

Über die Prognose des Wilmsschen Tumors

Von

Z. ERDŐS, E. CSERHÁTI und I. HITTNER

I. Kinderklinik (Direktor: Prof. Dr. P. GEGESI KISS) der Medizinischen Universität Budapest

(Eingegangen am 27. Juni 1962)

Im Jahre 1940 nahmen wir einen zweijährigen Knaben mit der Diagnose Wilmsscher Tumor auf; der Tumor wurde entfernt, die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Hiernach sahen wir den Kranken 8 Jahre nicht; seit 1948 erschien er in jedem 2. Jahr (zuletzt am 2. Januar 1962) zur Nachuntersuchung. Der frühere Patient ist jetzt 24 Jahre alt, vollkommen gesund, arbeitsfähig und betätigt sich sportlich [3, 4].

Diese Beobachtung sowie der Umstand, daß in den letzten Jahren ständig mehr Mitteilungen auf die günstige Veränderung der Prognose des Wilmsschen Tumors hinweisen, veranlaßte uns, die Frage der Heilung des Wilmsschen Tumors an Hand unseres zehnjährigen Materials zu untersuchen.

Die Bedeutung der Frage darf nicht unterschätzt werden, da die Nierengeschwülste 20% sämtlicher im Kindesalter vorkommenden Geschwulstformen, bei den Erwachsenen aber lediglich 1/2% ausmachen. Die juvenilen Nierengeschwülste teilt man in 3 Gruppen ein [1]. Zur I. rechnen sämtliche benigne Geschwülste (Fibrome, Lipome, Adenome, Zysten usw.),

zur II. die malignen (Reticuloendothelioma lipomatodes, die verschiedenen Sarkome und sämtliche Karzinoome), zur III. Gruppe die Teratoide zu denen auch der Wilmssche Tumor gehört.

Beschrieben wurde der Wilmssche Tumor zuerst von BIRCH-HIRSCHFELD [2] und WILMS [24]. In den einzelnen Ländern wird der Tumor verschieden benannt. Gebräuchlich sind die Namen Birch-Hirschfeldscher Tumor, Embryom, Adenosarkom, Adenomyosarkom, Sarkokarzinom, Fibromyxosarkom, Nephroblastom.

Über die Prognose bzw. über das Schicksal der an Wilmsschem Tumor Leidenden äußern sich die verschiedenen Autoren je nach ihren Beobachtungen sehr unterschiedlich [18]. So stellte OMBREDANNE [20] Heilung in 10% der Fälle fest, während GROSS und NEUHAUSER [8] 80%ige Genesung erwähnen.

Wir glauben aber, daß eine kürzere als zweijährige Beobachtungsdauer zur Beurteilung der wirklichen Lage nicht ausreicht, weil die Mehrzahl der Todesfälle auf das 1. und 2. Jahr entfällt. Infolgedessen sind auch wir mit der Registrierung der mindestens zwei-

jährigen Überlebensdauer einverstanden, die naturgemäß noch nicht Heilung bedeutet [13, 14, 20, 23], aber als Vergleichsgrundlage dienen kann.

Unzweifelhaft vermag die Früh-

optimistischen Berichte nicht zu bestätigen. Es scheint uns jedoch, daß die eingehende Analyse der einzelnen Fälle zu Erkenntnissen führen kann, die es ermöglichen, daß die künftigen

Tabelle I

Eigene Fälle

1.	K. V.	4 J.	♀	3 Stunden nach der Operation im Schock gestorben.
2.	P. L.	3 J.	♂	3 Monate nach der Operation gestorben, Probelaparotomie, inop.
3.	T. K.	4 J.	♀	8 Monate nach der Operation gestorben.
4.	R. M.	6 J.	♀	Probelaparotomie, inoperabel. 6 Monate später gestorben.
5.	B. A.	2 J.	♂	9 Monate nach der Operation gestorben.
6.	H. I.	5 J.	♀	12 Monate nach der Operation gestorben.
7.	K. F.	14 Mon.	♂	Metastasen, weiteres Schicksal unbekannt.
8.	T. T.	2 Mon.	♂	9 Tage nach der Operation gestorben.
9.	K. A.	2½ J.	♀	Seit 7 Jahren beschwerdefrei.
10.	N. K.	8 Mon.	♀	1½ Jahre nach der Operation gestorben.
11.	P. M.	2 J.	♂	10 Monate nach der Operation gestorben.
12.	N. É.	2 J.	♀	6 Monate nach der Operation gestorben.
13.	M. L.	8 J.	♂	Nach weiteren 4 Jahren noch am Leben, Metastasen.
14.	Á. É.	4 J.	♀	Metastasen, weiteres Schicksal unbekannt.
15.	S. B.	2½ J.	♂	3 Monate nach der Operation gestorben.
16.	V. E.	1 J.	♀	Nach 3 Jahren noch am Leben, beschwerdefrei.
17.	S. T.	2 J.	♂	Nach 3 Jahren noch am Leben, beschwerdefrei.
18.	A. I.	4 J.	♂	Nach 2 Jahren noch am Leben, Metastasen.
19.	B. Zs.	1½ J.	♀	6 Wochen nach der Operation gestorben.
20.	V. S.	4 J.	♂	Nach 2 Jahren noch am Leben, Metastasen.

diagnose und die frühzeitig ausgeführte radikale Operation die Prognose günstiger zu gestalten. Indessen müssen wir in den verschiedenen Mitteilungen die Kürze der Beobachtungszeit berücksichtigen, welche die Akzeptation der sehr günstigen Resultate illusorisch macht. Auf Grund des eigenen Materials vermögen wir die

Fälle einen günstigeren Verlauf nehmen.

Die Zusammenstellung betrifft die in den 10 Jahren von 1951—1960 an unserer Klinik mit Wilmsschem Tumor behandelten Kranken. Insgesamt wurden in dieser Zeit 20 Patienten (10 Knaben und 10 Mädchen) mit der Diagnose Wilmsscher Tumor auf-

genommen. Fünf Kinder, die in einer anderen Anstalt operiert bzw. von den Eltern vor Abschluß der Behandlung nach Hause geholt wurden, haben wir in diese Zusammenstellung (Tabelle I) nicht aufgenommen.

Am häufigsten tritt die Erkrankung im Säuglings- oder Kleinkindalter, in den meisten Fällen vor dem 4. Lebensjahr auf [11].

Das Alter der Kranken:

0—1 Jahr	3
1—2 Jahre	6
2—3 Jahre	3
3—4 Jahre	5
über 4 Jahre	3

Insgesamt 20

Sehr charakteristisch sind die ersten Symptome, welche die Aufmerksamkeit auf die Erkrankung lenken: In der Mehrzahl der Fälle nimmt die Umgebung, vor allem die Mutter, einen schmerzlosen mächtigen Bauchtumor wahr. Bauchschmerzen kommen unter den Initialsymptomen seltener vor; sie werden durch die Spannung der Geschwulstkapsel oder durch die tumorbedingte Darmkompression und Obstipation verursacht. In manchen Fällen löst der Zerfall des Geschwulstgewebes Fieber aus, worauf ein Arzt zugezogen wird. Während die Hämaturie bei dem häufigsten malignen Nierentumor der Erwachsenen, dem Hypernephrom, sehr oft als Leitsymptom in Erscheinung tritt, ist diese bei Kranken mit Wilmsschem Tumor erheblich seltener zu beob-

achten. Andere Symptome weisen nur ausnahmsweise auf den Tumor hin.

Nachfolgend geben wir die zahlenmäßige Aufschlüsselung der *Initialsymptome* (in Klammern dahinter das Gesamtvorkommen des fraglichen Symptoms).

Bauchtumor	10 (19) Fälle
Schmerzen	3 (4) „
Fieber	3 (6) „
Hämaturie	2 (3) „
Erbrechen	1 (2) „

Die zwischen der Beobachtung der ersten Symptome und der klinischen Aufnahme verstrichene Zeitspanne war in einigen Fällen so beträchtlich, daß sie die Prognose erheblich verschlechterte.

7 Kranke wurden 1 Woche, 5 Kranke 1 Monat, 3 Patienten 3 Monate, weitere 3 Kranke 6 Monate, 1 Patient 12 Monate nach Wahrnehmung des ersten Symptoms aufgenommen, während die diesbezügliche anamnestiche Angabe in 1 Fall unsicher war.

Auch im Vordergrund der klinischen Symptome steht im allgemeinen der verschieden große Tumor, dessen Umfang von der Säuglingsfaustgröße bis zur Kinderkopfgöße variiert.

Hämaturie stellten wir lediglich bei 3 unserer 20 Kranken fest. Temperaturerhöhung oder Fieber, das anscheinend mit dem Tumor zusammenhing, trat in 6 Fällen zutage. Laut Literaturangaben verursacht der Tumor in manchen Fällen Hypertonie. Im eigenen Krankenmaterial fanden wir erhöhten Blutdruck (systolische Werte von 130—170 mm Hg) bei 3 Kindern.

Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit ist häufig gesteigert. Bei 70% der Kranken fanden wir erhöhte Werte von 20–120 mm/h. Von den klinischen Untersuchungsmethoden bietet die iv. Pyelographie die wertvollste Hilfe, diese Untersuchung hat die pathologische Veränderung stets aufgezeigt. In den weniger fortgeschrittenen Fällen fanden wir schwache, unregelmäßige Füllung, ein deformiertes, komprimiertes Höhlensystem, während im progressiven Stadium auf der kranken Seite überhaupt keine Ausscheidung stattfand.

Nach der Diagnosestellung muß die Behandlung sogleich eingeleitet werden, weil der wachsende Tumor sehr häufig Metastasen in den retroperitonealen Lymphknoten, in der Lunge, Leber und im Gehirn bildet. Selbst wenn Metastasen nicht nachgewiesen werden können, muß man stets versuchen, die Geschwulst zu entfernen.

KERR [12], KRETSCHMER [15], WHARTON [23] und andere führen präoperative Bestrahlungen aus, die heute in der Literatur auf Grund folgender Überlegungen ganz allgemein empfohlen werden: Die Bestrahlung führt zur Verkleinerung des Tumors, der leichter herausgenommen werden kann; die malignen Zellen werden zerstört und gelangen daher durch den operativen Eingriff nicht in den Blutstrom.

Die Gegner der präoperativen Bestrahlung nehmen an, im Verlauf der ein-zweiwöchigen Bestrahlung könnten bereits Metastasen auftreten. Der Tumor könne sich verflüssigen, erwei-

chen, und eben deshalb bestehe die Möglichkeit, daß die Tumorzellen in den Blutstrom gelangen. Nach der Bestrahlung haftet der Tumor mitunter stark an der Umgebung, so daß sich seine Entfernung schwieriger gestalten [14].

Ebenso spreche gegen die präoperative Bestrahlung die selten vorkommende Möglichkeit, daß der Kranke, wenn diagnostisch Wilmsscher Tumor angenommen wird, es sich aber in Wirklichkeit um einen gutartigen Prozeß handelt, überflüssigerweise bestrahlt wird, was außer der etwaigen Gewebsschädigung auch eine ernsthafte Beeinträchtigung des in Entwicklung begriffenen Organismus verursachen könne.

Wir haben präoperative Bestrahlung in 4 Fällen durchgeführt, in denen der Tumor eine solche Größe erreicht hatte, daß er auf Grund der klinischen Untersuchungen inoperabel erschien. Unter Wirkung der Bestrahlung wurden die Tumoren kleiner, dennoch konnten wir den ganzen Tumor nur bei einem Patienten entfernen. Die nicht entfernten Tumoren waren wegen der engen Verwachsung mit den paraaortalen Lymphknoten inoperabel. Wenn wir den Eindruck hatten, daß sich der Tumor ohne Schwierigkeit herausnehmen lassen wird, haben wir keine präoperative Bestrahlung vorgenommen. Die Operationen führten wir nach entsprechender Vorbereitung in Intratrachealnarkose unter Transfusionschutz durch.

Die Intratrachealnarkose ist heute bereits unentbehrlich geworden, weil

es im Falle eines großen Tumors auch zur Öffnung der Brusthöhle kommen kann. In 8 Fällen wurde der Tumor transperitoneal, in 12 Fällen aus schrägem Lumbalschnitt erschlossen. GROSS [7] und GROB [6] dringen transperitoneal ein und unterbinden die Gefäße vor der Mobilisierung des Tumors, weil sie annehmen, daß die Tumorzellen in diesem Fall nicht in den Blutstrom gelangen. Indessen vermeiden wir durch lumbal-retroperitoneales Eindringen die Bauchhöhlenöffnung, die bei zerfallendem Tumor mit der Infektion der Bauchhöhle und stets mit Darmadhäsionen bzw. gegebenenfalls mit konsekutivem Ileus einhergeht. Eine radikale Operation haben wir in 12 Fällen vorgenommen, bei 6 Kranken mußten wir uns mit partieller Tumorentfernung begnügen, und bei 2 Kindern wurde der Bauch nach der Exploration wieder vernäht.

Postoperative Bestrahlungen, die am 6.—7. Tage eingeleitet wurden, erfolgten in sämtlichen Fällen. 3—6 Monate nach der Operation bestellten wir die Kinder zur Nachuntersuchung und weiteren Bestrahlung.

Die histopathologische Untersuchung ergab stets das typische Bild des Wilmsschen Tumors; wesentliche strukturelle Abweichungen waren nicht zu beobachten. Ein Zusammenhang zwischen der Tumorgroße und dem klinischen Verlauf konnte nicht festgestellt werden.

Über den Verlauf und die Prognose der Erkrankung ist folgendes zu sagen: Wie bereits erwähnt, vermochten wir an Hand unseres Krankenmate-

rials eine günstige Veränderung der Prognose nicht zu beobachten. Die meisten Kranken sind innerhalb von 2 Jahren nach der Operation gestorben, weshalb wir den Standpunkt einnehmen, daß es mindestens einer zweijährigen Überlebensdauer bedarf, um die Prognose eines Falles als günstig bezeichnen zu können. Bei den bösartigen Geschwülsten wird allgemein die fünfjährige Überlebensdauer akzeptiert, so daß auch wir nur die mindestens 5 Jahre überlebenden Fälle als geheilt betrachten.

Es starben 12 Kranke (hiervon 10 mehr als 1 Jahr später, 2 innerhalb von 12 Monaten); am Leben blieben 6 Kranke (hiervon 5 länger als 1 Jahr, 1 weniger als 1 Jahr); das spätere Schicksal von 2 Kindern ist nicht bekannt.

Die Überlebensdauer der verstorbenen Kinder gestaltete sich folgenderweise: Innerhalb von 30 Tagen starben 2, innerhalb von 6 Monaten 5, innerhalb von 12 Monaten 4 Kranke und innerhalb von 18 Monaten 1 Kind.

In bezug auf die Überlebensdauer der auch gegenwärtig unter unserer Kontrolle stehenden 6 Kinder läßt sich folgendes sagen:

Von den mehr als 2 Jahre nach der Operation am Leben befindlichen 6 Kindern haben 3 Metastasen; ihre fernere Prognose ist daher unzweifelhaft als hoffnungslos zu betrachten. Als überlebend — eventuell geheilt — können daher realerweise lediglich 3 Fälle (Nr. 9, 16 und 17) angesehen werden.

Über das spätere bzw. gegenwärtige Schicksal von 2 Patienten ist uns

nichts bekannt. Bei der letzten Untersuchung eines dieser Kinder fanden wir eine Lungenmetastase.

Kurz wollen wir noch auf die Metastasenfrage eingehen. Nach den

in die Schule geht und eine seinem Alter entsprechende normale Lebensweise führt.

Einige Verfasser, die in mehreren Fällen bilateralen Wilmsschen Tumor

TABELLE II

Fall Nr. 9	lebt seit 7 Jahren	wird regelmäßig nachuntersucht, gesund
Fall Nr. 13	lebt seit 4 Jahren	Lungen-, Leber- und lokale Metastasen
Fall Nr. 16	lebt seit 3 Jahren	steht unter Kontrolle, leidet an Epilepsie, ist in bezug auf den Tumor beschwerdefrei
Fall Nr. 17	lebt seit 3 Jahren	steht unter Kontrolle, gesund
Fall Nr. 18	lebt seit 2 Jahren	Lungen- und Bauchmetastase
Fall Nr. 20	lebt seit 2 Jahren	Lebermetastase

Literaturangaben kommen Lungen-, Leber- und peritoneale Metastasen am häufigsten vor. Die Beobachtungen an unserem Krankenmaterial erhärten diese Feststellung. Metastasen beobachteten wir bei 15 Kranken. (Tabelle III.)

Im Zusammenhang mit der Metastasenbehandlung verdient Fall Nr. 13 Beachtung; dieser achtjährige Knabe war erst nach halbjähriger Anamnese in die Klinik aufgenommen worden, da man den Bauchtumor für Splenomegalie gehalten hatte, und bei der Operation konnte der Tumor nur partiell entfernt werden. Die Lungen- und Lebermetastasen sind frühzeitig entstanden. Die sehr ausgedehnten Metastasen erwiesen sich ebenso wie das lokale Rezidiv sehr strahlenempfindlich, und durch wiederholte Bestrahlungen wurde erreicht, daß sich der Junge seit 4 Jahren in verhältnismäßig gutem Zustand befindet,

beobachteten, empfehlen ein operatives Eindringen, bei dem beide Nieren inspiziert werden können [19]. Unseres Erachtens ist dieses Verfahren angesichts der Rarität der beiderseitigen Fälle nicht angezeigt.

Im Interesse der Prognose des Wilmsschen Tumors müssen wir uns auch weiterhin die wohlbekannten klassischen Feststellungen vor Augen halten, wie Frühdiagnose, vorsichtiges Untersuchungsverfahren, radikale Operation, die Unterbindung der Gefäße in intakten Geweben und postoperative Bestrahlung. Zu empfehlen ist die sorgfältige Palpation der aus anderen Ursachen reihenuntersuchten Kinder, weil dadurch bisweilen Monate gewonnen werden können.

TAN u. Mitarb. [22], wie auch FARBER u. Mitarb. [5] haben neuerlich über auffallend gute Resultate mit der Kombination von Actinomycin und Rtg-Bestrahlung berich-

tet. Angenommen, daß weitere Erfahrungen diese Resultate bestärken werden, so kann vielleicht mit einer hoffnungsvolleren Prognose gerechnet werden.

Eltern nicht in die Operation einwilligten, sind unberücksichtigt geblieben.

Die meisten Fälle kommen im Säuglings- oder Kleinkindalter vor. Von 20 Kindern waren 17 weniger

TABELLE III

Nr. 2	Bauchfell	inop. Tumor
Nr. 3	„	„ „
Nr. 4	„	
Nr. 6	Lunge und Leber	
Nr. 7	Bauchfell	
Nr. 8	Hirn und Kleinhirn	postoperativ gehäufte Eklampsie, am 9. Tage Exitus
Nr. 10	kontralaterale Niere	
Nr. 11	Bauchfell	
Nr. 12	Lunge und Leber lokal	
Nr. 13	Lunge und Leber lokal	seit 4 Jahren am Leben. Metastasen haben sich nach Bestrahlung wiederholt partiell zurück- entwickelt
Nr. 14	Lunge	
Nr. 15	„	
Nr. 18	Lunge und Bauchfell	
Nr. 19	Leber und Hirn	
Nr. 20	Leber	
Insgesamt:	Lungenmetastase	in 6 Fällen
	Lebermetastase	„ 5 „
	Bauchfellmetastase	„ 6 „
	Hirnmastase	„ 2 „
	Metastase in der kontra- lateralen Niere	„ 2 „

Wir glauben, daß sich aus unserem Material kein Gesichtspunkt ergibt, der das Schicksal der an Wilmsschem Tumor leidenden Kranken ausschlaggebend bestimmen würde.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird ein Überblick über 20 Fälle von Wilmsschem Tumor gegeben. 5 Fälle, in denen die Behandlung anderswo fortgesetzt wurde oder die

als 4 Jahre alt. Das erste auf die Erkrankung hinweisende Symptom war in der Mehrzahl der Fälle der Bauchtumor, erheblich seltener Schmerzen, Fieber oder Hämaturie.

Von den klinischen Untersuchungsmethoden bietet die iv. Pyelographie die wertvollste Hilfe.

Es wird für die radikale Operation und die postoperative Bestrahlung Stellung genommen, fernerhin betont, daß lediglich die 2 Jahre nach der

Operation noch am Leben befindlichen und beschwerdefreien Kranken als prognostisch günstige Fälle angesehen werden können. Eine kürzere Beobachtungsdauer kann zu irrtümlichen Rückschlüssen führen.

Von den 20 Kindern sind gegenwärtig nur 6 am Leben; in 3 Fällen

sind Metastasen anwesend, so daß realerweise lediglich 3 Patienten als in gutem Zustand befindlich, eventuell als geheilt zu betrachten sind.

Die Berichte über eine günstige Prognose der Erkrankung vermögen Verff. nicht zu bestärken.

LITERATUR

- BALOGH, F., SZENDRŐI, Z.: Pathologie und Klinik der Nierengeschwülste. Verlag der Ungarischen Akademie der Wissenschaften, Budapest, 1960.
- BIRCH-HIRSCHFELD: zit. WILMS, M.: Die Mischgeschwülste der Nieren. A. Georgi. Leipzig, 1939.
- ERDŐS, Z.: Húszéves operált és gyógyult Wilms-tumor. Orv. Hetil. **102**, 2241 (1961).
- ERDŐS, Z., KOÓS, A.: Gyógyult Wilms-tumor. Orv. Hetil. **92**, 323 (1951).
- FARBER, S., D'ANGIO, G., EVANS, A., MITUS, A.: Clinical Studies of Actinomycin D with Special Reference to Wilms' Tumor in Children. Ann. N. Y. Acad. Sci. **89**, 421 (1960).
- GROB, M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie. Georg Thieme, Stuttgart, 1957.
- GROSS, R. T.: The Surgery of Infancy and Childhood. 1953. Saunders, Philadelphia, 1953.
- GROSS, R. E., NEUHAUSER, E. B. D.: Treatment of Mixed Tumors of the Kidney in Childhood. Pediatrics. **6**, 843 (1950).
- HUGUENIN, R., GERARD-MARCHANT, G.: Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du rein chez les enfants. Presse med. **61**, 909 (1953).
- JOHNSON, S. H., MARSHALL, M.: Primary Kidney Tumors of Childhood. J. Urol. **74**, 707 (1955).
- KERN, H.: Über Erfahrungen bei kindlichen embryonalen Nierentumoren. Ann. paediat. (Basel) **197**, 267 (1961).
- KERR, H. D.: Treatment of Malignant Tumors of Kidney in Children. J. Amer. med. Ass. **112**, 408 (1939).
- KINZEL, R. C., MILLS, S. D., CHILDS, D. S., DE WEERD, S. H.: Wilms Tumor: A Review of 47 Cases. J. Amer. med. Ass. **174**, 1925 (1960).
- KLAPPROTH, H. J.: Wilms tumor. A Report of 45 Cases and an Analysis of 1351 Cases Reported in the World Literature 1940—1958. J. Urol. **81**, 633 (1959).
- KRETSCHMER, L. R.: Malignant Tumors of Kidney in Children. J. Urol. **39**, 250 (1938).
- LADD, W. E., WHITE, R. R.: Embryoma of Kidney (Wilms Tumor) J. Amer. med. Ass. **117**, 1858 (1941).
- LATIMER, J. K., MELICOW, M. M., UNSON, A. C.: Nephroblastoma (Wilms Tumor). Prognosis More Favourable in Infants under one Year of Age. J. Amer. med. Ass. **171**, 2163 (1959).
- LINNEWEH, F.: Die Prognose chronischer Erkrankungen. Springer, Berlin, 1960. 124, 132.
- MARTIN, L. W., KLOECKER, R. J.: Bilateral Nephroblastoma (Wilms Tumor) Pediatrics **28**, 101 (1961).
- OMBREDANNE, L.: Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. Masson, Paris 1949.
- SILVER, H. K.: Wilms Tumor (Embryoma) J. Pediat. **31**, 643 (1947).
- TAN, CH., GOLBEY, R., YAP, C., WOLLNER, N., HACKETAL, C., MURPHY, L., DARGEN, H., BURCHANEL, J.: Clinical Experiences with Actinomycins. Ann. N. Y. Acad. Sci. **89**, 426 (1960).
- WHARTON, L. R.: Preoperative Irradiation of Massive Tumors of the Kidney. Arch. Surg. **30**, 35 (1935).
- WILMS, M.: Die Mischgeschwülste der Nieren. A. Georgi. Leipzig, 1899.

Dr. Z. ERDŐS

Bókay J. u. 53.

Budapest VIII. Ungarn.