

tere Verstauchung unter Schonung und feuchten Umschlägen in wenigen Tagen zurückgehen kann, die aber auch als ernstere Verletzung sich findet mit Bänder- und Periostablösungen, Fissuren, Knochenabrissen, Blutergüssen in das Handgelenk und sogar Nekrosen einzelner Handwurzelknochen. Desto hat das Krankheitsbild der „schweren Distorsion“ beschrieben, bei dem eine Subluxationsstellung zwischen Naviculare und Lunatum zurückbleiben soll. In jedem Fall von Distorsion ist eine Röntgenuntersuchung, gegebenenfalls eine wiederholte Röntgenuntersuchung erforderlich. — Der Bruch des unteren Speichenendes kann leicht übersehen werden. Er kommt durch den bekannten Entstehungsmechanismus (Dorsalreflexion und Radialabduktion) zustande. Ist die Hand beim Sturz ulnarabduziert, dann kann der Discus ulnaris verletzt werden. Bei hartnäckigen Beschwerden am unteren Ende der Elle nach Verletzungen ist hieran zu denken. — Der Bruch des Kahnbeines macht 50—60% aller Handwurzelverletzungen aus. Das Kahnbein ist in der Jugend rund und nimmt erst später die langgestreckte Form an, die besonders zu Verletzungen disponiert. Es bildet mit dem Os lunatum eine Art Gelenkkopf, dessen Pfanne das untere Speichenende ist. Verf. unterscheidet 3 Brucharten: 1. den extraartikulären Rißbruch, 2. den intraartikulären Biegebungsbruch und 3. den intraartikulären Kompressionsbruch. Als besonders charakteristisches Zeichen für den Kahnbeinbruch wird die starke Schmerzhaftigkeit im Handgelenk beim Stützen auf die flache Hand oder die Fingerspitzen angegeben, die durch ein Klaffen der Bruchstücke bei Dorsalflexion bedingt ist. Die Prognose ist bei mehrwöchentlicher Ruhigstellung günstig. Ungenügende Ruhigstellung führt zur Pseudarthrose. — Sturz auf die ulnarabduzierte Hand veranlaßt unter Umständen Brüche des Os lunatum, die als reine Brüche seltener, häufiger in Form von Hinterhornabbrüchen auftreten. Die Zeichen sind ähnlich denen des Kahnbeinbruches. Unblutige Behandlung mit Einrichtung und Ruhigstellung soll immer versucht werden, da eine Entfernung des Mondbeines zu schweren statischen Störungen führt. — Für die Entstehung der Lunatumluxation gibt es zahlreiche Theorien (Zuck-, Druck-, Quetsch- und Hebeltheorie). Eigentlich luxiert nicht das Os lunatum, sondern das Os capitatum mit der distalen Handwurzelreihe gegen Os lunatum und Radius (perilunäre Luxation nach Kienböck). Andere Handwurzelknochen sind an dieser Verletzung häufig mit Brüchen beteiligt. Kennzeichnend ist die Gabelrückenstellung. Auf eine Beteiligung des Nervus medianus ist zu achten. Auch bei der Einrichtung ist der Nervus medianus möglichst zu schonen. Die Einrichtung erfolgt nach Böhler. — Brüche des Os triquetrum und Os pisiforme sind selten. Sie werden durch entsprechende Ruhigstellung behandelt. — Das Os multangulum majus bricht manchmal bei Bennetscher Fraktur. Auch hier ist eine mehrwöchige Ruhigstellung angezeigt. Bei einem solchen Bruch kann lang dauernde starke Schmerzhaftigkeit im Bereich der Handwurzel und Arbeitsunfähigkeit bestehen. Es wird von einem Fall mehrfacher Handwurzelverletzungen bei einem 26jährigen Mann berichtet, die bei konservativer Behandlung gut ausheilten.

Nestmann (Hamburg).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Goldbloom, Alton, and F. W. Wigglesworth: Sudden death in infancy. (Plötzlicher Tod im Kindesalter.) (*Dep. of Paediatr., McGill Univ. a. Dep. of Path., Childr. Mem. Hosp., Montreal.*) *Canad. med. Assoc. J.* 38, 119—129 (1938).

Verff. untersuchten den Thymus von 30 Kindern. Die ersten 6 waren in weniger als 24 Stunden einer Infektion erlegen. In 9 Fällen ebenfalls mit deutlicher Infektion war der Tod innerhalb 1—5 Tagen eingetreten. In 6 Fällen von plötzlichem Tod war ein atrophischer Thymus vorhanden. In 9 weiteren Fällen war dem plötzlichen Tod keine deutliche Krankheit vorausgegangen; der Thymus war normal. Die Verf. kommen zu dem Schluß, daß bei den Fällen von rasch eintretendem Tod eine Thymushyperplasie keine Rolle spiele. Parenterale Infektionen, besonders der Lunge mit mangel-

hafter Widerstandskraft seitens des Kindes, spielten die Hauptrolle bei den plötzlichen Todesfällen.

Thomas (Duisburg).

Moncrieff, Alan: *Enlargement of the thymus in infants with special reference to clinical evidence of so-called status thymico-lymphaticus.* (Thymusvergrößerung bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung des klinischen Bildes des sog. Status thymico-lymphaticus.) (*Dep. of Childr., Meyerstein Inst. of Radiotherapy, Middlesex Hosp. a. Hosp. f. Sick Childr., London.*) (*Sect. f. the study of dis. in childr., London, 28. I. 1938.*) Proc. roy. Soc. Med. **31**, 537—544 (1938).

Verf. empfiehlt eingangs, den Begriff des Status thymico-lymphaticus nicht einfach fallen zu lassen, wie es auf Grund vorwiegend pathologisch-anatomisch ausgerichteter Arbeiten bereits von mancher Seite befürwortet werde, sondern vielmehr die fortgeschrittene Röntgentechnik zur Weiterforschung am lebenden Material auszunutzen. Er bringt dann 12 eigene Beobachtungen an Kindern mit klinischen Symptomen einer röntgenologisch deutlichen Thymusvergrößerung. (Die zur Kontrolle herangezogenen Röntgenbefunde von gesunden oder herz- bzw. lungenkrank verdächtigen Kindern hätten diese Vergrößerung vermissen lassen.) Das schon von anderer Seite bemerkte Überwiegen des männlichen Geschlechtes treffe auch bei seinen Patienten zu (10 : 2). Die klinischen Symptome seien bei einem Kinde im Alter von 3 Jahren, im übrigen aber vor Ablauf der ersten 4 Monate aufgetreten. In 5 Fällen hätten sie das bekannte Bild des Stridors (geräuschvolles Atmen und Zeichen der Atembehinderung) ohne sonstige Erscheinungen geboten, in den übrigen 7 Fällen habe es sich um Ohnmacht, Atemnot, cyanotische Attacken, Krampfanfälle, Nackenstellung des Kopfes (head retraction) gehandelt. Diese letztgenannte Gruppe beschreibt Verf. besonders eingehend nach Verlauf und Behandlungsart des einzelnen Falles. Danach hat die Bestrahlung immer eine Verkleinerung des Drüsenschattens und fast immer eine Beseitigung der Symptome erreicht. Verf. wirft eine Reihe von Fragen auf. U. a. meint er, den nicht so alarmierend verlaufenden Symptomen einer Thymusvergrößerung, wie sie sich bei den ohne Stridor verlaufenden Fällen fänden, werde im allgemeinen zu wenig Beachtung geschenkt. Er tritt für rechtzeitige Röntgenuntersuchung ein, um auch diese Fälle zu erfassen und durch Bestrahlung ihre Verschlimmerung zu verhüten. Bezüglich der Behandlungsmethode will Verf. keine Vorschriften geben, sondern dem Fachmann freie Hand lassen. Er erwähnt einige bewährte Verfahren. An die Ausführungen des Verf. schließt sich eine Aussprache an. Drope (Berlin).

Klaus, E. J.: *Untersuchungen zur Klärung eines plötzlichen Todesfalles beim Wettschwimmen.* (*Sportärztl. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Dtsch. Arch. klin. Med. **181**, 275—285 (1937).

Verf. berichtet über den plötzlichen Tod einer jungen, gut trainierten Sportstudentin nach 50 m Leistungs-Brustschwimmen. Die exakten Unterlagen (sportärztliche Untersuchungsbefunde, Trainingsbefund usw.) ergeben keinen krankhaften, organischen Befund. In der Anamnese wird lediglich festgestellt, daß die Sportstudentin seit etwa 8 Tagen erkältet gewesen sei und über Allgemeinbeschwerden, besonders Kopfschmerzen, geklagt habe. Es durfte nur eine Herzsektion ausgeführt werden (!). Die anatomische Diagnose lautet: Akuter Herztod mit schwerem interstitiellem Ödem, hochgradige Blutstase in den Capillaren und vereinzelte kleine alte Schwielen. Aschoff warf für den vorliegenden Fall die Frage auf, ob das Herzmuskelödem nicht eine Folge der künstlichen Beatmung ist (?). Verf. führt die geringen histologisch nachgewiesenen Herzschielen auf Infekte zurück, die sich früher im Organismus abgespielt haben, und nimmt an, daß das zur Zeit des Zusammenbruchs bestehende Infekt eine Sensibilisierung bewirkte, und daß die maximale sportliche Leistung infolge verstärkter Gefäßdurchblutung zu einer erheblichen Antigenausschwemmung führte. Somit wird die Ursache des plötzlichen Todes in einer allergischen Reaktion in bakteriologisch-serologischem Sinne bei einem bestehenden Infekt der oberen Luftwege gesehen, deren Auftreten in der prämenstruellen Phase durch die außerordentliche Kraft-

anstrengung des Wettschwimmens in Verbindung mit dem Kaltwasserreiz ausgelöst wurde. Es wird erneut auf die Gefahr des latenten Infektes für den Leistungssport, insbesondere Wassersport, hingewiesen. *Nippe* (Königsberg Pr.).

Harbitz, H. Fr.: Thrombo-Embolie und Todesrisiken bei Hernienoperationen. (*Avd. III, Ullevål Sykeh., Oslo.*) Norsk Mag. Laegevidensk. **99**, 287—308 u. engl. Zusammenfassung 308—309 (1938) [Norwegisch].

Die Untersuchung umfaßt 1046 operierte Fälle aus dem Krankenhause Ullevål während der Zeit von 1926—1935. 210 Fälle, die jünger als 20 Jahre waren, verliefen sämtlich unkompliziert. In den übrigen 836 Fällen wurde Thrombose mit Embolie in 2,87% gefunden; 3% in den incarcerierten und 2,35% in den nichtincarcerierten Fällen. Die Cruralhernien waren wesentlich öfter kompliziert (bzw. 8,3, 10,6 und 6%) als die Nabel- und Leistenhernien. Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen wurde nicht beobachtet. Unter insgesamt 705 Fällen von nichtincarcerierten und unter den 131 Fällen von incarcerierten Hernien kam je eine tödliche Embolie vor.

Einar Sjøvall (Lund).

Leinzinger, E.: Ein Todesfall durch toxischen Geburtsschock. (*Univ.-Frauenklin., Graz.*) Mschr. Geburtsh. **106**, 331—342 (1937).

Als Einleitung für seinen Fall bringt Verf. eine eingehende Erörterung der Differentialdiagnose Shock und Kollaps mit besonderer Betonung des Geburtsschockes.

26jährige Zweitgebärende, 7 Tage dauernde Menses früher, stark und schmerzhaft. In den letzten Jahren zweimal Pyelitis, Herzklopfen bei Anstrengungen (nervös und schnell erregt gewesen). 1934 spontane Frühgeburt, jetzt letzte Regel 24. VII. 1936, erste Kindsbewegungen Oktober 1936. Anfänglich starkes Erbrechen, seit 14 Tagen Kreuzschmerzen, schlechter Schlaf, Kopfschmerzen und Schmerzen in den Beinen, öfters Frösteln. Seit 3 Wochen salzarm gelebt. Wehenbeginn am Abend vor der Einlieferung in die Klinik. Blasensprung 7. V., 14 Uhr. Asthenischer Habitus, keine Ödeme, Herz und Lungen o. B., Temperatur 36,6, Puls 84. Harn normal. Erste Schädellage, Muttermund fünfschillingstückgroß, Blase gesprungen. Herztöne gut, Wehentätigkeit dauernd schlecht, deshalb Chinin dreimal 0,25, keine Besserung der Wehen. Abends Schlafmittel. 8. V. nochmals dieselbe Gabe Chinin, dann Pituin (2 VE.), mäßige Wehen, Schädel etwas tiefer, müder Eindruck, Erbrechen, Frösteln, Temperatur 38,1. Nochmals Pituin (4 VE.) subcutan, 20 Minuten lang gute Wehen, gleichzeitig Unruhe, Cyanose, Puls 130, Coramin ohne Wirkung, plötzlich Aufhören der Wehen, fleckige Verfärbung der Haut, Abkühlung, Atemnot, Todesangst, Zahnfleischblutungen, Tod 2 Stunden nach Beginn des bedrohlichen Zustandes unter dem Bilde akutester Kreislaufschwäche. Sektionsbefund: Geringe Milzschwellung, schlaffes, etwas erweitertes Herz, Klappen o. B., kleine subendokardiale und subpleurale Blutungen, trübe Entartung der Leber, geringe der Nieren. Blutungen in die Dünndarmschleimhaut. Haselnußgroße Hypophyse. Mikroskopisch: Herzmuskel: ganz geringe fettige Degeneration.

Deutung: keine Eklampsie (keine Nekroseherde der Leber), keine Luftembolie. Toxische Schädigung des Kreislaufes und der parenchymatösen Organe, speziell der Nieren. Es folgen Erwägungen über Resorption von Eiweißzerfallsgiften (histaminähnliche Körper als Stoffwechselgifte?), aus der Placenta?, aus dem fetalen Kreislauf? Hinweis auf ungünstige Beeinflussung der Shockbereitschaft durch hohe Dosierung von Wehenmitteln. (Hesse, Zbl. Gynäk. **1936**, 1267.) Betont wird das Fehlen des Lungenödems trotz Stauung im kleinen Kreislauf, die Zahnfleischblutungen als Zeichen der Capillarinsuffizienz, bestimmte Bereitschaft und Shockempfänglichkeit sowie vermutete Zusammenhänge zwischen Shock und Hypophysenhinterlappenhormon, Warnung vor hoher Dosierung von Wehenmitteln bei nervös-labilen Kreisenden. *Walcher* (Würzburg).

Leichenerscheinungen.

Kernbach, C. Cotutiu et V. Dahnoviei: Contribution à l'étude de la réaction vitale après les blessures. (Beitrag zum Studium der Vitalreaktion nach Verletzungen.) Ann. Méd. lég. etc. **17**, 1039—1045 (1937).

In früheren Arbeiten (Académie Roumaine de Médecine und Arch. des Institutes für gerichtliche Medizin von Cluj) haben Verf. in 7 Fällen von Quetschungsverletzungen mit kleinen Blutungen in den letzteren Fasern von elastischem Gewebe beob-