

Herr **Kyrle-Wien** meint, daß eine sichere Entscheidung, was hier ätiologisch vorliegt, nicht gefällt werden kann. Wir sehen deprimierte Narbe, also ein Endstadium, was vorangegangen ist, läßt sich nicht mehr erschließen.

Herr **Th. Veiel-Cannstatt**. Herr Kyrle hat ganz recht, daß jetzt kein Mensch mehr die sichere Diagnose des Falles stellen kann. Ich hätte auch die Diagnose nicht gestellt, wenn ich nicht wiederholt besonders in den Interkostalnerven solche Prozesse gesehen hätte, die mit allen Symptomen der Sklerodermie ausgestattet waren.

Herr **Touton-Wiesbaden** hält den Fall nicht für Sklerodermie. Traumatische Sklerodermien habe ich auch gesehen und einen in Blaschkos Sammelwerk publiziert (Fall eines schweren Sackes auf die Lumbalgegend, genau einseitiger Sklerodermie en bande, zosteriform). Dabei genau halbseitige Lokalisation, kein derartig scharf abgesetzter Rand und Tieferliegen der narbenartigen Erkrankung. Auf das Fehlen des lilac ring ist nicht viel Gewicht zu legen. Er schlägt vor, nur allgemein von einer schweren trophischen Störung nach Trauma zu sprechen.

Herr **Lewandowsky-Basel** weist darauf hin, daß der Fall zwar heute eine Sklerodermie ähnlich sieht, daß dies aber im Anfang nicht der Fall war. Es bestanden sowohl Oberflächenverwucherungen als auch tiefe subcutane Infiltrate. Histologisch fanden sich sehr massige Nekrosen von Venen und Arterien der Subcutis. Das ist bei Sklerodermie nicht bekannt.

5. Kombination von **papulo-nekrotischem Tuberkulid, Erythema induratum. Bazin** und **Granulosis rubra nasi** (veröffentlicht Dermatol. Wochenschr. 1921. Nr. 16).

Diskussion.

Herr **Jadassohn-Breslau** macht auf das Vorhandensein eines Status ichthyoticus aufmerksam — darauf muß speziell geachtet werden. (Berner Fall von Keratitis follicularis, Pachyonychie + Granulosis rubra.) Die Frage der Tuberkulose bleibt offen.

60. Herr **R. Hahn-Hamburg**: **Sklerodermie nach Radiotherapie.**

61. Herr **Hans Meyer-Bremen**: **Chilblainlupus.**

62. Herr **Brinitzer-Altona**: Fall zur Differentialdiagnose: **Epidermolysis bullosa hereditaria** oder **Dermatitis herpetiformis Duhring.**

Diskussion.

Herr **Jadassohn-Breslau**. Die sog. „Übergangsfälle“ zwischen Dermatitis herpetiformis, Pemphigus und Epidermolysis müssen mehr beachtet und gesammelt werden. Epidermolysis braucht nicht kongenital und familiär zu sein, Dermatitis herpetiformis kann familiär sein. Große Pausen, zeitliche Differenzen in der Krankheitsbereitschaft kommen bei verschiedenen kongenitalen Dermatosen vor.

Herr **Kyrle-Wien** warnt vor einem Zusammenbringen der Dermatitis herpetiformis mit der Epidermolysis congenita. Von beiden Erkrankungen wissen wir nichts hinsichtlich des ätiologischen Momentes, wir sind rein klinisch orientiert und daher nur auf die Symptomatologie für die Diagnose angewiesen. Den vorliegenden Fall hält Kyrle nach allem zur Epidermolysis gehörend.

Herr **Bettmann-Heidelberg**. Familiäre Beobachtung: Typische Epidermolysis congenita an den Extremitäten, Duhring-artiges Bild am Rumpfe. Also: nicht Duhringsche Krankheit, sondern besonderer Typ einer angeborenen Anomalie.