

Über den Begriff der „atypischen Lymphogranulomatose“.

Von

Prof. Dr. A. Abrikossoff (Moskau).

Mit 7 Textabbildungen.

(Eingegangen am 6. Juni 1929.)

Sobald neben den mehr oder weniger umschriebenen, sog. typischen, Formen einer Krankheitseinheit atypische Formen bekannt werden, erweist es sich, daß verschiedene Forscher geneigt sind, diese Formen äußerst verschieden zu verstehen. Diese bekannte Tatsache findet auch der Lymphogranulomatose gegenüber statt. Bekanntlich gestaltet sich letztere bezüglich des klinischen Verlaufs und des pathologisch-anatomischen Bildes als eine äußerst mannigfaltige Krankheit, und dennoch lassen sich die meisten Fälle in den Begriff der typischen Lymphogranulomatose mit seinem mehr oder weniger umschriebenen klinischen Verlauf und geklärten pathologisch-anatomischen und histologischen Bilde einreihen. Zugleich werden noch „atypische Formen der Lymphogranulomatose“ anerkannt, wobei der Begriff „atypisch“ nicht immer in gleichem Sinne gebraucht wird. Manchmal wird darunter eine atypische Topographie des krankhaften Vorgangs verstanden (z. B. eine isolierte Milz- oder Darmlymphogranulomatose); ein anderes Mal ein atypischer Krankheitsverlauf (akute Lymphogranulomatoseformen; solche, die klinisch eine andere Krankheit vortäuschen; Formen mit einem sarkomähnlichen Verlauf); die Pathologen wieder bedienen sich der Bezeichnung „atypische Lymphogranulomatose“ am häufigsten bei Fällen, wo das histologische Bild bedeutend von dem typischen Bilde der Lymphogranulomatose abweicht. Im weiteren möchte ich mich gerade mit der Lymphogranulomatose befassen, die als atypisch im letztgemeinten Sinne gilt.

Vor allem erscheint es mir angebracht, an zwei Tatsachen zu erinnern: erstens daran, daß es Fälle gibt, welche von berufener Seite als eine Lymphogranulomatose angesprochen werden, während nicht minder erfahrene Forscher sich weigern, dieselben als eine solche anzuerkennen, und zweitens, daß die verschiedenen, als histologisch atypisch beschriebenen Formen der Lymphogranulomatose äußerst ungleich sind. Bezeichnend im Sinne einer vollkommen verschiedenen Deutung sind diejenigen Fälle, welchen eine eigenartige Hyperplasie des Reticulo-Endothels zugrunde liegt und die als Reticulo-Endotheliosen, Reticu-

losen usw. beschrieben worden sind; während einige Forscher dieselben als nosologische Einheiten — leukämische und aleukämische Reticulosen und Reticulo-Endotheliosen — betrachten und andere in ihnen bloß eine Reaktion des Retikulo-Endothels auf einen septisch-toxischen Reiz hin erblicken, sprechen die dritten solche Fälle als eine atypische Lymphogranulomatose an. Etwas ähnliches geschieht mit den Fällen, welche manche Verfasser als eine Lymphogranulomatose mit einem sarkomartigen histologischen Bilde bezeichnen, andere aber es für richtiger finden, sie als ein polymorphzelliges Sarkom zu qualifizieren. Was nun die äußerste Verschiedenheit der histologischen Bilder betrifft, die als „atypische Lymphogranulomatose“ beschrieben werden, so muß gesagt werden, daß manche von diesen Fällen ihrem histologischen Bilde nach so weit von der typischen Lymphogranulomatose abweichen, daß ernstliche Zweifel aufkommen, ob sie auch wirklich zu der Lymphogranulomatose gehören und nicht bloß so benannt worden sind, weil die Gesamtheit des Bildes an keine andere bekannte Krankheitsform denken läßt. Besonders heikel in diesem Sinne sind die Fälle, wo der Prozeß dem Bilde eines (Lymphangio) Endothelioms entspricht.

Im allgemeinen kann man sich des Gedankens nicht erwehren, daß in vielen erstgenannten Fällen die Diagnose nicht auf Grund von tatsächlichem Material, sondern „per exclusionem“ oder auch auf Grund von subjektiven Eindrücken gestellt worden ist. Es ist selbstverständlich, daß das Bestehen verschiedener Arten der „atypischen Lymphogranulomatose“ nicht zum wenigsten davon abhängt, daß bis heute noch die Ätiologie der Lymphogranulomatose unbekannt ist und die ätiologische Deutung der Krankheit vorläufig noch unmöglich ist.

Bevor ich zu meinen eigenen diesbezüglichen Ausführungen übergehe, möchte ich noch einige meiner Beobachtungen, welche die atypische Lymphogranulomatose betreffen, wiedergeben.

Fall 1. Knabe, 5 Jahre 4 Monate, kam in die Kinderklinik der I. Moskauer Universität mit einer zunehmenden Vergrößerung der Lymphknoten und fortschreitenden allgemeinen Auszehrung. Auf Grund des ganzen Symptomenkomplexes wird die Diagnose auf Lymphogranulom gestellt. Tod 1½ Jahre nach Beginn der Erkrankung unter den Erscheinungen einer allgemeinen Auszehrung. Die Leichenöffnung (Sekt.-Prot. Nr. 307/1926, Path.-anatom. Institut der I. Universität) fördert das charakteristische Bild einer ausgedehnten Lymphogranulomatose mit stark vergrößerten, markigen Lymphknoten, in denen keine Spur von fibröser Umwandlung sichtbar ist, einer typischen Porphyrmilz usw. zutage. Mikroskopisch wurde jedoch nirgends ein für Lymphogranulomatose typisches Bild gefunden: die Veränderungen der Lymphknoten bestehen in einer Wucherung des lymphadenoiden Gewebes mit Hyperplasie der retikulären Zellen, welche als mehr oder weniger gleich große Zellen vereinzelt oder in kleinen Gruppen zwischen dem lymphadenoiden Gewebe gelegen sind (siehe Abb. 1). In der Milz sind die Herde aus retikulären Zellen ebenfalls vereinzelt in der Pulpa zerstreut. Kein Anzeichen eines Granuloms; auch keine Spur von Sternbergschen Zellen.

Im allgemeinen stellen die Veränderungen in diesem Fall das vor, was gewöhnlich zu Beginn einer Lymphogranulomatose beobachtet wird. Der Umstand aber, daß trotz der verhältnismäßig langen Krankheitsdauer und der allgemeinen Ausbreitung der Veränderungen die Bildung eines typischen Granuloms ausgeblieben ist, veranlaßte mich, diesen Fall als ein Beispiel der atypischen Lymphogranulomatose zu betrachten. Es sei noch darauf hingewiesen, daß das histologische Bild dieses Falles sich äußerst demjenigen näherte, was als eine Systemreticulose der Lymphknoten und der Milz bezeichnet werden kann.

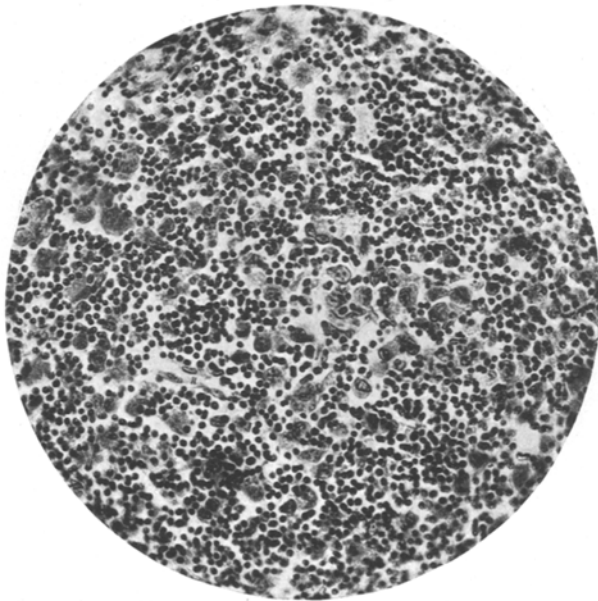


Abb. 1. Fall 1. Atypische Lg.-Wucherung von lymphadenoidem Gewebe mit deutlicher Proliferation der retikulären Zellen.

Fall 2. Mikroskopisches Präparat aus meiner Sammlung mit der Bezeichnung „Lymphogranulomatose“. Soweit ich mich erinnern kann, wurde mir das Präparat aus der Provinz gesandt mit dem Vermerk, daß es sich um eine typische klinisch-anatomische Lymphogranulomatose handelt. Die mikroskopische Untersuchung weist nirgends das Bild eines typischen Granuloms auf; in sämtlichen Lymphknoten eine geringe Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes und zugleich eine stark ausgesprochene Hyperplasie der Sinusendothelien mit Bildung zahlreicher Riesenzellen von verschiedenem Aussehen und Größe (siehe Abb. 2); diese im den Sinus freiliegenden Riesenzellen weisen Phagocytose der Erythrocyten, Lympho- und Leukocyten auf.

Dieser Fall wurde von mir demnach ebenfalls als ein Fall von „atypischer Lymphogranulomatose“ bezeichnet.

Fall 3. Mann, 54 Jahre, eingeliefert in die II. Medizinische Klinik mit fast pflaumengroßen Halslymphknoten, Arteriosklerose, Kardiosklerose und allgemeiner Auszehrung. Der Probeausschnitt eines entsprechenden Knotens wies den Bau einer alveolären Neubildung auf: Zwischen Bindegewebssträngen liegen rundliche Herde von mäßig großen polygonalen Zellen von epitheliale (oder endotheliale) Typus, was der ganzen Neubildung das Bild eines Carcinoma simplex s. solidum verleiht. Dieses Bild veranlaßte mich, die vorläufige Diagnose auf einen metastatischen Krebs der Halslymphknoten zu stellen. Im Laufe der 5½ Monate, welche Pat. in der Klinik verbrachte, fielen die Lymphknoten zuerst einer Vergrößerung anheim, begannen sich im weiteren aber zu verkleinern und eine derbe Beschaffenheit anzunehmen. Zuletzt wurden die Lymphknoten so klein, daß

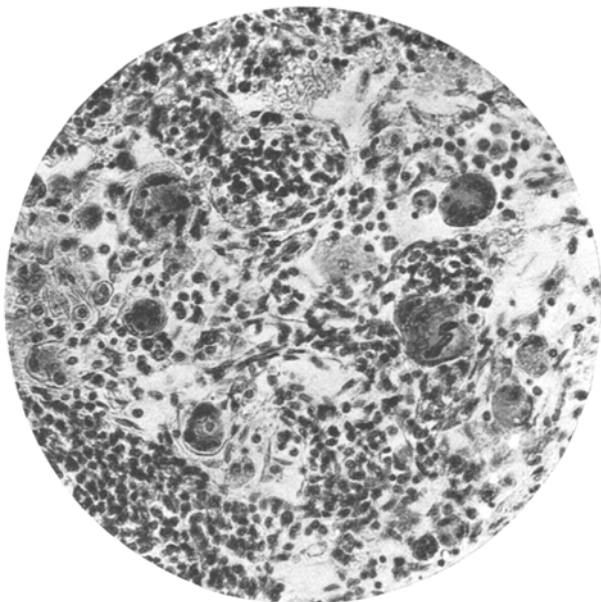


Abb. 2. Fall 2. Atypische Lg.-Hyperplasie des Sinusendothels mit Bildung polymorpher Riesenzellen.

sie kaum zu tasten waren. Unter zunehmender Auszehrung und Herzschwäche tritt der Tod ein. Die Leichenöffnung (Sekt.-Prot. Nr. 148/1927, Path.-anat. Inst. der I. Universität) ergibt eine beträchtliche (bis zu pflaumengroße) Vergrößerung der mediastinalen, retroperitonealen und omentalen Lymphknoten; der Durchschnitt ist markig, graurot, durch Bindegewebsstränge in einzelne Bezirke zerteilt; in vielen dieser Knoten werden trockene, gelbliche Nekroseherde angetroffen. Die Halslymphknoten sind klein, sehr derb, auf dem Durchschnitt fast ausschließlich aus faserigem Bindegewebe bestehend. Die anderen Lymphknoten unverändert. In Milz und Leber Stauungsinduration. Außerdem Veränderungen, die von Arteriosklerose, Kardiosklerose und Herzschwäche zeugen. Weder bei der Sektion, noch bei der genauen mikroskopischen Untersuchung wurde irgendein primärer Geschwulstknoten gefunden.

Die histologische Untersuchung der vergrößerten mediastinalen und abdominalen Lymphknoten hat in ihnen eine Neubildung von alveolärem Bau ergeben (siehe Abb. 3), wie sie schon bezüglich des zu Lebzeiten entfernten und unter-

suchten Halslymphknotens beschrieben worden ist. Auch hier erscheint die Neubildung durch derbe stellenweise hyalinisierte Bindegewebsstränge in einzelne Bezirke zerlegt; hier und da ist das Bindegewebe diffus verbreitert, in ihm sind nur vereinzelte kleine Nester und Spalten sichtbar, welche zusammengepreßte atrophische Zellen enthalten. An manchen Stellen werden weitläufige Bezirke von trockener Nekrose ange-
troffen. In solchen Lymphknoten ist das lymphadenoide Gewebe bloß an der Peripherie erhalten. Die Halslymphknoten bestehen durchweg aus hyalinisiertem Bindegewebe, bloß in wenigen gelingt es, in diesem Bindegewebe zusammengepreßte Nester und Spalten von stark atrophischen Geschwulstzellen zu finden.}

Nach der Sektion und mikroskopischen Untersuchung dieses Falles mußte von der ursprünglichen Bewertung der Veränderungen, dem

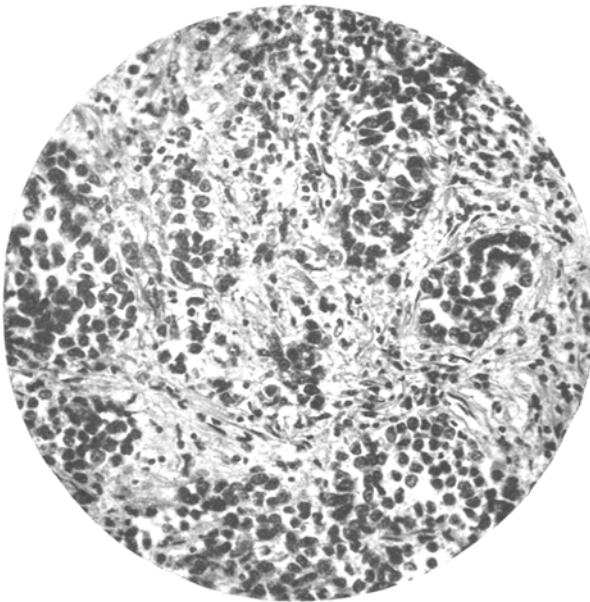


Abb. 3. Fall 3. Atypische Lg. mit Lymphknotenveränderungen vom Typus eines Endothelioms.

ganzen Bilde als Metastasen eines Krebses, Abstand genommen werden; entsprechender schien die Voraussetzung eines multiplen Endothelioms der Lymphknoten. Andererseits aber ließen die eigenartigen Nekroseherde (welche den bei Lymphogranulomatose anzutreffenden äußerst ähnlich sahen), und hauptsächlich die offensichtliche fibröse Umwandlung der Neubildung (welche ohne Anwendung entsprechender allgemeiner oder lokaler Mittel vor sich gegangen war) daran denken, daß es sich auch in diesem Fall um eine atypische Lymphogranulomatose handelt (mit Veränderungen vom Typus eines Lymphangioendothelioms).

Fall 4. 31jähriger Pat. bemerkte im Dezember 1922 eine allmählich zunehmende Vergrößerung der Halslymphknoten, zu der sich im weiteren Verlauf eine fortschreitende Vergrößerung der Achsel- und Leistenlymphknoten, Juckreiz und

Auszehrung gesellte. Im Januar 1924 in die Medizinische Klinik der II. Universität aufgenommen. Dasselbst wurde außer der Vergrößerung und Derbheit der genannten Lymphknoten auch eine Milzvergrößerung festgestellt. Die Gesamtheit des klinischen Bildes ließ keine Zweifel an der Diagnose der Lymphogranulomatose aufkommen. Zur Bestärkung der Diagnose wurde ein Probeausschnitt der Hals- und Leistenlymphknoten vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung förderte in beiden folgendes gleiche Bild zutage: Der normale Bau der Lymphknoten ist völlig geschwunden und hat einer alveolären Neubildung (siehe Abb. 4) Platz gemacht; dieselbe besteht aus kernarmem Bindegewebe, in welchem verschieden große, manchmal sogar recht große, Nester von gleichartigen Zellen gelegen sind. Die Zellen liegen dicht gedrängt, sind größtenteils leicht gestreckt, der Kern oval,

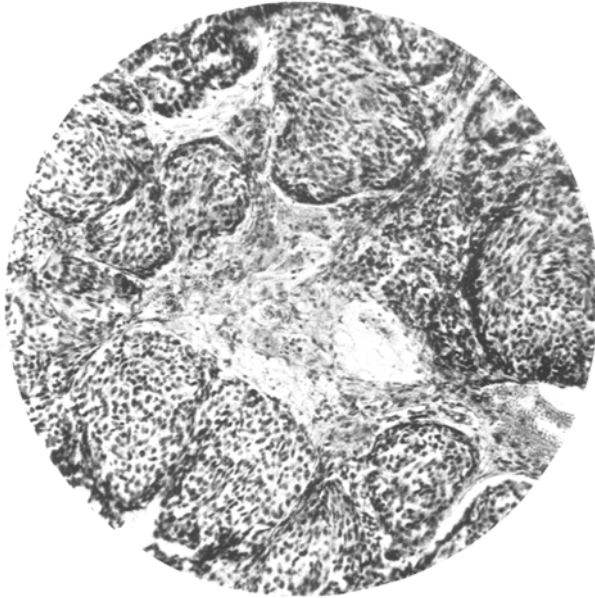


Abb. 4. Fall 4. Atypische Lg. mit Lymphknotenveränderungen vom Typus eines Endothelioms.

chromatinarm; das Protoplasma mit Eosin nur schwach färbbar. Stellenweise sind in den Bindegewebssträngen Haufen von erweiterten und blutüberfüllten Gefäßen zu beobachten. In manchen Bezirken, aber hauptsächlich in den zentralen Partien der Lymphknoten, ist das Bindegewebe vermehrt, hyalinisiert, die Zellnester sind gleichsam auseinandergedrängt. In den letzteren treten zwischen den Zellen hyaline Schollen und Stränge auf, wodurch die Zellen zusammengedrückt werden, atrophieren und völlig verschwinden. An manchen Stellen kann man sich leicht davon überzeugen, daß die hyalinen Schollen und Stränge mit dem benachbarten hyalinisierten Bindegewebe zusammenfließen, was seinerseits zu einem völligen Schwund der Zellnester führt.

Nach 3monatigem Aufenthalt verläßt Pat. die Klinik im selben Zustand wie bei der Aufnahme. Im Herbst 1927, also nach 4 Jahren, ist der Pat. in dieselbe Klinik zur Röntgenbehandlung gekommen. Nebenbei hat sich herausgestellt, daß Pat. im Laufe dieser 4 Jahre in verschiedenen Krankenhäusern gewesen ist und

die Erkrankung stets als Lymphogranulomatose gedeutet wurde. Manchmal kam es während dieser Zeit zu einer Vergrößerung der Lymphknoten, dann wieder zu einer Verkleinerung und Verhärtung derselben. Die Milz wird zunehmend größer. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich: Auszehrung, Blutarmut und Schwäche nehmen zu. Das weitere Schicksal des Pat. ist mir unbekannt.

Obgleich der Probeausschnitt eine alveoläre Neubildung zutage gefördert hat, wurde gegebenenfalls gar nicht daran gedacht, ein metastatisches Carcinom zu diagnostizieren, denn die Neubildung war von einem Carcinom zu sehr verschieden. Dem histologischen Bilde nach konnte vor allem ein Endotheliom angenommen werden. Die Annahme eines multiplen Endothelioms des lymphatischen Systems, welches im Laufe von 5 Jahren nur langsam fortschreitet, den Patienten in verhältnismäßig gutem Zustand läßt und sogar stellenweise zur Vernarbung neigt, hat indessen seine Schwierigkeiten. Es blieb nichts anderes übrig, als sich der Meinung der Kliniker anzuschließen und den Fall als eine „atypische Lymphogranulomatose“ zu betrachten.

Das mikroskopische Bild der angeführten Fälle unterscheidet sich von einer typischen Lymphogranulomatose vor allem und hauptsächlich dadurch, daß in ihm das grundsätzliche pathologisch-anatomische Merkmal fehlt, nämlich die entzündliche Wucherung von Granulationsgewebe, mit anderen Worten, das Granulom. In Fall 1 besteht vorwiegend eine Hyperplasie der retikulären Zellen; Fall 2 zeigt eine eigenartige gigantocelluläre Hyperplasie des Sinusendothels. Die Fälle 3 und 4 weisen eine Wucherung der endothelialen Elemente auf, wobei ein Gewebe gebildet wird, das einem Endotheliom äußerst ähnlich sieht. Das klinische Bild der Fälle 1, 2 und 4 ist für Lymphogranulomatose durchaus typisch; in Fall 3 beherrschten die Arteriosklerose, Kardiosklerose und Herzschwäche das klinische Bild. Typisch für eine Lymphogranulomatose ist auch in Fall 1 und 2 der Sektionsbefund. Von Fall 3 kann man das nicht sagen (es fehlen die Milzveränderungen). Fall 4 kam nicht zur Sektion.

Was veranlaßt uns also, trotz dem Fehlen einer Granulomatose diese Fälle einer Lymphogranulomatose zuzurechnen? Am leichtesten ist diese Frage bei dem Fall 1 zu beantworten: Hier wird die Diagnose der Lymphogranulomatose wahrscheinlich gemacht durch das typische anatomische Bild bei der Leichenöffnung und durch die mikroskopische Untersuchung. Diese deckt ein Bild auf, das dem ähnlich sieht, welches wir in den Anfangsstadien der Lymphogranulomatose zu finden gewohnt sind. Die Diagnose „atypische Lymphogranulomatose“ in Fall 2 habe ich auf Grund des mir mitgeteilten klinischen und anatomischen Bildes gestellt und deswegen, weil das histologische Bild keine bestimmten Merkmale aufwies; zudem wurden schon ähnliche Fälle als atypische Lymphogranulomatose beschrieben. Das histologische Bild in Fall 3 und 4 ist von dem Bilde der Lymphogranulomatose so verschieden, daß

selbst beim Bestehen des typischen klinischen Bildes (Fall 4) die Diagnose der atypischen Lymphogranulomatose letzten Endes „per exclusionem“ gestellt worden war.

Es leuchtet von selbst ein, daß solch eine Bewertung des Krankheitswesens, die sich auch bei der Beschreibung atypischer Lymphogranulomatosefälle im Schrifttum kundgibt, nichts weniger als zulässig ist.

Will man daran festhalten, daß die Lymphogranulomatose eine umschriebene, von einem spezifischen Agens bedingte Erkrankung ist, so muß meiner Meinung nach gesagt werden, daß viele von den als atypische Formen der Lymphogranulomatose beschriebenen Fällen in keiner Beziehung zu der Lymphogranulomatose stehen. Es ist anzunehmen, daß dieser Satz besonders für diejenigen Fälle gilt, in denen eine Granulomatose resp. eine Bildung von Granulationsgewebe vermißt wird und eine Hyperplasie der retikulären und endothelialen Zellen oder auch Wucherungen vom Typus eines Endothelioms bestehen. Der Umstand, daß in solchen Fällen das klinische Bild manchmal dem Bilde eines typischen Lymphogranuloms ähnlich sieht, kann eigentlich nichts besagen; denn es ist doch möglich, daß das klinische Bild der Lymphogranulomatose nicht bloß durch die Viruseinwirkung auf den Organismus ausgelöst wird, sondern auch durch den allmählichen Schwund des lymphadenoiden Gewebes. Letzteres kann aber bei Vorgängen stattfinden, die ätiologisch nichts mit Lymphogranulomatose gemein haben.

Ich möchte noch darauf hinweisen, daß die Veränderungen des lymphadenoiden Gewebes, welche histologisch denjenigen äußerst ähnlich sehen, die in den Lymphknoten bei typischer Lymphogranulomatose und den beschriebenen atypischen Formen vermerkt werden, auch als reaktive Erscheinungen auftreten können, die nichts mit der Lymphogranulomatose gemein haben. Die beigegebenen Mikrophotogramme kennzeichnen das zur Genüge: Abb. 5 betrifft einen Lymphknoten, der bei der Sektion eines Falles von chronischer Pyonephrose mit Paranephritis am Hilus der rechten Niere gefunden wurde; in diesem Knoten ist eine deutliche Proliferation des Reticulo-Endothels sichtbar, die mit der Bildung eines polymorphzelligen Granuloms einhergeht, in welchem auch Zellformen angetroffen werden, die den Sternbergschen Zellen sehr nahe stehen. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Veränderungen in diesem Fall eine Reaktion auf den chronischen eitrigen Vorgang hin bedeuten. Abb. 6 gibt einen Lymphknoten bei einer septischen Erkrankung wieder, welche 2 Monate nach ihrem Beginn letal endete. Sowohl in den allerorts vergrößerten Lymphknoten, als auch in der Milz und im Knochenmark wurde eine Hyperplasie der retikulären Zellen festgestellt, die einer allgemeinen Reticulose entsprach; das Bild erinnert durchaus an die Veränderungen, welche ich in meinem Fall 1 vermerkt und als atypische Lymphogranulomatose beschrieben habe. Die histo-

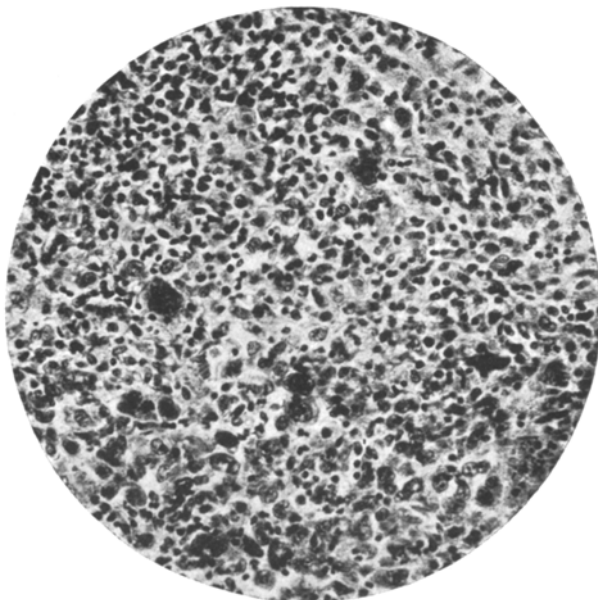


Abb. 5. Regionärer Lymphknoten im Fall einer Pyonephrose mit Paranephritis. Retikulo-Endothelswucherung, welche einem Granulom bei Lg. ähnlich sieht.

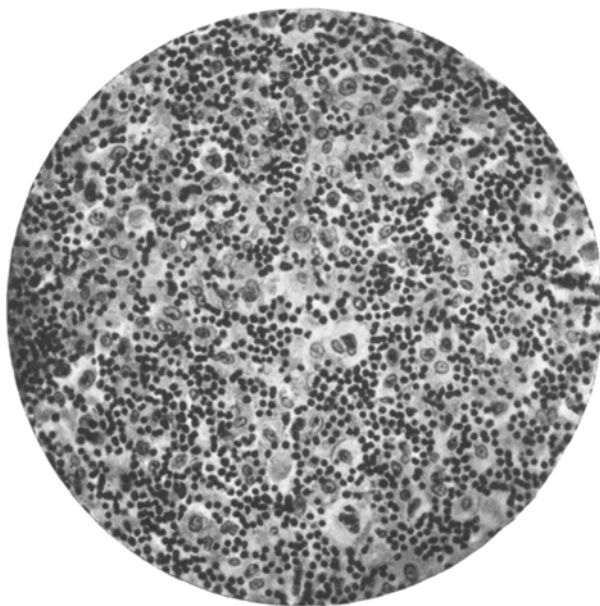


Abb. 6. Lymphknoten im Fall einer Septicämie. Hyperplasie der retikulären Zellen.
Dem Fall 1 ähnliches Bild.

logisch gleichen Veränderungen sind hier also bloß der Ausdruck einer septischen Reaktion. In Abb. 7 ist eine gigantocelluläre Hyperplasie des Reticulo-Endothels sichtbar, die in sämtlichen Lymphknoten eines Falles von Streptokokkensepsis (nach Angina) festgestellt wurde. Diese Veränderungen sehen denjenigen äußerst ähnlich, welche meinem Fall 2 und einigen anderen, als atypische Lymphogranulomatose beschriebenen Fällen zugrunde liegen.

Die letztgenannten Beobachtungen weisen meiner Meinung nach darauf hin, daß unter verschiedenen Bedingungen und verschiedenen

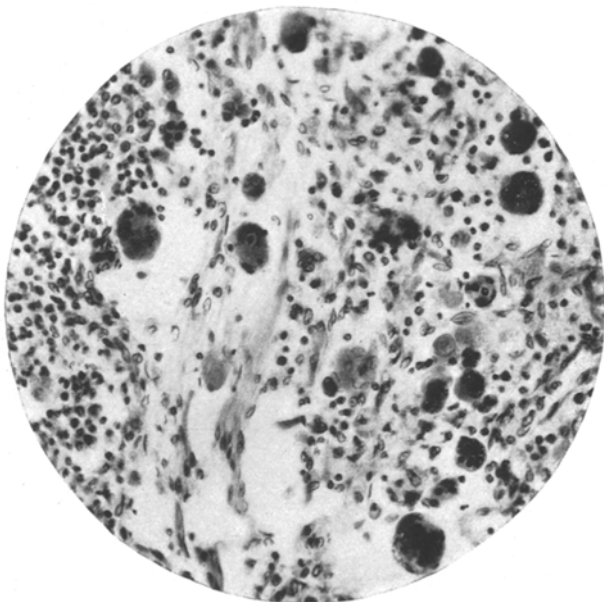


Abb. 7. Lymphknoten im Fall einer Streptokokkensepsis. Gigantocelluläre Reaktion des Ret.-Endothels. Dem Fall 2 ähnliches Bild.

Einflüssen (vorwiegend infektiösen und toxischen) eine Reaktion des lymphadenoiden Gewebes beobachtet werden kann, die histologisch dem Bilde nahesteht, welches bei typischer und besonders atypischer Lymphogranulomatose angetroffen wird.

Zwei Worte noch über die atypischen Formen der Lymphogranulomatose mit Veränderungen vom Endotheliomtypus. Bezüglich dieser Fälle möchte ich daran erinnern, daß als eine der Beweisführungen gegen die infektiöse Theorie der Geschwulstbildung gewöhnlich der organoide Bau einer Reihe von Geschwülsten genannt wird, der den infektiös-entzündlichen Gewebswucherungen nicht eigen sein soll. Wie läßt sich das in Einklang mit der Annahme bringen, daß bei der Lymphogranulo-

matose, einer zweifellos infektiösen Krankheit, die entzündliche Gewebsreaktion sich in organoiden Wucherungen äußert? Ich glaube, daß solche Fälle nur deswegen zu der „atypischen Lymphogranulomatose mit Veränderungen vom Typus des (Lymphangio)endothelioms“ zugerechnet werden, weil die Diagnose des Endothelioms sich bei den Pathologen einer nur geringen Beliebtheit erfreut und weil wir über die multiplen Systemendotheliome des lymphadenoiden Apparates und ihren Verlauf nur wenig wissen. Es ist anzunehmen, daß der Krankheitsverlauf nicht ohne Einfluß auf die Diagnose bleibt: wenn die Krankheit unter dem Bilde einer Lymphogranulomatose verläuft, das Mikroskop aber im Lymphknoten Veränderungen vom Typus eines Endothelioms aufdeckt, zieht es der Pathologe dennoch vor, von einer atypischen Lymphogranulomatose und nicht von einem Endotheliom zu sprechen. Genau so habe ich es in meinen Fällen 3 und 4 gemacht. Wie eingangs erwähnt, kann das klinische Bild aber doch ganz beträchtlich von der allmählichen Verödung des lymphadenoiden Gewebes bedingt werden und nicht von der Anwesenheit eines bestimmten Lymphogranulomavirus im Organismus.

Die obengenannten Ausführungen veranlassen mich zu der Annahme, daß der Begriff „Lymphogranulomatose“, besonders nach Anerkennung der atypischen Formen, ein Sammelbegriff geworden ist, der ihrer Ätiologie und ihrem Wesen nach ganz verschiedene Systemerkrankungen des lymphadenoiden Gewebes umfaßt. Und wenn einerseits manche als atypische Lymphogranulomatose beschriebene Formen zu der ätiologisch umgrenzten Krankheit, der Lymphogranulomatose auch wirklich gehören, so ist doch äußerst wahrscheinlich, daß viele der atypischen Lymphogranulomatosefälle der Lymphogranulomatose im gegebenen Sinne nicht anzureihen sind, da sie ganz andere krankhafte Vorgänge bedeuten. Das ist um so wahrscheinlicher, als bekanntlich verschiedene Ursachen in dem System des lymphadenoiden Gewebes eine Reaktion auslösen können, die histologisch der Lymphogranulomatose und ihren atypischen Formen sehr nahe steht.

Es ist offensichtlich, daß bei der gegenwärtigen Unkenntnis des ätiologischen Agens der Lymphogranulomatose alle erwähnten, einem jeden Pathologen nach persönlichen Erlebnissen gut bekannten Fragen nur in Form einer „Fragestellung“ aufgestellt werden können. Es erschien mir angebracht, diese Fragen gerade in der Festschrift für Herrn Geheimrat Prof. *O. Lubarsch* anzuschneiden, weil er selbst sich eine Zeitlang mit der Frage der atypischen Lymphogranulomatose beschäftigt hat.