

## XXVI.

## Ueber syphilitische Gefässerkrankung.

Von Dr. Karl Huber,

Privatdocenten und Assistenten am pathologischen Institute zu Leipzig.

Nachstehendes glaubte ich der Oeffentlichkeit nicht vorenthalten zu dürfen, da es einen nicht uninteressanten Beitrag liefert zu der in neuerer Zeit des Oefteren discutirten Frage von der syphilitischen Erkrankung des Gefässapparates.

G. L., 22 J. v. E.<sup>1)</sup>. Patientin will bis zum 14. Lebensjahre ganz gesund gewesen sein; im genannten Jahre überstand sie Scharlach, complicirt mit Rachendiphtherie und Nierenaffectio, wovon sie vollkommen geheilt wurde. Im 18. Lebensjahre wandte sie sich der Laufbahn einer Puella publica zu, mit dem Schauplatze ihrer Thätigkeit abwechselnd in Leipzig und Dresden. Im Jahre 1876 machte sie eine linksseitige Pleuritis, sowie einen Blasenkatarrh durch; letzterer soll in der Folge niemals ganz gewichen sein. Den 13. September 1878 wurde sie zum Erstenmale wegen Syphilis auf die syphilitische Station des Dresdner Stadtkrankenhauses aufgenommen und blieb dort bis zum 13. December d. J. Die betreffenden Mittheilungen aus dem dortigen Krankenjournal lauten:

„Oertliche und allgemeine Syphilis: Ulc. syphilitic. in genital., Psorias. palmar., Plaques opallines ad lab. oris., Abscess. glandul. Bartholin. sinistr., Bubo sinist.“ Vom 7.—24. Januar 1879 war sie zum Zweitenmale an derselben Affectio in Dresden in Behandlung. Nach den diagnostischen Ergebnissen handelte es sich um: „Condyloma lata ad lab. pudend. etc., Exanthem. maculos. (Roseola), Stomatit. ulceros. ad tonsill. et lab. oris., Psoriasis membran. ling.“ — Beidemale wurde in erfolgreicher Weise eine Inunctionscur in Anwendung gezogen, „denn bei der jedesmaligen Entlassung waren die sinnfälligen Erscheinungen der Syphilis vollständig geschwunden“.

Der Beginn der eigentlichen Erkrankung datirt vom 8. Februar 1879 — also 14 Tage nach ihrer Entlassung aus dem Dresdner Krankenhause — ab. Patientin bemerkte, dass der Urin trübe wurde; es traten ferner Oedeme, von den Beinen aufsteigend und sich von hier aus über den ganzen Körper verbreitend, auf. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört. Den 11. Februar erfolgte die Aufnahme in das hiesige Jakobshospital. Die Krankenuntersuchung beim Eintritte ergab „starkes,

<sup>1)</sup> Für die klinischen Daten bin ich Herrn Dr. Ramdohr, Assist. a. d. medic. Klinik hieselbst, sowie Herrn Dr. Preussler vom Stadtkrankenhause zu Dresden zu Danke verpflichtet.

allgemeines Körperödem“, Zeichen von Flüssigkeitsansammlung in Brust- und Bauchhöhle, geringe Erscheinungen von Seiten des Respirationsapparates. Unter Anwendung therapeutischer Mittel besserten sich die Oedeme in geringem Grade, stellten sich jedoch nach einiger Zeit wieder ein, um von da ab sich in wechselnder Höhe bis zum Tode zu erhalten. Die Urinmenge war stets eine geringe; die Farbe des Urins weisslich-gelb, derselbe stark getrübt, stets grosse Eiweissmengen — theils flüssige Eiweisskörper, theils reichliche Eiterkörperchen, bisweilen Cylinder u. s. w. — enthaltend. Neben diesen Symptomen, die zweifellos auf eine Nierenaffection hindeuten, war häufig Erbrechen vorhanden. Der Stuhlgang dünn. Herzaction stets schwach. Zu schneller Abnahme der Kräfte gesellte sich eine starke psychische Depression. In den letzten Lebenstagen trat des Oeffteren Zittern des ganzen Körpers, das sich am stärksten an beiden Händen bemerkbar machte, sowie grosse Unruhe ein. Am Morgen des 19. Mai 1879 verfiel Pat. in Coma und blieb in diesem bis zum Tode, welcher noch an demselben Nachmittage erfolgte.

Das Ergebniss der den Tag darauf von mir vorgenommenen Section war folgendes:

#### Anatomische Diagnose:

Allgemeine Gefässerkrankung mit ausgedehnter Verkalkung, am stärksten im arteriellen Systeme. Amyloid der Milz, des Darmkanales, der mesenterialen Lymphdrüsen, der Leber, in letzterer mit Verfettung. Rechtseitige Amyloidnephritis. Linkseitige Pyelonephrose. Ureteritis. Cystitis. Hydrops anasarca. Geringer Hydrothorax, Hydropericardium. Ascites. Thrombose der Vena cava inferior und der Vena cruralis dextra. Embolie der Lungenarterien. Geschwüre im Darmkanale und im Kehlkopfe. Verkäsende und frischere entzündliche Infiltrate sowie Bronchiectasenbildung in beiden Lungen. Hochgradiges Lungenödem. Starker Decubitus sacralis.

Grosser, stark abgemagerter, im Uebrigen wohlgebauter Leichnam. Haut feucht, gespannt, glänzend, im Allgemeinen von blasser Farbe, an einzelnen Körperstellen, z. B. dem rechten Unterschenkel, stark geröthet. In der Mitte des linken Unterschenkels auf seiner hinteren Fläche eine Handtellergrosse blasenförmige Abhebung der Epidermis mit starker Röthung des darunter freiliegenden Papillarkörpers; Blasenbildung an verschiedenen anderen Hautpartien. Ausgedehnter Decubitus am Kreuzbein, an einzelnen Stellen sich bis auf den Knochen erstreckend, mit unterminirten Rändern und einzelnen weit in die Umgebung reichenden, mit reichlichem Eiter erfüllten Fistelgängen. Hochgradiges Oedem des Unterhautzellgewebes theilweise des intermusculären Gewebes an beiden unteren Extremitäten, in geringerem Grade an den übrigen Körperpartien. Starkes Oedem beider grosser Labien. Oedematöse Striae an beiden Oberschenkeln und in der rechten Bauchgegend. Musculatur schlaff, blass, atrophisch, theilweise von stark feuchtem Glanze. Reichliche Todtenflecke. Geringe Starre.

Thorax flach, ziemlich breit. Unterleib etwas aufgetrieben. Zwerchfell rechts 5. Rippe, links oben 6., beiderseits gespannt.

Beide Lungen durch vereinzelte Pseudomembranen an Brustkorb und Zwerch-

fell adhärent. In beiden Pleurahöhlen sowie im Herzbeutel geringe Mengen hellgelber klarer Flüssigkeit. Herz von mittlerer Grösse, Musculatur blass, Wand des linken Ventrikels ziemlich dünn und schlaff; sämtliche Klappen zart und glatt. Linke Lunge mässig lufthaltig, von reichlichen Mengen dünschaumiger Flüssigkeit durchsetzt; im unteren Lappen eine beträchtliche Anzahl bis erbsengrosser, theils solider, theils im Innern erweichter käsiger Herde, sowie vereinzelte lobuläre Infiltrate von braunrother Farbe. Ein Theil der kleinen Bronchien cylindrisch ausgebuchtet; die Bronchien des unteren Lappens auf der Schleimhaut geröthet und mit schaumiger Flüssigkeit erfüllt.

Rechte Lunge noch etwas praller infiltrirt wie die linke, von kleinen käsigen Herden derselben Beschaffenheit wie links durchsetzt, im unteren Lappen vereinzelte frischere lobuläre Infiltrate, sowie cylindrische Bronchiektasen. Auch hier die Bronchien von demselben Verhalten wie links. Einzelne der mittelgrossen und kleinern Lungenarterienäste beider unteren Lappen von total obturirenden, blassrothen Thromben erfüllt. — Das Weitere hierüber siehe unten. —

Schleimhaut der Mund- und Halsorgane geröthet, mit wenig dickem Schleime bedeckt, die des Kehlkopfes am Ansatzpunkte beider wahren Stimmbänder, sowie an der Innenfläche der Epiglottis, von oberflächlichen Geschwüren mit unreinem Grunde und schwachgewulsteten Rändern durchsetzt.

In der Beckenhöhle circa  $\frac{1}{2}$  Liter schwachrostfarbener Flüssigkeit.

Milz in mässigem Grade vergrössert ( $13:8\frac{1}{2}$ ), consistent, blutreich, von sagoartigem Ansehen; mit Lugoll'scher Lösung exquisite Amyloidreaction.

Linke Niere hochgradig atrophisch, nicht ganz wallnussgross; Kapsel stark verdickt, adhärent; nur in den äussersten Rindenpartien ein Saum blassen, stark comprimierten Nierenparenchyms erkennbar; das Uebrige stellt ein System grösserer und kleinerer, mit schleimig-eitrigen Inhalte erfüllter Hohlräume dar, welche durch derbe Bindegewebsstränge von einander geschieden sind und in unmittelbarer Communication stehen mit den stark ectatischen Nierenkelchen und dem Nierenbecken. Die Schleimhaut der letzteren an vereinzelten Stellen schieferfarben, oberflächlich excoriirt und von schleimig-eitrigen Massen bedeckt. Schleimhaut des linken Ureter in gleicher Weise verändert. Arteria renalis sinistra, am hochgradigsten in ihren mittelgrossen Aesten, auf ihrer Intima von theils einfachen Verdickungen, theils ausgedehnten Kalkablagerungen eingenommen und in ihrem Lumen beträchtlich verengt.

Rechte Niere stark vergrössert, Kapsel in geringem Grade verdickt, Gewebe sehr consistent, Rinde verbreitert, von gelber, Pyramiden von hellrother, Farbe; in ersteren die Glomeruli zum grössten Theil in Form grauweisser, auf Zusatz von Lugoll'scher Lösung sich braun färbender Punkte sich abhebend. Arteria renalis dextra in ihren mittelgrossen Zweigen in ähnlicher, jedoch bei weitem in nicht so hochgradiger Weise wie die Sinistra verändert. Die Schleimhaut der Nierenkelche sowie des Nierenbeckens und des rechten Ureters fleckig geröthet und mit schleimig-eitrigen Massen bedeckt. Dasselbe findet sich an der Schleimhaut der Harnblase, welche ausserdem vereinzelte Blutungen erkennen lässt. Die übrigen Beckenorgane lassen nichts Abnormes erkennen. Schleimhaut des Duodenums blass, die des Magens am Fundus von vereinzelten Hämorrhagien durchsetzt. In der

Schleimhaut des unteren Ileum kleine Geschwüre mit blassem, unreinem Grunde und leichtgewulsteten, schwacherötheten Rändern. Geschwüre derselben Beschaffenheit in der Schleimhaut des Coecum; Zusatz von Lugol'scher Lösung giebt auch hier Amyloidreaction.

Leber stark vergrössert, Parenchym auf der Schnittfläche von gelber Farbe, fettglänzend, wenig bluthaltig, von reichlichen Massen kleiner, grauweisser, nach Behandlung mit Jodlösung Amyloidreaction erkennen lassender Herde durchsetzt. Pancreas consistent und blass. Mesenteriallymphdrüsen bis bohngross — durch Jodreaction Amyloid nachweisbar —.

Schädeldach ziemlich dünn, weiche Hirnhäute mässig ödematös, Gehirnsubstanz schlaff und wenig bluthaltig.

Sämmtliche Arterien der weichen Gehirnhäute und der Gehirnsubstanz von völlig normaler Beschaffenheit.

Aorta in ihrem oberen Drittel in sämmtlichen Häuten intact. Von da ab treten auf der Intima, anfänglich noch vereinzelt, kleine, nicht über linsengrosse und durchschnittlich 2—3 Mm. im Durchmesser betragende Verdickungen von weisslich durchscheinendem Ansehen, theilweise auch rein gelber Farbe auf. Dieselben nehmen an Ausdehnung und Zahl nach abwärts gegen die beiden Arter. crural. hin allmählich zu, halten sich mit Vorliebe an die Abgangsstelle der Gefässe und zeigen eine plaquesartige Configuration. In den oberen Partien beider Arter. crurales finden sich darin eingelagert Herde von derber, kalkartig harter Beschaffenheit, anfänglich noch von geringem Umfange.

Es mehren dieselben sich zusehends im weiteren Verlaufe dieser Gefässe, nehmen alsbald in continuirlicher Weise die inneren Partien des Gefässrohres ein und erscheinen häufig in Gestalt ziemlich regelmässig angeordneter, in querer Richtung gegen das Lumen vorspringender Kanten und Riffe. Das ganze Gefässrohr fühlt sich in Folge davon von aussen kalkartig hart an und bietet beim Durchschneiden einen nicht unbeträchtlichen Widerstand dar. Den höchsten Grad der Ausbildung erreichen diese Veränderungen in einem Theil der kleinen Muskelarterien beider Oberschenkel, sowie fast an sämmtlichen grossen und kleinen Arterien beider Unterschenkel und Füsse. Dieselben sind, so z. B. die Artt. tibial., peron., pediaeae., in ein fortlaufendes Kalkrohr verwandelt, welches überdies an einzelnen Strecken in verschiedenen weiten Abständen kleine, theils partielle, theils totale sackige und cylindrische Ectasien, erstere in rosenkranzförmiger Anordnung zeigt. Das Lumen ist an vielen Stellen biswellen in weiter Ausdehnung bis zur totalen Undurchgängigkeit verlegt, theilweise allein schon durch die genannten Veränderungen, häufig auch durch thrombotische Ablagerungen, welche sich auf seiner Innenfläche niedergeschlagen haben.

Die mittलगrossen Beckenarterien zeigen einfach umschriebene Verdickungen der oben angegebenen Art, die kleineren und kleinsten dagegen ebenfalls schon Verkalkung, jedoch in beschränkterem Grade. In gleicher Weise alterirt sind die Arterien beider oberen Extremitäten, derart, dass die grössten unter ihnen wiederum blosser Verdickung von variabler Form und Ausdehnung darbieten, während die kleineren, insbesondere die beider Vorderarme und Hände, in nach abwärts an Intensität zunehmendem Grade auf ziemlich weite Strecken in ein starres Kalkrohr ver-

wandelt sind, das in seinem übrigen Verhalten vollkommen mit dem bei den unteren Extremitäten Angeführten übereinstimmt. Ganz denselben Typus behält der Prozess bei in sämtlichen Arterien des Unterleibes, so der Art. hepatic., lineal., mesenteric. sup. et infer. u. s. w. und unterscheidet sich nur in dem einen Punkte von dem Bisherigen, dass er hier in nicht so ausgedehnter Weise entwickelt ist, und einen mehr wechselnden Charakter besitzt. Die grösseren Aeste lassen wiederum Verdickung, die kleineren Verkalkung mit ihren Complicationen erkennen. Die Arter. coronar. cord. dagegen sind, analog den Gehirnarterien, bis in ihre kleinsten Verzweigungen hinein vollkommen intact, auf der Intima durchgängig zart und glatt, auch in den übrigen Häuten von der gewöhnlichen Beschaffenheit.

Einfache Verdickungen der Intima finden sich ferner an den grösseren Venen beider unteren, in geringerem Grade denen beider oberen Extremitäten, an mehreren der Pulmonalarterienäste jeden Calibers, sowie dem Stamm der Vena portarum in seinem ganzen Verlaufe an kleinen umschriebenen Stellen vor. Verkalkung, vollkommen analog der in dem arteriellen Systeme, ist vereinzelt an den mittleren, etwas ausgedehnter an den kleinen Venen der Gliedmaassen vorhanden; auch hier sind die beider unteren Extremitäten bevorzugt gegenüber denen der oberen. Dieselbe Veränderung ist an wenigen Stellen in einigen der kleinen Pulmonalarterienäste noch zu bemerken.

Die Vena cruralis dextra nebst einem Theil ihrer grösseren Muskeläste von total obturirenden Thromben erfüllt, welche sich nach aufwärts bis in die Vena cava inferior hineinziehen.

#### Mikroskopische Untersuchung:

Entsprechend den einfachen Verdickungen fand sich das Gewebe der Intima in verschiedener Mächtigkeit von rundlichen und spindelförmigen Zellen durchsetzt vor, welche an den gelb bezeichneten Partien in Verfettung und Nekrose übergegangen waren.

Die bedeckende Endothelschicht war unverändert. Die Media theilte sich nur in soweit, als sie an vereinzelt Stellen zellige Infiltration zeigte und da, wo der Prozess einen beträchtlicheren Grad der Ausbildung erreicht hatte, von innen her zusammengedrängt war. Die Adventitia liess ausser spärlicher Zellenanhäufung nichts Besonderes erkennen.

Die als verkalkt bezeichneten Partien boten sowohl bei durchfallender, wie auffallender Beleuchtung das gewöhnlich hierfür charakteristische Ansehen dar.

Auch die chemischen Reactionen stimmten hiermit überein. Dieselben nahmen in grösster Mächtigkeit und sehr häufig ausschliesslich die Intima ein, welche stark verbreitert und in eine völlig structurlose Masse verwandelt war, die sich in Form eines weissglänzenden Bandes scharf abgrenzte gegen die Media zu. Letztere war dadurch an multipeln Stellen in verschiedener Gestalt und Ausdehnung comprimirt, nach auswärts vorgebuchtet und bisweilen unter mehr oder minder starkem Schwund ihrer musculösen Bestandtheile ebenfalls von Kalksalzen der angegebenen Art in Quer- und Längsrichtung durchsetzt. Die Adventitia war nur ganz vereinzelt und stets dann, wenn der Prozess in die äussersten Schichten der Media vorgedrungen war, mit Kalksalzen infiltrirt, im Uebrigen völlig intact.

Ein besonders eigenthümliches Verhalten ergab sich in der rechten Niere. Hier

erstreckte sich die Verkalkung nur bis zu den eben noch mit blossen Auge deutlich erkennbaren Arterien, während die noch kleineren in nicht unbeträchtlicher Anzahl statt dessen amyloide Degenerationen erkennen liessen. Dieselbe präsentierte sich in der bekannten Weise, war jedoch ausschliesslich auf die Media beschränkt. Nächstdem waren in hervorragender Weise befallen fast sämtliche Glomeruli, sowie ein Theil des die Harnkanälchen umspinnenden Capillarsystems, während die übrigen Gewebtheile davon frei waren. Die Niere bot ferner alle Zeichen chronischer Entzündung — ausgedehnte zellige Infiltration, Schwund eines Theils des Drüsengewebes, Dilatation eines andern Theils der Harnkanälchen, Verfettung, nicht amyloide Cylinderbildung — dar.

Wir haben es auf Grund dieses Befundes hier zu thun mit einer ganzen Reihe von Einzelerkrankungen; es sind dies 1) Lungenphthise, 2) Cystitis mit der Ureteritis und Pyelitis, 3) Amyloid, 4) die Veränderungen in beiden Nieren mit ihren Complicationen und 5) die Gefässerkrankung. Hiervon sind die beiden erstgenannten als völlig selbständige Affectionen von einander und den übrigen abzutrennen; erstere ist augenscheinlich noch jüngeren Datums, letztere verdankt ihr Entstehen accidentellen Umständen, am wahrscheinlichsten Catheterismus. Die Amyloiderkrankung ist wohl unzweifelhaft auf die Syphilis zu beziehen. Die rechtsseitige Nephritis muss zum grössten Theile von dem Amyloid abhängig gemacht werden, während der Prozess in der linken Niere einestheils als Folgeerscheinung der Cystitis zu betrachten ist, in der Hauptsache jedoch durch nichts Anderes als die Gefässerkrankung hervorgerufen sein kann. Letztere überhaupt ist es, welche unter diesen sämtlichen Veränderungen am meisten hervortritt wegen ihres Verhaltens nicht blos in den Nieren, sondern im ganzen Körper. Fragen wir nun nach deren Ursache, so kann sie keineswegs vom Lebensalter, dem gewöhnlichen Grund für derartige Affectionen, abhängig gemacht werden, auch eine andere, häufige und schon vielfach betonte Veranlassung, chronischer Alkoholismus, kann, da keinerlei Anhaltspunkte hierfür vorliegen, nicht in Frage kommen. Somit bleibt zu ihrer Erklärung, als einzig ätiologisches Moment nur die constitutionelle Syphilis übrig.

Es muss dieselbe hiernach mit aller Bestimmtheit als „syphilitische Gefässerkrankung“ aufgefasst werden. Als solche passt sie aber keineswegs in den Rahmen der hierfür als charakteristisch angegebenen Veränderungen, sondern zeigt ganz wesentliche Abweichungen. Es sind das die hochgradige Verkalkung

besonders an den kleinen Extremitätenarterien, das Befallensein nicht allein des arteriellen, sondern auch des venösen Gebietes, die Uebergangsstufen von der geringfügigen Verdickung bis zur ausgesprochensten Verkalkung und endlich das Intactbleiben der Gehirn- und Herzarterien. Das sind Punkte von entscheidender Bedeutung für diese ganze Frage. Dieselben ergeben auf das Evidenteste, wie die von einzelnen neueren Autoren, besonders Baumgarten, vertretene Ansicht, wonach der syphilitischen Erkrankung des Gefäßsystems eine bestimmte Specifität, sowohl hinsichtlich ihrer Localisation — Gehirnarterien — als ihres morphologischen Charakters — obliterirende Form — zukommen sollte, keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen kann. Dagegen zeigen sie, dass der syphilitische Prozess analog seinem sonstigen Verhalten auch am Gefäßapparat in Form einer Allgemeinerkrankung auftreten kann.

Eine noch besondere Beachtung verdient hiebei die hochgradige Verkalkung. Doch hat auch dies seine Analogien in der ganzen Reihe von Veränderungen, wie sie unter den Begriff der Atherose oder Arteriosclerose fallen und unter verschiedenen Verhältnissen insbesondere bei höherem Lebensalter, gewissen Dispositionen z. B. Potatorium, in so mannichfacher Weise uns zu Gesicht kommen. Immerhin unterscheidet sich unser Fall von dem gewöhnlichen durch den ausserordentlich hohen Grad seiner Ausbildung und Verbreitung.

Unter solchen Umständen aber kann hiebei der Syphilis keinerlei Specifität zugestanden werden, sondern sie ist in eine Reihe zu stellen mit den genannten prädisponirenden Momenten. Zur richtigen Beurtheilung aller dieser Verhältnisse ist es aber unbedingt nöthig, neben genauer Berücksichtigung der Aetiologie, auf sorgfältige und besonders vollständige Ausführung der Sectionen zu halten. Das ist es gerade, was ich bei einigen der von Baumgarten publicirten Fälle über Arterien-syphilis vermisste und dies fällt für den wahren Werth derselben schwer in's Gewicht.

Dass jedoch im Gefolge von Syphilis auch an den Gehirnarterien Verkalkung vorkommen kann, zeigt deutlich genug nachstehender, im Laufe dieses Sommers von mir secirte Fall. Das Betreffende aus dem Protocoll lautet: „Syphilis“. Zahlreiche Gummata mit schwieliger Umgrenzung in den weichen Gehirnhäuten an der Con-

vexität beider Stirnlappen, partielle Verwachsung derselben mit der Dura mater. Defecte auf der Aussenfläche des Schädels. Grosse strahlige Narben in der Leber. Narbenstränge in der Schleimhaut der rechten Tonsillargegend. Narben an der Glans penis. Im ganzen Gefässapparate mit Ausnahme streng localisirter kleiner gelber Verdickungen der Intima der Aorta keinerlei weitere Veränderungen, dagegen an einem beschränkten Orte, nemlich den Partien zwischen und in der Umgebung der erwähnten Gummata mehrere der mittelgrossen und kleineren Arterien der weichen Gehirnhäute und der angrenzenden Gehirnsubstanz, an einzelnen Stellen bis zu mehreren Centimetern Länge hochgradig verkalkt, die Wand in fortlaufender Weise in ein starres, völlig resistenzloses Kalkrohr, das vereinzelte Ectasien zeigt, verwandelt, das Lumen zum Theil verengt und mit thrombotischen Massen erfüllt. Dazu kommt nach den anamnestischen Erhebungen, dass es sich hierbei um einen Mann in keineswegs vorgerücktem Lebensalter — Mitte 30er — handelte, bei dem chronischer Alkoholismus auszuschliessen war, der dagegen mit Syphilis schwer belastet war. Unter solchen Umständen müssen wir genannte Veränderungen als auf syphilitischem Boden entstanden erklären, während wir anatomisch den Prozess in keiner Weise abtrennen können von der verkalkenden Form der Atherose, wie sie auch unter anderen ätiologischen Bedingungen zu Stande kommt. Es unterscheidet sich somit dieser Fall von dem ersten nur dadurch, dass, während es sich dort um eine wirkliche Allgemeinaffection handelt, hier der Prozess streng localisirt geblieben ist.

---