

SVENSKA
LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR SVERIGES LÄKARFÖRBUND

Stockholm den 30 okt. 1931.

28:e årg.	Redaktion:	N:r 44.
	Dr. GUNNO WILLNERS, t. f. redaktör Prof. EMIL BOVIN, Dr. U. MÜLLERN-ASPEGREN, utgivare.	

Innehåll: CARL WALLERSTRÖM: Om diagnosen av den akuta appendiciten, särskilt med hänsyn till det s. k. Rovsings symtom. — Meddelanden från Sveriges yngre läkares förening. GUSTAF MYHRMAN: Ett beaktansvärt initiativ. — OTTO ÖSTBERG: Bokanmälan. — Meddelande angående John Bergs fond till befrämjande av svensk kirurgi. — Svenska Föreningen för invärtes medicin. — Svensk Kirurgisk Förenings årsmöte. — Meddelande. — Varjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Från länslasarettet i Växjö.

(Chef: Med. dr. S. Sjövall).

Om diagnosen av den akuta appendiciten, särskilt med hänsyn till det s. k. Rovsings symtom.

Av

Carl Wallerström.

Att diagnosen av den akuta appendiciten stundom kan vara mycket vanskelig är en välkänd sak för alla, som sysslat med praktisk läkarvård. Allt som oftast träffar man på dessa oklara bukfall, där man efter även den omsorgsfullaste undersökning står tveksam, och där då appendix blir mer eller mindre miss-tänkt. Den oerhörda vikten av en riktig — och helst även tidig — diagnos gör det hela ännu svårare, och man önskar, att appendicitens symtombild vore fylligare än den är. Och detta gäller ej endast för praktikern, som närmast har att avgöra, om patienten skall skickas till sjukhus eller ej, det har samma vikt för läkaren vid lasarettet, som har att bestämma om det är operationsfall eller icke.

Det är framför allt i dessa tveksamma fall, som man ofta har god hjälp av det s. k. *Rovsingska symtomet*. Då hela den klassiska bilden med distinkt tryckömhets i förening med lokalt muskelförsvär och en typisk anamnes förefinnes, kan det utan svårighet undvaras, men då dessa symtom i större eller

mindre utsträckning saknas, eller — vad som är nästan värre — i det konkreta fallet äro otydliga, då blir man glad, om man med ett slag kan få sina misstankar på appendicit bekräftade. Och denna mission att bli så att säga pricken över i't fyller ofta Rovsings symtom.

Det är här alls icke frågan om någon nyhet. Redan 1907 framlade nämligen den danske kirurgen *Torkild Rovsing* sina undersökningar över det symtom, som senare kommit att bära hans namn. Uppsatsen återfinnes i Centralblatt f. Chirurgie för detta år. Med anledning av meddelandet utspann sig under de följande åren en ganska livlig diskussion i fackpressen. Ett ytterst värdefullt bidrag har därvid lämnats av svensken *E. S. Perman*. (Centralblatt f. Chirurgie 1911).

Under senare år, och särskilt efter Rovsings död, har symtomet låtit mindre tala om sig och kanske i viss mån kommit i skymundan. Läro- och handböckerna i kirurgi omnämna det visserligen med några rader, och för flertalet av även den yngre läkargenerationen är väl åtminstone namnet bekant, men man kan nog inte komma ifrån, att för många — kanske rent av flertalet — svenska läkare detta symtom icke ingår i det aktuella vetandet. Detta är i varje fall förf:s personliga intryck, och avsikten med föreliggande publikation är bl. a. också den, att söka vinna mera beaktande för denna undersökningsmetod.

Rovsings symtom består som bekant däri, att ett tryck i vänstra fossa iliaca hos den sjuke framkallar en smärtsensation i högra sidan, d. v. s. på platsen för appendix. Rovsing själv beskriver tillvägagångssättet så, att undersökaren först placerar sin vänstra hand över patientens vänstra fossa iliaca, därefter med hjälp av den högra handen trycker denna hands fingrar ned mot colon och sedan, alltjämt komprimerande colon, låter handen glida upp mot flexuren. Metodiken är ett uttryck för Rovsings uppfattning om symtomets uppkomstsätt. Han menade, att smärtan i appendixregionen uppstår därigenom, att tarminnehåll och tarmgaser genom massagen av colon descendens drivas i antiperistaltisk riktning men först vid valv. Bauhini stöta på något egentligt motstånd. Här uppstår då en tryckökning, och det är denna tryckökning, som, för den händelse appendix eller coecum är inflammerad, utlöser en smärtsensation.

Denna Rovsingska förklaring av fenomenet har blivit mycket diskuterad och torde väl numera i allmänhet icke anses vara den riktiga. Perman, vilken stöder sig på ett material av 1,104 opererade fall, anser i varje fall förklaringen oriktig och vill istället förklara det hela så, att det genom palpationen i vänstra fossa iliaca framkallade trycket — eller en av trycket

framkallad förskjutning eller tånjning — direkt fortplantas mot det inflammerade tarmpartiet och där ger upphov till en smärtförmimmelse. Permans metodik avviker också till en del från Røvsings, i det att Perman framkallar symtomet genom ett lätt nedtryck i vänstra fossa iliaca med riktning mot högra sidan av buken. Patienten skall under tiden andas lugnt och får ej spänna bukmuskulerna.

En variation av denna metodik består däri, att man först långsamt trycker ned mjukdelarna över colon descendens — lämpligen med hjälp av ena eller båda händernas fingerspetsar — och därefter hastigt släpper efter. När symtomet är positivt anger patienten i uppsläppningsögonblicket smärta — resp. ökning av redan förefintlig smärta — på platsen för appendix. Detta senare förfaringssätt har jag funnit ge de bästa resultaten, och det är denna metodik, som jag, jämsides med den ovan beskrivna Permanska, använt vid mina undersökningar. Någon gång har jag vid negativt utfall försökt framkalla symtomet genom att använda den Røvsingska tryck- och massage-metoden, men i intet fall har jag på detta sätt lyckats få ett negativt resultat bytt i ett positivt. Mina erfarenheter härvidlag stämma överens med de, som gjorts av Perman.

Då jag ifråga om uppkomstsättet — varom mera nedan — ansluter mig till Permans uppfattning samt även beträffande sättet att framkalla smärtfenomenet i stort sett använt dennes metodik, kunde det kanske anses riktigare med beteckningen »Permans symtom» än »Røvsings symtom». Men även om — som det förefaller — Perman känt till och använt sig av detta symtom redan före 1907, då Røvsing publicerade sina undersökningar, är det dock Røvsing, som har förtjänsten av att först ha offentliggjort upptäckten av den indirekta tryck-ömheden vid appendicit och därmed givit upphov till diskussionen angående densamma. Och detta torde väl motivera, att det är hans namn, som fästes vid symtomet.

Materialet till denna undersökning utgöres av 211 fall av *appendicitis acuta*, vilka vårdats å länslasarettet i Växjö under tiden $\frac{1}{4}$ 1929— $\frac{8}{3}$ 1931, och där diagnosens riktighet verifierats genom operation. Journalerna äro samtliga förda av mig själv, och materialet har utnyttjats med välvilligt tillstånd av min chef, med. d:r S. Sjövall.

Vad själva tillvägagångssättet vid undersökningen beträffar vill jag — utöver vad ovan sagts — anföra följande. Undersökaren står lämpligen på patientens vänstra sida. Patienten böjer upp knäna, och man övertygar sig om att han ej spänner bukmuskulaturen. Med båda händernas fingertoppar utövar man ett långsamt och någorlunda kraftigt tryck mot patientens

vänstra sida i ungefärlig höjd med crista ilei, varefter man hastigt släpper greppet. Vid kraftigt positiv Rovsing anger då pat. en häftig smärta i högra sidan, vanligen på platsen för starkaste direkta tryckömhets. Är symtomet mindre kraftigt uttalat förnimmes smärtan blott som en stickning eller dragning här.

Särskilt i dessa senare fall är det av vikt, att pat. verkligen förstår, vad det är frågan om. Givetvis bör man aldrig direkt för honom ange *var* smärtan skall kännas (suggestion!), men å andra sidan får man icke nöja sig med att endast helt allmänt fråga »om det känns något särskilt i magen». Fler-talet av de intellektuellt icke alltför vakna patienterna komma då att förtiga den kanske helt obetydliga smärtökningen. För min del brukar jag vanligen uppmana pat. att känna efter, om det vid uppsläppningen gör ont någonstades i magen utöver just på det stället, där jag trycker ned. Blir svaret positivt, får han själv peka ut platsen för smärtan, och man kan på det sättet få en objektiv verifikation på att det verkligen är frågan om en indirekt tryckömhets.

Man bör aldrig nöja sig med att pröva på Rovsings symtom blott en enda gång. Många patienter äro allt för upptagna av det ovana och märkliga i situationen för att kunna med detsamma ge ett sansat svar. Och många finns det ju, som »ha svårt att fatta». Själv utför jag alltid provet flera gånger och varierar då gärna metodiken en smula. I stället för det beskrivna sättet med nedtryck och uppsläppning kan man utföra en serie hastiga stötar mot colon descendens, och någon gång inträffar det, att man på så sätt kan få positivt utfall, där resultatet först syntes negativt.

Endast om man använder detta systematiska sätt att undersöka, har man möjlighet att verkligen få fram symtomet i alla de fall, där det finnes. Och kanske inte ens då får man den absolut riktiga siffran. Förf. är i varje fall övertygad om, att i en del av de såsom negativa angivna fallen symtomet i själva verket dock förefunnits. Det finns patienter, som gå bet på betydligt enklare uppgifter än att fatta andemeeningen i den indirekta tryckömhets!

De 211 fall, på vilka min undersökning baserats, motsvara i det allra närmaste *samtliga* av mig under ovan angivna tid undersökta appendicitfall. Endast ett litet fåtal journaler sakna uppgift om Rovsings symtom och ha därför ej kunnat tagas med. Orsaken har då varit, att man av någon anledning ej kunnat pröva på symtomet (patienter i de yngre barnaåren, imbecilla patienter eller patienter med diffus peritonit och därav orsakat diffust, kraftigt muskelförsvar). Statistiken är sålunda på intet sätt »rensad». *Alla fall, där bedömningen av*

Rovsings symtom givet anledning till tvakan, ha konsekvent rubricerats såsom negativa.

Den för bearbetning av ett material nödvändiga gruppindelningen vållar beträffande appendiciten vissa svårigheter, enär en allmänt vedertagen indelning av appendiciterna icke finnes. Den, som jag i det följande använt, tror jag dock ger en — åtminstone från klinisk synpunkt — någorlunda riktig bild av de olika »graderna» av förändringar i appendix. De beteckningar, jag använder äro följande:

- I. Appendicitis simplex.
- II. Appendicitis gangraenosa.
- III. Appendicitis perforativa c. peritonit. circumscript.
- IV. Appendicitis perforativa c. peritonit. diffus.

I grupp I äro inräknade de fall, där slemhinna, muscularis eller serosa varit sjukligt men icke gangränöst förändrade (svullnad, rodnad, blödning, ulceration av slemhinnan, ansvällning av väggen etc.)

Till grupp II ha förts alla fall, där mucosa och muscularis (endera eller båda) fullständigt eller partiellt företett gangränösa förändringar, (makroskopiskt; mikroskopisk undersökning ej gjord) vilka dock ej lett till makroskopiskt påvisbar perforation.

Grupperna III och IV (vilka på grund av sin relativa litenhet ha endast inskränkt statistiskt värde) upptaga fallen av begränsad resp. diffus peritonit i samband med perforerad appendix.

Med denna relativt grova indelning kommer givetvis varje grupp att inom sig rymma fall av ganska varierande svårhetsgrad, men detta torde vara att föredraga framför en längre driven indelning, där visserligen de enstaka fallen komma mera till sin rätt, men där grupperna bli så små, att begreppet procent blir mer eller mindre illusoriskt.

Tabell I.

	A. simplex		A. gangr.	A. med begränsad perit.	A. med diffus perit.	Summa
	Lättare förändringar	Svårare förändringar				
Summa fall.....	67	44	72	18	10	211
% av samtliga fall	53 %		33 %	9 %	5 %	—
Rovsing pos.	42 = 63 %	32 = 73 %	53 = 75 %	14 = 74 %	6 = 60 %	147 = 70 %
Rovsing neg.	25 = 37 %	12 = 27 %	19 = 25 %	4 = 26 %	4 = 40 %	64 = 30 %

Tabell I ger en allmän översikt över materialet och över frekvensen av Rovsings symtom. *Av de 211 fallen förete ej mindre än 70 % pos. Rovsing.* Gruppen A. gangr. visar — som man ju kunde vänta — större Rovsingfrekvens (75 %) än A. simpl. (67 %). Delar man upp denna senare, ganska stora, grupp i lättare och svårare fall, visar det sig, att de förra ha pos. Rovsing i avsevärt mindre utsträckning än de senare (63 % resp. 73 %). — I fråga om grupperna III och IV kan man, som nämnt, ej taga allt för stor hänsyn till själva procentsiffran, men det framgår dock, att Rovsings symtom påträffas ungefär lika ofta vid perforerad appendix som vid icke perforerad.

Innan man går in på någon närmare analys av dessa siffror, kan det vara av intresse att taga reda på materialets sammansättning, grupperad efter några olika synpunkter.

Vad *könet* beträffar så överväger det kvinnliga (59 %). Huruvida detta är en tillfällighet eller uttryck för verkliga förhållandet, torde vara svårt att avgöra. Statistikerna i litteraturen ge ganska varierande uppgifter. Många hålla före, att fördelningen könen emellan är ungefär densamma. Procentsatsen pos. Rovsing är i mitt material ungefär densamma för män (71 %) som för kvinnor (69 %). Jag kan ej finna annat än att detta förhållande stärker symtomets anspråk på att — rätt utfört — vara objektivt. Med sin i allmänhet kanske något större suggestibilitet borde kvinnorna — för den händelse ett sådant moment spelar in — förete pos. Rovsing oftare än männen. Nu är förhållandet närmast det motsatta.

I fråga om *åldern* äro de yngre årsklasserna, som ju är att vänta, talrikast representerade. Anmärkningsvärt är emellertid ett påfallande stort antal patienter över 50 år (11 %). Akut appendicit anses ju vara relativt sällsynt hos äldre personer, och i litteraturen har jag ej kunnat finna högre procentsats än 5 % (Dubs i Winterthur). Måhända låter sig den höga siffran i mitt material förklara genom lokala förhållanden — det är påfallande i hur stor utsträckning man finner åldringar med akuta sjukdomar på lasarettet i Växjö! — men kanhända är siffran ett uttryck för att appendicit i högre ålder är betydligt vanligare än man i allmänhet tror. På Rovsings symtom tycks åldern ej influera på annat sätt, än att man efter 30-årsåldern finner detta symtom något oftare än i yngre åldrar.

Vad *sjuktiden* beträffar så är denna genomgående ganska kort med 67 % av samtliga fall opererade inom 24 tim. Förklaringen härtill ligger väl huvudsakligast däri, att de »äldre» fallen numera i görligaste mån behandlas konservativt och sålunda ej komma till synes i mitt material, vilket ju uteslu-

tande inrymmer opererade fall. I viss mån har väl dock den ökade kännedomen om sjukdomen bland folket i förening med minskad respekt för operationen bidragit till att våra appendiciter oftast komma in i relativt god tid. — Beträffande Rovsings symtom så finner man det något oftare hos »äldre» fall (sjuktid överstigande 48 tim.) än hos färska.

För att bedöma värdet av ett visst symtom räcker det icke med att blott undersöka dettas frekvens. Oftast har ju en sjukdom en mångfald symtom, och det blir då frågan om hur detta enstaka symtom ter sig i jämförelse med de övriga. Vad appendiciten beträffar, så saknar sjukdomsbilden här ingalunda symtom, och det blir då frågan om dessas frekvens och om i vad mån de sammanfalla med det Rovsingska. Innan dessa frågor besvarats kan man icke betygsätta Rovsings symtom.

För att få svaret så tillförlitligt som möjligt har jag i samma material, som ligger till grund för Rovsingstatistiken, letat fram frekvensen av de värdefullare appendicitsymtomen. Som sådana ha av de anamnestiska symtomen medtagits *förekomsten av tidigare anfall, kräkningar och (eller) illamående vid insjuknandet samt buksmärtornas förhållande*. Av de objektiva symtomen ha *ömheten och defensen i buken, rectalundersökningen samt puls- och temperaturförhållandena* fått utgöra jämförelsematerialet.

Vad då beträffar förekomsten av *tidigare, appendicilliknande anfall*, så visar det sig, att sådana förefunnits i 67 % av 177 fall (i resterande 34 fall innehålla journalerna inga upplysningar härom). Anmärkningsvärt är, att i fråga om *A. simplex* närmare $\frac{4}{5}$ haft anfall förut, under det att motsvarande siffra för de gangränösa och perforerade appendiciterna är endast c:a $\frac{1}{2}$. — Vad frekvensen beträffar, är detta symtom således rätt gott. Svagheten med detsamma är emellertid, att det så många gånger är svårt att avgöra, om ett tidigare anfall av buksmärtor verkligen varit appendicit.

Samma kan också sägas om symtomen *kräkningar och kväljningar* vid sjukdomens början. Kväljningar enbart är ett mycket vagt symtom, och dess frekvenssiffra av 36 % är dessutom liten. — Avgjort större vikt måste fästas vid symtomet, då det är förenat med kräkningar. Så har varit fallet i hälften av fallen, en väl låg siffra dock för att symtomet skall vara i verklig mening värdefullt, helst som det visar sig, att det i 14 % (räknat på hela materialet) förefunnits varken kväljningar eller kräkningar. — Att illamående och kräkning förekommer oftare i de svåra än i de lätta fallen är knappast ägnat att förvåna men väl att dessa symtom saknas hos 15 % av såväl de gangränösa som de perforerade appendiciterna.

Buksmärtor äro väl att betrakta såsom ett *conditio sine qua non* för appendicitdiagnosen. Såsom tydande på appendicit betraktar man väl dock endast de smärtor, som hålla sig till högra, nedre delen av buken, allra helst om dessa föregåtts av en till epigastriet lokaliserad värk eller av diffusa smärtor i hela magen. Denna senare typ med värk först i epigastriet eller hela magen och först senare i högra fossa iliaca är säkerligen i hög grad karaktäristisk för appendicit, och det finnes nog de, som hålla före, att det är vårt säkraste symtom. Synd i så fall, att det icke förekommer oftare än i 40 %! Värk, som direkt börjar i högra sidan, förefinnes i 46 %. Då det finnes många andra sjukdomar, som också ge upphov till höggersidiga buksmärtor, måste detta symtom anses vara mindre värdefullt. Slutligen är att märka, att i 14 % (= 29 fall) av materialet appendicit förelegat utan att patienten haft några till högra sidan lokaliserade smärtor.

Kardinalsymtomet vid appendicit är under alla omständigheter *den lokala ömheten och défensen*, särskilt båda i förening. Huru ofta finner man då denna kombination? Mitt material visar siffran 51 %, beräknad på 148 fall. I 63 fall saknas nämligen i journalerna uppgift huruvida lokal défense förekommit eller ej. Nu är det ganska troligt, att i flertalet av dessa fall défense saknats eller varit föga uttalad. Förefinnes ett tydligt lokalt muskelförsvär, är det mycket sannolikt, att det också antecknas. Det finnes alltså skäl att förmoda, att siffran 51 är i högsta laget.

Enbart lokal tryckömhet förefanns i 87 % av 211 fall, en vacker siffra om ock ej överväldigande, då det gäller ett kardinalsymtom.

Lokalt muskelförsvär — med eller utan tydlig tryckömhet — finner man i 54 % av fallen. I nära hälften av dessa är det rubricerat såsom endast lätt eller måttligt.

Sammanfattar man dessa resultat, så kommer man till den slutsatsen, att *endast den lokala tryckömheten i högra fossa iliaca med avseende på frekvensen kan betraktas såsom ett verkligt gott appendicitsymtom*. Lokalt muskelförsvär här — och enahanda beträffande kombinationen défense och ömhet — fattas i allt för många fall för att förtjäna detta epitet. Påfallande är för övrigt, att i hela 11 % saknas såväl ömhet som lokalt muskelförsvär.

Vad *rektalundersökningen* beträffar, så ger den ju ofta god vägledning. Hur ofta? I föreliggande material saknas i 97 journaler uppgifter om fyndet pr rectum. Av de 114 fall, där sådan anteckning finnes, framgår, att positivt fynd (d. v. s.

utfyllnad eller (och) ömhet, därvid även lätta grader medräknade förefinnes i 33 %.

Temperatur- och pulsförhållandena äro icke i högre grad karaktäristiska vid appendicit, men äro å andra sidan ej så betydelselösa, att man kan undgå att taga hänsyn till dem. Sätter man 38° som övre gräns för vad som i detta sammanhang bör räknas som feber, så finner man, att endast ca hälften av klientelet haft egentlig feber. Motsvarande siffra för pulsförhöjning (övre gränsen 90 slag/min.) blir 70 %. Tar man hänsyn till hur vanligt det är, att pulsfrekvensen är ökad av andra orsaker än själva sjukdomen (nervositet t. ex.) är det sannolikt, att denna siffra är något för hög.

Kombinationen feber och hastig puls är avgjort värdefullare såsom appendicitsymtom än vardera symtomet för sig. En sådan kombination förekommer emellertid endast i 20 %.

Av de ur anamnes och status härledbara symtomen är det således endast de högersidiga buksmärtorna samt den direkta, lokala tryckömhets, som i fråga om frekvens tävlar med eller t. o. m. något överstiger det Rovsingska symtomet. Redan detta är orsak nog att rubricera »Rovsing» såsom ett synnerligen värdefullt symtom. Såsom av det följande framgår är symtomet emellertid mera än så, det finns nämligen skäl att inränga det bland huvudsymtomen på appendicit.

Som redan nämnt gäller det vid betygssättningen av Rovsings symtom icke blott att fastställa frekvensen. Det är även av stor vikt att se, i vad mån »Rovsing» följer övriga symtom. Visar det sig, att positiv Rovsing i någorlunda stor utsträckning förekommer i fall, där en del andra symtom ej äro tillfinnandes, måste detta anses vara ett betydande plus. Resultatet av en sådan undersökning föreligger i tabell II.

Siffrorna i denna tabell tala för sig själva. Vid negativt utfall av ett symtom är genomgående »Rovsing» samtidigt i stor procent positiv. Av de 59 fall, där tidigare inga appendicitliknande anfall förekommit, hade sålunda 75 % pos. Rovsing. De 29 fall, där inga till högra sidan lokaliserade smärtor förekommit, hade i mera än $\frac{2}{3}$ Rovsing positiv, och liknande var förhållandet hos de 38 patienter, som varken hade feber eller pulsförhöjning. Vackrast är dock siffran för symtomet distinkt, lokal tryckömhets med eller utan samtidig défense. I 17 fall av 148 saknades *båda* dessa symtom, men 11 av dem företedde likvisst det Rovsingska symtomet. Omräknat på hela materialet betyder detta, att i 7 % diagnosen appendicit knappast kunnat med säkerhet ställas, om ej Rovsings symtom varit positivt. Siffran skulle bliva ännu större, om alla de fall medräknades, där ömhet eller muskelförsvar visserligen

Tabell II.

Symtom	Antal fall		Antal fall	R +	R -	Anm.
Tidigare anfall	177	Inga anfall förut	59	¹⁾ 44 = 75 %	15 = 25 %	¹⁾ = 26 % av hela antalet fall.
		Anfall förut	118	79 = 67 %	39 = 33 %	
Kvälningar och kräkningar	204	Endast kväljn. ...	73	48 = 66 %	25 = 34 %	
		Kväljn. och kräkn.	103	78 = 76 %	25 = 24 %	
		Intetdera	28	¹⁾ 16 = 57 %	12 = 43 %	¹⁾ = 9 % av hela antalet fall.
Smärtor	211	Smärtor, som börjat i epigastriet l. diff. i buken o. senare flyttat t. h. sidan	85	62 = 73 %	23 = 27 %	
		Smärtor, som från början lokaliserats t. h. sidan	97	64 = 66 %	33 = 34 %	
		Smärtor endast i epigastriet l. diff. i buken	29	¹⁾ 20 = 69 %	9 = 31 %	¹⁾ = 9 % av hela antalet fall.
Ömhet	211	Ingen l. endast diffus ömhet .	27	¹⁾ 17 = 63 %	10 = 37 %	¹⁾ = 8 % av hela antalet fall.
		Tydlig ömhet ...	184	131 = 71 %	53 = 29 %	
Défense	148	Ingen l. endast diffus défense...	68	¹⁾ 39 = 57 %	29 = 43 %	¹⁾ = 46 % av hela antalet fall.
		Tydlig défense ...	80	67 = 84 %	13 = 16 %	
Ömhet och défense	148	Samtidig ömhet o. défense.....	76	63 = 83 %	13 = 17 %	
		Varken ömhet l. défense.....	17	¹⁾ 11 = 65 %	6 = 35 %	¹⁾ = 7 % av hela antalet fall.
Pr rectum	114	Ömhet l. utfyllnad	38	27 = 71 %	11 = 29 %	
		Ingen ömhet l. utfyllnad.....	76	53 = 70 %	23 = 30 %	
Temp. och puls.	191	Temp. < 38° och samtidigt puls < 90 slag/min. ...	38	¹⁾ 26 = 68 %	12 = 32 %	¹⁾ = 14 % av hela antalet fall.

förefunnits, men varit så föga uttalade, att man knappast vetat hur mycket värde man kunnat tillmätta dem. Dessa fall äro i praktiken ej så få. Var och en, som någon gång ståt tvekan inför ett sådant, vet hur svårt det kan vara att här fatta ståndpunkt, men av journalen framgår det ej. Det står ju tydligt skrivet, att lätt ömhet eller défense eller bada delarna förefunnits. Faktiskt är, att det många fler gånger än vad journalerna vid statistisk bearbetning kunna visa varit den positiva Roving, som fällt utslaget eller åtminstone blivit »pricken över i't».

Det får således anses fastslaget, att Rovingssymtom ej endast utmärker sig för en betydande frekvens, det har däröver den förtjänsten, att det mycket ofta ger positivt utslag, då prövningen på andra symtom utfaller negativt. Betydelsen härav behöves icke framhåvas.

I detta sammanhang inställer sig osökt frågan: hur utlöses egentligen detta symtom? Vari består det? Jag har med ledning av mitt material sökt tränga spörsmålen in på livet, och skall i korthet repetera de fakta, som härvidlag kunna vara av intresse.

Ålder och kön tycks icke spela någon roll för symtomets frekvens. Däremot inverkar sjuktiden på så sätt, att ju längre sjukdomen ägt bestånd, desto oftare finner man en pos. Roving.

Arten av den sjukliga processen spelar roll på så sätt, att de lindrigare formerna av appendicit förete en avgjort lägre procent positiva resultat än de mera svårartade.

Av de egentliga appenditsymtomen är det egentligen endast den lokala défensen, resp. den med défense förenade tryckömheten, som i fråga om sin samtida förekomst visa någon större överensstämmelse med Rovingssymtom. (84 % resp. 83 %, tabell II).

I vad mån appendix läge i buken spelar någon roll för uppkomsten av en positiv Roving borde kunna vara av ett visst intresse att veta. Jag har försökt att ur det föreliggande materialet få fram några hållpunkter, men resultatet är icke tillfredsställande. Dels är det icke mera än ungefär hälften av journalerna som härvidlag innehålla tillräckliga uppgifter — vanligen väl beroende därpå, att det icke alltid vid operationen är så lätt att få full klarhet angående läget —, dels är det svårt att inränga även de beskrivna lägena i ett fåtal huvudgrupper — inom varje huvudgrupp kommer att förefinnas ett alltför stort antal variationer — och dels bli även dessa huvudgrupper så små, att deras värde är betydligt reducerat. Jag har i alla fall gjort en sådan sammanställning, och densamma återfinnes i tabell III.

Tabell III.

	Medialt	Lateralt	Uppåt (samt retro- coecalt)	Nedåt	Summa
Antal fall	39	16	31	17	103
Rovsing pos.	29 = 74 %	13 = 81 %	18 = 58 %	7 = 41 %	
Rovsing neg.	10 = 26 %	3 = 19 %	13 = 42 %	10 = 59 %	

De slutsatser, man med ovan angivna reservationer kan draga ut ur tabellen, skulle vara, att vid medialt eller lateralt läge på appendix Rovsings symtom oftare är positivt än vid läge uppåt, retrocoecalt eller nedåt.

Gör man en sammanfattning av ovanstående, så finner man såsom för *Rovsings symtom utmärkande, att ju kraftigare peritonealretning en sjukligt förändrad appendix åstadkommer, desto större är utsikten, att detta symtom skall utfalla positivt.* Då ju peritoneum reagerar med smärtsensation huvudsakligast för dragningar och tånjningar är det uppenbart, att det måste vara ett irritament av detta slag, som utlöser Rovsing-smärtan. En tånjning eller dragning förutsätter ett tryck, och eftersom faktiskt Rovsing är positiv i ett visst antal fall, där en lokal, direkt tryckömhets saknas, måste detta tryck vara av något annorlunda art än det vid direkt bukpalpation uppi från kommande trycket.

Vid utförandet av Rovsings symtom framkallas onekligen ett från vänstra mot högra buksidan fortplantat tryck (resp. en från höger till vänster skeende sugning) och det är väl då sannolikt att, såsom Perman gjort, antaga detta tryck vara det, som utlöser smärtsensationen. Rovsing-smärtan blir då till sin natur likställd med den direkta tryckömhets, blott med den skillnaden, att tryckets angreppssätt är något annorlunda. Härigenom förklaras, att direkt tryckömhets så ofta förekommer samtidigt med positivt Rovsings symtom, samtidigt som det också blir förstäligt, att symtomet kan förefinnas oaktat direkt tryckömhets saknas.

I den mån siffrorna i tabell III kunna tillmätas värde, bestyrka de den Permanska uppfattningen. Vid ett i sidled verkande tryck bör en i bukens tvärriktning (d. v. s. medialt eller lateralt) liggande appendix röna inverkan i högre grad än en appendix, som är slagen uppåt eller sträcker sig ned i lilla bäckenet.

En konsekvens av angivna uppfattning angående Rovsingsmärtans utlösningmekanism blir givetvis, att symtomet icke är specifikt för appendicit. Tvärtom bör varje inflammatorisk eller annan process i bukhålan, som ger upphov till en peritonealretning, kunna giva positiv Rovsing.

Att så är fallet med de akuta cholecystiterna har förf. vid upprepade tillfällen varit i tillfälle att iakttaga. Vid prövning på vanligt sätt med nedtryck i vänstra sidan anger pat. smärta i högra sidan, dock ej i fossa iliaca utan högre upp, ungefär på gallbläsans plats. — Hur förhållandet är vid de akuta salpingiterna saknar jag erfarenhet om på grund av att dessa sjukdomar så sällan förekomma bland klientelet på Växjö lasarett. Jag har däremot iakttagit pos. Rovsings symtom vid ett fall av högersidig extrauterinärgraviditet (tubarabort), där operationen visade en stark uppdrivning ungefär mitt på tuban. I detta fall förlade pat. Rovsingsmärtan påfallande långt medalt.

Något egentligt differentialdiagnosticum för appendicit gentemot andra inflammationer i bukhålan är Rovsings symtom sålunda icke, även om man kan ha en viss ledning av smärtans lokalisation. Däremot är det till god hjälp då det gäller att avgöra, huruvida den sjukliga förändringen är intra- eller extra-peritonealt belägen.

Om man slutligen vill försöka ge ett sammanfattande omdöme om Rovsings symtom vid akut appendicit, tror jag, att detta lämpligen kan formuleras så:

Ett negativt utslag innebär icke, att appendicit ej föreligger. Ett positivt utslag utgör alltid ett mycket värdefullt stöd för diagnosen appendicit och väcker misstanken på att förändringen i appendix är av gravare natur.

Att symtomet dessutom i vissa fall kan vara så gott som direkt utslagsgivande för appendicit, är ofrånkomligt. Därom vittna nedanstående tre fall ur mitt material.

Fall 1. E. P. 22 år, glasarbetare. Inkom 24 dec. 1929 kl. 11 f. m. Tidigare ett par ggr haft smärtor i maggropen men aldrig i högra sidan. För ett år sedan magkatarr. — Vaknade vid 1-tiden natten till idag med smärtor i naveltrakten. Kräkts flera ggr. Smärtorna ha hela tiden hållit sig i naveltrakten, ej känts i högra sidan. — Avföring normal, senast i går. Brukar ej ha diarré. — Inga urineringsbesvär. — Status. A. t. opåverkat. Puls 64—68/min. Temp. 38°. — Cor et pulm: 0. — Buk: Ömmar kring naveln. Över Mac Burney ingen ömhet. Spänner ej. Rovsing pos. — Pr rectum: 0. Urin: klar. Heller neg. — Operation (omedelbart). Växelsnitt. Något ökad mängd klar vätska i buken. Appendix finnes starkt injicerad och ansvälld. Ektomi. Sutur. — Appendix är utspänd av stinkande innehåll. Slemhinnan betydligt ansvälld och överallt hyperämisk. Intet säkert gangrän.

Fall 2. B. S. 32 år, jordbrukare. Inkom 16 mars 1930 kl. 12,30 f. m. För två år sedan sjuk på likuande sätt som nu. — Insjuknade

den 13 mars på kvällen med diffusa smärtor i hela magen. Kräktes. Påföljande dag voro smärtorna lindrigare, men han kräktes fortfarande. Ej mätt temp. — Då smärtorna i går ökats reste han hit. — Har haft smärfrysningar. — Inga urineringsbesvär. Avföring normal. — Status. A. t. obetydligt påverkat. Puls 84—88/min. Temp. 39,3. — Cor et pulm: 0. Buk: ej spänd. Diffus ömhet, starkast över nedre delen av buken i mitten och något åt vänster. I högra fossa iliaca så gott som ingen ömhet. Roving pos. med smärta i högra delen av buken. — Urin: klar, saltrik, koncentrerad. Heller neg. — Pr rectum: ingen utfyllnad eller tydlig ömhet. — Operation (omedelbart). Växelsnitt. Då peritoneum öppnas framkommer mjölklik, luktlös vätska. Appendix ligger något över åt mitten samt har sin spets mot bakre peritonealväggen. Spetsen luckert adherent till omgivningen. Löses. Ektomi. — Appendix är perforerad.

Fall 3. H. H. 43 år, hustru. Inkom 15 april 1930 vid 7-tiden på kvällen. Förut vårdad 1927 under diagnos: Spondylit. lumbal. + Neurosis. — Efter trauma mot ryggen 1925 smärtor i korsryggen. Rtg här visade minskad höjd och deformitet på l. II. F. ö. har hon alltid varit nervös och anser sig lida av blodbrist. — Har under senare år ofta haft smärtor i magen, vilka varat ett par, tre dagar. — I förra veckan åter dessa mera diffusa buksmärter. Den 13 april accentuerades dessa och höllo sig huvudsakligast till högra sidan. Ej kräkts. Inga kväljningar. — Status. Något blek. Gott hull. »Neuropatblick». Puls 88/min. Temp. 37°. — Cor et pulm: 0. — Buk: mjuk. Pat. ömmar måttligt för tryck i både högra och vänstra fossa iliaca. Möjligen något starkare ömhet åt höger. — 0 défense. Roving pos. — Pr rectum: 0. — Urin: 0. — Operation. Växelsnitt. Ingen fri vätska. Appendix och cecum äro med talrika mer eller mindre fasta adherenser förbundna med peritoneum parietale, tunntarmar och oment. En mycket fast adherens vid spetsen, vilken ligger rätt ned mot bakre bukväggen. — Adherenslösn. och ektomi. — Appendix vägg knappast förtjockad. Slemhinnan betydligt svullen med talrika hämorrhagier och diffus rodnad.

I fall 1 finnes varken i anamnesen eller status något, som tyder på appendicit, snarare verkar det hela som en gastrit, en sjukdom, som ju pat. dessutom tidigare lidit av. Rovingssymtom är emellertid pos. och operationen visade också, att appendicit förelåg.

Fall 2 ger bilden av ett ganska svårt akut bukfall, men ingenting finnes, som egentligen talar för appendicit med undantag för ett pos. Rovingssymtom. Operationen visade, att appendix var perforerad.

Beträffande fall 3 så dominera de nervösa symtomen, kombinerade med besvären av en deformerande arthrit i lumbalkotpelaren. Status lämnar undersökaren i ovisshet, huruvida någon bukåkomma verkligen föreligger. Rovingssymtom är dock positivt, och operationen gav diagnosen kronisk appendicit med akuta förändringar.

Fallen äro valda så, att de representera tre ganska vanliga appendicitformer, den akuta, okomplicerade appendiciten, den perforerade appendiciten och den akutiserade kroniska appendiciten. Gemensamt för dem alla är emellertid, att diagnosen knappast kunnat ställas, om Rovingssymtom ej blivit prövat.