

Protokolle

aus der medizinischen Sektion des Erdélyer
Museum-Vereines.

VIII-te Fachsitzung am 6. April 1907.

Vorsitzender: DR. JOHANN TURCSA.
Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

1. DR. FRANZ VERESS stellt

a) *Einen Fall von Syphilis tertiaria nasi* vor. Die 12 Jahre alte Patientin wurde am 20. Februar an die Klinik aufgenommen; sie hat seit 2 Jahren Ausschläge an der Nase und dem linken Oberschenkel. Eltern und zwei Geschwister sind gesund. Die an der Nase bestehenden Veränderungen zeigen ganz das Bild des Lupus vulgaris; ihr zwei Jahre langer Bestand sprechen ebenfalls für Lupus; dagegen waren die am Oberschenkel nachweisbaren exulcerirten Geschwülste entschieden tertiäre Hautsyphilis. Wir nahmen daher an, dass die Veränderungen an der Nase *tertiären Pappeln*, beziehungsweise *einem acutiformen Syphilid* entsprechen dürften und verordneten Quecksilber- und Jodcur, die von Erfolg begleitet war, da nach 6 Wochen nur mehr Spuren des bestandenen Leidens in Form von Narben sichtbar waren.

2. *Ein Fall von ungewöhnlichen äusseren Syphilomen*. An beiden Lippen der 50 Jahre alten Patientin entstanden 3 Monate vorher 3 Geschwülste, die trotz verschiedener Behandlung stetig zunahmen. Anamnese in jeder Richtung negativ, ebenso gibt die patho-histologische Untersuchung der excindierten Geschwulststücken keinerlei Anhaltspunkte.

Es wurde deshalb nachdem Principe „ex juvantibus et nocentibus“ eine antiluetische Quecksilber- und Jodcur angeordnet, unter der die Geschwülste innerhalb vier Wochen nahezu vollkommen zurückgingen und sich demnach als Syphilome erwiesen. Beide Fälle zeigen, wie wechselreich die Kundgebungen der Syphilis sind.

Vortragender stellt ferner vier Fälle von tertiärer Syphilis vor und zwar

einen Fall von teils charakteristischen Hautgummen, teils ulcerösem und serpiginösem Hautsyphilid,

einen solchen von exulcerierten Gummen, Elephantiasis und Periostitis syphilitica cruris,

einen Fall von tertiärer Lues, Elephantiasis und Gummata pedis, Syphilis tuberoserpiginosa abdominis et cruris und schliesslich

einen solchen von tubero- und ulcerose serpiginöser Hautsyphilis.

Die letzteren vier Fälle können in die Kategorie der endemischen Syphilis eingereiht werden, da die Erkrankten überhaupt keine Ahnung von dem Wesen ihres Leidens, von einer Infektion und von dem Zeitpunkt derselben hatten. Diese erfolgt sehr häufig auf extragenitalem Wege und die Syphilis bleibt teils infolge geringer Intelligenz, teils infolge des Mangels eines Arztes an Ort und Stelle, ganz sich selbst überlassen, bis schwere tertiäre Erscheinungen nach Jahren oder selbst Jahrzehnten, die Kranken in Spitalsbehandlung führen.

II. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI und Dr. HEINRICH KANITZ: *Acute gelbe Leberschrumpfung bei einem Luetischen.*

Der 21 Jahre alte P. E. acquirierte im Mai 1906 Syphilis und wurde im August wegen syphilitischem Exanthem behandelt. Im Oktober treten heller- bis kronengrosse Pappeln auf der Haut auf, die rasch exulcerieren und sich mit rupienartigen Borken bedecken. Mit diesen Veränderungen wird Patient am 1. November 1906 der Klinik überwiesen und hier eine neuere Schmiercur verordnet, diese aber, da der Kräftezustand des Kranken rapid abnimmt und Magen-Darmstörungen auftreten, bald eingestellt. Am 6. Novemb. tritt Icterus auf, der Mitte Novemb. das Bild eines Icterus gravis zeigt. Leberdämpfung verkleinert. Am 16. November stellen sich Delirien und Krämpfe ein, die bis zu dem am 18. Novemb. erfolgten Tod des Kranken anhalten.

Bei der Obduction zeigt die Leber das typische Bild der *Atrophia flava acuta hepatis*. Vortragende führen den acuten Zerfall des Leberparenchyms auf den Einfluss der Syphilistoxine zurück, umso mehr, als in den syphilitischen Hautveränderungen, bei LEVADURI'scher Behandlung, *Spirochaeten* in ungewöhnlich grosser Zahl, schon mit geringer Vergrösserung, gefunden werden. Weder in der Leber, noch aber in einem sonstigen Organe konnten *Spirochaeten* nachgewiesen werden. Seitens der Harnkanälchen ausgesprochene Epithelnekrose, in den Zellen wenig Gallepigment.

Die gelbe Leberatrophyie in folge Lues wird äusserst selten beobachtet. In der Literatur sind insgesamt 30 ähnliche Fälle

verzeichnet. Zur Annahme der Toxinwirkung glauben sich Vortragende durch die massenhafte Anwesenheit von Spirochaeten berechtigt. (Die Praeparate werden im Anschlusse demonstriert.)

IX. Fachsitzung am 13. April 1907.

Vorsitzender: Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRADI.

I. Vortrag des Dr. FRANZ VERESS: „*Ein Fall einer allgemeinen acuten Vergiftung nach äusserlicher Anwendung von Resorcín*“ (Siehe Revue S. 19.)

An der *Discussion* nimmt Dr. SIGMUND JAKABHÁZY, Dr. JOHANN BENEL und Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY teil.

Prof. Dr. L. UDRÁNSZKY macht darauf aufmerksam, dass die Maximaldose des Resorcins, ebenso wie jene eines jeden anderen Phenols für jeden einzelnen Fall schwer zu bestimmen ist; die einzelnen Individuen vertragen die Verbindungen durchaus nicht gleichförmig. Auf die Giftwirkung der zweiatomigen Phenole ist der Stand der Hydroxylgruppen von Bedeutung. Die dunkle Färbung des Harns ist kein sicherer Maassstab für die Intensität der Vergiftung. Es bedarf einer eingehenden chemischen Aufarbeitung, um aus der quantitativen Veränderung der Zusammensetzung des Harns, auf das Quantum des resorbierten Resorcins und auf die Abwehr des Organismus gegen die Giftwirkung einen Schluss ziehen zu dürfen. Die qualitative Untersuchung des Harns beispielsweise mit Hilfe der SELIWANOFF'schen Reaction deutet nur soviel an, dass das Resorcín resorbiert wurde und nach gewissen Veränderungen zur Ausscheidung gelangte.

II. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI stellt einen 18 Jahre alten Kranken vor, der eine seit $2\frac{1}{2}$ —3 Jahre zunehmende, gegenwärtig die Grösse eines kleinen Apfels betragende *Zahncyste* hat, welche nahezu die vordere Fläche der rechten Maxilla, den harten Gaumen und die Seitenwand der rechten Nasenhöhle hervorwölbt und selbst in die Highmorhöhle hineinreicht. Die periodontale Cyste ist von dem rechten oberen Schneidezahn ausgegangen, dessen Pulpa infolge Trauma zugrunde gegangen ist.

III. Vortrag des Dr. ELEMÉR VERESS: „*Optische Factoren in der Technik der Malkunst*“ (Siehe Revue S. 17.)

X. Fachsitzung am 27. April 1907.

Vorsitzender: Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

I. Dr. ISIDOR KAPPEL stellt einen Gicht-kranken vor, der seit 16 Jahren an diesem Uebel leidet. Die an den einzelnen Gelenken sichtbaren Veränderungen, mit Ausnahme des am linken Ellenbogen sichtbaren Knotens von der Grösse einer kleinen Nuss, sprechen eher für chronische Polyarthritis; der an der Spitze des rechten Ohres sitzende Knoten wurde eröffnet und die in demselben enthaltene kreidenpulverförmige Masse zeigt unter dem Mikroskope harnsaure Krystalle und gibt ganz ausgesprochen die Murexidprobe.

II. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI stellt einen 6 Monate alten Knaben mit beiderseitige Entwicklungsanomalien an den Ohren vor. Die rechte Ohrmuschel sieht so aus, als wäre sie in doppelt zusammengefaltetem Zustande zusammengewachsen, so dass selbst ein grosser Teil der Cavitas conchae bedeckt ist und nur eine ganz kleine Spalte der Incisura intertragica entsprechend besteht; der Gehörgang ist stecknadelkopfgross verengt. Die linke Ohrmuschel ist ganz rudimentär entwickelt, vom Meatus, knorpeligem Gehörgange keine Spur; der knöcherne Gehörgang ist nicht fühlbar, seine Stelle nimmt eine Knochenfläche ein. Auf intensivere Töne reagiert das Kind; eine genauere Gehörsprüfung ist wegen des Alters des Kindes undurchführbar.

III. Dr. HEINRICH KANITZ stellt einen Fall von *diphtheritischen Haut- und Vulvaveränderungen* vor.

IV. Prof. Dr. LUDWIG MAKARA: „*Ein Fall von Geschwulst der Glandula carotica. Exstirpation mit Unterbindung der gemeinsamen Kopfschlagader und infolge derer aufgetretenen Gehirn-erweichung*“.

An der Verzweigungsstelle der Carotis communis liegt innerhalb der Gefässscheide die *Glandula carotica*, welche die neue anatomische Nomenclatur *Glomus caroticum* benennt. Unter den Synonymen ist die Bezeichnung *Paraganglion intercaroticum* (KOHN), die treffendste. Eine aus der Glandula carotica hervorgegangene Geschwulst beschreibt MARCHAND als erster im Jahre 1891. Der gegenwärtig zu besprechende Fall dürfte der 30-te in der Literatur sein. Die beschriebenen Fälle sind sich in vieler Beziehung, sowohl hinsichtlich ihrer anatomischen Lage, als auch hinsichtlich ihrer Gewebsstruktur ähnlich. Die Geschwulst ist in letzterer Beziehung mit der Glandula carotica vielfältig homolog. Die histologischen Bilder weisen alle alveolare Struktur nach. Diese zeigt sich auch in

den aus der in Frage stehenden Geschwulst hergestellten Schnitten (BUDAY). Auch das klinische Bild zeigt manche Aehnlichkeiten. Obgleich die Geschwülste relativ gutartig sind, zeigen sie dennoch in dem einen, oder dem anderen der Fälle die Eigenschaften der bösartigen Gebilde, welche in Recidiven, Drüsenmetastasen zum Ausdrucke kommen. Die Operation geht zumeist mit grossen Schwierigkeiten einher.

Der beobachtete Fall war kurz der folgende: Der 18 Jahre alte Knabe bemerkte vor 2 Jahren einen haselnussgrossen Knoten an der rechten Seite des Halses, der allmählig grösser wurde. In der letzteren Zeit verursachte er ihm bereits Schlingbeschwerden.

Bei der Untersuchung fühlt man an der rechten Halsseite, in der Höhe des Kehlkopfes eine kinderfaustgrosse Geschwulst von glatter Oberfläche; die Geschwulst ist mässig prall, lässt sich seitlich ziemlich gut, nach auf- und abwärts schwerer bewegen. Die Geschwulst pulsiert synchronisch mit der Carotis und folgt den Schlingbewegungen; ihr lateraler Teil wird durch den Musculus sterno-cleido-mastoideus bedeckt.

Die Operation wurde am 12. April in Narcose vorgenommen. KOCHER'scher querer Hautschnitt an der grössten Wölbung der Geschwulst. Die Hülle der Geschwulst ist stark blutend; die weitere Ausschälung äusserst schwierig. Nach genügender Blosslegung stellt es sich heraus, dass die Carotis communis an der äusseren-hinteren Parthie der Geschwulst zieht. Bei Zusammendrücken der Carotis hört die Pulsation der Geschwulst auf. Der Vagus und Sympathicus liegen ihrer hinteren Wand an. Die Lösung der Nerven gelingt ohneweiters, das Gefäss lässt sich jedoch aus der Geschwulst nicht herauschälen. Deshalb wird die Carotis nach doppelter Unterbindung durchschnitten, dann die Geschwulst herausgehoben und nach Abtrennung von der Carotis interna und externa, entfernt.

Am Tage nach der Operation fühlte sich der Kranke relativ wohl; Temp. 37.5° C. In der Nacht wird es ihm plötzlich unwohl, die Körpertemperatur steigt auf 39.5° C. Am 14-ten Früh stellt sich vollkommene linksseitige Lähmung ein; linke obere und untere Extremität und linker Facialis gelähmt; das Bewusstsein ist nicht benommen, der Kranke jedoch soporös. Am 15-ten steigert sich die Somnolenz, Schlingbeschwerden nehmen zu, Nachmittag 5 Uhr wird das Atmen röchelnd, um 8 Uhr stellt sich der Tod ein.

Als Todesursache wurde Gehirnerweichung infolge Unterbindung der Carotis communis angenommen. Die Annahme wurde durch die Obduction vollauf bestätigt.

An der Discussion nimmt Prof. KOLOMAN BUDAY und Prof. UDRÁNSZKY teil. Letzterer hebt hervor, dass bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse, die Benennung Glomus caroticum, Glandula carotica, oder Paraganglion intercaroticum nicht zweckmässig

erscheint, da nicht nur die histologische Structur dieses Organes eine strittige ist, sondern wir selbst über die Function desselben noch nicht gehörig unterrichtet sind. Ebenso wie die von der anatomischen Gesellschaft in der Baseler Sitzung festgestellte neue anatomische Nomenclatur, an Stelle der Benennung *Glandula pinealis*, den Ausdruck *Corpus pineale* setzte, wäre es entsprechender an Stelle des *Glomus caroticum*, die Benennung *Corpus intercaroticum* treten zu lassen insolange das Organ auf Grund vollkommener Kenntniss seiner Gewebsstructur und physiologischen Bestimmung, den ihm wirklich entsprechenden Namen erhalten kann.

V. DR. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert Praeparate einer leukaemischen Milz.

XI. Fachsitzung am. 4. Mai 1907.

Vorsitzender: DR. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

1. DR. MOSES HEGYI: stellt einen Fall von *Poromanie* vor. In der Familie des 10 Jahre alten Knaben T. J. kamen väterlicherseits in der Ascendenc Schlaganfälle wiederholt vor. Als Säugling litt er an schwerer Ecclampsie und Rhachitis. Er war immer ausgelassen und ungehorsam. Bis zu seinem 7 Jahre nässte er nächtlich das Bett. Er gehörte als Schüler unter die besseren. Im Februar l. J. wurde er mit 10 Kronen auf die Post geschickt, anstatt jedoch das Geld aufzugeben, löste er auf der Bahn eine Fahrkarte I. Cl. und reiste nach Nagyvárad. Im Monate April verwendete er einem Kameraden 28 Kronen, löste sich eine Fahrkarte I. Cl. und fuhr nach Budapest. Später wieder entnahm er der Tasche der Mutter 20 Kronen und wollte mit dem Gelde abermals nach Budapest reisen, wurde jedoch in einer der Stationen von der Gendarmerie aufgegriffen und seinen Eltern zurückgebracht, die ihn dann der psychiatrischen Klinik übergaben.

Der Knabe hat einen degenerierten, rhachitischen Schädel, die Nasenwurzel ist breit, die Nase kurz, hohe Oberlippe, unordentlich gewachsene Zahnreihen, breit auseinander liegende Augen. Seine Kenntnisse, sind entsprechende. Seine Reisen kann er nicht anders motivieren, als dass er sich nach dem Reisen sehnte.

Es könnte an *epileptoide Zustände* gedacht werden, ausser dem nächtlichen Schreien und dem ins Bett nässen, spricht nichts dafür. Ein epileptischer Anfall konnte nicht beobachtet werden und nachdem er sich genau auf die Umstände seiner Reisen erinnert, kann ein epileptoider Zustand umsoweniger angenommen werden. Hysterie kann auch ausgeschlossen werden so dass nur von *moralischer Debilität* auf degenerativer Grundlage die Rede sein dürfte.

Der Kranke gehört weder in eine Irren — noch in eine Correctionsanstalt, sondern in eine heilpädagogische Erziehungs — und Beschäftigungsanstalt.

II. DR. DESIDERIUS POTOCZKY demonstriert *Trypanosomapraeparate*. Die Trypanosomas fand CHAUSSAT (1851) zuerst im Blute der Ratte, er hielt sie für ein Stadium der Nematoden. KENT beschrieb sie im Jahre 1880 als Flagellaten. Den Namen Trypanosoma gab ihnen GRUBY. Die Trypanosoma gehören in die Gruppe der Flagellaten. In biologischer Beziehung wissen wir zwar so manches von ihnen, Einzelheiten deckt jedoch noch immer Dunkelheit. Der Parasit lebt nahezu ausschliesslich im flüssigen Teile des Blutes und vermehrt sich hier ausschliesslich auf geschlechtslosem Wege u. zw. in Form von Längsteilung. Ob er sich auch auf geschlechtlichem Wege vermehrt, wie beispielsweise der Malariaparasit, kann noch nicht als sicher angenommen werden. Nach den Untersuchungen R. KOCH's sollen im Magen der Tsetsefliege, der *Glossina palpalis* und der *Gl. morsitans* dreierlei Formen des Parasiten gefunden werden können.

Gegenwärtig sind schon vielerlei Trypanosomaarten bekannt gemacht worden, von welchen im erster Linie der Trypanosoma GAMBIESE erwähnt werden soll, der die menschliche *Trypanosomiasis* und eine Form derselben die s. g. UGANDA-sche *Schlafsucht* verursacht. Ferners der *Trypanosoma* BRUCEI, der die *Nagana*, und der *Tryp.* EVANSI, der die dieser äusserst ähnliche *SURRA* veranlasst; beide Erkrankungen bei Pferden und Rinderarten. Weiters der *Tryp. equiperdum* und schliesslich der Rattentrypanosoma, *Tryp.* LEWISI.

Die Praeparate betreffen den *Tryp.* BRUCEI, der die Nagana Krankheit verursacht, welche in den südlichen Teilen Afrikas die Pferde und Rinderarten ergreift. Die Infection ist zumeist tödlich. Der Parasit gelangt durch den Stich der Tsetsefliege, der *Glossina palpalis* und der *Glossina morsitans* in das Blut. Klinisch verläuft die Krankheit folgenderweise: Das Tier magert ab, wird schwach; später treten Oedeme an den Extremitäten, am Bauche und den Genitalien auf, so dass das Tier kaum zu stehen imstande ist; eigentümlich ist es, dass selbst in diesem Zustande die Nahrungsaufnahme eine normale ist. Der Tod stellt sich dann unter den Erscheinungen der vollkommenen Erschöpfung ein, mitunter auch plötzlich. Das Tier leidet zumeist an remittierendem Fieber und ist anaemisch; die Zahl der roten Blutkörperchen kann bis auf 2,000.000 herabsinken, der Haemoglobingehalt bis zu 25% herunter. Ausser den obenerwähnten Tieren ist auch das Schaf, die Ziege, der Hund, das Schwein, das Kaninchen, die Maus u. s. w. inficierbar. Bei Hunden pflegt der Verlauf der Erkrankung äusserst acut zu sein; im Blute finden sich jedoch wenig Parasiten.

ten. Ratten leben 8—10, mitunter 14 Tage nach erfolgter Infection, bei diesen kann jedoch eine riesige Zahl von Parasiten im Blute vorhanden sein.

Es wurde auch versucht, die Trypanosomen künstlich zu züchten, was im Condenswasser von Hasenblut und Agarmischung mitunter gelingt.

III. Vortrag des DR. ALADÁR ELFER: „Die Bedeutung der Röntgenstrahlen bei der Leukämie.“ (Erschien in No. 33 und folgenden Nummern des „Orvosi Hetilap“.)

XII. Fachsitzung am 11. Mai 1907.

Vorsitzender: DR. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

I. DR ERNST FÉLEGYHÁZI stellt zwei Kranke der chirurgischen Klinik vor.

1. *Beiderseitige Hypertrophie der Brüste.* SCHÜSSLER stellte aus der Literatur im Jahre 1892. insgesamt 14 Fälle von beiderseitiger wirklicher Hypertrophie der Brüste zusammen. Der von ihm mitgeteilte grösste Fall, war jedoch bedeutend kleiner, als der gegenwärtig zur Vorstellung gelangende.

Die 23 Jahre alte R. M. kam mit der Klage an die Klinik, dass ihre beiden Brüste seit vier Monaten äusserst rasch wachsen. Dieselben waren auch früher etwas grösser, aber erst seit Beginn ihrer Gravidität wachsen sie derart. In ihrer Familie und Verwandtschaft kam ihres Wissens ein ähnliches Leiden nicht vor.

Die Frau ist ziemlich abgemagert, blass, an der rechten Gesichtseite hat sie ein Chloasma, Fesseln und rechter Unterschenkel mässig oedematös. Beide Brüste, hauptsächlich aber die rechte Brust, bedeutend vergrössert, an der Haut ein Netz erweiterter Blutadern. In stehender Stellung reicht die rechte Brust bis zur Symphyse herunter, die linke hängt nicht so weit herab. Die Brüste sind gleichmässig vergrössert, im Ganzen schlaff, weich anzufühlen, nicht druckempfindlich, die erweiterten Drüsen sind in Form kleinfingerdicker Stränge fühlbar. Die Warzen sind ebenfalls vergrössert, ihre Umgebung ist in einem 2—3 Finger breiten Umfange braun verfärbt.

Bezüglich der Differentialdiagnose könnte irgend eine Geschwulst, infiltrierte Fibrom, Fibroadenom in Frage kommen. Ein retromammales Lipom, oder eine Hyperplasie des Fettgewebes mag auch ähnliche Hypertrophien nachahmen, diese erreicht jedoch nie einen solchen Grad. In unserem Falle soll das Ende der Schwangerschaft abgewartet werden und wenn nach der Geburt und Untersagen des Stillens die Rückbildung nicht erfolgt, sollen die Brüste amputiert werden.

2. Ein Fall von *Aktinomyose des Halses*. Der 26 Jahre alte P. J. giebt bei seiner Aufnahme an, dass vor etwa einem halben Jahre an der linken Seite seines Halses eine nussgrosse Geschwulst fühlbar wurde. Eine, die vordere Seite des Halses nahezu vollkommen einnehmende, links vom Ohr bis zum Schlüsselbein und bis zur III-ten Rippe reichende, dunkelblau verfärbte, fluctuierende Geschwulst mit verschwommenen Grenzen erweckt den Verdacht auf Actinomykose. Aus den erbsen bis haselnussgrossen, stellenweise mit Granulationen bedeckten Fistelgängen entleert sich theils topfenartiger, theils sulziger, eitriger, schwefelgelbe Körner enthaltender Eiter; die Körner erweisen sich unter dem Mikroskope als Aktinomycosecolonien.

An der Discussion zum ersten Falle nimmt DR. LUDWIG GÓTH teil.

II. DR. JOHANN GÉBER stellt einem Fall von *Bromexanthem* vor.

III. Vortrag des DR. TIBOR PÉTERFI: „*Ueber die Riesenzellen*“.

XIII. Fachsitzung am 25. Mai 1907.

Vorsitzender: DR. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

1. DR. ALADÁR ELFER referiert über einen Sectionsbefund von einem Falle von *Mitralstenose* und Lähmung des linken Recurrens.

2. DR. KOLOMAN BUDAY: *Sclerose der Magenarterien*. Unter der wechselreichen Localisation der Arteriosklerose, beginnt sich die Aufmerksamkeit gegenwärtig auf jene Form zu lenken, bei welcher die Symptome hauptsächlich durch die Erkrankung der Schlagadern der Bauchorgane bedingt sind. Diese s. g. Angina abdominalis ist selbst hinsichtlich der Symptome noch nicht genügend geklärt und noch seltener sind die durch anatomische und histologische Untersuchungen bestätigten Fälle. Bei einem 44 Jahre alten Mann fand Vortragender hochgradige Sklerose der Magenarterien; diese waren stark geschlängelt, ihre Wandung bedeutend verdickt und in grosser Ausdehnung verkalkt, selbst im submucösen Gefässnetz. Die histologische Untersuchung wies ebenfalls eine hochgradige Verdickung und Degeneration der Intima der Magenwandgefässe nach, während die Sklerose der Aorta und der meisten übrigen Schlagadern eine geringgradige war. Der Tod erfolgte an Magenblutung; die Todesursache musste ebenfalls in der Sklerose der Arterien des Magens gesucht werden, da weder im Magen, noch sonstwo, eine anderweitige derartige Veränderung gefunden werden konnte, welche eine Erklärung der Magenblutung gegeben haben würde.

III. Vortrag des DR. GEORG DEMETER: „*Inwieferne kann aus der Entwicklung der Knochen auf das Lebensalter geschlossen werden.*“ Vortragender untersuchte mit Roentgendurchleuchtung an Lebenden die Entwicklung der Knochen, hauptsächlich das Auftreten und das Wachstum der Knochenkerne in den Epiphysen des Ellenbogengelenkes und der Handknochen. Bevor jedoch Vortragender über die erhaltenen Daten berichten würde, skizziert er die Entwicklung der an der Bildung des Ellenbogengelenkes teilnehmenden Knochen und demonstriert das fortschreitende Wachstum der Knochen mittelst projicierter Roentgenaufnahmen.
