

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-
EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).



XXXI. BAND. 1909. XXXIV. JAHRGANG.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

REDIGIERT IM NAMEN DES SEKTION-AUSSCHUSSES:

VON

DR. DIONYSIUS V. SZABÓ.



KOLOZSVÁR, 1910.

BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAL.

INHALT DER REVUE.

(I—III. HEFTE.)

	Seite
ELFER A.: Über die Rolle der Kolloidchemie in der Medizin . . .	23—25
HEVESI E.: Beiträge zur Aetiologie der angeborenen Difformitäten . . .	8—11
IMRE J.: Kurze Mitteilungen über Augenoperationen	54—55
REINBOLD B.: Zur Hydrolyse des Blutfibrins	6—7
SZABÓ J.: Über die identifizierende Erinnerungstäuschung	1—5
— — Über die Verwendbarkeit der WASSERMANN'schen Reaktion und der NONNE-APELT'schen Ammonsulfatreaktion in der Psychiatrie	45—53
VERESS E.: Einige Beobachtungen am Herzen von Scyllium und Thalassochelys	43—44
Sitzungsberichte (I. am 6. Februar—V. am 27. März)	12—21
— (VI. am 17. April—XI. am 5. Juni).	26—41
— (XII. am 2. Oktober—XXII. am 11. Dezember)	56—71

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM EGYESÜLET
(ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN)

XXXI. Band.

1909.

I. Heft.

MITTEILUNG AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVEN-KLINIK
DER KÖN. UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Professor DR. KARL LECHNER.

Über die identifizierende Erinnerungstäuschung*

VON DR. JOSEF SZABÓ II, Assistent der Klinik.

Defekte der Erinnerung und Erinnerungsfälschungen sind in der Symptomatologie der Geisteskrankheiten keine seltenen Erscheinungen. Erinnerungstäuschungen werden dagegen viel seltener und meistens nur als vorübergehende Erscheinungen beobachtet.

Ein interessanter, nachweisbar schon seit 15 Monaten bestehender Fall der identifizierenden Erinnerungstäuschung wird zur Zeit auf der psychiatrischen Klinik beobachtet. Der Patient, ein 27 jähriger Mann erlitt in seiner Kindheit eine schwere Verletzung am Hinterhaupte. Er litt im Kindesalter an enuresis nocturna und hatte oft Kopfschmerzen. Er liest und schreibt in seiner Muttersprache (rumänisch) und spricht einige Worte ungarisch. Zum Militärdienst war er nicht geeignet. Er leidet seit vielen Jahren an heftigen Kopfschmerzen, welche sich jährlich 2—3-mal wiederholen, bei diesen Gelegenheiten pflegt er im ganzen Körper zu zittern, ausgesprochene Krampfanfälle hatte er jedoch nie. Sein Vater war Alkoholist; er selbst

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 6. Februar 1909.

trank öfters Branntwein und war auch einigemal betrunken, seine Angehörigen bezeichnen ihn jedoch nicht als einen Gewohnheitstrinker.

Vor 6 Jahren sah er in der Nacht Flammen aus der Erde emporschlagen, ein anderesmal sah er sich von Hunden und Würmern umgeben. Er weckte erschrocken seine Gefährten, welche jedoch nichts von den von ihm Gesehenen wahrgenommen hatten. Er wurde krank und änderte nachher sein Benehmen. Er arbeitete nicht mehr, starrte wortlos vor sich, lächelte manchmal, und wurde sehr erregbar. Am 18. Oktober des vorigen Jahres hatte er einen Streit mit seinem Vater und tötete ihn. Er erinnerte sich später auf alles, er behauptete jedoch, dass er seinen Vater schon früher einmal auf dieselbe Weise getötet hatte, er wäre auch damals verhaftet, in demselben Kerker, mit denselben Personen eingeschlossen und von demselben Richter verhört gewesen.

Er wurde für geisteskrank erklärt und auf die psychiatrische Klinik gebracht.

Der mittelgrosse, ziemlich gut entwickelte und genährte Patient hat einen unintelligenten Gesichtsausdruck. Seine schmale Stirn ist nach hinten gedrückt, die sagittale Naht hebt sich an seinem nach hinten zugespitzten Kopf empor. Das Hinterhaupt ist treppenartig. Die Ohren sind beiderseits an das Gesicht gewachsen. Die Joehbeine ragen am breiten Gesicht hervor. Die Geschlechtsorgane und die inneren Organe weisen keine wichtigen Abweichungen auf. Der Kranke schläft gut, er fühlt sich wohl. Die Wahrnehmung ist bei ihm abgestumpft. Sinnestäuschungen werden nicht geäußert. Seine Stimmung ist meistens gleichgültig, manchmal lächelt er ohne Grund. Moralische und ästhetische Empfindungen scheinen bei ihm keine Rolle zu spielen. Er erzählt sein Verbrechen mit einem blöden Lächeln, ohne irgend ein Zeichen der Reue zu äussern. Sein Bewusstsein ist ziemlich klar, das Erkennen ist gut. Seine Erfahrung ist sehr beschränkt. Erhöhtes Selbstgefühl. Seine Erinnerung ist durch die identifizierende Täuschung gefälscht und weist bei der näheren Prüfung für das unlängst Vergangene Defekte auf. Er behauptet alles schon einmal

erlebt zu haben; sogar Vorkommnisse der Vergangenheit wurden in seinem Gedächtniss zweifach erhalten. Seine Phantasie ist ärmlich, seine Aufmerksamkeit zerstreut, sein Urteil falsch und seine Schlussbildung unlogisch. Die Zeitorientierung ist gut. Ort- und Personenorientierung sind auffallend gestört. Er kann das Wichtige vom Unwichtigen nicht unterscheiden. Die gewöhnlichen konkreten Begriffe sind ihm geläufig, seine höheren abstrakten Begriffe sind inhaltlos. Er kennt die Wörter Gott, Sünde, Güte, Religion etc. aber über ihre Bedeutung hat er keine Vorstellung. Die Einsicht seiner Lage, der Bedeutung seines Frevels und seiner Krankheit fehlen vollkommen. Er gibt keine Wahnideen zu erkennen.

Die Pupillen reagieren beiderseits gut, die rechte ist jedoch weiter, als die linke. Die Sehnenreflexe sind am ganzen Körper gesteigert. An den Händen und an der Zunge zeigt sich ein Tremor mit kleinen Wellen. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist gesteigert. Idiomuskulärer Tremor. Die Nervenstämmen sind gegen Druck empfindlich. Dermographie. Sein Instinkt ist träg. Wille und Wünsche sind schwach.

Während der Beobachtungszeit änderte sich sein Zustand nicht bedeutend. Der Tremor liess nach, die Reflexe sind jetzt weniger gesteigert, als bei seiner Aufnahme. Die Dementia ist weiter fortgeschritten. Die identifizierende Erinnerungstäuschung besteht unverändert. Es muss, nach seinen Aussprüchen sogar angenommen werden, dass dieses Symptom schon vor seiner ärztlichen Beobachtung bestand. Er erzählt nämlich seinen Lebenslauf bis zu seinem 23-ten Jahre richtig. Dann hatte er die erwähnten Halluzinationen, welche als Symptome eines alkoholischen Deliriums nach angestrenzter Arbeit aufzufassen sind. Dieses Ereigniss ist ihm noch einfach im Gedächtniss geblieben, von diesem Zeitpunkte ab erinnert er sich auf alles doppelt. Die identifizierende Erinnerungstäuschung besteht also bei ihm — was zu den grössten Seltenheiten zählt — seit Jahren, wenn nur die Erinnerungsbilder sich in seinem Gedächtniss nicht nachträglich verdoppelten, wie in einem Falle von PICK.

Auf Grund der Anamnese und der Beobachtung kann die Diagnose auf *Dementia alcoholica* gestellt werden. Nach dem

zweiten Alkoholdelirium entwickelte sich bei ihm eine chronische Psychose. Lues ist in der Anamnese nicht nachzuweisen, die Reaktion nach WASSERMANN—BORDET fiel ebenfalls negativ aus. Es ist nicht ausgeschlossen, dass der Patient seit seiner Geburt mässig geistesschwach war.

Die JENSEN'sche Hypothese gibt zur Erklärung der identifizierenden Erinnerungstäuschung, bei heutigem Stand unserer Kenntnisse, keine ausreichenden Anhaltspunkte. Wir stehen hier, wie dies auch von SANDERS betont wurde, einer eigentümlichen pathologischen Form der Erinnerung gegenüber. KRAEPELIN's Betrachtungen beziehen sich auf Erinnerungstäuschungen von kurzer Dauer. Es ist zwar möglich, dass auch in unserem Falle verschwommene alte Erinnerungsbilder mit der Gegenwart irrtümlich verbunden werden, die unangenehmen, ängstlichen Gefühle fehlen jedoch vollkommen. BEHR schliesst sich wesentlich der Erklärung von KRAEPELIN an. Die von THIBAUT angegebene Theorie ist zu sehr metaphysisch, um als Erklärung eines Krankheitssymptoms gelten zu können.

Herr Hofrat LECHNER gibt auf Grund seiner Reflextheorie, für die identifizierende Erinnerungstäuschung die folgende Erklärung.

Die psychischen Vorgänge sind, als Lebenserscheinungen, Reflexe im weiteren Sinne des Wortes d. h. Vorgänge, welche im lebenden Körper durch irgend einen Reiz in Gang gesetzt werden und zu einem Resultate führen. Wenn ein Lichtstrahl ins Auge fällt so entsteht durch die Vermittelung des Sinnesorgans und der leitenden Bahnen in der Rindensubstanz des Grosshirns eine einfache Sinnesempfindung, die Lichtempfindung. Zur gleichen Zeit verengen sich die Pupillen, das Auge akkomodiert und wird eventuell gegen die Lichtquelle gerichtet, der Druck und die Blutverteilung erfahren im Inneren des Auges eine Änderung. Die aus diesen Vorgängen stammenden unbewussten Funktionsgefühle gesellen sich zur bewussten Lichtempfindung und bilden mit diesen einen schon komplizierten Reflexvorgang: die Wahrnehmung. Der Umstand, dass wir das Wahrgenommene, als etwas Wirkliches auffassen und nach aussen projizieren, objektivieren, ist den Funktionsempfindungen zu verdanken.

Das Erinnerungsbild ist ebenfalls eine Empfindung, welche sich jedoch von der Wahrnehmung durch das Fehlen der Funktionsempfindungen der Sinnesorgane unterscheidet. Die Erinnerungsbilder werden daher nicht in die Aussenwelt projiziert. Die Funktionsgefühle der Erinnerung d. h. die durch die biotonischen Änderungen der aktiven Teile des Gehirns bedingte Funktionsempfindungen sind jedoch auch bei der Erinnerung vorhanden. Wie bei den pathologischen Abweichungen der Wahrnehmung, so sind auch bei diesen der Erinnerung, vier Krankheitsformen und zwar die Hypomnesie, die Hypermnesie, die Paramnesie und die Polymnesie zu unterscheiden. Im vorliegenden Falle sind die Symptome der Polymnesie vorhanden, indem viele Wahrnehmungen und Stimmungen des Patienten die Zeichen der Objektivität verlieren und der Komplex der Empfindung, durch die Funktionsgefühle der Erinnerung verbunden wird. Dadurch nehmen aber die Wahrnehmungen und die Stimmungen der Gegenwart sofort den Charakter von Erinnerungen an. Die normale Wahrnehmung wird von der paradoxen Erinnerung begleitet.

MITTEILUNG AUS DEM PHYSIOLOGISCHEN INSTITUT DER K. UNG.
F. J. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Prof. DR. LADISLAUS V. UDRÁNSZKY.

Zur Hydrolyse des Blutfibrins.*

Von Privatdoz. DR. B. V. REINOLD, Adjunkt am physiologisch- und pathologisch-chemischen Institut.

Verfasser hydrolysierte das möglichst gut gereinigte Fibrin des Rinderblutes durch Kochen mit Salzsäure und bestimmte seinen Gehalt an den in der untenstehenden Tabelle angegebenen Produkten. Die Trennung der Monoaminosäuren wurde durch FISCHER's Estermethode durchgeführt. Um Schwierigkeiten bei der Trennung von Alanin, Leuzin, und Valin durch das übliche fraktionierte Umkristallisieren zu vermeiden, schlägt Verfasser vor, dieses Verfahren zu umgehen und die Mengen der genannten Aminosäuren, durch die „Kupfersalzmethode“ zu bestimmen. Der Gehalt an Leuzin, Valin und Alanin solcher Gemenge, welche nur zweie dieser Aminosäuren enthalten, lässt sich aus dem Kupfergehalte der Kupfersalze dieser Gemenge auf Grund der von Verfasser angegebenen Formeln berechnen. Aus 100 g des aschefreien, trockenen Fibrins wurden folgende Produkte erhalten:

Ammoniak	1.79 g
Glykokoll	0.56 „
Alanin	1.18 „
Valin	5.48 „

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 13 Februar 1909.

Leuzin	1.98 g
α -Prolin	2.27 „
Serin	vorhanden
Tyrosin	3.41 g
Glutaminsäure	9.74 „
Asparaginsäure	0.39 „
Nicht bestimmte Monoaminosäuren	10.09 „
Lysin-Histidin-Arginin-Gruppe	13.25 „
Zusammen . .	<u>53.74 g</u>

Die Abhandlung wird in deutscher Sprache erscheinen. Bezüglich der Einzelheiten soll hier auf diese Mitteilung verwiesen werden.

MITTEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER K. UNG. FRANZ
JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Prof. DR. LUDWIG MAKARA.

Beiträge zur Aetiologie der angeborenen Difformitäten.*

Von Privatdoz. DR. EMERICH HEVESI, Adjunkt an der Klinik.

Die Aetiologie der angeborenen Difformitäten ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Von einem Teile der Autoren werden diese als primäre Erscheinungen, von einem anderen Teile aber, als Folgeerscheinungen mechanischer Einwirkungen aufgefasst. Die Annahme des mechanischen Ursprungs der klinisch zu beobachtenden Difformitäten schliesst die Möglichkeit der endogenen Bildung derselben nicht aus. Der idiopathische Ursprung gewisser Difformitäten wird in manchen Fällen, durch verschiedene Zeichen wahrscheinlich gemacht. In anderen Fällen kann der Nachweis der Vererbung für den primären Ursprung der Veränderungen sprechen. Solche Zeichen sind aber meistens nicht vorhanden, oder sie können verschieden gedeutet werden. Zahlreicher sind die Fälle, in welchen die Art der mechanischen Einwirkung direkt beobachtet werden konnte, oder die Difformitäten unverkennbare Zeichen von mechanischen Einwirkungen aufweisen. Da die Frage noch keineswegs abgeschlossen ist, kann eine Beschreibung und kritische Besprechung der beobachteten Fälle von angeborenen Difformitäten, nicht überflüssig sein.

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 27. März. 1909.

Verf. beobachtete einen Fall, in welchem die eine Tochter einer an luxatio cong. coxae leidenden Frau ebenfalls mit dieser Difformität geboren wurde, die andere Tochter aber gesund ist. Es sind ihm noch mehrere Mütter mit luxatio cong. coxae bekannt, deren Kinder alle gesund sind. In 8 Jahren beobachtete Verf. etwa 50 Fälle dieser Deformität. Er hatte ferner Gelegenheit die folgenden Fälle zu beobachten:

1. Starrheit der Gelenke der unteren Extremitäten bei einem Neugeborenen aus einer Zwillingsgeburt. 2. Vielfache angeborene Kontrakturen der Extremitäten. 3. Beiderseitige angeborene Luxation der Kniegelenke nach vorne. 4. Ein seltener Fall von angeborenen, vielfachen Kontrakturen der unteren Extremitäten. 5. Pes equino-varus und calcaneo-valgus. 6. Das Zusammenpassen von Verkrümmungen der unteren Extremitäten, bei einem 3 jährigen Mädchen. 8. Pes valgus mit völligem Fehlen der Fibula und Fehlen der lateralen Zehen.

Verf. beschreibt seine Fälle ausführlich und trachtet aus den vorhandenen Zeichen Aufschlüsse über den Mechanismus des Entstehens der Difformitäten zu gewinnen.

Einer der unter 1. beschriebenen Zwillinge zeigte eine ganze Reihe von Kontrakturen. Die Frucht musste im Uterus mit gestreckten Knien und mit auf den Rumpf zurückgeschlagenen unteren Extremitäten liegen.

Bei der Sektion wurden die Gelenksflächen klein, die Patella nicht beweglich, die Gelenkkapsel eng und die Muskelschichte dünn gefunden. Es ist nicht anzunehmen, dass diese Veränderungen die abnorme Stellung der Frucht verursachten. Viel wahrscheinlicher klingt die Annahme, dass die Entwicklung der Gelenke und der umgebenden weichen Teile, durch die abnorme Lage der Frucht die genannten Veränderungen erlitt. Da die Kontrakturen nicht neurogenen Ursprungs sein konnten (bei der Sektion wurden die Muskel dunkelrot gefunden) so muss per exclusionem angenommen werden, dass die Extremitäten durch äussere Kräfte in die beschriebene Lage gebracht und in dieser festgehalten wurden. Der, durch die Anwesenheit der zweiten Frucht verengte Raum konnte dazu die Veranlassung geben.

Im zweiten Falle muss ebenfalls angenommen werden, dass die Extremitäten durch irgend eine äussere Einwirkung in die gestreckte Haltung gebracht wurden und in dieser Stellung weiter wuchsen. Diese Stellung konnte beim Patienten ganz gut rekonstruiert werden. Die Arme waren in gestreckter Haltung an den Rumpf gepresst, die Daumen in die Hohlhand eingebogen und in eine Vertiefung zwischen Trochanter und Glutaei eingepasst. Die Hände lagen in ulnar-volarer Flexion der Glutaealgegend flach an. Die im Kniegelenk nicht beweglichen unteren Extremitäten lagen nach aussen rotiert, am Bauche und an der Brust. Die fibulären Ränder der Füsse waren gegen einander gerichtet.

Dieser Fall wurde vom Verf. bereits vor 3 Jahren demonstriert. Die Difformitäten und das Zurückbleiben einzelner Körperteile in ihrer Entwicklung wurde schon damals dadurch erklärt, dass einzelne Teile der Frucht, wie z. B. die Ulna und die beiden Daumen infolge der gezwungenen Lage einen dauernden Druck erlitten. In der Litteratur waren damals nur zwei ähnliche Fälle von ADAMS und von BESSEL HAGEN beschrieben.

Zur Erklärung des dritten Falles bieten sich ebenfalls mechanische Momente. Die Verschiebung der Gelenkflächen konnte direkt durch das Wachsen der unteren Extremitäten in gestreckter Haltung verursacht werden. Es kann angenommen werden, dass die Extremitäten in ihrer abnormen Lage durch die Verkürzung der weichen Teile an der Streckseite fixiert wurden und darum ihre normale Lage selbst bei Anwesenheit von viel Fruchtwasser nicht wieder einnehmen konnten. Das Hängenbleiben der gestreckten Extremitäten dürfte schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft erfolgt sein, als der Rumpf noch bedeutend grösser war, als die Extremitäten.

Dem vierten Falle ähnliche Difformitäten kommen höchst selten vor. Der Frucht war nämlich in diesem Falle, bei ihrer normalen Lage durch das reichliche Fruchtwasser die möglich freieste Bewegung gesichert. Um ähnliche Kontrakturen aus dem Drucke erklären zu können, sind wir zur Annahme gezwungen, dass die Frucht in einer früheren Periode der Schwangerschaft in einem besonders engen Raum Platz finden musste.

In den Fällen 5, 6, und 7 bringen die Art der Difformitäten, das Zusammenpassen der verkrümmten Gliedmassen und die von VOLKMANN zuerst gewürdigten atrophischen Hautflecke für die einseitige Einschränkung der foetalen Bewegungen einen Beweis.

Die dem achten Falle ähnlichen Defekte können zum Teil als endogene, zum Teil als mechanische aufgefasst werden. Es handelt sich hier um einen Defekt des vom Knie distal gelegenen Hauptstrahles. Ein narbenartiger Streifen an der äusseren Fläche des Unterschenkels, würde vielleicht im vorliegenden Falle, für den mechanischen Ursprung sprechen.

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des Erdélyer Museum-Vereins.

I. Fachsitzung am 6. Februar 1909.

1. Prof. MAKARA: A) *Ein durch Operation geheilter Fall von einem, infolge Vereiterung eines Echinokokkus an der Konvexität der Leber gebildeten, subphrenischen Abscess.* F. G. 41 jähriger Tagelöhner erkrankte in Dezember 1907 mit Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Mitte April 1908. gesellte sich zu den sich erneuernden Symptomen Gelbsucht. Der Patient wurde am 3. Mai auf die interne Klinik aufgenommen. Bei seiner Aufnahme wurden Gelbsucht, erhöhte Empfindlichkeit der Leber, im Harn Gallenfarbstoff, hohes Fieber mit starken Remissionen gefunden. Leukozytenzahl: 18000. VIDAL negativ. Die Grösse der Leber nahm auch während der Beobachtungszeit zu. Im Harn wurde später Eiweiss, im Harnsedimente Eiweisszylinder gefunden. Am 5. Mai Schüttelfrost. Die Symptome wiesen auf eine eiterige Cholangitis hin und der Kranke wurde behufs Operation der chirurgischen Klinik übergeben.

Bei der am 8. Mai vorgenommenen Laparotomie wurde ausser der Vergrösserung der Leber nichts Abnormes gefunden. Die Gallenblase wurde, um die infizierte Galle ableiten zu können, eröffnet und drainiert. Die Galle enthielt reichlich Streptokokken, Bacterium coli und noch eine Art von Bazillen.

Nach der Operation schienen der Zustand des Patienten sich zu bessern. Die Temperatur wurde subfebril, am 22. Mai stieg sie jedoch wieder bis auf 39.5 C°. Anfang Juni wurde am hinteren unteren Teile der rechten Brusthälfte eine Dämpfung gefunden, welche am 12-ten schon die Höhe der VI. Rippe erreichte.

Bei den am 23. Juni vorgenommenen Probepunktionen wurde aus dem VI. Interkostalraum eine seröse, aus dem IX. eine übelriechende eiterige Flüssigkeit gewonnen. Der Eiter enthielt viele

Staphylo- und Streptokokken und ausserdem verschiedene Bazillen. Es wurde somit die Diagnose eines subphrenischen Abscesses und einer konsekutiven Brustfellentzündung festgestellt.

Bei der radikalen Operation wurden die X. und XI. Rippen reseziert, das Brustfell nach oben geschoben und der subphrenische Abscess durch einen Schnitt in das Diaphragma geöffnet. Es entleerten sich etwa 2 Liter einer übelriechenden, eiterigen, Echinokokken enthaltenden Flüssigkeit. Drainage.

Die Heilung wurde auch durch die radikale Operation nicht erreicht, da später auch das pleurale Exsudat eiterig wurde und der Eiter durch die Operationswunde keinen hinreichenden Abfluss fand. Der Patient willigte damals in eine weitere Operation nicht ein und verliess die Klinik am 6. Juli. Er meldete sich am 29. Oktober wieder und verlangte die schon früher empfohlene Operation. Das Empyem erreichte bereits die Höhe der IV. Rippe und stand mit einer Öffnung in der Mitte der Operationsnarbe mittels eines dünnen Ganges in Verbindung. Der sehr abgeschwächte Patient wog 45 Kilo. Temperatur subfebril.

Die Brusthöhle wurde am 4. November nach der Resektion einer Rippe drainiert und mit einer schwachen Lysoformlösung zweimal ausgespült.

Die Heilung schreitet schnell vorwärts. Die Lunge dehnte sich wieder aus, die Wunde ist bis auf eine kleine granulierende Fläche verheilt. Der Kranke gewann seine alten Kräfte und gute Gesichtsfarbe wieder. Sein Körpergewicht beträgt 58.5 Kilo, also 13.5 Kilo mehr, als vor der Operation.

B) *Magengeschwür mit Pylorusstenose u. anhaltender Blutung.*

T. G. 42 jähriger Tagelöhner leidet seit 4 Jahren an heftigen Magenschmerzen und Erbrechen nach dem Essen. Das Erbrochene ist im vorigen Sommer zweimal blutig gewesen. Er leidet an Verstopfung. Sein Appetit war gut. Er wurde am 11. November auf die interne Klinik aufgenommen. Im Stuhle fand sich selbst nach 4 tägiger Milchdiät Blut vor. Der Patient wurde, da das Erbrechen auf Magenspülungen nicht nachliess, und die Anämie sich infolge der starken Blutungen noch steigerte, auf die chirurgische Klinik transportiert. Der Patient wahr sehr abgeschwächt und blutarm. Puls sehr schwach und intermittierend. Der Kranke erhielt am 1. Dezember eine Infusion einer verdünnten Kochsalzlösung mit 10 Tropfen Adrenalin in sehr langsamem Strom in den Mastdarm. Körpergewicht 57 Kilogr. Am 2. Dez. wurde der Patient nach Anwendung einer ähnlichen Infusion operiert. Bei der Laparotomie wurde der Magen erweitert gefunden, der Pfortner zeigte sich durch strahlenartige Narben stark verengt, Geschwüre waren jedoch nicht durchzufühlen. Operation: Gastro-jejunotomia retrocolica.

Der Patient hatte nach der Operation einen fortdauernden Brechreiz und erbrach öfters eine bräunlich gelbe Flüssigkeit. Er war sehr blass und fühlte sich ausserordentlich schwach. Puls 120, leer. Er erhielt vom 8. Dez. an täglich eine langsame Kochsalz-lösung-Infusion in den Mastdarm mit Adrenalin und ausserdem Nährklystiere. Das Erbrechen und die Zeichen der Magenblutungen bestanden bis am 10. Dez. Vom 11-ten Dez. besserte sich sein Zustand, indem sein Puls voller wurde und der Stuhl kein Blut mehr enthielt. Die Magenschmerzen und das Erbrechen blieben aus. Der Patient ernährte sich von nun an besser, seine Kräfte nahmen augenscheinlich zu, seine Gesichtsfarbe wurde wieder rot. Sein Körpergewicht beträgt bei der Demonstration 72 Kilogr.

Die Operation ermöglichte in diesem Falle die normale Entleerung des Mageninhaltes, sie bewirkte dadurch die Abnahme der Azidität dessen und schaffte für die Heilung der Geschwüre günstige Verhältnisse. Dies Alles geschah jedoch erst einige Tage nach der Operation, als die neue Öffnung des Magens ungestört zu funktionieren begann.

Der Vortragende weist bei dieser Gelegenheit auf die schädliche Wirkung des Adrenalins hin, wenn dieses Mittel in Form von subkutanen Infusionen angewandt wird. Das Adrenalin wurde auch im demonstrierten Falle einmal in dieser Weise gegeben und in der Folge trat eine ausgedehnte Nekrose der Haut an der Stelle der Infusion auf. Bei der Behandlung dieser Nekrose leistete das Scharlachrot (SCHMIEDEN 1908) gute Dienste.

Andererseits ist die gute Wirkung der nach LINDNER-SEIDEL angewandten protrahierten Mastdarminfusionen von verdünnter Kochsalzlösungen hervorzuheben. Solche Infusionen können in Fällen von Anämie, Inanition, Peritonitis, oder Urosepsis sowohl vor, wie nach der Operation eine vorteilhafte Verwendung finden. Da sie nicht schmerzhaft sind, steht ihrer wiederholten Anwendung nichts im Wege.

Diskussion: Dr. H. KANITZ sah auch in einem schweren Falle von *Ulcus cruris* eine die Epithelbildung befördernde Wirkung des Scharlachrots. Das Geschwür rezidierte jedoch in kurzer Zeit.

Dr. L. GÓTH bemerkt, dass die Kochsalzlösung auf der gynäkologischen Klinik seit langer Zeit stets in den Mastdarm infundiert wird.

Dr. VÍDAKOVICH machte die Erfahrung, dass die Neubildung des Epithels bei Verbrennungen der Haut, wenn die Hautdrüsen nicht völlig zerstört wurden, durch das Scharlachrot sehr lebhaft befördert wird. Die Epithelzellen der Drüsen verbreiten sich an der roten granulierenden Fläche in Form von weissen Inseln.

2. Dr. KAMIL VÍDAKOVICH demonstriert einen Fall von *Mas-*

titis chronica tuberculosa disseminata. I. F. 19 jähriges Stubenmädchen war bis zum Auftreten der demonstrierten Erkrankung, welche in Oktober 1908. bemerkt wurde, gesund. Tuberkulöse Erkrankungen kamen in ihrer Familie nicht vor. Die rechte Brust ist etwa anderthalbmal so gross, als die gesunde linke, sie fühlt sich härter an und weist stellenweise infiltrierte Herde auf. Um die Brustwarze sind die Öffnungen zahlreicher Fisteln zu sehen, aus welchen auf Druck ein eiteriges Exsudat hervorsickert. Die Haut ist in der Umgebung einzelner Fistelöffnungen livid, dünn und von ihrem eiterig granulierenden Grunde abgehoben. Einzelne Fisteln sind bereits obliteriert. Die Lymphdrüsen sind in der rechten Achselhöhle als nussgrosse Gebilde zu tasten.

Die demonstrierte Form der Erkrankung bildet das häufigste Vorstadium der konfluierenden Mastitis. Viel seltener kommt der Vorgang durch starke Narbenbildung und Verheilen der Fisteln zum Abschlusse. Da das Auskratzen der einzelnen Herde für die Heilung keine Garantie bietet, kann die Therapie nur in der Amputation der Brust bestehen.

3. Dr. JOSEF SZABÓ hält einen Vortrag „über die identifizierende Erinnerungstäuschung“. Siehe Revue S. 1—5.

4. Privatdoz. Dr. BÉLA GÁMÁN demonstriert ein neues Adenotom.

II. Fachsitzung am 13. Februar 1909.

1. Dr. EMERICH HEVESI: *Ein Fall von Trepanation bei JACKSON'S Epilepsie, mit Demonstration der BORCHARD'Schen Fraise*. O. J. 28 jährigem Tagelöhner, wurde vor 1 Jahre mit einem Stocke der Schädel eingehauen, so dass eine Mulde rechterseits verblieb. 4 Monate später zum erstenmale, dann häufiger, ja alle 2—3 Tage einmal traten Kopfschmerzen und Krämpfe an den Fingern der linken Hand, um das linke Auge und um den linken Mundwinkel herum auf, wobei er bewusstlos umfiel. Die Untersuchung des Augengrundes in der Augen-Klinik, entdeckte keine Veränderungen. Auf die chirurgische Klinik kam Patient am 15. Januar.

Bei der Prüfung waren die Extremitäten beiderseits gleich kräftig; die Reflexe waren normal, nur links an der Bauchwand etwas schwächer. Puls 102, klein, intermittierend. An der rechten Hälfte des Schädels zeigte sich eine längliche, vorne 2 hinten $4\frac{1}{2}$ cm. breite, $9\frac{1}{2}$ cm. lange, mit normaler Haut bedeckte Vertiefung, welche von der linea verticalis zygomatica bis zur linea verticalis retromastoidea verlief. Ihr unterer Rand lag in der linea verticalis articularis, 4 cm. über der linea horis. superior. Die Nn. facialis

und hypoglossus waren auf der linken Seite paretisch. Die Diagnose wurde auf JACKSON-S Epilepsie gestellt.

Bei der Operation, in der WITZEL'schen Morphin-Aether-Chloroform-Narkose am 20 Januar, wurde der Schädel, nachdem ein hinreichend grosser Lappen der weichen Teile seitwärts geschoben wurde, am Rande des zu heraushebenden Stückes an drei Stellen angebohrt, das tief gelegene Stück mit der BORCHARDT'schen Fraise umschnitten und herausgehoben. Die Dura wurde von der Lamina vitrea mit zwei Elevatorien abgehoben. Die Gehirnhäute erfuhren bei der Operation keine Verletzung. Die blossgelegte Dura zeigte keine Abweichungen. Die Pulsation des Gehirns war auffallend schwach. Die an zwei Stellen ausgeführten Probepunktionen führten zu negativem Resultate. Die ausgehobene Knochenplatte wurde in drei Stücke zerbrochen, in reinem Wasser ausgekocht und auf ihre alte Stelle zurückgelegt. Die weichen Teile wurden über der reinplantierten Platte vereinigt. Das ganze Verfahren hatte den Zweck dem Gehirn, den zu seiner Ausdehnung nötigen Raum zu sichern. In die Hautwunde wurden 3 Drainröhren eingenäht. Deckverband. Aus dem späteren Verlaufe sollen noch die folgenden Punkte hervorgehoben werden:

21. I. Der Patient schlief in der Nacht nicht. Die Stelle der Operation ist schmerzhaft. Um 1 Uhr Nachmittags meldeten sich klonische Krämpfe der linken Hand, welche 5 Minuten dauerten, doch folgte keine Ohnmacht. Der Puls ist voller und es blieben keine Schläge aus. Die genannten Paresen sind noch vorhanden. Abends um 7 Uhr hatte der Patient wieder einen Krampfanfall, ohne dabei das Bewusstsein zu verlieren. Temperatur bis 37.7° C.

22. I. Der Patient schlief in der Nacht. Puls weicher, es bleiben einzelne Schläge aus. Die Schmerzen liessen bedeutend nach. Temperatur 37.2° C.

23. I. Unbedeutende Krämpfe. Die Drains wurden entfernt.

26. I. Die Facialparese ist nicht mehr zu bemerken.

28. I. Die Nähte wurden entfernt und die Wunde, um die Stelle der Operation von Druck zu schützen, nur mit einem Streifen Gaze bedeckt und mit etwas Kollodium befestigt.

31. I. Zwei Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit.

5. II. Puls 96, regelmässig.

12. II. Die reinplantierten Knochenstücke, welche unmittelbar nach der Operation noch tiefer, als ihre Umgebung lagen, haben sich bereits beinahe in die normale Lage erhoben. Sie lassen dem vorsichtigen Drucke kaum etwas nach. Die Stelle des Schnittes ist als eine Furche durch die Haut zu fühlen.

Das Zerbrechen und die Reimplantation des herausgehobenen

Knochenstückes zeigte sich in diesem Falle als ein gutes und in ähnlichen Fällen empfehlenswertes Verfahren. Über das therapeutische Resultat kann nur der weitere Verlauf Aufschlüsse geben.

Bei dieser Veranlassung demonstriert der Vortragende die BORCHARD'schen Instrumente, unter welchen besonders seine Fraise über die bisher zur Trepanation benutzten Instrumente Vorteile bietet. (Der Gebrauch dieses Instrumentes wurde an einem Schädel demonstriert.)

2. Privatdoz. Dr. B. REINOLD hält einem Vortrag „Zur Hydrolyse des Blutfibrins.“ (Siehe Revue S. 6.)

III. Fachsitzung am. 6. März. 1909.

1. Prof. MAKARA demonstriert folgende Fälle:

a) Frau J. T. leidet seit 3 Monaten an Magenschmerzen, Erbrechen und Verstopfung. Sie wurde am 29. Dezember auf die interne Klinik aufgenommen. Körpergewicht bei ihrer Aufnahme: 29 Kilogr. Der Perkussionsschall an der linken Lungenspitze ist etwas leer, das Atmen daselbst etwas verschärft. Die unteren Grenzen der Lungen lagen um die Breite eines Interkostalraums tiefer als normal. Die Patientin hustete und entleerte ein schleimig-eiteriges Sputum, in welchem keine Tuberkelbazillen gefunden werden konnten. Die obere Grenze des aufgeblasenen Magens war in der Höhe des Nabels, die untere Grenze einen Finger breit über der Symphyse zu sehen. Die Azidität des Magensaftes betrug 63 wovon 22 auf freie Salzsäure fielen. Diagnose: Pylorusstenose.

Die Patientin wurde am 4. Februar auf die chirurgische Klinik transportiert und am 9. Februar in Aethernarkose operiert. Der verengte Pförtner war mit der Gallenblase und seiner sonstigen Umgebung verwachsen, die Gedärme anämisch und in der Bauchhöhle fanden sich einige Liter freier Flüssigkeit vor. Gastrojejunostomia antekolica anterior mit in drei Reihen angelegter Naht.

Der Lungenkatarrh nahm in den ersten Tagen nach der Operation zu, die Heilung verlief sonst ungestört. Die Patientin erhielt protrahierte Infusionen von verdünnter Kochsalzlösung in den Mastdarm. Ihre Kräfte nahmen rasch zu, sie wiegt zur Zeit der Demonstration 38.5 Kilogr. Der Fall zeigt, dass bei gutartigen Pylorusstenosen die Operation, auch im Falle höchster Emaciation zur völligen Genesung führen kann.

b) *Radikale Nabelbruchoperation nach Mayo.* Bei der vorgestellten Patientin bestanden neben dem Nabelbruch, chronische Nierenentzündung und Obesität, welche die rasche Ausführung der Operation notwendig machten. Die Mm. recti und die hintere Lamelle ihrer Scheide wurden daher nicht verletzt, sondern nur die vordere

Lamelle der Scheide durchschnitten und die fette Haut von der Aponeurose auf- und abwärts abpräpariert. Durch eine gemeinsame Naht des Peritoneums und der Fascie wurde die Wunde des ausgeschnittenen Nabelringes geschlossen und in der vorderen Scheide des M. rectus die Aluminiumbronz-Schlingen in der gewöhnlichen Weise angelegt. Wenn die Ränder der Fascien durch Seidennähte vereinigt werden, so ist auch auf diese Weise eine Verdoppelung, respektive eine Verdreifachung der Bauchwand zu erreichen.

Diese Modifikation ermöglichte die Abkürzung der Operationsdauer bis auf $\frac{3}{4}$ Stunden. Die Heilung verlief ungestört und die vorsichtig angewandte Scopolamin-Morphin-Chloroform-Narkose hatte auf die bestehende Nierenentzündung keinen ungünstigen Einfluss.

c) Ein durch Operation geheilter Fall einer Schusswunde des Magens. Bei den 17 jährigen Burschen drang am 17. Februar Morgens um $\frac{1}{2}$ 7 Uhr, das Projektil zwischen der linken Brustwarze und der vorderen Axillarlinie in den Körper und war neben der Wirbelsäule zwischen dem letzten Brustwirbel und dem ersten Lendenwirbel zu tasten. Da das Projektil demgemäss den Magen durchbohren musste, wurde die Operation um 10 Uhr V. M. vorgenommen, obwohl weder Erbrechen, noch andere Symptome auf eine Perforation des Magens hinwiesen. Die Schusswunde konnte an der vorderen Wand des Magens leicht gefunden und geschlossen werden. Um die hintere Fläche des Magens prüfen zu können, musste man den Schnitt erweitern und so konnte auch die Wunde der hinteren Magenwand gefunden und geschlossen werden.

Bei durchdringenden Verletzungen des Bauches muss man aus der Stelle und der Richtung der Verletzung auf die inneren Verletzungen schliessen. Es wäre ganz verfehlt die sicheren Zeichen der Magen- oder Darm-Verletzung, wie das blutige Erbrechen, die Ansammlung von Flüssigkeit im Bauche, Fieber, Tympanie, etc. abzuwarten, denn man würde dadurch die kostbarsten ersten Stunden verlieren.

2. Dr. H. KANITZ demonstriert Fälle von *Leukoderma syphiliticum*.

3. Dr. SAMUEL NAGY demonstriert je einen Fall von *Atrophia musculorum progressiva* und *Paralysis bulbaris progressiva*.

4. Privatdoz. Dr. GÁMÁN stellt einen Fall von *Rhinosklerom* vor und demonstriert in einem ausgeschnittenen Stücke die Mikulicz'schen Zellen und die Bazillen von FISCHE.

IV. Fachsitzung am 20. März 1909.

1. Prof. S. PURJESZ fasst im Anschlusse an einen Fall von *Dystrophia musculorum progressiva* in einer kurzer Beschreibung die Typen der verschiedenen progressiven Muskelatrophien zusammen.

2. Dr. P. STEINER. *Vielfaches basozelluläres Karzinom der Kopfhaut.* Nach den Angaben des 57 jährigen Patienten bildeten sich vor 4 Jahren 3 kleine Warzen an der behaarten Haut seines Kopfes, welche sich langsam vergrösserten. In kurzer Zeit folgten zahlreiche ähnliche Warzen; einige von diesen exulzerierten und verheilten. Zur Zeit der Demonstration ist die ganze behaarte Haut des Kopfes, ferner die Haut der Schläfen und des Gesichts von zahlreichen, etwa 350, linsen-nuss-grossen, zum Teil gestielten Geschwülsten belegt. Einige dieser sind exulzeriert, andere zeigen Narben. Diese Gebilde bieten bei der einfachen Betrachtung das Bild von Fibromen, bei der histologischen Prüfung aber wurden sie als Carcinoma basocellulare adenoides erkannt.

In diesem Falle ist die ausserordentliche, in der Litteratur bisher allein stehende hohe Zahl der Geschwülste hervorzuheben.

Die Therapie muss sich auf die operative Entfernung der grösseren Geschwülste beschränken. Es wird ausserdem die Bestrahlung mit R.-Strahlen zur Heilung der kleineren Geschwülste versucht.

3. Dr. P. STEINER demonstriert einen durch HAMILTON IRVING zur *Nachbehandlung bei der suprapubischen Cystotomie* empfohlenen Apparat.

4. Dr. DESID. POTOCKY demonstriert *anatomische Präparate aus einem schweren und abnormen Fall von Rhachitis.* Am Skelet des 3½ jährigen Knaben zeigt sich eine vielfache Skoliose. Das Becken ist eng, herzförmig. Die Röhrenknochen sind kurz und krumm. Das histologische Bild wird durch das wuchernde Knorpelgewebe und durch die geringe Zahl der Knochenlamellen charakterisiert. Das Knorpelgewebe trägt keine Zeichen der Resorption an sich. Das osteoide Gewebe ist nicht vermehrt. Diagnose: schon nicht mehr floride Rachitis, im Begriffe der Heilung. Infolge der geringen Vascularisation ging die Resorption des Knorpels sehr unvollkommen vor sich, wodurch sich dieser Fall von den normalen unterscheidet. Die Deformationen mussten im floriden Stadium der Erkrankung entstehen.

Das Leichenblut wurde nach WASSERMANN mit positivem Resultate untersucht, andere Zeichen der Syphilis waren weder in der Anamnese, noch bei der Autopsie zu entdecken. Der positive Ausfall der WASSERMANN'schen Reaktion steht mit der Erfahrung, dass die schwersten Rhachitisfälle bei vererbter Syphilis vorkommen, in guter Übereinstimmung.

Die Befunde wurden an histologischen Präparaten demonstriert.

V. Fachsitzung am 27. März 1909.

1. Dr. GABRIEL BRAUNSTEIN stellt die Schwester, des von Prof. PURJESZ in der letzten Fachsitzung demonstrierten Kindes vor, welche

ebenfalls an *Dystrophia musculorum progressiva* leidet, und spricht über den familiären Charakter dieser Erkrankung.

2. Dr. L. GÓTH demonstriert *einen Fall von Osteomalacie*. J. F. 24 jährige Tagelöhnerin gebar vor 2 Jahren zum ersten Male. Die Schwangerschaft, Entbindung und das Wochenbett verliefen normal. Das von der Mutter gestillte Kind starb im Alter von 2 Monaten; vor einem Jahre wurde die Patientin von ihrer zweiten, toten Frucht durch eine Operation entbunden. Sie fühlt seit dieser Zeit Schmerzen in ihren Knochen, sie kann nicht gehen.

Die vorgestellte Patientin ist ausserordentlich abgemagert. Der Brustkorb zeigt den drei obersten Rippen entsprechend beiderseits je eine rinnenartige Vertiefung. Die Knickungen der Rippen, am Rande dieser Vertiefungen, sind, besonders rechts, verdickt. Die Schlüsselbeine sind beiderseits beinahe ringförmig um den Hals gebogen, die Schultergelenke liegen beiderseits nach vorne an den erwähnten Rinnen. Die unteren Rippen zeigen stellenweise Knickungen. Der hintere Teil des Beckens zeigt die für Osteomalacie bezeichnenden Abweichungen. Die Schambeine sind dagegen nicht vorgeückt, die Gegend der Symphyse ist beinahe flach, als ob die Schambeine an ihren äusseren Enden geknickt wären. Die Extremitäten weisen keine Formveränderungen auf. Die Wirbelsäule zeigt einen geraden Verlauf, abgesehen von einer stärkeren Lordose an der Kreuzgegend. Die Knochen sind bis auf einzelne Rippen nicht schmerzhaft.

2. Dr. BÉLA PURJESZ berichtet über die, bei der *Behandlung der Osteomalacie mit Adrenalin* erreichbaren Erfolge. Das Adrenalin wurde in Dosen von 0.0001—0.0002 g. den Patientinnen subkutan verabreicht. In einem Fall wurde eine Besserung beobachtet, in einem anderen Falle aber hatten auch Dosen von 0.0003 keine günstige Wirkung. Während der nachfolgenden Verabreichung von Phosphor, in den üblichen Dosen, konnte dagegen eine bedeutende Besserung beobachtet werden. Es wäre natürlich schwer zu entscheiden inwiefern dieses Resultat den angewandten Mitteln, oder den besseren allgemeinen hygienischen Verhältnissen zuzuschreiben ist.

Diskussion: Dr. GÓTH macht aufmerksam, dass manche Fälle der Osteomalacie spontan heilen. Dieser Umstand ist bei der Beurteilung der verschiedenen Heilverfahren nicht ausser Acht zu lassen.

Nach einigen Bemerkungen von Dr. KANITZ betont Prof. SZABÓ, dass eine isolierte Bestrahlung der Ovarien mit R.-Strahlen technisch kaum zu erreichen wäre. Die Behandlung von Fibromyomen wirkt auf die ganze Gebärmutter. Die Kastration ist ein viel sicheres Verfahren, es wird jedoch nur ausnahmsweise anstatt der Amputation der kranken Gebärmutter ausgeführt. In den von ihm bisher beobachteten Fällen von Osteomalacie waren sowohl bei Schwan-

geren, wie auch bei nicht schwangeren Kranken bedeutende Formveränderungen des Beckens zu sehen. Die Knochen wurden jedoch, sogar bei den Schwangeren hart gefunden. Es handelte sich also meistens um schon grösstenteils abgelaufene Prozesse. Es ist einleuchtend, dass die Wirkung der verschiedenen Mittel, in solchen Fällen keine auffallende sein wird. Die verschiedenen Resultate bei der Behandlung dieser Krankheit, sei es durch verschiedene Arzneimittel, sei es durch die Kastration, können vielleicht zum Teil durch diesen Umstand erklärt werden.

Privatdoz. Dr. ÁKONTZ meint, dass die Vieldeutigkeit der therapeutischen Resultate vielleicht zum Teil auf diagnostische Irrtümer zurückzuführen wäre. Es wäre von Interesse zu wissen, ob die Osteomalacie-Fälle, welche bei uns seit einiger Zeit immer öfter vorkommen, nicht mit einer infizierten Gegend zusammenhängen?

Dr. L. GÓTH bemerkt, dass seinen Erfahrungen nach, die Osteomalacie-Fälle aus den verschiedensten Gegenden Siebenbürgens herkommen und demnach von einem Herde der Krankheit, wie dies manchmal vorkommt, nicht die Rede sein kann. Ausser der, als ein solches Zentrum bekannten Insel Csepel, ist in Ungarn noch in Mármaros eine ähnlich infizierte Gegend. Dr. GÓTH hatte Gelegenheit aus der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. GLASSNER aus Felső-Visó eine Reihe von Osteomalacie-Fällen zu beobachten, welche jeden diagnostischen Irrtum ausschliessen. Herr Dr. GLASSNER teilte ihm mit, dass ihm ausser den vorgeführten noch zahlreiche ähnliche Fälle bekannt sind.

4. Privatdoz. Dr. EMERICH HEVESI hält einen Vortrag „*Klinische Beiträge zur Aetiologie der angeborenen Deformitäten*. (Siehe Revue S. 8.).
