

結節性紅斑ニ對スル疑義ニ就テ。 特ニ Bazin 氏硬結性紅斑トノ關係

岡山醫科大學皮膚科泌尿器科教室（主任皆見教授）

醫學士 小池 藤太郎

緒 言

結節性紅斑ハ古クヨリ知ラレタル皮膚疾患ノ 1 ニシテ臨牀上吾人ノ遭遇スルコト敢テ稀有ナラザレドモ、其病理及ビ本態ニ關シテハ未ダ闡明ノ域ニ達セズ。學者ニヨリテハ本症ヲ獨立セル 1 箇ノ疾患ト認メズシテ種々ノ疾患ニ於テ現ハルル症候群ニ過ギズトノ見ヲ抱ク者サヘアリ。他面本症ノ非定型的ナルモノハ類似ノ症候ヲ現ス他ノ疾患殊ニ Bazin 氏硬結性紅斑トノ鑑別常ニ必ズシモ容易ナラズ。兩者ハ其異常型ニアリテハ管ニ其經過ノ酷似セルモノアルノミナラズ組織的ニモ相似ノ諸點ヲ有ス。場合ニヨリテハ兩者ノ鑑別ノ殆ド不可能ト看ルベキモノモ存スル如シ。

凡ソ多クノ疾患ニアリテハ顯微鏡ハ最終ノ審判者トシテ絶對ノ權威ヲ有シ其罹患部ノ一片ノ組織的所見ニヨリテ診斷ヲ明確ニ下シ得レドモ本症ニ於テハ大イニ其關係ヲ異ニシ顯微鏡モ常ニ必ズシモ絶對ノ價值ヲ有セズ。余ハ茲ニ診斷困難ナリシ其數例ヲ掲ゲ併せて他ノ結核疹特ニ Bazin 氏硬結性紅斑ト對比セシメ以テ兩者ノ關係ニ就キ論及スル所アラントス。

症 例

第 1 例 診斷 結節性紅斑

中野某 20 歳ノ男 初診 昭和 3 年 6 月 2 日

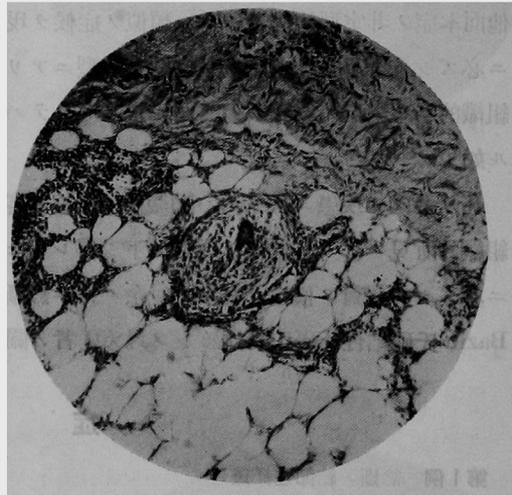
家族歴ニ特記スベキモノナシ。

既往症 患者ハ生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。特ニ結核性疾患ニ罹リシコトナシ。約 1 箇月前突然發熱及ビ肘膝兩關節ノ疼痛ヲ訴ヘ次デ上肢及ビ下肢ニ豌豆大乃至蠶豆大ノ硬結ヲ認メ醫療ヲ受ケシモ治セズ。昨日ヨリハ顔面ノ浮腫様腫脹ヲ來シ我外來ヲ訪フ。

現症 體格中等、營養可良ニシテ胸腹臟器ニ何等ノ異常ヲ見ズ。患部ハ顔面及ビ四肢ニ限局シ頸部及ビ軀幹ニハ全ク變化ナシ。顔面ハ一般ニ稍々腫脹セルモノノ如シ。兩頰ニ於テ併せて 5 箇ノ胡桃大ノ紅斑アリテ深部ニ硬結ヲ觸ル。之ヲ壓迫スルニ少シク疼痛アリ。同様ノ結節ハ尙ホ右前膊ノ屈側ニ於テ數箇、左前膊ノ外側ニ於テ 1 箇ヲ觸知ス。下層トハ容易ニ移動セラル。兩大腿ノ前面ニアリテハ多數豌豆大ノ紅斑散在性ニ存シ或者ハ既ニ暗紅色乃至黃色トナレリ。硬度又種々ニシテ多少ノ硬結アルモノ或ハ殆ド觸診上證明セラレザルモノアリ。右側下腿後面ニ於テハ鮮紅色ヲナシテ硬結著明ナル結節數箇アリ。左側ニテハ唯 1 箇ヲ認ムルノミ。是等總テノ紅斑結節ハ輕度ノ壓痛アリ。Wassermann 氏並ニ Pirquet 氏反應共ニ陰

性：血液像ハ赤血球數 485 萬，白血球ハ 8400，血色素量 98%，血色素指數 0.95，中性多核白血球ハ 70%ニシテ内桿狀核型ノモノ 0.5%，分葉型ハ 69.5%，淋巴球ハ 22.5%，「モノチーテン」4%，「エオジン」嗜好細胞 4.5%，他ニ赤白血球ノ異常型ヲ發見セズ。鼻汁及ビ辜丸分泌液中ノ細菌陰性ナク。血清ノ凝ニ對スル「カタホレーゼ」ハ 2.2 μ ニシテ殆ド正常ナリ。尙ホ結節ノ穿刺ヲ行ヒ其塗抹染色標本ヨリ細菌ヲ證明セント試ミタレ共陰性ニ終レリ。

組織的所見 左大腿ノ1結節ヨリ組織の標本ヲ作りテ檢スルニ表皮ハ尋常，真皮上層ニハ血管周圍ニ多少ノ淋巴細胞ノ浸潤竝ニ極メテ少數ノ中性多核白血球浸潤シ，其他上記ノ細胞及ビ結締織細胞ヲ散在性ニ見ル。真皮ノ中層ニ於テハ血管，汗腺等ノ周圍ニ上記ノ細胞浸潤可ナリ夥シク群集ス。又真皮全體ニ少數ノ淋巴球及ビ多核白血球散漫性ニ存在ス。皮下脂肪組織ハヨク發達シ，其中隔内ニ主トシテ淋巴細胞竝ニ少數ノ中性多核白血球ノ浸潤ヲ見ル。所ニヨリテハ浸潤ノ群簇性ニ存スルモノアリ。此組織内ニ於テ1本ノ靜脈ノ壁膜厚シ内皮細胞モ肥厚シテ内腔狹クナリ，其壁内ヘモ淋巴球及ビ多核白血球侵入ス。其周圍ニ淋巴球ノ浸潤ヲ見ル所アリ。壁ノ彈力纖維ハ稍々斷裂シ不規則トナル。然ルニ1箇ノ脂肪細胞ノ周圍ニ上皮様細胞ガ輪狀ニ多數並列シ其周邊部ニ3乃至4箇ノ小ナル巨大細胞ヲ見ル所アリ。後者ノ核ハ邊緣性ナリ。之等ノ細胞間ニモ淋巴球ノ浸潤アリ。是レ中隔ニ生ゼシ結核竈ト見テ可ナリ。又中ニ空胞(脂肪細胞)ナクシテ小ナル同様ノ結核竈ヲ作レルモアリ。斯カル結核竈ハ脂肪組織中ニ數多存在ス(挿圖參照)。此結核竈中ニ Ziehl-Neelsen 氏染色法ニテ抗酸性ノ桿菌様ノモノアリテ中ニ顆粒ヲ含ミ大サ等結核菌ニ酷似セルモノ數箇ヲ認メタリ。總テ細胞浸潤及ビ結核竈ニハ彈力纖維殆ド缺如ス。肥胖細胞ハ真皮ノ細胞浸潤中ニ可ナリ存在シ，皮下脂肪組織ノ浸潤中ニモ多少含有セラル。



治療及ビ經過 撒曹(1日1.5g)ヲ内服セシムルコト10日ニシテ結節頓ニ減退シ顔面，下腿及ビ前膊ニ於テ2—3箇ヲ觸ルルノミ。上膊及ビ大腿ニ於テハ全ク消失シ，タダ褐色ノ色素沈着ヲ遺スノミ。爾後「ソラルソン」ノ注射ヲ隔日又ハ3日毎ニ併用セシニ注射回數9回治療日數30日ニシテ硬結ハ全ク證明セラレザルニ至ル。然ルニ其後約15日ニシテ再ビ前發作ト同様ノ症狀ヲ以テ左前膊屈側ニ於テ以前トハ異リタル場所ニ3箇ノ豌豆大乃至胡桃大鮮紅色ノ硬結ヲ新生シ壓痛アリ。其1ツヲ無菌的ニ採取シテ1部ハ組織的檢索ニ供シ1部ハ之ヲ3分シテ「モルモット」ノ大腿内側ノ皮下ニ接種ス。其組織的所見ハ下ノ如シ。

表皮ニハ殆ド變化ヲ認メズ。真皮上層ノ血管ノ周圍ニ多少ノ圓形細胞ノ浸潤アリテ其部ノ結締織ハ浮腫狀ヲ示ス。真皮ノ中層及ビ下層ニモ同ジク血管ノ周圍ニ多少ノ細胞浸潤ヲ認ム。皮下組織中ニ上皮様細胞，2—3ノ巨大細胞其周邊ニハ淋巴細胞ヨリナレル定型ノ小結核竈3乃至4箇存在ス。其他大ナル細胞浸潤竈アリテ其部ニハ中性多核白血球，淋巴細胞ヲ多數ニ認メ又之等細胞核ノ破壞セルモノモ夥シク存在セリ。其中ニ小ナル血管多數混在セリ。此處ニハ結核竈ノ像ハ明カナラズ。但シ其間ニ僅小ナル巨大細胞ハ上

皮擦細胞ヲ認ムルモノノ如シ。後ノ細胞浸潤ニハ極メテ僅少ナル肥胖細胞ヲ認ム。殊ニ邊緣部ニ多シ。結核菌ノ部ニモ少數ノ肥胖細胞アリ。彈力纖維ハ一般ニ減少シ結核菌ノ部ニハ存セズ。細菌ハ數10枚ノ染色標本ヲ作製シテ仔細ニ檢索セルモ發見スルヲ得ズ。

動物實驗 使用セシ「モルモット」ハ重量330乃至380gノ雄ニシテ發育可良ナルモノヲ選ビタリ。接種組織ハ可及的無菌性ヲ保スル爲ニ表皮ヲ切除シ真皮及皮下組織ヲ用ヒタリ。尙ホ其他總テノ操作ハ無菌的ニ處置セシハ勿論ナリ。其實驗成績ハ3匹共殆ド同様ナルヲ以テ1括シテ記述スベシ。第1ノモノハ接種後30日、第2ノモノハ34日、第3ノモノハ40日ニシテ衰弱後斃死セリ。剖檢上、皮膚、内臓ニ著變ヲ見ズ。特ニ淋巴腺、肺、肝、脾、腎等ニハ肉眼的並ニ顯微鏡的ニ何等ノ變化ヲ發見スルヲ得ズ。接種組織ハ割合ニヨク其原形ヲ保有シテ埋藏セラレ其周圍ノ皮下組織及ビ筋肉ハ1部壞疽ニ陥リ又所々出血セル箇所ヲ認ムルコトヲ得。此接種組織ヨリ塗抹標本ヲ作り Ziehl 及ビ Gabbet 氏液ニテ染色スルニ結核菌ニ酷似セル、内ニ顆粒ヲ含メル、抗酸性桿菌數箇ヲ認メ、所ニヨリテハ2—3箇相塊ツテ存在スルモノモ存セリ。尙ホ此組織ヲ「アルコール」ニ固定シテ「パラフィン」切片ヲ作り Ziehl-Neelsen 氏法ヲ施セシニ組織中ニ於テモ同ジク結核菌様ノ桿菌ヲ證明アルヲ得タリ。コレ恐ラクハ結核菌ニシテ動物體內ニ於テ増殖セシモノト推定セラレ外界ヨリ偶然進入セシ雜菌ニハ非ザルベシ。

第2例 診斷 結節性紅斑

金光某 女 21歳 初診 昭和3年6月18日

家族史トシテ擧グベキモノナシ。

既往症 患者ハ生來健全ナリシモ12歳ノ時ニ肋膜炎様ノ疾患ヲ患ヒシコトアリ。約10箇月前ヨリ赤色ノ紅斑數箇兩下腿ニ生ジ殆ド自覺症狀ヲ缺ケドモ壓スレバ輕度ノ疼痛ヲ訴フ。之等發疹出現ノ最初ニ於テ關節痛及ビ發熱等ノ症狀ヲ伴ヘリ。醫治ヲ受クルモ在再治ニ至ラズシテ今日ニ及ビシモノナリ。

現症 體格榮養共ニ中等度ニシテ皮下淋巴腺ノ腫脹ヲ殆ド認メズ。胸腹臟器ニ著變ヲ見ズ。下腿ヲ見ルニ主トシテ其伸側ニ於テ所々數箇ノ鮮紅色ノ着色ヲ認メ、其下ニ豌豆大乃至蠶豆大ノ硬結ヲ觸ル。多少壓痛アリ。潰瘍ニ陥ル傾向ヲ認メズ。Wassermann 氏反應ハ陰性ナレドモ Pirquet 氏反應ハ中等度陽性ナリ。

組織的所見 表皮ハ變化ナシ。真皮上層ニハ散漫性ニ主トシテ淋巴細胞ノ輕度ノ浸潤アリテ血管周圍ニハ稍々高度ナリ。血管ハ多少擴大ス。結締織ハ稍々鬆疎ニシテ多少浮腫性ナリ。真皮中層モ大體上層ノ所見ニ等シク淋巴球ノ他ニ中性多核白血球ヲ多少混ジ浸潤ハ血管、毛囊及ビ汗腺ノ周圍ニ特ニ著シ。真皮ノ下層ニ3—4箇ノ小ナル結核菌ヲ見ル。

皮下脂肪組織内ニハ中隔内ニ上記ノ細胞浸潤高度ニシテ群集性ナル所モアリ。尙ホ脂肪細胞ヲ圍ミテ又ハ之ヲシテ多數ノ上皮擦細胞及ビ2—3ノ巨大細胞ヲ見ル所アリ。斯カル結核菌ヲ多數發見セリ。且其中ニ Ziehl-Neelsen 氏法ニテ第1例同様抗酸性菌様ノモノ數箇ヲ認ム。

皮下組織ノ深部ニ於テハ1本ノ靜脈ノ壁肥厚シ内腔ハ極メテ狹クナリ筋層ハ斷裂シ其間ニ淋巴球或ハ上皮擦細胞ノ浸潤スルモアリ。之ト内皮細胞ノ在リシ所ニハ彈力膜可ナリ強ク染色シ唯1部ニハ斷裂セリ。其内腔ノ栓塞部ニハ彈力纖維ヲ缺ク。筋層等ノ彈力纖維ハ不規則ニ斷裂セリ。彈力纖維ハ一般ニ細胞浸潤部及ビ結核菌ニハ殆ド之ヲ缺如ス。

治療及ビ經過 第1例ト同ジク撒曹(1日1.5g)ノ内服及ビ「ソラルソン」ノ注射(1回1.0g隔日施行)ヲ

行ヒシニ 20 日後ニハ結節著シク其數ヲ減ジ、唯僅ニ左側ニ於テ 2—3 箇ヲ觸ルルノミ。尙ホ引續キ治療ヲ繼續セシニ第 32 日目（「ソラルソン」ハ 16 回注射）ニハ全ク吸收セラレテ遂ニ再ビ新發疹ノ發現ヲ見ザリキ。

本例ハ其經過稍々慢性ニシテ組織的所見ハ Bazin 氏硬結性紅斑ニ酷似セリ。且簡單ナル療法ニヨリテ全治セシメシコト及ビ後述スルガ如キ理由ニヨリテ暫ク慢性結節性紅斑トシテ記載ス。

第 3 例 診断 結節性紅斑及ビ大結節性類肉腫

藤谷某 17 歳 女 初診 昭和 2 年 12 月 6 日

本例ハ第 8 回岡山皮膚科泌尿器科地方會（昭和 3 年 3 月 10 日開催）ニ於テ荒田氏ガ顔面ニ發生セシ大結節性類肉腫トシテ報告セシモノニシテ、其治療經過中下肢ニ結節性紅斑ヲ併發セシモノナリ（類肉腫ノ病歴ハ總テ之ヲ省略ス）。即チ類肉腫ガ殆ド治癒セシ頃、突然ニ熱發及ビ所々ノ關節痛ヲ伴ヒテ兩下腿内外側面ニ表面潮紅セル多數ノ皮下結節ヲ生ジ、觸診スルニ皮膚ノ深部ニ於テ蠶豆大ノ硬結ヲ證明ス。該結節ハ自發痛及ビ壓痛アリ。一般症候トシテ特ニ擧グベキモノナク、既往症及ビ遺傳歴ニ結核ノ徴スベキモノヲ認メズ。Wassermann 氏反應陰性、Pirquet 氏反應陽性。

組織的所見 表皮ハ尋常、真皮ハ主トシテ血管周圍ニ淋巴球ノ浸潤アリ。血管ハ可ナリ擴張ス。皮下脂肪組織内ニハ上皮様細胞ヨリナレル結核竈アリ。中央ニ 2—3 箇ノ巨大細胞及ビ多少壞疽ニ陥レル所アリ。結核竈ハ諸所ニアリ。コロニハ弾力纖維ヲ認メズ。

治療及ビ經過 撒曹（1 日 1.5 g）ノミノ投與ニヨリテ 10 日間ニテ結節全ク消失ス。

第 4 例 診断 Bazin 氏硬結性紅斑及ビ癩疽性丘疹狀結核疹

池上某 22 歳 女 初診 昭和 3 年 6 月 28 日

既往症 數年前ヨリ毎年陽春 4 月ノ交ヨリ下腿前膊、趾尖等多數ノ紅斑、丘疹時ニ潰瘍ヲ生ジ冬期ニ至レバ癩痕ヲ形成シ或ハ之ヲ形成スルコトナクシテ治ニ赴クヲ常トス。自覺的ニ潰瘍部ニハ激痛アリ。患者ハ既往ニ於テ結核性疾患ニ悩ミシコトナク、性病ヲ否定ス。

現症 可ナリ強壯ナル女子ニシテ一般症候ト特記スベキモノナシ。特ニ胸部ハ打診及ビ聽診上何等ノ異常ヲ發見セズ。局所ヲ見ルニ左側第 4 及ビ 5 趾ニ於テ各々 1 箇ノ潰瘍アリ。該潰瘍ハ前者ニ於テハ爪ノ直後ニ、後者ニ於テハ爪ノ部ニ位置シ、大イサ豌豆大ニシテ形不正ナリ。縁下ノ蠶蝕ヲ呈シ、底面ノ肉芽ハ貧血性ニシテ結核ニ特有ナル稀薄ナル分泌液ヲ出ス。兩趾共ニ稍々浮腫狀ニ腫脹シ暗赤色ヲ呈ス。同側下腿下半部、特ニ其伸側ニ於テハ不規則ナル種々ノ大イサノ暗褐色ノ色素沈着アリテ其處ニハ十錢銀貨大ノ癩痕形成ヲ營メルモノ數箇アリ。其間ニ介在シテ 2—3 箇ノ皮膚ト硬ク應着セル豌豆大ノ結節ヲ認ム。屈側ニ於テハ蠶豆大ノ暗褐色ノ紅斑數箇ヲ認メ之ヲ撫スレバ深部ニ於テ稍々限局セル硬結ヲ觸知ス。下層トハ容易ニ移動セシムルコトヲ得レドモ皮膚トハ硬ク應着ス。尙ホコレ等ノ硬結ノ附近ニ麻實大乃至小豆大ノ多數ノ紅色ノ丘疹存在シ其或者ハ膿疱ニ變ジ痂皮ヲ頂ケルモアリ。他側下肢ニ於テハ拇趾ノ内側、第 2 趾ノ爪肉ヨリ爪廓ニカケテ不規則ノ形狀ヲ呈セル定型ノ豌豆大ノ結核性潰瘍アリ、第 3 趾ノ先端ニ於テモ同様ノ米粒大ノ潰瘍アリ。之等ノ潰瘍ニハ自發痛アリ。之ヲ觸ルレバ更ニ増劇ス。尙ホ足ノ内縁ニモ 2—3 ノ麻實大ノ小結節ヲ認ム。下腿ノ下半前面ニ於ケル所見ハ殆ド左側ニ同ジ。後面ニモ數箇ノ暗褐色乃至尋常ノ皮膚ヲ被レル結節アリ。壓スルモ疼痛ヲ訴ヘズ。尙ホ兩前膊ノ伸側ニモ散在性ニ小結節ヲ認ム。

Wassermann 氏反應陰性、Pirquet 氏反應陽性。

組織的所見 1) 右下腿後面ノ1結節ヨリノ切片ヲ檢スルニ表皮ハ尋常、真皮上層ニ散漫性ニ少數ノ淋巴細胞ノ浸潤アリテ特ニ血管周圍ニハ稍々高度ナリ。極少數ノ中性多核白血球モ混在ス。真皮中層ニ於テモ大體之ト一致セル所見ヲ認メ浸潤ハ汗腺、毛囊等ノ周圍ニ著シ。皮下脂肪組織ノ中隔内ニモ上記ノ細胞浸潤アリテ可ナリ高度ナリ、中ニ上皮様細胞ノ混ズルアリテ尙ホ脂肪細胞ノ周圍ニ輪狀ニナレル結核竈ヲ作り又ハ緊密性ノモノヲ作レル所アリ。中ニ數箇ノ巨大細胞ヲ見ル所アリ。尙ホ小ナル結核竈ガ可ナリ、多數ニ存ス。真皮ト皮下組織トノ間ニ1本ノ靜脈ノ内皮細胞増殖シテ内腔ヲ殆ド栓塞セルモノアリ。内皮細胞ノ所ニハ彈力膜アルモ栓塞ニハナク、筋層等ニハ不規則トナレリ。細胞浸潤竝ニ結核竈ニハ彈力纖維ヲ缺ク。肥胖細胞ハ細胞浸潤中何處ニモ多少存在ス。

2) 右拇趾ニ於ケル潰瘍縁ノ組織的標本ヲ見ルニ Malpighi 氏層肥厚シ其上ニ不全角化可ナリ強シ。其1端ニハ表皮細胞不明瞭トナリ多核白血球多數浸潤セリ。其真皮ニハ淋巴球及ビ中性多核白血球ノ浸潤高度ニシテ血管モ擴張ス。真皮ノ中層ヨリ下層ニ互リ小結核竈數箇アリテ何レモ上皮様細胞、巨大細胞、淋巴球等ヨリ成ル。

本例ニ於ケル下腿前面ノ小結節ハ壞疽性丘疹狀結核疹ニシテ主トシテ下腿後面ニ存在セル硬結ハ Bazin 氏硬結性紅斑ナルコト疑ナシ。尙ホ趾端ニ發生セル潰瘍ハ Bazin 氏硬結性紅斑ノ竝ニ發生セシ後潰瘍ニ陥リシモノト思考シ得ザルニハ非ザレドモ足縁ニハ小結節ガ列ビテ壞疽性丘疹性結核疹ノ所見ヲ呈スルガ故ニ、本潰瘍ハ結核疹ノ破潰シテ生ゼシモノニシテ趾端ノ如キ營養不良ノ所ニテハ潰瘍ヲ作り易キモノト信ズ。

治療及ビ經過 撒曹(1日1.5g)ノ内服、「ソラルソン」ノ注射ヲ施シ足趾ノ潰瘍ニ對シテハ「リゾール」浴ヲ行ヒテ後銀軟膏ノ塗附ヲナシシニ全治療日數約1箇月ノ後(「ソラルソン」11回ノ注射)ニハ足趾ノ潰瘍ハ全治シ Bazin 氏結節竝ニ結核疹ニモ良好ニ作用セシヲ認メタリ。其後2箇月ヲ經テ患者ヲ診スルニ再發ノ徵ナシ。

第5例 診斷 壞疽性丘疹狀結核疹

河台某 66歳 女 初診 昭和2年5月3日

既往症 5—6年來特ニ毎春兩側前膊及ビ手ニ蜜痒性發疹ヲ生ジ又兩側下腿及ビ足背ニ浮腫及ビ疼痛アル發疹ヲ見ルヲ常トス。但シ夏ニ至レバ自然ニ治ス。尙ホ11年前ニ子宮筋腫ノ手術ヲ受ケシコトアリ、10年前ニ肺炎ヲ患フ。

現症 稍々羸瘦セル1老人、一般症狀トシテ輕度ノ肺氣腫ヲ認ム他著變ナシ。Wassermann 氏反應陰性 Pirquet 氏反應中等度陽性。尺骨神經、大耳殼神經、腓骨神經等ノ肥厚ヲ認メズ。何處ニモ知覺異常ヲ缺キ鼻汁及ビ試験的ニ切除セル組織(後述)中ニ癩菌ヲ發見セズ。足背動脈、脛動脈、膝關動脈ノ脈搏ハ著明ニ觸知スルヲ得。下肢ヲ觸診スルニ冷感ヲ認メズ。右足ノ第2趾以下第5趾ニ至ル迄暗赤色ニ變色シ爪ハ著シク變形シ1部分消失ス。左側ノ中央ノ3趾モ稍々「チアノーゼ」ヲ呈シ1ニ膿ヲ分泌スルヲ見ル。左側ノ膝蓋部ニ於テハ多數ノ暗赤色ヲ呈セル米粒大乃至豌豆大ノ結節群集シ、硬度稍々強クシテ指ヲ以テ壓セバ褪色ス。知覺異常ハ全ク缺如ス。右側膝蓋部ニハ同様ノ丘疹數箇ヲ認ムルノミ。兩下腿後面ニハ數箇ノ豌豆大ノ結節アリ。表面ノ色ハ全ク正常ナリ。左側前膊ノ伸側ニハ麻實大ノ硬キ小結節アリ。表面ハ赤色

ヲ帶ベドモ壓ヲ加フレバ褪色ス。左側ノ趾頂ニハ出血性ノ水疱或ハ暗褐色ノ斑點存在シ1本ノ趾ニ數箇乃至多數アリ。拇趾ノ蹠面ニ於テ麻實大ノ膿疱アリテ黃色ノ膿汁ヲ出ス。之ヲ鏡檢竝ニ培養シテ橙色葡萄球菌ナルコトヲ確ムルヲ得タリ。左側第2趾ノ背側ハ潰瘍ニ變化ス。但シ知覺ノ減退ヲ認メズ。「レントゲン」寫眞ニテ各趾骨ノ末節稍々短小セルヲ知ル。

組織的所見 1) 右側膝蓋部ニ於ケル紅疹ノ切片ヲ檢スルニ真皮ノ上層ニ於テ血管周圍ニ淋巴球ノ浸潤アリ。血管壁ハ多少肥厚シタル所アリ。殊ニ中膜ニ於テ然リ。真皮ノ深部ニ淋巴球及ビ上皮様細胞ノ限局性ノ集團アリテ中ニ1箇ノLanghans氏巨大細胞アリ。他ノ標本ニ於テハ4箇ノ巨大細胞ヲ證明ス。又或標本ニ於テハ2—3箇ノ結核菌ヲ見ル。是等ノ病竈ハ毛囊トハ何等ノ關係ヲ認メズ。浸潤竈ニハ彈力纖維ヲ缺如ス。之ト少シク離レテ1本ノ靜脈アリテ中ニハ細胞ニテ栓塞サルル像明カナリ。

2) 左下腿ヨリ結節ノ組織的標本ヲ作リテ檢スルニ表皮ニハ變化ナシ。真皮ノ血管周圍ノ浸潤ハ膝蓋部ニ比シ輕度ナリ。皮下組織ノ中隔ニ沿ヒ上皮様細胞ノ浸潤著シク淋巴球モ僅ニアリ。又1靜脈肥厚シ殊ニ中膜ニ然リ。又諸所ニ上皮様細胞群簇シ、中ニ2—3箇ノ巨大細胞モ存ス。但シ結締織ニテ包裹サルル像ハ認メズ。此浸潤中ニハvan Gieson氏染色法ニテ纖維ノ微細ナルモノ少ク又殆ド缺如ス。彈力纖維ハ正常ノ部、稍々細クナリテ少クナル部、又所ニヨリテハ1部塊マリテ饒多ニ存スル所モアリ。是等ノ彈力纖維ハ瀰漫性ニ染色シ又1部變性シ又斷裂セルアリ。浸潤竈中ニハ彈力纖維ハ少キカ又殆ドナシ。

3) 表面赤色ヲ呈セシ右下腿ノ1結節ノ切片ヲ見ルニ靜脈ハ肥厚シ内皮細胞ノ配列不規則トナレリ。又標本ニヨリテハ内皮細胞ノ増殖シテ管腔ヲ栓塞セル狀ヲ見ル。血管中膜ノ環狀筋斷裂シ中ニ淋巴球ヲ含ム。彈力纖維ハ内膜ノ所ニ多クシテ中膜ニハ少ナシ。真皮ノ上層ニ赤血球ノ多少遊出セルヲ認ム。皮下組織ノ中隔内ニ淋巴及ビ上皮様細胞夥シク多核白血球ハ少ナシ。真皮ノ深部ニ壞疽ニ陥レル所アリテ内ニ多數ノ多核白血球及ビ淋巴球ヲ含ミ、其周圍ニ上皮様細胞ヲ見ル。又其上方ニ2—3ノ巨大細胞、上皮様細胞、淋巴球ノ塊マレルアリ。浸潤竈中ニハ彈力纖維ナク、中ニ靜脈ノ内膜ノ部ニ僅ニ彈力纖維環ノ殘レルヲ見ル。

4) 左前膊ノ發疹ハ表皮尋常ニシテ皮下組織内ニ細胞浸潤アリ。上皮様細胞多ク又淋巴球及ビ少數ノ多核白血球ヲ含ミ尙ホLanghans氏巨大細胞數箇ヲ認ム。結締織性被膜ハ殆ドナシ。併シ結締織ニヨリ數箇ノ集團ニ分タレル狀ヲ見ル。中ニ1本ノ靜脈アリテ内皮細胞増殖ス。浸潤部ニハ彈力纖維ヲ缺ク。

治療及ビ經過 足ノ潰瘍ニ對シテハ「リゾール」浴ヲ行ヒ、下腿ニハ硼酸水ノ濕布及ビ人工太陽燈ノ照射ヲ行フ。16/Vニハ膝蓋部ノ發疹ハ殆ド消退シ唯深部ニ米粒大ノ浸潤ヲ殘スノミ。27/Vニ右下腿ノ屈側部ニ1箇ノ豌豆大ノ皮膚表面ニ稍々隆起セル潮紅セル結節ヲ認ムルノミニテ之ヲ觸診スルニ皮膚トハ應着スレドモ下層トハ容易ニ移動セシムルコトヲ得。上肢ニ於テハ左前膊ノ伸側ニ於テ尙ホ散在性ニ麻實大ノ小結節アリ。ソノ間ニ種々ナル不規則ナル形ヲ呈セル小癬痕アリ。全趾尖端ニ於テハ尙ホ2—3箇ノ粟粒大ノ潰瘍アリテ膿汁ヲ分泌ス。右側第2趾ノ尖端ノ近クニハ不規則ノ稍々大ナル潰瘍殘存ス。1/VIヨリ「ツベルクリン」療法ヲ開始シ始メ其1000倍ノ溶液ノ0.1ccヨリ漸次ニ增量シテ10ccニ及ビ11/VIIIニ至リテ止ム。其間ニ於テ「レントゲン」療法ヲ併用シタル趾端ノ潰瘍ハ全ク治ニツキ上下肢ノ結節モ殆ド消失セリ。

總括及ビ考按

上述セシ第1、第2及ビ第3例ハ臨牀上ニハ結節性紅斑ト診斷セラルベキモノナルモ、組織

的ニハ極メテ異常型ニ屬シ、甚ダ結核ニ類似セル所見ヲ呈ス。之ヲ第4及ビ第5例ニ比スルニ、其間ニ何等根本的ノ相違ヲ發見セズ。尙ホ本症ト鑑別ヲ要スベキモノニ癩結節、微毒性結節、Darier 氏皮下類肉腫等アリ。但シ最後ノモノハ Bazin 氏硬結性紅斑ノ1異型ト見做ス學者多シ。以下少シク之等ノ關係ニ就キ考察スル所アルベシ。

癩結節ニ非ザルコトハ其固有ノ徵候タル帶褐黃色着色、脫毛、知覺障礙、局所ノ細菌検査及ビ全身ノ精細ナル検査ニヨリ容易ニ區別セラル。尙ホ組織の所見ニ於テモ癩細胞竝ニ固有ナル束狀ヲナセル癩菌ノ群簇セル狀ヲ見ズ。

微毒性結節性紅斑モ本症ニ甚ダ酷似セル症狀ヲ現スコトアルヲ以テ本症トノ關係ヲ結ビ付ケントスルモノアリ。就中皮下靜脈ヨリ發シ比較的早期ニ發生スルモノハ高熱ヲ伴ヒ、加之、急性痲痺新様ノ關節ノ腫脹竝ニ疼痛ヲ伴フコトアリ。Hoffmann 氏ハ7例ニ就テ其罹患部位ニ於テ、經過ニ於テ、結節性紅斑ト全ク等シク決シテ軟化或ハ破壊セザリシモノヲ報告セリ。Mauriac 氏ハ結節性微毒性紅斑ハ他ノ微毒疹トハ全ク區別スベキモノナル事ヲ唱ヘタリ。此點ニ關シテハ未ダ議論ノ存スル點ナレドモ少クトモ吾ガ例ニ於テハ血清反應ノ陰性ナルコト及ビ其他ノ關係ヨリ微毒性ノモノニハ非ザルナリ。

最モ問題トナルハ硬結性紅斑トノ鑑別ナリ。兩者ハ既ニ病名ノ點ニ於テ紛ラハシキノミナラズ、幾多ノ類似セル諸點ヲ有ス。即チ 1) 共ニ下腿ヲ侵シ 2) 左右對象性ニ來ルコト多ク 3) 好シテ少壯ノ女子ニ現ハレ 4) 深ク真皮内ニ存スル硬結性ノ紅斑ヲ以テ發病スル等ナリ。而シテ兩者鑑別ノ目標トナルモノハ結節性紅斑ニ於テハ發病急性ニシテ發熱及ビ關節痛ヲ伴ヒ結節ニ壓ヲ加フレバ疼痛アリ。該結節ハ増大スル傾向ナク融合セズ。決シテ膿潰セズ。表面鮮紅色ヲ呈シ、春秋ノ二季特ニ4,5月ノ交ニ好發シ、時ニ傳染性ニ小流行ヲ見ル。經過短少ニシテ撒曹ノ内服ニヨリテ短時日ノ中ニ治ニ就クモノナリ。反之硬結性紅斑ニアリテハ自覺症狀ヲ殆ド缺キ、屢々軟化シテ潰瘍ヲ形成ス。表面多クハ暗赤色ヲ呈シ癩痕ヲ其附近ニ認ムルコト多シ。經過慢性ニシテ數箇月、數年ニ及ビ容易ニ治セザル等ナリ。然レドモ兩症ノ間ニ常ニ必ズシモ斯ノ如ク明確ナル境界アルニ非ズシテ幾多ノ移行型アリ。例之、硬結性紅斑ニシテ急ニ發熱ヲ以テ始マリ加之下腿ノ浮腫、關節痛ヲ伴フコトアルト共ニ (Hecht, Horovitz, Bruusgaard 氏等) 結節性紅斑ニシテ炎症々狀少ク慢性ノ經過ヲ取ルコトアリ (土肥, 中野, 高橋, Levin, Pick, Hegler, Denecke 氏等)。硬結性紅斑ニ於テモ潰瘍ヲ作ル事少シト云フ者アリ (Lewandowsky, Kyrle 氏等)。

更ニ之ヲ組織的ニ見ルモ、結節性紅斑ニ於テ Gans 氏ハ血管内皮細胞ノ腫脹ヲ見ルコトアリテ特ニ陳舊ナル結節ニ多ク、又本症ノ陳久性ノモノハ脂肪組織中ニ巨大細胞及ビ上皮様細胞ヲ見ルコトアリ。且血管ノ栓塞及ビ炎症ヲ證明ス。即チ結核様變化ヲ呈スルコトアリト稱セリ。Pavlov 氏ハ真皮中ニ淋巴球及ビ上皮様細胞ヨリナレル血管周圍ノ浸潤及ビ皮下組織中ニ血塞ヲ起セシ1血管ノ周圍ニ於テ結核性肉芽ヲ見、中ニ多數ノ巨大細胞ヲ發見セリ。尙ホ病竈中ニ

巨大細胞ヲ見タルハ Darier, Jadassohn, Mallein, Philippson 諸氏アリ。是等ノ巨大細胞ノ核ハ總テ邊緣性ニシテ定型的結核ニ見ル如キ Langhans 氏型ヲトルモノナリ。其他結節紅斑ニ於テ結核性ノ造構ヲ證明セシモノニハ Laurent, Abel, Pons 氏等ヲ數フ。然ルニ一方 Bazin 氏紅斑ニ於テモ單純性炎症ヲ呈スルコトアリ(志立氏等)。Kyrle 氏ハ硬結性紅斑ハ單純性炎症又ハ結核性炎症ヲ見ル。即チ前者ノ場合ニハ皮下ニ淋巴細胞多ク血管壁ハ肥厚シテニ靜脈ニ多シ。變化ノ強キ時ニハ血管ノ管腔ハ閉塞セラレテ結核竈ヲ認ムトイフ。土肥氏モ大體之ニ一致セル所見ヲ擧ゲタリ。蓋シ組織的檢査ニ當リ切片採取ノ淺キニ失セシ場合又ハ檢査切片ノ不適當ナル場合等ニ於テ實際ニハ結核竈アルベキニ之ヲ見逃スコトナキニ非ズト思惟ス。

斯ノ如ク觀ジ來レバ結節性紅斑ト硬結性紅斑トハ管ニ其臨牀症狀ノ酷似セルノミナラズ組織的ニモ共ニ極メテ結核ニ近キ所見ヲ呈シ、其間ニ確實ナル境界ヲ缺クモノノ如シ。硬結性紅斑ノ本態ニ就キテハ幾多ノ論戰アリシモ今日ニ於テハ之ヲ結核ニ屬スベキモノナルコトニ就テハ學者ノ意見ノ一致スル所ナリ。而シテ其定義モ Bazin 氏ノ最初記載セシモノヨリ著シク擴大セラレタリ。

結節性紅斑ノ原因竝ニ本態ニ就テハ未ダ全ク明カナラズト雖モ最も多クノ學者ノ信ズル所ニヨレバ瘴氣性ノ1傳染病ナリトイフ。嘗テハ急性關節痲痺質ヲ本症ノ原因ト見做シシ時代アリタレ共現今ニ於テハ關節ノ疼痛ハ單ニ本症ノ合併症ニ過ギズトノ見解ヲ抱クモノ益々多キヲ加フルニ至レリ(Feer, Hegler, Jadassohn, Koch, Walker 氏等)。此關係ハ他ノ急性傳染病ニ於ケルト異ラザルモノノ如シ。又關節痲痺質斯ハ本症ニ必發ノ症候ニハアラス。例之 Hegler 氏ハ本症ノ 80%ニ於テ Mackenzie 氏ハ 81%ニ於テ經過中何等關節ノ疾患ヲ併發セザリシコトヲ報告セリ。吉村氏ノ京大小兒科ニ於ケル統計ニヨレバ 16 例中 6 例(即チ 88%)ニ於テ兩者ノ合併ヲ見タリト云フ。吾教室過去 3 箇年半(大正 14 年 1 月以降昭和 3 年 6 月末日ニ至ル)ノ本症患者ハ 12 名ニシテ、即チ此間ニ於ケル總皮膚科患者 6960 名ニ對スル百分率ヲ求ムレバ、0.017%ニ當ル。就中男ハ僅ニ 1 名ニシテ他ハ皆女ナリ。年齡ハ最小 17, 最高 39 歳ニシテ一般ニ若キ女子ニ多キヲ見ル(次表參照)。關節痛ヲ訴ヘシモノ 8 例ニシテ即チ 66%ニ當ル。

本病ト結核トノ關係ニ就キテハ Uffelmann 氏(1872)以來最も議論ノアル所ニシテ今日ニ至ルモ尙ホ此問題ハ解決セラルルニ至ラス。Hamburger 氏ハ結節性紅斑ハ皮下結核疹ノ 1 異型ナリト稱シ、Liebermeister 氏及ビ Koch 氏ハ結核感染ノ第 2 期ニ於ケル定型的發疹ナリト云フ。Cuiffini, Pancet, Pons 氏等ハ結核菌ノ毒素ニヨル疾患ナリト稱ス。Feer 氏ハ結節性紅斑ハ獨立セル疾患ナリト雖、結核ト密接ナル關係ヲ有ストイフ。其他 Araoz, Aronson, Besancon, Bronson, Engel, Gendson, Gutmann, Hambro, Kundratitz, Laederich, Landouzy, Maifan, Peyer, Richet, Wallgren 氏等モ略ボ之ト同様ノ見解ヲ有ス。之ニ對シテ Boddin, Bucher, Comby, Crosse, Faerber, Hegler, Hutinel, Jadassohn, Kleinschmidt, Moro, Panlouch, Schapiro, Schumacher, Symes, Tachau, Volk 氏等ハ此關係ヲ否定シ居レリ。最初 Uffelmann

番號	性 年 齡	發病ノ 時期	發疹部位	發熱其 他ノ全 身症候	關節ノ 症狀	Pirquet 氏 反 應	既往及ビ現 在ニ於ケル 結核性疾患	治 療 及 ビ 經 過
1	齋藤 ♀ 30	3月	兩下腿ノ 前面	-	膝關節ノ 腫脹及ビ 疼痛アリ	-	-	撒曹(1日1.5g以下ノ症例ニ於 テモ總テ之ト同量)ノ内服4日 ニシテ稍々輕快
2	池田 ♀ 34	1月	右下腿ノ内 側、左膝 關節ノ前 面	-	-	+	10年前肋 膜炎ヲ患 フ	撒曹10日間ノ内服ニヨリ殆ド 治セリ
3	小林 ♀ 27	1月	兩下腿ノ 伸側	+	諸關節ノ 疼痛ヲ訴 フ	+	-	撒曹ノ内服4日間ニシテ稍々輕 快ス
4	湯淺 ♀ 39	4月	兩下腿ノ 屈伸側	+	-	+	-	撒曹2日分投與 經過不詳
5	河本 ♀ 37	7月	兩下腿伸 側	-	膝及ビ足 關節ノ疼 痛アリ	-	-	撒曹2日分ヲ與フ 經過不詳
6	林 ♀ 28	3月 (毎年)	兩下腿及 ビ足背	-	-	-	-	撒曹6日間ノ内服ニヨリ殆ド發 疹ヲ見ズ
7	坂本 ♀ 21	6月	右下腿伸 側	+	諸關節ノ 疼痛アリ	+	1年前肋 膜炎ニ罹 レリ	撒曹6日間投與、發疹大イニ消 失
8	岸野 ♀ 21	2月	兩上膊及 ビ右下腿	-	-	-	2年前肋 膜炎ニ罹 患セリ	撒曹2日分投與 經過不明
9	蒲原 ♀ 26	8月	兩大腿及 ビ下腿ノ 屈伸側、 兩前膊 及ビ右手 背	-	-	+	-	撒曹ヲ投與、12日ニシテ治ニツ ケリ
10	中野 ♂ 26	5月	顔面、兩 大腿、下 腿及ビ 兩前膊	+	肘、膝兩 關節ノ疼 痛アリ	-	-	撒曹及ビ「ソラルソン」(1cc皮 下注射隔日)ニヨリ治療日數1 箇月餘ニシテ全治セシモ其後15 日ニシテ再發同様ノ療法ヲ施シ 10日ニシテ治ス
11	金光 ♀ 21	5月	兩下腿	-	輕度ノ關 節痛アリ	+	12年前ニ 肋膜炎ニ 罹メリ	慢性形ニシテ10箇月以上存在 セシモノナルモ撒曹ノ内服及ビ 「ソラルソン」注射(前者ト同量) ヲ併用シ1箇月餘ニシテ全治セ リ
12	藤谷 ♀ 17	3月	兩下腿内 外面	+	諸所ノ關 節ノ疼痛 アリ	+	-	撒曹10日ノ内服ニヨリ發疹消失

氏ハ結核ノ遺傳ト腺病性體質ヲ有スル者ニ本病患者ノ多キコトヲ報告セリ。又臨牀上稀ニハ本
症ト他ノ皮膚結核又ハ結核疹ト合併スルモノアルコト(Holland, Zieler, Moe氏等),本症ノ直
後又ハ數週後ニ於テ著明ナル粟粒結核,結核性腦膜炎,其他ノ結核性疾患ヲ見ルコト敢テ稀有
ナラザルコト(吉村, Brun, Comby, Howe, Oeheme, Pollak, Massini氏等),時ニ本症ニ罹
患スルコトニヨリテ潜伏性結核ノ急劇ニ活動性トナリ或ハ又現存セル結核ノ頓ニ増悪スル等ノ
事實ハ本症ト結核トノ間ニ何等カノ關係非ルカヲ疑ハシム。然リト雖モ吾人ノ宜シク慎重ナラ

ザルベカラザルコトハ結核ノ如ク廣ク蔓延セル疾患ト本症トノ關係ヲ論ズルニアタリテハ輕々ニ決斷テ下サレザルコトコレナリ。多數ノ文獻ヲ見ルニ、實際之等ノ關係ノ明カナルモノハ寧ロ異常例ト見ルベキモノニシテ單ニ之ニヨリテ結核トノ關係ヲ云々スルハ聊カ早計ニ失スル如シ。Tachau 氏ハ之等ノ關係ヲ疑フモノニシテ余モ亦コノ點ニ關シテハ同感ナリ。

最モ論議ノアル點ハ本症ト「ツベルクリン」反應竝ニ本症患者ノ胸部所見就中其「レントゲン」像ニ對スル診斷的價値ナリ。近時 Belerage, Ernberg, Kober, Koch, Wallgren 氏等ハ本症患者ニ於テ肺門部ニ於ケル「レントゲン」像ノ變化ヲ證明セリ。即チ Ernberg 氏ハ多クノ例ニ於テ發疹ノ發見ノ際ニ呼吸音粗糲トナリ呼吸ハ延長シ、「ラツセル」ヲ聴取シ、加之肺ノ大部分ニ互リテ輕度ノ濁音ヲ呈スルコトヲ報告セリ。同氏ニヨレバカカル變化ハ疾患ノ終期ニ於テ現ルルコト多ク、其經過ハ短クシテ數日ニ過ギザル爲ニ看過セラルトイフ。最モ著明ナルハ殆ド例外ナシニ肺門部ニ於テ陰影ヲ認メシコトニシテ同氏ハ結核ニ疑ハシキ 6 例ヲ除キテ 33 例中 29 例ニ於テ之ヲ證明セリ。Kober 氏ハ 48 例中 8 例ニ於テ見タリ。Wallgren 氏及ビ其門下生タル Belerage 氏ノ見タル例ハ最モ興味アリ。即チ臨牀上及ビ「レントゲン」上全ク健康ナル 2 人ノ小兒ニ於テ本症ノ發見ト同時ニ突然肺門部ニ陰影アラハレ、肺門結核ニ罹患セル他ノ 5 人ノ小兒ニ於テハ既存ノ陰影ノ頓ニ甚ダシク濃厚トナリシヲ見タリ。Ernberg, Kober, Koch, Wallgren 氏等ハ總テ之ヲ初明ノ結核性變化ニヨルモノト解セリ。Faerber 及ビ Boddin 兩氏ハ本症ニ於ケル肺門浸潤ハ全ク良性ニシテ短キハ 3 箇月、長キモ 1 箇年後ニハ自然ニ消退スル爲ニ何等結核トハ關係ナキ良性ノモノナルコトヲ唱ヘタリ。Tachau 氏モ亦結核說ニ反對セリ。Arborelius 氏ハ他ノ傳染病ニテモ起リ得レドモ結核ト密ナル關係アルコトヲ想像セリ。余ハ本患者ノ「レントゲン」検査ヲ試ミシ經驗ハナケレ共、少クとも打診及ビ聽診上胸部ニ於テ著變ヲ見ザルガ如シ。要スルニ此問題ハ未解決ノ狀ニアルナリ。

「ツベルクリン」ノ價値ニ就キテモ諸說區々トシテ一致ヲ見ザル所ナリ。多數ノ學者ニヨレバ結節性紅斑ノ患者ニ於テハ殆ド毎常「ツベルクリン」反應陽性ナリトイフ。例之 Doth 氏ハ 100%, Guides 氏ハ 100%, Koch 氏 (48 例) 100%, Ernberg 氏ハ 99%, Wallgren 氏ハ 97.6%, Feer 氏ハ 90%, Comby 氏ハ 33.3%, 吉村氏ハ (11 例中 8 例ニ於テ Pirquet 氏反應陽性ニ現レシヲ見タリ。之ニ對シテ吾教室ニ於テハ 10 例中 7 例、即チ 70% ノ陽性率ヲ示ス。然リト雖モ之ヲ以テ直ニ本症ト結核トノ關係ヲ云々スル能ハザルヤ勿論ナリ。成人ニ於テ「ツベルクリン」ノ皮膚或ハ皮内反應ノ診斷上價値アルハ其反應ノ陽性ヨリモ寧ロ陰性成績ニアルハ衆知ノ事實ナリ。蓋シ「ツベルクリン」反應ナルモノハ個體ノ結核菌ニ對スル反應現象ニシテ敢テ疾患ノ活動性或ハ非活動性タルコトヲ標示スルモノニアラズ。蓋シ成人ニシテ結核ニ罹患セザルモノ極メテ稀ナレバナリ。本反應ノ臨牀上價値アルハ寧ロ小兒期ニシテ就中生後 1 箇年間ニ存スルコトハ茲ニ贅スルノ要ヲ認メズ。然ルニ多數ノ統計ノ示ス所ニヨレバ結節性紅斑ニ於テハ本反應ハ小兒ニ於テ高キ陽性率ヲ示シ、大人ニ於テハ却テ低キ陽性率ヲ現スハ一見本症ノ結核說ヲ否

定スル者ノ如シ。然レ共是等諸家ノ成績ハ殆ド總テ結節ノ局所反應ヲ缺クテ以テ兩者ノ關係ヲ肯定スルニ何等有力ナル證據ヲ附與スル者ニ非ルナリ。此事ハ既ニ Moro 及ビ Oldenburg 氏等ノ指摘スル所ナリトス。尙ホ興味アルハ本症患者ニ於テ發病直前迄「ツベルクリン」反應ノ全ク陰性ナリシモノガ紅斑發現ノ直後ニ於テ本反應ノ強陽性ニ現ルル事之アリ (Aronson, Comby, Feer, Kundratitz, Wallgren 氏等)。又本反應ノ強サモ發疹ノ經過ニ隨ヒテ變化スルモノナルコトヲ報告セル學者アルコトナリ (Koch 氏)。然レ共他方本患者ハ他ノ細菌毒素、馬血清、自家血清、加之、食鹽水、蒸餾水ヲ以テスルモ尙ホ且著明ナル反應ヲ見ルト共ニ (Thibierge 及ビ Gastinel 兩氏, Kreibich 氏等)。他面「ツベルクリン」ニ感受性ヲ有スル者ハ他ノ非特異性反應ニモ屢々過敏ナルコトアリ (Selter, Nobel u. Rosenblüth 氏等)。斯ノ如キ種々錯綜セル事實ハ吾人ガ本反應ノ價值ヲ決定スル際ニ困難ヲ感ズル所以ニシテ今尙ホ未決ノ問題ナリ。唯余等皮膚科専門醫ニテハ屢々「ツベルクリン」反應ノ價值ヲ認ムルコトアルモ、之ガ陽性ニシテ且肺ニ變化アリトモ直ニ紅斑ガ結核性ナリトハ云フ能ハザルナリ。

要之、上述セシコトハ、總テ單獨ニテハ本症ト結核トノ關係ヲ論ズルニ當リテ價值少ケレドモ其數箇ノ相集ル時ニハ有力ナル參考資料トナルモノナリ。而モ確實ニ本症ノ結核性ナルコトヲ決センニハ結核菌ヲ組織上、培養上、或ハ動物試驗ニヨリテ證明セザルベカラズ。隨ツテ本問題ニ對シテハ諸學者ノ興味ヲ喚起スル所トナリ其研究業績亦乏シトセズ。Landouzy 氏及ビ Gutmann 氏ハ結核菌ヲ組織上證明セリ。然レ共兩氏ノ例ハ既ニ臨牀上或ハ組織的所見上異型ニ屬スベキモノニシテ、且又菌ハ病竈ノ中ニアルニ非ズシテ 1 靜脈ノ管腔内ニ見タルヲ以テ、Jadassohn 及ビ Tachau 氏等ハ之ヲ以テ該結節ハ結核菌ニヨリテ起リシモノナルコトヲ證スルニ足ラズトナス。即チ氏等ハ身體他部ニ潛伏セシ古キ結核性病竈ガ本病ノ發生ニヨリテ活動性トナリテ流血中ニ入り偶々結節内ノ靜脈中ニ現レシ事モ考慮セラルトイフ。余モ亦本症ノ 3 例ニ結核菌ヲ見、2 例ニ於テ浸潤竈中ニ散在性ニ Ziehl-Neelsen 氏染色法ニテ抗酸性ノ結核菌ニ酷似セルモノ數箇ヲ認メタリ。然レ共遺憾ナガラ此際ハ動物接種ヲ行ハザリシヲ以テ果シテ結核菌ナリヤ斷定スルニ憚ル。即チ染色菌ノミニ依テ結核菌ナリヤ否ヤヲ確定スルハ困難ナリ。

動物試驗上結核菌ノ證明ニ成功セルモノモ極メテ寥寥タリ。而モ其多クハ材料ノ選擇ニアタリテ多少ノ疑義ノ存スル所アリ。文獻上余ガ檢索セシ範圍内ニ於テ信憑スベキモノハ僅ニ Brian 氏ノ 1 例ニ過ギザルガ如シ。多數ノ學者ノ報告ニヨレバ組織中ノ結核菌竝ニ動物試驗ノ成績ハ陰性ナリトイフ。然レ共吾人ノ注意ヲ拂ハザルベカラザル事項アリ。即チ組織的ニ結核菌ヲ證明セントスル際ニ於テ其數ノ極メテ少キ場合ニハ、非常ナル注意ヲ以テスルモ檢索ノ外ニ逸シ去ルナキヲ保シ難ク、動物試驗ニ於テモ亦菌ノ生活力ノ僅微ナル場合ニハ遂ニ特異ノ症狀ヲ起ス能ハザルモノアルコトハ想像ニ難カラザル所トス。此事タルヤ宛モ今日結核疹トシテ一般ニ認知セラレタル多クノ症例ニ於テ菌ノ證明セラルルコト甚タ稀有ナル事實ト符合スルコトナキカ、余ノ疑問トスル所ナリ。余ハ 1 例ニ於テ動物試驗上接種組織竝ニ其周圍組織ノ塗抹標本及

ビ之等組織中ニ於テ其形、大イサ等甚ダ結核菌ニ類似セル抗酸性菌ヲ證明セリ。余ハ之ヲ結核菌ナラント推定セント欲ス(第1例動物實驗ノ條參照)。

以上縷述セル所ヲ綜合シテ結節性紅斑ハ結核ニ類似セル幾多ノ諸點ヲ認識スルヲ得ベシ。即チ余ノ檢索ニテハ組織的ニ結核菌ヲ明カニ證明シ、定型的 Bazin 氏紅斑ト組織上何等ノ差異ナク、2例ニ於テハ組織中ニ1例ニ於テハ動物實驗ニヨリ抗酸性菌ヲ發見シ、治療ニ於テハ結節性紅斑ガ撒曹等ニ依テ速ニ治スル者多キモ、余ハ Bazin 氏紅斑竝ニ定型的結核菌ヲ示セル結節性紅斑ニ就テ撒曹ノ内服竝ニ「ソラルソン」ノ注射ニ依リ速ニ治癒セシメシ點ヲ觀レバ其間殆ド差異ヲ認ムルコト難シ。但シ今暫時ハ尙ホ結節性紅斑ノ多クハ突然健康者ヲ侵シ、前驅症ヲ以テ初マリ、全身症狀ト共ニ高熱ヲ發シ、屢々關節竝ニ漿液膜等ニ合併症ヲ認メ、一定ノ經過ヲ取り、一定ノ季節ニ好發スル等ノ特異ノ症候ヲ有スル故ニ之ヲ獨立セル1急性皮膚病ト見做スコトヲ得ベシ。而モ尙ホ決定的ノ解決ヲ見ル迄ニハ研究ノ餘地少ナカラザルモノト思惟ス。

結 論

結節性紅斑ト Bazin 氏硬結性紅斑トハ今日主トシテ臨牀の症候ニ依テ區別シ得ル異症ト看做サルルモ吾人ノ遭遇スル者ニ於テハ時ニハ其症狀ノ酷似セル者アルノミナラズ、組織的ニモ屢々共通ノ諸點ヲ有シ且藥劑ノ兩疾患ニ及ボス效果ノ上ヨリ見ルモ兩者ハ極メテ近似ノ關係ニ立テルモノ有リ。加之時ニハ兩者ノ區別全ク不可能ナリ。余ハ結節性紅斑ノ3例ニ於テ組織的ニ定型的結核菌ヲ證シ、2例ニ於テハ組織内ニ、1例ニ於テハ動物ニ接種セシ所ヨリ抗酸性菌ヲ發見セリ。本症ハ或ハ種々ノ原因ニ因ルコトアルベキモ其或者ハ結核疹ニ算入セシメテ蓋シ誤ナカラシカ。

擲筆スルニ當リ終始懇切ナル御指導ヲ賜ハリタル皆見教授ニ謹ンデ深謝ス。(3. 9. 27. 受稿)

文 獻

- 1) Araoz, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 20, 453, 1926.
- 2) Derselbe, Ebenda, Bd. 24, S. 50, 1927.
- 3) Arborelius, Acta med. scandinav. Vol. 66, Fasc. 4—5.
- 4) Barthelemy, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 7, S. 32, 1922.
- 5) Berntrop, Ebenda, Bd. 24, 1927.
- 6) Comby, Ebenda, Bd. 7, S. 481, 1922.
- 7) Darier, Monatsschr. f. prakt. Dermatol. Bd. 50, S. 419, 1910.
- 8) Denecke, Dtsch. med. Wochenschr. 1919, S. 1211.
- 9) 土肥(慶藏), 皮膚科學, 上下卷, 13版.
- 10) 土肥(章司), 實驗醫報, 第6年, 第72號.
- 11) Dotti, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 11, S. 394, 1923.
- 12) Engel, Dtsch. med. Wochenschr. 1926, S. 410.
- 13) Ernberg, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 95, S. 1. 1921.
- 14) Faerber, Klin. Wochenschr.

- 1924, T. 2, S. 1554. 15) Faerber u. Boddin' Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 106, S. 293. 1924. 16) Feer, Schweiz. med. Wochenschr. Nr. 28, 1926. 17) Frörster, Journ. of the Amer. med. assoc. 1914. P. 1266. 18) Gans, Histol. d. Hautkrh. Bd. 1, 1925. 19) Guides, Dermatol. Wochenschr. Bd. 69, S. 438, 1919. 20) Hecht, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 13, S. 328. 1924. 21) Hegler, Ergebn. d. inn. Med. Bd. 12, S. 620, 1913. 22) Hoffmann, Dtsch. med. Wochenschr. 1904, S. 1877. 23) Derselbe, Arth. f. Dermatol. u. Syphyl. Bd. 113, S. 437, 1912. 24) Horitz, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 6, 1922. 25) Howe, Brit. med. journ. 1921. P. 864. 26) Humburger, Im Handb. d. Kinderheilk. von Pfaundler u. Schlossmann. 3. Aufl. Bd. 2, S. 740, 1923. 27) Hutinel, Dermatol. Wochenschr. Bd. 55, S. 137, 1912. 28) Derselbe, Ebenda, Bd. 59, S. 1117. 1914. 29) Jadassohn, Arch. f. Dermatol. u. Syphyl. Bd. 119, S. 10. 1914. 30) Derselbe, Ebenda, Bd. 113, S. 479, 1912. 31) Koch, Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, S. 584, 1925. 32) Derselbe, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 24, 1927. 33) Kober, Med. Klin. 1912, S. 781. 34) Kreibich, Zentralbl. f. Haut- Geschlechtskrh. Bd. 16, S. 520, 1925. 35) Kundratitz, Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 113, S. 155, 1926. 36) Kyrle, Histo-Biologie d. menschl. u. ihrer Erkrankungen. Bd. 2, 1927. 37) Levin, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 23, 1927. 38) Lewandowsky, Die Tuberkulose der Haut. 1926. 39) Moe, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 18, S. 227, 1925. 40) Moro, Münch. med. Wochenschr. 1913. S. 1142. 41) 永松, 皮膚科及泌尿器科雜誌, 第14卷, 第5號. 42) Pavlov, Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. 25, 1928. 43) Peyer, Wien. med. Wochenschr. 1926. S. 438. 44) Philippson, Arch. f. Dermatol. u. Syphyl. Bd. 51, S. 33, 1900. 45) Pick, Ebenda, Bd. 72, S. 371, 1904. 46) Shidachi, Ebenda, Bd. 72, S. 371, 1908. 47) Schumacher, Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 21, 1914. 48) Selter, Münch. med. Wochenschr. 1927. S. 625. 49) Symes, Monatschr. f. Prak. Dermatol. Bd. 45, S. 123. 1907. 50) Derselbe, Brit. med. journ. 1921, P. 741. 51) Tachau, Im Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrh. von Jadassohn. Bd. VI/2, S. 584—655. 52) 遠山, 皮膚科及泌尿器科雜誌, 第4卷, 第4號. 53) Uffelmann, Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 10, S. 454, 1872. 54) Volk, Arch. f. Dermatol. u. Syphyl. Bd. 133, S. 1. 1923. 55) Wallgren, Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 57, S. 1. 1923. 56) Walker, Brit. journ. of dermatol. u. syphyl. Vol. 39, P. 241, 1927. 57) 吉村, 兒科雜誌, 第218號. 58) Zieler, Münch. med. Wochenschr. 1914. S. 450.

*Kurze Inhaltsangabe.***Zur Frage der tuberkuloiden Genese des Erythema nodosum.**

Von

Dr. Totaro Koike.

*Aus der Universitäts-Hautklinik in Okayama.**(Vorstand: Prof. Dr. Seigo Minami.)*

Eingegangen am 25. September 1928.

Über das Wesen und die Aetiologie des Erythema nodosum herrschen die verschiedensten Auffassungen.

Ich habe 3 Fälle des Erythema nodosum histologisch genau untersucht und in allen Fällen einige typische tuberkulöse Herde nachgewiesen. Bei 2 Fällen fand ich spärliche tuberkelbazillenähnliche Stäbchen im Stück, ebenso wie bei einem Fall unter den Tierversuchen.

Es scheint mir deshalb fast unmöglich, diese Krankheit von Erythema induratum sicher zu trennen. Auf Grund therapeutischer Beeinflussung der beiden Erkrankungen lässt sich manchmal ebenfalls eine Aehnlichkeit aufweisen.

Ich bin der Meinung, dass ein Teil des Erythema nodosum wahrscheinlich mit Recht den Tuberkuliden zugezählt werden muss. (Autoreferat)

