gangrän	Rovsing positiv
„	38 „	2 „	Absz., Perit.ser.diff.App. an d. Basis siebförmig perforiert, im distalen Teil Empyem	„ „

Zwei weitere, uns sehr wichtig erscheinende Fälle vorderhand unberücksichtigt gelassen, geben uns oben angeführte 60 Fälle also folgendes Resultat:

In 8 Fällen von Epityphlit. simplex war das Rovsingsche Phänomen positiv 2 mal (davon 1 mal wechselnd); 12 Fälle von chron. recid. Appendicitis gaben Rovsing stets negativ; in 12 Fällen von Frühoperationen bzw. dementsprechenden Befund war Rovsing positiv 5 mal (41,6 Proz.), davon 1 mal wechselnd; in 28 Fällen endlich, mit bereits eingetretener Perforation und deren weiteren Folgen war nur 7 mal das Rovsingsche Phänomen positiv (25 Proz.), und selbst von diesen 7 mal war einmal wechselnder Befund vorhanden.

Abstrahieren wir nun auch von jenen Krankheitsbildern, in denen von vornherein auf den positiven Ausfall des Symptoms nicht gerechnet werden kann, von den 8 Fällen des einfachen, leichten appendikalen Anfalles, den 12 Fällen, in denen es sich um chronisch rezidivierende Appendicitis gehandelt hatte, so blieben uns noch immer 40 Fälle übrig, die, den Ausführungen Rovsings entsprechend, in der größten Mehrzahl den positiven Ausfall des Symptoms erwarten hätten lassen, während es uns aber de facto nur 12 mal gelungen ist, das Symptom konstatieren zu können, was also einer Zahl von 30 Proz. entspricht. Dabei läßt sich betreffs Form der Erkrankung, Lage der Perforationsöffnung, Lage des Wurmes überhaupt ebenso wie auch bezüglich Dauer der Erkrankung irgendeine Übereinstimmung in den positiv lautenden Fällen absolut nicht feststellen. Dagegen erscheint uns eines auffallend, nämlich der relativ hohe Prozentsatz der Fälle mit positivem Rovsingschen Symptom bei den der Frühoperation angehörigen Bildern — wir verstehen darunter jene mit noch nicht stattgehabter Perforation — gegenüber jenen, bei welchen die Perforation mit ihren weiteren Folgen bereits eingetreten ist, 41,6 Proz.

bei noch nicht perforiertem, 25 Proz. bei schon perforiertem Appendix, eine Tatsache, die sich vielleicht ganz ungezwungen damit erklären ließe, daß der durch die künstlich hervorgerufene Antiperistaltik rückgestaute Darminhalt in dem meist erigierten hochgradig entzündlich veränderten, zum Teil auch prall gefüllten, jedoch noch nicht perforierten Wurmfortsatz infolge der Unmöglichkeit des Übertrittes in die freie Bauchhöhle eine erhöhte Peristaltik und damit auch eine gesteigerte Schmerzempfindung gegenüber jenen Fällen hervorruft, in denen infolge der teils kleineren, teils größeren vorhandenen Perforationsöffnungen ein Austritt des rückgestauten Inhalts in die freie Bauchhöhle bereits möglich geworden ist. Als absolut sicheres und verlässliches diagnostisches Hilfsmittel können wir aber, unseren Erfahrungen gemäß, selbst in diesen Fällen das Rovsingsche Symptom nicht bezeichnen, noch weniger aber in den Fällen mit bereits stattgehabter Perforation, da es uns in letzteren eben noch weit häufiger im Stich gelassen hat. Unsere Erfahrungen nähern sich also in der Beziehung weit mehr der von Hofmann publizierten Mitteilung, die in 18 Fällen von Appendicitis nur 3 positive Fälle verzeichnete, und müssen auch wir dementsprechend die häufige Anwesenheit des Rovsingschen Phänomens negieren, ohne allerdings demselben eine — wenn auch nur sehr beschränkte — Bedeutung abzusprechen.

Den positiven Ausfall des Phänomens aber als differentialdiagnostisches Kriterium **nicht** zu betrachten, haben uns zwei weitere Fälle gelehrt, die in folgendem kurz skizziert seien.

Im ersteren handelte es sich um eine 57jähr. Frau, die über keine wesentlichen Vorerkrankungen zu berichten wußte.

Vor 3 Tagen plötzlich erkrankt mit Schmerzen in der Magen-, hauptsächlich rechten Unterbauchgegend sowie im Kreuz. Zu Beginn der Erkrankung zweimaliges Erbrechen und Fieber. Stuhl normal. Von seiten des Genitales keine Beschwerden.

Status praesens: Status somaticus sowie Herz- und Lungenbefund ohne Besonderheiten. Temp. bei der Aufnahme 38,6, Puls 104. Zunge trocken. Abdomen deutlich vorgewölbt, Bauchdecken beiderseits sehr stark gespannt. In der Gegend des MacBurneyschen Punktes äußerste Druckempfindlichkeit, jedoch keine Dämpfung, ebenso wenig ausgesprochene Défense musculaire. Keine Flankendämpfung. Leberdämpfung in normalen Grenzen, das Organ jedoch wegen starker Spannung nicht tastbar. Rektal kein Tumor, wohl aber deutliche Empfindlichkeit, hauptsächlich rechts konstaterbar. Rovsingsches Phänomen deutlich positiv.

Nach Stuhlentleerung sinkt der Puls auf 90; daher wird von sofortiger Operation abgesehen, dieselbe jedoch, da auch am nächsten Tage die Temperatur sich dauernd über 38° erhält, die übrigen Symptome gleich-

geblieben sind, 24 St. nach Einlieferung der Pat. vorgenommen und die Frau zunächst pararektal nach Lennander laparotomiert. Dabei findet sich nun ein vollständig intakter, normaler Appendix, dafür aber im weiteren Perforation einer mit Steinen gefüllten, hochgradig entzündlich veränderten empyematösen Gallenblase und ein von einer infiltrierten Netzplatte überlagerter, von der Perforation aus zustandegekommener, dicken gelblichen Eiter enthaltender Abszeß, vom Fundus der Blase nach abwärts reichend und gegen die Umgebung hin abgesackt. Cholecystektomie, Heilung.

Noch überraschender aber gestaltete sich folgender zweiter Fall: 37jährige Frau ohne Vorerkrankungen, verspürt vor 3 Tagen plötzlich ohne irgendwelche Prodrome starke Schmerzen im Bauch, namentlich in der Ileocöcalgegend, es tritt Erbrechen und Schüttelfrost ein; am Tag darauf sistiert das Erbrechen, dafür stellt sich dauernder Brechreiz und quälender Singult ein, der bis zur Aufnahme weiterbesteht. Außerdem läßt sich anamnestisch noch erheben, daß Patientin zeitweilig an Urinbeschwerden litt, insofern, als sie mehrmals über starkes Brennen beim Urinieren klagte, das jedoch auf warme Umschläge stets sistierte. Sie bemerkte dann, daß der sonst normal gefärbte Harn abnorm dickflüssig war. In allerletzter Zeit fiel ihr schließlich auf, daß sie sehr oft und sehr kopiös urinieren mußte.

Status praesens: Allgemeine Anämie. Puls 108, rythmisch, mäßig gespannt, Temp. 38°. Thoraxorgane ohne Besonderheiten. Abdomen im Niveau des Thorax, leicht meteoristisch aufgetrieben. In der Ileocöcalgegend auf leisesten Druck exzessive Schmerzüßerung, starke Défense. In Nabelhöhe, etwas nach abwärts sich erstreckend, besteht dortselbst eine deutliche Vorwölbung und ist leicht ein Tumor von über Apfelgröße abzugrenzen, der leicht gedämpften Schall gibt. Per vaginam und per rectum kein Tumor, wohl aber exzessive Schmerzhaftigkeit des Parietalperitoneums zu konstatieren. Uterus und Adnexe scheinen frei zu sein. Keine freie Flüssigkeit im Abdomen, Stuhl leicht diarrhöeisch. Rovsingsches Phänomen exquisit positiv.

Nach obigem Annahme eines appendikalen Abszesses und noch abends Vornahme der sofortigen Operation. Nach Eröffnung des Abdomens durch Pararektalschnitt findet man zunächst überraschenderweise den Appendix vollständig frei, in der Gegend des Ileocöcums aber in der Tiefe einen vom Mesenterium des Ileocöcums überlagerten blauschwarz verfärbten, anscheinend cystischen Tumor, der sich nach schrittweiser Lösung der ihn bedeckenden mesenterialen Stränge und Adhäsionen schließlich als apfelgroße, retroperitoneal gelegene, dem unteren Nierenpol angehörige Geschwulst erweist, und mit zum großen Teil hämorrhagischen, fetzigen Massen erfüllt ist. Wegen des ziemlich schlechten Allgemeinzustandes wird davon abgesehen, den Tumor erst durch eine zweite lumbale Incision anzugehen, und wird daher von dem schon bestehenden Schnitt aus der Tumor vollständig freigelegt, wobei sich zeigt, daß derselbe vom unteren Nierenpol ausgeht und daß an letzterem zwei weitere, kleine, jedoch sonst ebenso beschaffene Knoten sitzen. Annahme eines Sarkoms und Nephrektomie. Heilung. Die histologische Untersuchung des Tumors bestätigte nachher obige Annahme (Sarkom).

Lauenstein berichtete über ein Empyem der Gallenblase bei

Cholelithiasis mit deutlich positivem Rovsingschen Phänomen und erklärte deshalb letzteres für keineswegs eindeutig, worauf ihm Rovsing erwiderte, daß in diesem Fall, wo der Patient in der Gallenblasengegend direkt und indirekt druckempfindlich gewesen, der positive Ausfall des Phänomens „direkt die Gallenblasengegend als leidend angewiesen habe“; in unserem ersten Fall aber hat es sich um fast ganz analoge Verhältnisse gehandelt, nur mit dem Unterschiede, daß wir den indirekten Schmerz nicht in der Gallenblasengegend, sondern eben in der Appendixgegend hervorrufen konnten, und uns dadurch eben auch verleiten ließen, eine Appendixerkrankung anzunehmen. Auch in unserem Fall war das große Netz entzündlich verändert und mit der der Gallenblase anliegenden Abszeßhöhle verklebt, doch wurde der Schmerz von der Patientin bedeutend tiefer lokalisiert.

Wenn aber Rovsing in seiner Entgegnung an Hofmann, der erklärt, das Phänomen „vermöge nicht den Ausschlag zu geben, wohl aber zu täuschen“, sagt, daß es praktisch bedeutungsvoll sei, vor allem die extraperitonealen Ursachen des Schmerzes von den intraperitonealen scheiden zu können, und daß dies eben das Phänomen leiste, so können wir nur auf unseren zweiten obigen Fall verweisen, in welchem auch die Unterscheidung der extra- und intraperitonealen Schmerzursache durch den positiven Ausfall des Phänomens illusorisch geworden war. Gerade in dem Fall sprach ja klinisch fast alles für die Annahme einer Appendixerkrankung, und doch lag eine Erkrankung vor, die doch schon von vornherein einen anderen Weg zu ihrer Behebung erfordert hätte, als eben den abdominalen, womit allerdings ja keineswegs gesagt werden soll, daß in dem speziellen Fall ein etwaiger negativer Ausfall des Phänomens uns auf einen anderen Weg gelenkt hätte als eben auf den, den wir auch so eingeschlagen haben. — Keinesfalls aber können wir, unseren Erfahrungen entsprechend, das Symptom als ein in differential-diagnostischer Hinsicht wertvolles hinstellen mit Rücksicht auf das totale Versagen derselben gerade in zwei als Typus hinzustellenden Fällen sowohl, als auch in bezug auf das doch nur teilweise Vorhandensein desselben bei wirklichen Appendixerkrankungen, und möchte ich daher schon nach dieser, wenn auch gewiß nicht ausgedehnten Versuchsreihe das dabei gewonnene Ergebnis dahin zusammenfassen, daß auch wir dieses Symptom durchaus nicht als ein sicheres oder verlässliches Hilfsmittel zur Erhärtung der Diagnose Epityphlitis bezeichnen können und daß es darum u. E. auf das Attribut „verläss-

lich“ wohl keinen Anspruch erheben kann. Die Beobachtung bei weiteren Fällen, die fortgesetzt wird, wird uns vielleicht in späterer Zeit noch in die Lage versetzen, über eine größere Reihe von Fällen Erfahrungen zu sammeln, die ja möglicherweise günstiger sein können, als es die bisherigen gewesen, nichtsdestoweniger aber rechtfertigen schon die bisher oben mitgeteilten Fälle, wie ich glaube, zur Genüge auch unseren heute vertretenen Standpunkt, demzufolge wir in dem positiven oder negativen Ausfall des Phänomens irgendeine sichere Stütze nach keiner Richtung hin erblicken können.

Literaturverzeichnis.

1. Rovsing, Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an MacBurneys Punkt. Zentralbl. f. Chir. 1907, 43.
 2. Lauenstein, Zur Frage der Bedeutung des Rovsingschen Symptoms. Zentralbl. f. Chir. 1908, 8.
 3. Rovsing, Zur Frage der Bedeutung des Rovsingschen Symptoms. Zentralbl. f. Chir. 1908, 12.
 4. Hofmann, Zu dem Rovsingschen Symptom. Zentralbl. f. Chir. 1908, 17.
 5. Rovsing, Erwiderung auf Obiges. Zentralbl. f. Chir. 1908, 17.
-