

XIX. Diagnose.

Das Lymphogranulom kann klinisch *nicht mit Sicherheit* erkannt werden. Ohne 1. die allergische Hautprobe oder die intravenöse *Hellerström*-Probe bzw. solange sich die Allergie nicht ausgebildet hat, die Umkehrprobe, 2. Tierimpfungen auszuführen, können wir nur eine *Wahrscheinlichkeitsdiagnose* stellen. Ob und inwieweit die Komplementbindungsreaktion, die *Wassénsche* Meerschweinchenprobe, der virulizide Versuch zur Diagnose herangezogen werden können, ist heute noch nicht genügend geklärt. Auch die Positivität der verschiedenen Labilitätsproben des Blutserums (Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, Formol-Gelreaktion, *Takata*-, *Vernes*- und *Darányi*-Probe usw.) gestatten uns nur die Aufstellung einer *Wahrscheinlichkeitsdiagnose*.

Nach *Melzer*¹³⁵⁰ kann ein erfahrener Untersucher den *unmittelbaren Nachweis des Erregers* nach Giemsa-Färbung mit der Leuchtbildmethode im Buboeiter zur Diagnose benutzen. *Ruge*¹⁸²⁰ wies bei 3 Fällen sogar im Primäraffekt den Erreger mit Viktoriablaufärbung nach.

*E. Hoffmann*⁹⁰¹ glaubt, daß der Erreger vielleicht im Lymphknotenpunktat nachgewiesen werden kann.

Die Primärläsion kann wegen ihres *nichtcharakteristischen Erscheinens* klinisch mit Sicherheit nicht erkannt werden; die Diagnose können wir aber durch Ausschließung anderer Krankheiten *wahrscheinlich* machen. Findet man in der Veränderung keine *Spirochaeta pallida*, keinen *Streptobacillus*, *Fusospirillose*, keine Eitererreger, und ist diese fast *keimfrei*, so müssen wir auch an Lymphogranulom denken. Die Anwendung des *Reizserums* der Primärläsion zur Umkehrprobe, die Mäusehirnimpfung haben nur wissenschaftlichen Wert, sie können in der

Praxis nicht in Betracht kommen. Eine *Überimpfung* mit Reiserum bleibt meistens *erfolglos*, oder erst nach mehreren Tagen erscheint eine Infiltration an der Impfstelle. Bei einer herpetiformen Veränderung kann der Herpes durch korneale Impfung an Kaninchen ausgeschlossen werden.

Nach Ablauf der II. Inkubationszeit können die an der einen oder beiden Seiten anschwellenden Leistenlymphknoten den *Verdacht auf Syphilis* erwecken. Die meistens *fehlende*

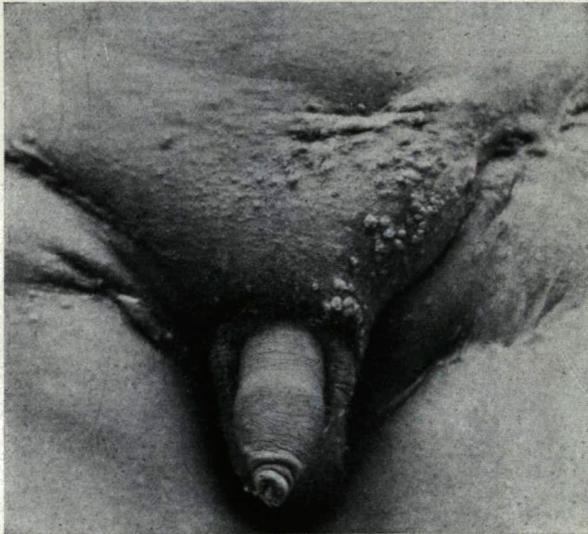


Abb. 69. Nach beiderseitigen, wahrscheinlich tuberkulösen Bubonen entstandene Wulstbildungen und Lymphgefäßerweiterungen. Fall von v. Berde.

oder nichtcharakteristische Primärläsion, die geringere Zahl und geringere Dichte der Lymphknoten, die mäßige, besonders bei Betasten auftretende Schmerzhaftigkeit lenken aber unsere Diagnose bald in die richtige Bahn. In diesem Stadium sind natürlich im punktierten *Gewebs*safte des Lymphknotens weder Spirochäten, noch Streptobazillen nachweisbar; wird der Kranke mit dem Lymphknotenpunktat überimpft, so fällt dies meistens *negativ* aus.

*Frei*⁶²¹ hält es für erforderlich, daß man nach der Einschmelzung der Lymphknoten, d. h. nach der Ausbildung des strumösen Bubos das Auftreten der Allergie nicht abwarten, sondern man

den Kranken sofort in Behandlung nehmen soll. Nach ihm kann man sich in diesem Stadium über die lymphogranulomatöse Natur der Krankheit durch Tierimpfung Sicherheit verschaffen.

Im späteren Stadium kann die Krankheit auch *klinisch charakteristisch* werden. Im geröteten, bläulich-violett verfärb-

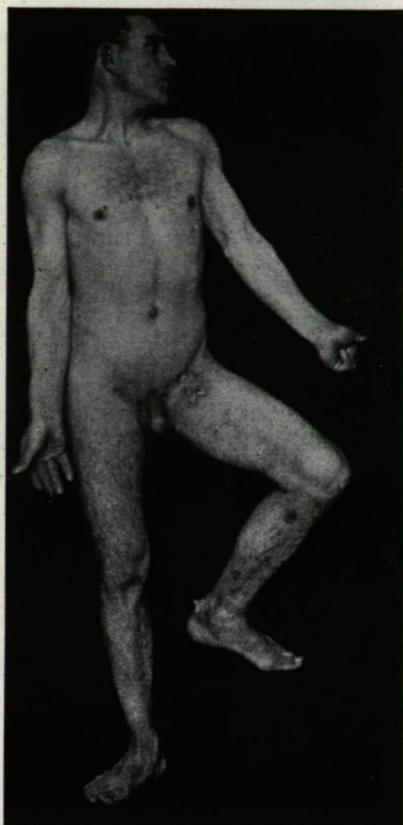


Abb. 70. Beiderseitiger, teils mit eingezogener, teils mit lobulärer Narbe geheilter Bubo tuberculösen Ursprungs. Am Hals, in der rechten Ellbogengegend, im linken Sulcus bicipitalis medialis, am rechten Unterschenkel Narben nach Skrofuloderm. An der linken Ferse ein Tbc.-verrucosa-Herd.

ten, mit der Haut verwachsenen, miteinander verschmolzenen strumösen *Lymphknotenpaket* bilden sich in der Regel im Randteile kleine fistelnde Abszesse aus. Selbst in diesem Stadium kann die Diagnose auf klinischem Wege *nicht mit Sicherheit* gestellt

werden. Nach *Hellerström*⁸⁶³ können sich strumöse Bubonen auf der Basis einer *Ulcus-molle*-, Syphilis- oder Tuberkulose-Infektion entwickeln. Auch *Frei*⁶²¹ hält es für möglich, daß wegen Tuberkulose strumöser Bubo entstehe, jedoch finde man in solchen Fällen auch sonstige Merkmale der Tuberkulose (Abb. 69, 70). *Melczer* und *Sipos*¹³⁵⁴ beobachteten auch einen mit Tuberkulose gemischten lymphogranulomatösen Bubo. *Hel-*

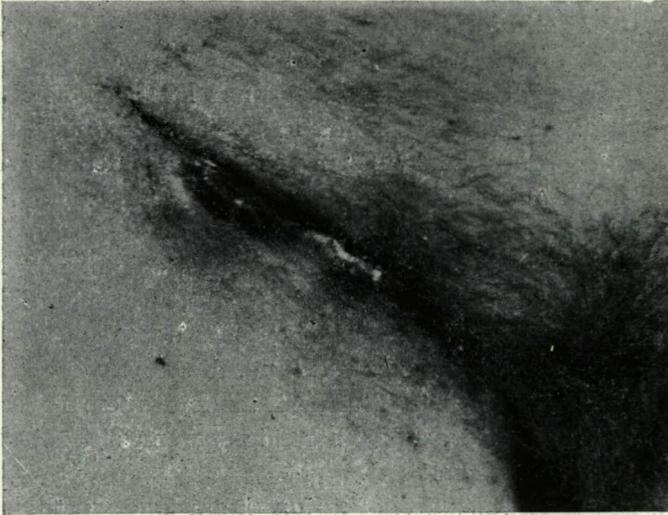


Abb. 71. Carcinoma metastaticum in den Leisten-Lymphknoten bei einer Gebärmutterkrebskranken.

*lerström*⁸⁷² beobachtete einen nach primärer Tuberkuloseinfektion entstandenen strumösen Leistenbubo. Auch *Marchionini*¹²⁸⁰ beobachtete einen Kranken mit fistelndem, strumösem Bubo tuberkulösen Ursprungs. In einem Falle von *Melczer*¹³⁵⁰ ahmte eine Krebsmetastase den strumösen Bubo nach; ein ähnlicher Fall wurde auch von *Favre*⁵²⁹ und von *Behcet*⁹⁹ beschrieben (Abb. 71).

Inguinale Aktinomykose, *Filariosis* können dem lymphogranulomatösen Bubo täuschend ähnlich sein.

Die Anschwellung der durch die Bauchwand tastbaren iliakalen Lymphknoten des Beckeninnern machen die Diagnose des Lymphogranuloms *wahrscheinlich*. Allerdings erkranken

diese beim Lymphogranulom nur in etwa 50%; sie können sich auch bei *Hodgkin-Sternberg-Paltauf-Krankheit*, Leukämie, Pseudoleukämie, Tumormetastase ebenfalls vergrößern.

Der lymphogranulomatöse Bubo selbst ist *nicht in jedem Falle charakteristisch*. Mehr als 50% der Szegeder Fälle von *Melczer*¹³⁵⁰ verliefen als *Formes frustes*; in 7% entwickelten sich sog. *Formes abortives fluxionnaires aiguës*, in 19% Lymphknotenschwellungen ohne *Periadenitis* (*adénites bénignes non suppurées dues à la maladie de Nicolas und Favre*) und in 25% nicht vereiternde strumöse Bubonen (*formes abortives chroniques à grosse tumeur*). Trotzdem wird die allergische Probe selbst in solchen Fällen nach einer längeren Zeit in der Regel positiv. Die Natur solcher Prozesse kann meistens nur durch Umkehrprobe und Tierimpfung entschieden werden.

Es kommt aber häufig vor, daß der lymphogranulomatöse Bubo das *Aussehen eines Ulcus-molle-Bubo mit großen Eiteransammlungen* annimmt. Das Fehlen der Streptobazillen, der *negative Ausfall* der *Ito-Reenstierna*-Probe, der von *Levaditi, Ravaut und Cachera*¹¹⁶⁹ empfohlenen mit dem Dmelcos-Antigen ausführbaren *Komplementbindung*, die *Erfolglosigkeit der Superinfektion* lenken die Aufmerksamkeit auch in solchen Fällen auf den richtigen Weg, besonders, wenn sich die Hautallergie bereits entwickelt hat.

Bei *extragenitaler Lokalisation* kann die wirkliche Ursache des Primäraffekts und des Bubo nur mit beweiskräftigen Untersuchungen festgestellt werden. Bei Nachforschungen der Infektionsquellen, bei der Konfrontation kann man *erscheinungsarme*, symptomfrei erscheinende Frauen treffen. Ihre Ansteckungsfähigkeit kann nur durch die allergische Probe, eventuell durch Heranziehung des Harnröhren-, Scheiden-, Gebärmuttersekrets zur Umkehrprobe und durch Tierimpfung nachgewiesen werden.

Das Blutbild ist *nicht charakteristisch* und variierend; nach der Erfahrung kann es aber, wenn es ohne eine größere Veränderung der Leukozyten eine *Monozytose* höheren Grades zeigt, zur Bekräftigung der Diagnose verwendet werden. Die Untersuchung des *Augenhintergrundes* ergibt etwa in der Hälfte der Fälle Veränderungen.

Die Bewertung der *Allgemeinsymptome*, wie Fieber, Abmagerung, Blutarmut ist schwierig.

Findet man in der Leistengegend charakteristisch eingezogene kleine *Narben*, eventuell mit kleinen Hautwülsten, so wird man an ein bereits abgeklungenes Lymphogranulom denken. Allerdings wird sich eine ältere Infektion durch die Spätsymptome oder die allergische Probe verraten.

*Hellerström*⁸⁵⁵ hält es für erforderlich, jeden einzelnen Fall durch die allergische Probe zu kontrollieren. *Frei*⁶²¹ wünscht die Anstellung der allergischen Probe nur in den *atypischen* Fällen. Wenn kein Impfstoff zur Verfügung steht, so kann der sterile Eiter oder der exzidierte Lymphknoten in eine, mit der Krankheit sich befassende Anstalt gesandt werden, wo man das Material zu Antigen verarbeitet und zu Tierimpfungen verwendet.

Oft können wir selbst eine annähernde Diagnose aufstellen. Man kann bei dem Kranken die intrakutane Testung mit *Eigeneiter* und gleichzeitig mit *Dmelcos-Impfstoff* durchführen. Fällt die Eigeneiterprobe positiv, die mit Dmelcos ausgeführte *Ito-Reenstierna*-Probe negativ aus, so wird die Diagnose des Lymphogranuloms annähernd sicher. Die *Tularämie* zeigt auf Impfung mit Eigeneiter ebenfalls *positiven Reaktionsausfall*. Bei schweren *Allgemeinsymptomen*, mehrfacher, eventuell epidemisch auftretender, gar nicht in der Schamgegend erscheinender *Lymphknotenentzündung* muß man auch an diese Krankheit denken.

Nach unserer heutigen Auffassung ist die histologische Untersuchung allein zur *Diagnose der Krankheit nicht genügend*. Oft ist es unmöglich, das Lymphogranulom von anderen Granulationsprozessen histologisch zu unterscheiden. Natürlich ist aber bei *Hodgkin-Sternberg-Paltäuf*-Krankheit oder Tumormetastase die histologische Untersuchung unentbehrlich.

Eine Diagnose *ex juvantibus* kann nicht gestellt werden, da wir *kein spezifisches Chemotherapeutikum* des Lymphogranuloms kennen. Bei anderen Krankheiten übliche therapeutische Verfahren, wie *Dmelcos-Spritzen* oder *antisyphilitische Behandlung* beeinflussen den lymphogranulomatösen Bubo auf unspezifische Weise, allerdings bleiben der Verdacht auf Mischinfektion, sowie die Möglichkeit einer Fehldiagnose bestehen.

Da bei Lymphogranulom die *Wassermännische* und andere

lipoidbindende Reaktionen oft positiv sind, können wir uns auf den Erfolg der zur Feststellung von Syphilis angewandten verschiedenen Reaktionen ohne Kritik nicht verlassen.

Der *negative Ausfall* der allergischen *Frei*-Probe schließt nicht aus, daß der Kranke Lymphogranulom hat oder hatte. Interkurrente oder vorangehende syphilitische Infektion, Lymphknotentuberkulose, das Prämenstrum (*Frei*⁶²¹) können zu einem *negativen* Ausfall führen.

Bei einer durch die Harnröhre erfolgten Ansteckung findet man nur milde Symptome. Die Keimfreiheit des Eiters, der negative Ausfall der gonorrhöischen Komplémentbindungsreaktion schließen die Gonorrhöe oder andere Harnröhrentzündung bakterieller Herkunft aus.

Die Inguinalknoten können durch eine ganze Reihe anderer Krankheiten befallen werden, welche die *Diagnose erschweren*. Diese Krankheiten gehen teils mit, teils ohne Eiterung einher.

Unter den *nichteiternden* ist die wichtigste die syphilitische Skleradenitis. Bei dieser findet man meistens eine in Rückbildung begriffene primäre Induration, ferner im Gewebssaft des Lymphknotens und im Reizserum des Primäraffekts Spirochäten. In seltenen Fällen kann auch die spätsyphilitische *gummöse* Veränderung der Lymphknoten den Lymphogranulomatösen Bubo nachahmen.

2. Die *Hodgkin-Sternberg-Paltaufsche* Krankheit befällt nur ausschließlich die Leistenlymphknoten selten. *Rämel* und andere Autoren sahen solche Fälle. Die Diagnose wird histologisch durch das Vorhandensein der *Sternberg-Großschen* Riesenzellen entschieden. Die *Gordonsche* Probe kann nicht angewandt werden, da auch bei Lymphogranulom ähnliche Erscheinungen auftreten können.

3. Bei Leukämie lenken uns das Blutbild, bei Pseudöleukämie die Hauterscheinungen und die in anderen Gegenden erkrankten Lymphknoten auf den richtigen Weg.

4. Bei Tumormetastasen findet man Kachexie; die gynäkologische Untersuchung stellt in den inneren Geschlechtsorganen meistens die primäre Geschwulst fest. Klinisch erweckt die knorpelharte Induration der Lymphknoten den Verdacht auf Tumor. Die Diagnose ist durch die histologische Untersuchung zu klären (Abb. 71).

Chevallier und *Bernard*³¹⁰ empfehlen, noch folgendes zu berücksichtigen:

5. gonorrhöischen Bubo;
6. *Adénite banal dite simple*; von Eiterregern hervorgerufener Leistenbubo;
7. durch Filariosis hervorgerufene Leistenlymphknotenschwellung;
8. inguinale Form der *Chauffard-Stillschen* Krankheit;
9. Adenopathie bei Tabes;
11. Adenolymphokele.

Sodoku, *Schlafkrankheit*, *japanisches Flußfieber* und der durch diese hervorgerufene Bubo kommen nur in entsprechenden Weltteilen vor.

Bei akuter eiternder Lymphknotenschwellung kommt ein durch *Eitererreger*, besonders *Staphylococcus*, *Streptobacillus*, *Tularämie*, *Pestis ambulans* verursachter Bubo in Frage. Bei subakutem oder chronischem Bubo sind als Erreger Tuberkelbazillen, Strahlenpilz, Blastomyzeten, Sporotrichion, *Filaria* zu berücksichtigen.

Die im Laufe des Lymphogranuloms auftretenden *Hauterscheinungen*, *nichtcharakteristischen Bubonuli*, *Lymphgefäß- und Gelenkentzündungen* können nur bei Vorhandensein typischer Symptome erkannt werden.

Noch schwieriger ist die Lage, wenn eine *Mischinfektion* vorhanden ist. Wie erwähnt, kann die allergische Hautprobe wegen *florider*, ja, latenter Syphilis *negativ* sein. Nach *Frei*⁶²¹ kann das *Erscheinen der komplementbindenden syphilitischen Immunkörper* bei gleichzeitiger Syphilis durch Lymphogranulom verhindert werden. In anderen Fällen können wir bei Lymphogranulom auch mit Syphilis-Antigen eine *falsche Komplementbindung* erhalten.

Bei Verdacht auf *Mischinfektion* versuchen wir den vermutlichen Erreger nachzuweisen. Der Nachweis der Allergie allein gegen Streptobazillen ist auch bei *Ulcus molle* nicht hinreichend. Eine positiv ausfallende *Ito-Reenstierna*-Probe kann auch das Zeichen eines seit Jahrzehnten abgeklungenen *Ulcus molle* sein. Gleichzeitige lymphogranulomatöse Ansteckung können wir heute nur durch Tierversuch nachweisen.