

# editorial of editorials

24年間住み馴れた大学の居室を去るに当って、本の処理にほどほど困惑した。自宅にはそれだけの空間がないし、大学の図書館でも始末に困るらしい。教室の若い人に、欲しい本があれば持って行ってくれと頼んだが、どうしても残るものがあった。NN教授退官記念業績集とかNN大学皮膚科開講十周年記念業績集といった類のものである。これらの分厚い立派な本を作るには、医局員の大変な努力とかなりの費用がかかっている筈である。だから簡単にゴミ箱に入れるわけにもいかないし、といて開いて見る気もしない。いつか役に立つこともあろうかと保存しておいたものである。

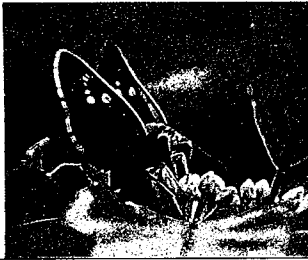
私が北里大学を退職するに当って、この様な本を作る話もあったが、お断りした。屋上屋を重ね、塵を増やすのを嫌ったからである。また今迄にお世話になった方々を御招きして、“御苦勞様でした”という挨拶を強要する会、つまり退職記念会も真に勝手ながら催さないことにした。本当はそのような会で、自分が挨拶をするのが嫌いだからである。人前で話をするのが面映ゆいので、もっとも簡単な方法は今迄に書いたものを単に集めて読んで戴くことだと気がついた。そこで「皮膚病診療」に書いたeditorialを集めてみると、重い本にもならないし、ゴミ箱に捨てるにも丁度適当な大きさの小冊子になると思った次第である。

故安田利顕先生のもとで、「皮膚病診療」の編集をさせていただいてから、16年経った。その間に、4ヶ月の周期で巡って来るeditorialのテーマを考えるのが苦痛であった。酒を飲み乍ら談笑している時に、これぞと思うことがあっても、時が経つと忘れてしまう。生まれいずる悩みの連続であった。こうして昔の文を集めて読み直してみると、時代錯誤があったり、同じようなことを意味なく繰り返して書いていたり、誠に纏まりがなく、恥しい限りである。中には多少の論議を呼んだり、他誌に引用、再掲されたりしたものもあるが、全体として独断に満ち、ごまめの歯軋りが多い感じがする。

標題の“Also sprach……”は「皮膚病診療」編集部の高橋滋氏の命名である。そして同じく編集部の大川晶さんがゼツタイこれが良いと太鼓判を押してくれたもので、私も一も二もなく賛成した。もしニーチェが生きていればカンカンに怒るかも知れないが、時効と思っ許してくれるであろう。50年前、空襲の激しかった時に愛読したニーチェも既に古典となって久しい。この小冊子の十数年前の文も、テンポの速い現代では戯言に過ぎず、まさにsprachという過去型がふさわしいかも知れない。

「皮膚病診療」の編集に多忙の高橋、大川両氏が、私の退役に当って、この本を作製して下さったことに厚く感謝する。

西山次夫



## Contents

SLE の診療に際して (1979年 8 月) .....	1
一新設医大の症例集発刊に際して (1979年12月) .....	2
紫斑をめぐって (1980年 3 月) .....	3
stomatology (1980年 8 月) .....	4
乾癬の治療 (1980年11月) .....	5
再診予約患者の受診率 (1981年 3 月) .....	6
特別号の発行にあたって (1981年 3 月) .....	7
医学ドイツ語 (1981年 7 月) .....	8
内臓悪性腫瘍と皮膚 (1981年10月) .....	9
血管と第Ⅷ因子 (1982年 1 月) .....	10
皮膚科と漢方 (1982年 6 月) .....	11
ステロイド軟膏の使用状況 (1983年 2 月) .....	12
ハンガリー皮膚科学会に参加して (1983年 7 月) .....	13
医師の失業 (1983年11月) .....	14
臨床研究の動向 (1984年 3 月) .....	15
東欧の皮膚科学会をみて (1984年 7 月) .....	16
診断ということ (1984年11月) .....	17
ステロイド軟膏の使用現況 (1985年 3 月) .....	18
滲出性紅斑のスペクトラム (1985年 6 月) .....	19
editor の反省 (1985年10月) .....	20
講習会あれこれ (1986年 2 月) .....	21
皮膚科の守備範囲 (1986年 6 月) .....	22
“お医者様” は復活するか? (1986年10月) .....	23



エリテマトーデスの診療 (1987年7月) .....	24
アトピー性皮膚炎の入院治療 (1987年11月) .....	25
subacute cutaneous lupus erythematosus (1988年4月) .....	26
paraneoplastic vasculitis (1988年8月) .....	27
医学博士, 今昔 (1989年2月) .....	28
最近の皮膚病の病名 (1989年7月) .....	29
皮膚科の病歴 (1989年11月) .....	30
にせ医者 (1990年4月) .....	31
“主訴：皮疹”について (1990年8月) .....	32
最後の東独皮膚科学会 (1991年1月) .....	33
informed consent (1991年4月) .....	34
15番目の鱗屑 (1991年8月) .....	35
名医の誤診 (1992年1月) .....	36
皮膚科診断学 (1992年5月) .....	37
町医者 (1992年9月) .....	38
国民医療費23兆円 (1993年1月) .....	39
皮膚科診断学, 再び (1993年5月) .....	40
危機的状況 (1993年9月) .....	41
ごまめの歯軋り (1994年1月) .....	42
重要な疫学 (1994年5月) .....	43
有茎性の丘疹 (1994年10月) .....	44
不可視領域 (1995年1月) .....	45

[写真撮影：西山茂夫・ちさと]

## EDITORIAL

## SLE の診療に際して

20年ほど昔、慢性円板状型エリテマトーデス (dLE) と SLE の頻度はほぼ5対1くらいであった。最近では dLE が非常に少なくなり、まさに逆転してしまった感がある。dLE が少なくなった理由はわからないが、興味のある点であろう。診断法の進歩によって、SLE の症例が増加したためとも考えられるが、実際にはそれほど増えてはいない。

一方では皮膚科で扱う SLE が減少しているという話も聞く。SLE の実数は変わっていないのだから、多くの症例が内科に流れていっていると思われる。その理由の1つには、内科の開業医でも SLE の早期診断ができるようになったことがある。

かつて SLE の蝶型紅斑を早期に、かつ的確に診断できたのが皮膚科のとりえであった。ところが現在は内科で先に診断され、皮膚変化が SLE としてよいかどうか意見を求められる立場に変わりつつある。典型的な蝶型紅斑はもはや SLE の初期の皮膚症状とはいえない。もっと特徴の少ない、顔の潮紅や、手足の皮膚変化を発見するのが皮膚科の役目であろう。内科で SLE と診断された症例の大部分が、何らかの形で、初めに皮膚科医の診察を受けているという事実があり、深く反省させられる。

血清学的検査、蛍光抗体法および電顕など、診断の技術が著しく進歩したとはいえ、まず SLE を疑うという“眼”が必要なことはいうまでもない。BFP のある症例を長期間観察しているうちに、SLE の症状が出現してきたという若干の経験がある。皮膚科外来患者の、とくに若い女性のすべてに梅毒血清反応を行なって、BFP を発見することは、SLE の早期スクリーニングとして1つの方法かもしれない。しかし保険診療上問題があるし、また症状から検査の方向を決めるべき臨床家にとっては反論が多いと思われる。予防医学の立場から、SLE の素因を的確かつ平易に把握できる方法の開発が待たれるが、まだまだ皮膚科医の“SLE を疑う眼”が貴重であるという自負をもちたい。

患者の側からは、要するに病気が治ればよいので、内科でも皮膚科でもかまわないはずである。どちらにしても信頼できる医師を選ぶであろう。私は SLE が全身疾患であり、医師と一生交際しなくてはならないことを何回かに分けて説明しているが、皮膚科は膏薬塗りが専門であるというのが一般の通念であるのか、疑いと不安の眼でみる患者が少なくない。皮膚科で SLE の治療をしてもなんら差支えないと思うが、患者の信頼を得るためには内科医以上に疾患をよく知っていないとてはならない。

現在の皮膚科医の中には、SLE は初めから内科に廻す、診断だけして治療は内科に任せる、最後まで治療をする、という3つの立場がある。そのいずれが正しいかはその医師の境遇によって当然違ってくるのであり、要は患者にとってどれがもっとも幸せかということであろう。

いわゆる膠原病の中で、SLE はもっとも治療しやすい疾患といえる。ステロイド剤の使い方でも、現在はかなり自信をもって治療できるようになったと思われる。しかし個々の症例ではやはりいくつかの問題があり、とくに皮膚科医にとっては腎症の取り扱いがむずかしい。その場合、腎の専門家のコンサルトを受けることは当然必要であろう。近年、透析療法が SLE 腎症にも適用され、明るい見通しであることは、SLE の治療にますます自信と希望をもたせることとなった。

その反面、dLE に著効を示したクロロキンが本来避けられるべき眼の副作用のために使用できなくなったことは残念である。皮膚限局性の dLE でさえ、うまく治せなくなった現在、皮膚科学のおかれた厳しい位置を考えながら SLE の診療に当たっている。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 一新設医大の症例集発刊に際して

“皮膚病診療”が発刊されてから早くも1年が過ぎようとしている。本年の最後を飾るべき号を北里大学皮膚科の症例集として私物化することは非常に心苦しいが、今後も同じような企画が続くということでお引き受けした次第である。症例は多少とも他科との関連性がある全身疾患ないし症候群という観点で選択された。しかし古い症例を避けたために多少統一性を欠くきらいがある。

北里大学が関東の片田舎の相模原に、いわゆる新設医大のトップとしてできてからすでに8年が経過した。現在は東大にいる掘助教授と2人で未完成の建物をみに行ったとき、こんな不便なところに患者が来るのかと心配したが、2年目にはすでに新患者数が4,000、3年目には6,000を越すようになった。入院患者も30から40人、診断のむずかしい症例も少なくない。

これは予想外のことであったが、すぐに近くの皮膚科の開業医の方々のおかげであることに気がついた。病院開設に先立って、数人の皮膚科専門医の方と席をともにして協力をお願いしたところ、珍しい患者をどんどん紹介して下さったのである。そのとき初めてお目にかかった先生方の中には、現在でも毎週、教室の患者供覧やカンファレンスに参加しておられる方もあり、どういうわけか雨の日にもみ来られる方もある。また熱心なあまり、間もなく病に倒れられた方もあった。今日、症例集などを刊行できるのは、実にこれらの先生方のおかげと感謝している。

開院の年のスタッフはわずか8人。よくこれだけの人数で、当時風当たりの強かった新設医大の診療、研究、教育ができたことと思う。一騎当千の士ばかりであったが、今は別に所を得て活躍しておられる。1976年に第1回生が卒業し、以後毎年もっとも優秀な学生たちが続々と皮膚科に入ってきた。その結果現在では26人の大世帯となった。少なくとも人数だけは既設医大と同じであるが、果たして内容、実績はどうであろうか。今回の特集を執筆し、座談会に語っているのは大部分がこのような若い人たちである。かつての先輩スタッフの方々は、これをどのように読まれるだろうか。

北里大学には皮膚科学講座もなければ医局もない。秘書も医局のおばさんもない。皮膚科の研究室もなければ技術者もない。博士論文のテーマもなければマージャン台もない。非常に変わった新設医大ではあるが、若い人たちの“自由な研究”に対する情熱と、“皮膚だけでなく、全身を治そう”という努力は既設大学のどこにも負けないものがある。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 紫斑をめぐって

私ども皮膚科医が日常の診療で紫斑の患者をみることは決してまれではない。紫斑の原因にはいろいろなものがあるが、皮膚科でみる紫斑の大部分は全身性疾患とは関係のないものである。

本誌前号の Topics (座談会) の中で、肥田野教授は“内科から廻ってくる、血液に異常のない、老人性紫斑や Schamberg-Majocchi など慢性のつまらない紫斑”を皮膚科で扱っていると述べておられる。“つまらない紫斑”というのは内科医にとって“つまらない”という意味であることはいうまでもない。

出血傾向の原因として、血小板の異常、凝固因子の異常、血管壁ないし血管周囲組織の異常および線溶系の異常があげられる。近年、凝固因子に関する進歩は著しく、私ども臨床医はその知識にとっても追いつけない状態である。しかし幸か不幸か、凝固異常による出血傾向は紫斑のかたちで皮膚科医の眼にとまることはほとんどないといってよい。重症の場合に、皮膚の切創や静注、採血後にじわじわと出血する (oozing) 程度である。線溶異常の場合も、血小板減少と凝固因子欠乏を伴うときに私どもの注意をひく紫斑となるにすぎない。したがって皮膚科医は凝固や線溶機構の難解な問題に頭を悩ます必要はなく、血小板減少性のものに注目していればよいことになる。

血小板減少性のものは実際にもっとも多い“つまる紫斑”である。“つまらない紫斑”をたくさんみなれている皮膚科医は白血病や再生不良性貧血に伴う血小板減少性紫斑を、その異様な臨床像から区別できるのである。

それにもまして皮膚科医の興味をひくものは、血管性紫斑としてまとめられている一群の疾患である。たとえばアナフィラキシー性紫斑、高ガンマグロブリン血症性紫斑、クリオグロブリン血症性紫斑などであるが、これらの紫斑では血小板や凝固因子など血液学的異常を伴わない、いわば“つまらない紫斑”との境界に位置するものである。血管性紫斑ではその診断について皮膚の病理学的検査の重要性はいうまでもない。その上、病因に関する研究も当然皮膚科の領域で行なわれねばならない。血管炎の親戚ともいえるべきこれらの疾患では immune-complex を中心とした検討がさらに積極的になされる必要がある。

この特集号においては“つまらない紫斑”と同時に、血栓、線溶、血小板の問題も取り上げている。私どもは広い basis に立って皮膚の問題を考える必要があると考えるからである。もしそうでないと、私どものテーマは真皮の範囲から次第に表皮、角層へと追い出されるかもしれない。もちろん、表皮、角層の問題がつまらないというのではないが。

西山茂夫

## EDITORIAL

## stomatology

“stoma” はギリシヤ語で口の意味であるから，stomatology といえば口腔領域の構造，機能および疾患に関する学問として理解される．しかしわが国においてはあまり一般的な言葉とはいえない．

外国には oral medicine, oral surgery および oral pathology という語があり，雑誌も出ている．わが国でも口腔外科学の講座があり，口腔病理学の立派な本も刊行されているもの，どうも oral medicine の概念が欠けているのではないかと思われる．

口腔粘膜は消化器の一部であるということで，内科学の教科書には必ず記載されているが，消化器の専門家が口腔粘膜疾患に精通しているとはとても考えられない．おのおのやることがたくさんあるので口の端まで手がまわらないのは理解できるが，内科，耳鼻科，口腔外科，皮膚科の間にさまよって，継子扱ひされているのが oral medicine の領域であろう．

その結果は用語の不統一，混乱に如実に現われている．たとえばアフタ性口内炎であるが，耳鼻科領域ではいわゆるアフタのことを指しているようである．とくに口腔粘膜において，いくつかの異なった範囲（たとえば舌と口唇粘膜のごとく）にまたがってアフタができてい場合にアフタ性“口内炎”と呼ばれるらしい．一方，私どもはアフタ性口内炎を，アフタを主徴とし同時に広い範囲に炎症が波及しているときと理解し，原因的にみれば疱疹ウイルスの初感染（疱疹性歯肉口内炎）や薬疹によるものも含まれると考えるであろう．広い範囲にできていても1つでも，アフタはアフタである．

萎縮性舌炎や移動性舌炎もまたわけのわからない言葉である．前者は赤い平らな舌のことであり，後者は地図状舌を意味する．むずかしい言葉をわかりやすく直すだけでは何の解決にもならないが，びらん性，潰瘍性，出血性などの症状名を舌炎や口内炎の頭につける病名も治療の役には立たない．

他科の人と話をするとき，このような概念の相異から調整してかからなければならないので時間がかかる．若い頃に教わった病名や概念を急に変えるというほうが無理な話かもしれない．

20年前に西独にいた頃，歯科の学生が皮膚科の実習に現われ皮膚科の教授が講義や試験をしているのをみて不思議に思ったことがある．聞けば機械を使わずに肉眼でみえる範囲の病気は皮膚，粘膜を問わず，全部皮膚科で扱うとのことである．口腔粘膜は消化器の続きではなく，皮膚の一部であり，oral medicine はどうしても皮膚科でやるべき課題かもしれない．

よくしゃべる患者の気先を制して口を開けさせるのも結構であり，そのときこそ口腔粘膜をよく観察するチャンスでもある．

西 山 茂 夫

## EDITORIAL

## 乾癬の治療

皮膚科の専門医ならば誰でもが乾癬の治療について独自の見解をもっていて、自分の治療法がもっともよいと自負していると思われる。各地の学会でも、乾癬の治療法は再三取り上げられ、ほとんど論じ尽くされている感がある。

“先生は乾癬をどのように治療していますか”と質問すると、誰でもが一瞬困ったような顔をして、すぐには返事が返ってこない。“そんな質問に一言で答えられるか、症例によって違うのは当然だろう”という気持ちがありありとうかがわれる。“小範囲のものはどうですか”とか“紅皮症の状態では?”と質問を多少具体的にすると、問題は解決していろいろな答が得られる。折に触れてこのような意地悪なことをしてみると、まさに百人百様の考えをもっておられることがわかる。

学会での演説や専門誌の論文では、乾癬の治療となるとどうしても形式的なもの、羅列的なものとなる傾向があって面白くない。本当のところはこうであるという話は、たとえば学会場でのロビーや懇親会で一杯飲みながらでしか聞けないことが多い。

小範囲の乾癬の場合は別として、現在の乾癬の治療法には必ずいくつかの問題点を含んでいる。ステロイド剤の全身投与や広範囲の皮膚への同剤の外用が膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症を誘発することは古くより知られている。流行のPUVA療法でも、皮膚悪性腫瘍の発生頻度は対照と比べて2.63倍であり、露出部以外の部位に生じやすいという最近のデータも報告されている。メソトレキセートは関節症性乾癬に有効であるとしても肝障害が問題となるであろう。ドイツで長く愛用されているチノリンも発癌作用にまだ疑問が残されているし、コールタールも同様である。透析療法の有用性も費用や健保適用の点で一般化されにくいであろう。

いっそのこと開きなおって硼酸軟膏を使おうとすると神経系への副作用が指摘されて、それもむずかしくなる趨勢である。白色ワゼリンのようなものしか使えないとすると数ヶ月間の入院治療が必要となる。

皮膚科の専門医はこのような困難さを十分に熟知しながら、それでもなお大部分の乾癬患者を治しているのである。薬剤の副作用ないし治療法の欠陥の問題点は薬剤や治療法にあるのではなく、それを使用しないし施行する医師のほうにあり、そこに専門医としての真価が問われると思われる。

一方、乾癬の治療法があるのではなく、“乾癬を有する患者”の治療法が問題であるという認識が臨床医にとって最小必要のものであることはいままでもない。“乾癬をどのように治療していますか”という質問はこの意味で最大の愚問といえよう。

西山茂夫



## EDITORIAL

## 再診予約患者の受診率

交通の不便な田舎にある私どもの病院を受診する患者の目的は実にさまざまである。皮膚科の専門医を含めた医師からの紹介患者はかなり多いが、内科や小児科に来た“ついで”に寄ってみたと言言する人も少なくない。何かのついでに来られるのも皮膚科の宿命かと諦めの境地に達しているのも腹も立たない。

診断、検査、治療、相談などと患者の受診目的が違うので、一般的な傾向を出すことはむずかしいが、今回は再診を予約した患者がどの程度きちんと受診しているかを調べてみた。

昨年の8月に再診を予約した患者の総数は2,711人、1日当たり104人であるが、このうち538人、1日当たりすると21人が予約不履行ないし行方不明であった。これをキャンセル率とすると19.8%、すなわち5人に1人は受診していないこととなり、驚かされる。

このデータは夏休み中のことでもあるので、他の月のキャンセル率を調べてみたがほとんど大差はなく、年間を通じて16.5%であった。

再診予約をキャンセルするのは、良く考えれば治ってしまって来ないか、患者の都合で他の日に変更したかとも思われる。一方、悪く考えれば医師に不満足であって転医したとも思われる。キャンセルの理由を細かく調査して検討しなければ、問題が医師側か患者側にあるのかわからない。しかし予約して現われない患者については、いろいろな意味で気がかりであるのは事実である。

ここで問題となるのは、予約して現われない患者に対する医師の責任であろう。極端な場合をあげるならば、悪性腫瘍の疑いで組織検査の予約をしながら受診しない例や必要な検査の結果を聞きにこないために治療が行なえない例などがある。

患者が医師を信頼せずに転医するか、または医師の指示に従うかどうかは患者の自由であるが、これらの場合にも患者が不利益ないし被害を受けたとすると、医師の法律的な責任が問われるかもしれない。

Deutsche Med. Wschr. の医事判例によると次の点が明確にされている。1)再診の予約に際しては、もし患者が受診しないためにおこるであろう被害について説明しなくてはならない。2)それを後日の証明のためにカルテに記載しておくことが望ましい。3)説明不足で患者が受診しないときには文書または電話で患者に注意するのが医師の配慮義務である。4)この際、他の医師で検査ないし治療を受けても差支えないことを付け加える。

つまり再診の必要性を十分に説明し記録すれば、患者が来なくとも医師としての注意義務は果たされたことになる。“ついでに”受診されることの多い皮膚科ではこの義務を果たすことは容易ではないが、その方向に向かって心すべき点であろう。

なおわれわれの病院では予約外の患者がキャンセル数よりもやや多く来ており、実数ではトントンとなっている。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 特別号の発行にあたって

本誌の特色は各号がいわゆる“特集号”という点である。1つの主題につき、総説、症例、次いで境界領域の話題と続き、治療および健保の問題でしめくくっている。

普通の月刊誌は特別号(増刊号)として特集を組むことが多い。本誌ではちょうどその逆であり、今回はいわゆる特別号を発行するわけであるが、これは他誌の普通号に相当する。その内容は、最近の投稿論文を収録したものであるために、やはりまれな疾患や変わった病像を呈した症例が主体となっている。しかし見方によっては、どんな症例でも、実際の取り扱いについては実地医家にとって、幾多の示唆に富んだ問題を含んでいるはずである。この点をなんとか浮きぼりにしたいという念願がある。

われわれ臨床家は医学知識を書物からではなく、患者から学びとるものである。書物は知識修得のための理解を早めるか、一助となるものにすぎない。これはごく当然の常識であるが、ペーパードクターといわれる患者をみない臨床家がないわけではない。

一方において医学雑誌が多過ぎるのも確かであり、毎月何本かの原稿に追われて身を擦り減らしている方も多いと思われる。この情報過多の現代において、本誌は単なる医学情報誌や皮膚科専門医を濫造するための資格製造機関誌のようにしたくないというのが編集委員の一致した見解である。

このような観点から、この特別号を症例の羅列ではなく、貴重な症例から得られた患者の知識を、できるだけ普遍的な形で一般医家にも伝達するものとして、新しい試みを加えてみた。その意図が十分に現われているかどうか、ご意見をいただきたいところである。

本誌に対する批判はいろいろあるが、毎月違ったテーマで特集をしているといつか種切れとなるだろうと心配される方が多い。確かに症例を集めるのはむずかしいが、今までは諸先生のご協力によって大過なく特集を組むことができたと思われる。この方式は総合雑誌では比較的可能であるが、皮膚科のみの雑誌としては必ずしも容易ではない。種切れとなるかどうか楽しみにしていただきたい。

特集の形式は皮膚科学会でもシンポジウムやワークショップとして取り上げられている。そのたびに学問は少しずつ進歩しているのであるが、狭い日本で東部、中部、西部と分かれて同じような学術大会をしているのはどういものだろうか。臨床だけ、または研究だけの学会があってもよいだろうし、いくつかのテーマに限って、日本全国の大学が数年間真面目に取り組み、学会がこれを援助するというシステムがあってもよいかもしれない。医学雑誌も学会も特色の少ないものが多過ぎるという印象を拭いきれない。

西山 茂夫

## EDITORIAL

## 医学ドイツ語

病室廻診において、ベッドサイドで議論せずに、患者のご気嫌うかがいだけでとどめているところが多い。これは患者の秘密と受持医の名誉の保持のために非常に良いことと思う。神経をとがらせて聞き耳を立てている患者の前で、診断や予後の議論を日本語することは不可能である。昔の大学でやっていたようにドイツ語の単語を混ぜても若い医者にはわからないし、患者にも不愉快な思いと猜疑心をおこさせるだけである。「おい TB (テー・ベー) って何だい」という学生の話は決して笑い話ではない。

もっとも昔の医者が正しいドイツ語を使っていたわけでもない。開業医に相当する単語はたくさんあるが、Offenarzt はもはや日本語化されているので文句もいえない。Karte は Krankenblatt が正しいのであろうが、現在はチャートで呼ぶほうが通りがよい。医者の着る白衣は Schürze (前かけ) よりも Kittel のほうが、医者が労働者であるならばより正しいと思われる。しかし今の日本ではガウンといわれることが多い。

日常使用する言葉は外来語であってもなくとも時代とともに変化しうるものである。昔使われていた言葉がおかしいと目くじらを立てる必要はないが、文章となるといささか異なる。

今から75年前に、当時の医学ドイツ語を批判した論文が Dtsch. Med. Wschr. に紹介されているが、それによると多くの論文の文章は「もともと粗略であり、わざとらしく不自然である。美しくもないし、複雑な事柄について叙述するにはまったく不適當である」という。その後出版されたドイツの教本にはこの批判の正当さを示すものがないとはいえない。

故 Gottron 教授の教本は現在日本の図書館で埃をかぶっているに違いないが、彼自身の書いたところを読むと非常に面白い。項目立てがない上に、文章の流れが講演調である。折があって Gottron 教授にうかがったところ、Weinstube でコーヒーを飲みながら原稿を書き、文献は後で入れたそうである。話を聞くと納得できるが、過去の無意味な固定概念を打破するためには、このような文章の書き方も一策と思われる。古い概念で現在はまったく存在しないような病気が相変わらず踏襲されているなんとか大系が、Gottron の全書のように埋没しないことを期待する。

ところで現在のドイツの雑誌をみると英語の論文が多くなっている。それだけではなく、ドイツ語で書かれた論文の中にも、Marker, Helper, Killer といった英語の単語がどんどん使用されていることに気づく。進歩の著しい免疫学のような分野では読者の負担になるような概念の理解を助けるために、ドイツ語であろうが英語であろうが言語の機能を十分に発揮させる必要がある。

日本の学会の演題をみると、日本語への翻訳が適切でない場合に、英語の病名がそのまま用いられているものが多い。これに対してドイツ語の病名が出てくることはほとんどない。唯一の例外が Ödemgebundene Granulomatose (Hornstein) かもしれない。Cheilitis granulomatosa (肉芽腫性口唇炎) を中心として、口唇以外の部位にも生じうるこの疾患の病名として適切なものと思われるが、英語にも日本語にも訳しがたいところにこの名称が流行しない原因がある。

医学ドイツ語についての問題点を日本語に移して考えてみるといろいろ思いあたることがある。なおついでながら、Offener Arzt とは「卒直な医者」という訳語がよいかもしれない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 内臓悪性腫瘍と皮膚

内臓悪性腫瘍の皮膚への転移は特別として、その dermadrome に関する理解は臨床医にとって必要なものであり、国際学会でもすでに何度か取り上げられている。本誌の安田編集委員長も古くからこの点を強調されており、この特集号はいわば満を持して現われたものといえよう。

内臓悪性腫瘍と皮膚との関係は次の3つのグループに分けて考えられる。1つは共通の発癌原因が皮膚と内臓に働く場合で、多発性 Bowen 病、砒素角化症などが相当する。第2は Peutz-Jeghers 症候群、Gardner 症候群、Bloom 症候群のように、皮膚病変を伴う遺伝性症候群であって、内臓悪性腫瘍の発生率の高いもの、そして第3は反応性の皮膚変化であり、実に多種類の疾患がこの範疇に含まれる。頻度の点からも、実際臨床ももっとも問題となるのは第3のグループに属する疾患であって、本号では代表的ないくつかの例が取り上げられている。

実地診察上の問題点は、進行した、または末期の悪性腫瘍に伴う dermadrome ではなく、初期の病変を発見できるような皮膚症状があるかどうかという点と、どの程度の積極さをもって内臓悪性腫瘍の検査をすべきかという点であろう。

われわれ皮膚科医が acanthosis nigricans, hypertrichosis lanuginosa, 遊走性壊死性紅斑および erythema gyratum repens などを見たときには悪性腫瘍の検索のために100%の積極性が必要であるが、この場合には内科医または外科医の十分な理解、協力が要求される。

自験例の中では、胃の透視で正常であった acanthosis nigricans の症例で試験開腹を依頼して、初めて腫瘍の発見されたことがある。また1週間前の肺のX線検査で病変のなかった指の clubbing の症例において、再度断層撮影をお願いして腫瘍を証明しえた経験もある。clubbing や成人の皮膚筋炎では悪性腫瘍の合併率がやや低くなるとはいえ、10例のうち5例は検査をしないとよいということではない。これらの場合、他科の医師の協力がどの程度得られるか、どこに紹介したらよいか、またはどこまでの検査が健保上も許容されるか、いろいろな問題が上がってくる。

とくに悪性腫瘍の合併の可能性がいまだ確定されていない、非定型的紅斑、慢性多型痒疹、後天性魚鱗癬症、掌蹠の角化症、類天疱瘡などについて重要な点であろう。

一方、悪性腫瘍とおおのこの皮膚病変との関係、つまり成因についての研究がおおいに望まれる。acanthosis nigricans や hypertrichosis lanuginosa などでは腫瘍細胞の組織培養による生化学的追求めが可能と思われるし、erythema gyratum repens を中心とした反応性病変や皮膚筋炎などでは腫瘍細胞に対する免疫学的アプローチによって追求められるかもしれない。

臨床から研究へ、さらに研究から臨床への環元がもっとも容易な分野ではないだろうか。

西山 茂 夫

## EDITORIAL

## 血管と第Ⅷ因子

本号は血管腫の特集であり、このように多数の症例が1冊にまとめられると圧巻である。

血管腫の診断に際して問題となる1つの点は、それが真に血管であるか、それともリンパ管である可能性はないか、ということであろう。とくに脈管の腫瘍性変化の場合に血管とリンパ管との鑑別がむずかしくなる。その中でも悪性血管内皮細胞腫やカボジー肉腫（とくに下肢以外の病変）における腫瘍細胞の起源が問題となることがある。さらにモンドール病の脈管が血管であるかリンパ管であるかもいまだ議論の多いところである。

皮膚の炎症性変化または浮腫性病変においては、血管毛細管とリンパ毛細管の区別は光顕の組織標本でもそれほどむずかしくはない。脈管周囲の状況や弾力線維の態度および内皮細胞の形態からだいたい推察できる。しかしながら腫瘍性の性格をもつ内皮細胞については普通の形態学ではまず困難であろう。

血管の内皮細胞の同定は、その組織培養での成績から最近急速に進歩している。電顕による形態学では Weibel-Palade body の存在が鑑別に役立つといわれるが、一般には免疫学的方法のほうがより実的であり、その主体をなしている。免疫学的には抗トロンボステニン（抗アクトミオシン）、抗トロンボプラスチンおよび抗第Ⅷ因子関連抗原の各方法があるが、その中でも後者がもっとも広く用いられている。

第Ⅷ因子関連抗原は procoagulant 第Ⅷ因子、第Ⅷ因子関連 ristocetin cofactor activity との複合物として血漿中にあるが、血管内皮細胞が産生分泌するものである。免疫蛍光法、免疫電顕および免疫ペルオキシダーゼ法によって血管内皮細胞中に証明される。いずれも血管内皮細胞の同定法として利用できるが、フェリチンによる免疫電顕では血小板と巨核球も陽性所見を呈する。また免疫蛍光法では酵血した血漿成分が陽性であり、免疫ペルオキシダーゼ法がもっとも敏感といわれている。

間接蛍光抗体法による皮膚脈管の第Ⅷ因子関連抗原の検索では、成熟した血管内皮細胞は明らかに陽性であるが、血管拡張性肉芽腫のような未熟な内皮細胞は弱い陽性反応を呈する。これに対し悪性血管内皮細胞腫の腫瘍細胞は陰性であり、その起源の同定に関しては相変わらず不確実といわざるをえない。

第Ⅷ因子関連抗原は全身性強皮症、レイノー症状、重症の動脈硬化症、心筋硬塞、網膜症を有する糖尿病、腎不全などで血中に増加するといわれる。それが血管内皮細胞の障害によるものか、または逆に第Ⅷ因子関連抗原が血管病変を誘発するか、いまだ明らかではない。また抗第Ⅷ因子抗体が SLE、慢性関節リウマチおよび薬剤アレルギーにおいて出現することも知られており、皮膚科では縁の少ない第Ⅷ因子も、現在いささか行きづまりが感じられる皮膚血管病変の研究にひとつの手がかりを与えるかもしれない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 皮膚科と漢方

本年4月の日本皮膚科学会総会の学術大会に引き続いて、4月4日の午後、第1回皮膚科東洋医学研究会が東京プリンスホテルで行なわれた。この研究会の世話人は久木田、森岡、占部、三浦の各教授（理事）であり、皮膚科学会としても東洋医学と真剣に取り組もうという意欲がうかがわれた。そのためか研究会は盛会をきわめ、いくつかで活発な討論もあった。

漢方についての知識の乏しいわれわれがこの研究会に期待するのは次の点であろう。

1) 薬理作用はどの程度わかっているか。現在市販されている漢方薬の個々の成分とその薬理はいまだ明らかでないものが多いといわれる。しかも数種類の薬物が配合して処方されているので問題はさらに複雑となるであろう。

漢方は元来一種の治療学であり、理論よりも実利が重要であるという反論もあろうし、また薬理の究明は皮膚科医の仕事の範疇ではないという意見もあるかもしれない。

2) 西洋医学では診断をつけることが重要であるのに対して、漢方薬の適応はどのように考えられるか。漢方ではその治療薬の適応のために全身的症候としての「証」を決めることが基本となり、この目的のために問診、脈診、および腹診がもっとも重視されている。問診は西洋医学の診断学でも根本的なもので、“是をもってよく病の情に通ずる”ことは当然である。

漢方における「証」は *dermadrome* に近いとも思われる。また病気を治すよりは病人を治療するという漢方の観点は、現在の忙しい皮膚科診療に欠けている大切なところでもある。

3) 漢方薬の効果判定に西洋医学の方法が用いられないか。漢方薬には西洋薬の治療効果の意味での妥当普遍性に乏しいのは当然であろう。したがって湿疹に対する十味敗毒湯ないし進行性指掌角皮症に対する温清飲の治療効果を二重盲検法で調べるのは意味が少くないと思われる。しかしながらなんらかの形で治療効果を判定する必要がある。

4) 副作用の問題はないか。漢方の再認識ないしその流行は西洋薬の副作用が多いことにその1つの理由がある。生薬を水で煎じて用いる漢方薬の副作用が少ないことが強調されているが、使用量が多いときには問題がないわけではない。“副作用があるほど薬理作用が強くない”という製薬会社の弁明は非科学的である。

昨年のものであるが私どもの教室に Behçet 病の漢方療法というテーマで中国の皮膚科医が留学された。中国の漢方薬は日本の市販薬とは全然別のものであるが、日本の処方を見ても翌日からこの研究を諦められたようである。謙虚な中国人であるので一言の批判も述べられなかったが、病人ではなく病気を治そうとする西洋医学の態度に疑問を感じられたのかもしれない。また別の中国の皮膚科医は、病理学の研究のために来られたのだが、漢方薬でもっとも治りにくいのは乾癬であるといわれた。

皮膚病の中には素因の上に生活環境または内因が関与して発症する慢性疾患が多い。この点で漢方の対象として非常に興味があると思われ、今後の研究、発展が望まれるところである。第2回の東洋医学研究会が開催される予定と聞かすが、“何々病に対する治験”式の演題ではなく、上記のような根本問題の討議が行なわれるような研究会であってほしい。

西山茂夫

## EDITORIAL

## ステロイド軟膏の使用状況

ステロイド軟膏の使い方と副作用というテーマで講演を依頼された機会に、ステロイド軟膏の使用量や使用状況を少し調べてみた。

わが国におけるステロイド軟膏（およびクリーム）の販売額は昭和54年に305億円であり、昭和57年には約450億円と推定される。ただしこの中には抗生物質との合剤は含まれていない。この3年間に1.5倍の伸びはとくに多いとは思われないが、この金額を多過ぎると思う人もあり、また逆に少ないと感じる人もいるかもしれない。

ステロイド軟膏の使用量を、その処方件数について病院と開業医とで比較してみると、開業医が71.7%、病院が28.3%（昭和54年）と、%以上の量を開業医が使用している。ところがその内容は両者の間に大きな違いがある。開業医のステロイド軟膏処方件数は約2,092万であるが、驚くべきことに、皮膚科医の処方数はこのうちわずか34.7%にすぎないのである。ちなみに内科医が23.8%、外科医が17.1%、産婦人科医が7.5%、小児科医が6.7%となっており、ステロイド軟膏のほぼ%を他科の医師が使用しているというのが現状である。一方、病院では逆に%を皮膚科で処方している。

内科の開業医がステロイド軟膏を使用していけない理由はない。皮膚科医も風邪薬を処方し、ときには降圧剤、糖尿病薬などを使用することがあるかもしれない。医師が処方する薬剤について、患者のために責任をもてるかどうかが問題である。

もちろん医師1人当たりのステロイド軟膏処方件数は皮膚科医がもっとも多いのは当然である。昭和54年には皮膚科の開業医1人当たり平均2,870という数字があがっており、これは全体の67.2%に相当する。次いで小児科医、外科医（おのおの7.5%）という順になっている。

次にステロイド軟膏の種類であるが、病院と開業との間にはかなりの差があり、開業医が75%以上の使用量をあげている品目にプロパデルム、ベトネベート、ロコルテンがある（昭和54年）。当時のマーケットシェアはトプシム、ベトネベート、リンデロンV、ロコイドの順であるが、昭和57年にはデルモベート（約12%）、トプシム、ネリゾナの順になっている。

このような最近の傾向をみると、デルモベートのような強力な薬剤を皮膚科以外の医師がいったいどのような病気に使っているのか気になる。慢性円板状エリテマトーデスが激減したが、他科の強力なステロイド軟膏で治っているのかもしれない。

日本の薬業界は昭和56年度に3兆6,800億円という実績をあげ、まさに巨大産業の1つとなっている。しかしその輸出額は総生産金額のわずか3%にすぎず、97%は国内で消費されている。ステロイド軟膏の販売額はわずか1.5%にすぎないが、いろいろな問題を含んでいる。

ステロイド軟膏の使い方に関心をもって講演会に集まるのは内科医であり、ステロイド酒釐を生産しているのは必ずしも内科医ではなく、皮膚科医のほうが多いのである。

西山茂夫

## EDITORIAL

## ハンガリー皮膚科学会に参加して

4月29, 30日の両日、ハンガリーの Debrecen で行なわれたハンガリー皮膚科学会に出席する機会を得た。Debrecen は、首都 Budapest から汽車で2時間ほどハンガリー大平原を東に走ったところにある、人口30万程度の美しい小都市である。学会場はホテルではなく、森のような樹木に囲まれた3階建ての皮膚科学教室の中の講堂であった。講堂の一面の壁には数百のムラージュが並び、ヨーロッパの古い大学を彷彿とさせる。

初日は国外からの演題、2日目はハンガリー国内の発表であった。この時期はワシントンの ESDR と SID の合同学会に一致し、ヨーロッパの多くの皮膚科医が米国に行っているはずである（ちなみに ESDR から198, 日本からは29の演題がこの合同学会で採択、発表された）。したがって国外からの参加者は少なく、隣国のオーストリア、東ドイツが主であったが、これは共産圏での学会としては当然かもしれない。

オーストリアの中でもハンガリーにもっとも近いウィーン大学は、ハンガリーの皮膚科の研究活動を援助する義務があるといわれ、両者の関係は密接である。とくにウィーンの基礎医学者はハンガリーの各大学皮膚科学教室にある期間滞在して共同研究を行っており、また逆にハンガリーの若い皮膚科研究者も年に2～3回ウィーンに行き資料および研究成果の交換を行っている。

一方、ハンガリーと東ドイツとの交流は盛んとは思われない。もっとも電子顕微鏡があってもオスミウム酸が十分でない東ドイツの皮膚科学教室に他国の援助の余裕があるとは思われない。今回学会に参加された東ドイツの教授連は人物、学識ともすぐれた学者であるが、われわれと同じホテルに宿泊できず、学会終了後ただちに帰国せざるをえないという苛酷な条件下にあったことは残念であった。

ハンガリーには4つの大学皮膚科学教室があり、約500人の皮膚科医がいる。その総人口は約1,000万人であるので、日本と比較すると皮膚科学教室の数は半数、皮膚科医の数はやや多いということになる。したがって Budapest 大学皮膚科学教室を例にとってみると、30人の医師が勤務し、病床数は100であるが、入院するまでに患者は1ヵ月以上待たなくてはならないという。教室のシステムは西ドイツの古い大学とまったく同じであり、1つの広大な建物を占有し、その中に検査室、研究室、病室などがあり、中央化はまったく行なわれていない。

一方、本家ともいべき西ドイツの皮膚科学教室では、程度の差こそあれ重大な変化がおりつつある。筆者の知る25年前の状態と比べると、皮膚科の病床数と医師の数が半分に削減されている大学すらある。その理由は、腎センター、頭部科 (Kopf Klinik) の新設や ME の利用率と並行して、予算が重点的に配分され、皮膚科の勢力が次第に衰退の一途をたどっているためといわれている。すなわち医療技術の改新、高度化に伴い、皮膚科学の必要性そのものが問われていると考えざるをえない。

昨年10月、ウィーンで開かれたドイツ皮膚科学会は、第16回国際皮膚科学会が終わってまもない時期のためかもしれないが、Niebauer 教授の絶大な努力にもかかわらず学術的には平凡な内容に終わった、そのときの印象も、西欧におけるこのような傾向を裏づけるものであった。

西欧指向のうかがわれるハンガリー皮膚科学会に参加し、Tokaj のすばらしいワインの杯を傾けながら、日本の皮膚科学の将来の姿をいろいろに考えてみた。大阪での日本皮膚科学会総会におけるシンポジウム“現代医療における皮膚科”の続編をもう一度山田瑞穂教授にお願いしたい気持である。

西山茂夫



## EDITORIAL

## 医師の失業

今年の9月、英国、オランダ、西独をまわって、すがすがしい初秋のヨーロッパを満喫してきた。本来は immunodermatology (ロンドン), cutaneous oncology (デン・ハーグ), pigment cell (ギーセン) の各学会に参加する目的であったが、例年になく多忙を極めた夏の診療の疲労に対する Sabbatical な意味もあった。

失業率の高いこれらの国々の学会中や、汽車や船での旅行中に、医師の失業についていろいろきいてみた。ちなみに一般失業率は英国で12.4%、西独で9.5%であり、わが国の2.7%に比べると3~4倍以上に達する。もとより失業といっても、失業者の生活は失業給付金によって保障されているので、昔のような暗いイメージはまったくない。失業がすなわち飢えを意味しないところに大きな相違がある。

また失業者に対する一般の目にも変化を生じている。小学校の失業女子教員に対する冷たい批判(西独)や雇用者の高負担についての不満も、失業率が10%を越えると自ら変化し、労働のみが貴重であるという考え方がおかしくなってくる。事実 EC 加盟国労働者の意識調査によれば、54%が高賃金よりは労働時間の短縮を希望しているという。

私が西独にいた1959年の頃、大学病院の週休2日、金曜の半日勤務に驚かされた。当時西独の医師数は不足しているといわれ、働かない医師を抱えた西独医学の将来はどうなるのかと大きな興味をもったことがある。それから20数年を経、日本と同じように医大の新設による医師の増加が著しく、現在はむしろ医師の就職難が問題となっている。

西独の医師数は1952年に68,135人であったが、1970年に99,654人、1981年には142,934人に達し、この10年間の上昇率は43.4%である。医師1人当たりの人口は432人であり、日本の724人、アメリカの569人に比べると医師の比較的割合が多いことが明らかである。

医師の就職難は第1に大学病院のスタッフとして勤務することのむずかしさに現われる。次いで開業医の割合の低下(西独では医師の43.9%が開業)、病院の勤務医の割合の上昇(これにはかなりの制限があるが)となるが、より顕著であるのは管理と研究業務に従事する医師や工場医の数の増加である。

医師の数の増加が医師の失業につながるという考え方は正しくない。日本の企業における失業率の低いのは終身雇用制にあるのではなく、中小企業労働者、パートタイムの女性労働者、季節労働者などの柔軟性に富む労働人口の調節によるといわれる(撰択8月号)。医師の世界においても近い将来にこのような労働人口の調節が行なわれるであろうし、また完全雇用政策の放棄によって経済の再建が可能となるような英国の例にならって、医療の革新が期待される向きもある。

日本で皮膚科を標榜している医師数は12,474人(昭和56年)であり、日本皮膚科学会会員数の約3倍に達する。この8,000人以上の非専門医の数を増やさないように、各大学ないし大病院での促成栽培を反省すると同時に、生涯教育のあり方を再検討すべきであろう。また開業医、勤務医以外の皮膚科医の市場開発を慎重に考える必要もある。

各大学で学生定員数の縮少を考慮中であり、医学教育上それも重要ではあるが、医師の世界を積極的に拡大してゆく姿勢も忘れてはならない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 臨床研究の動向

数年前、New Engl. J. Med. に臨床研究の動向を一般医学専門雑誌の原著より無作為に抽出して批評した論文が出たことがある。1946年より10年ごとに計 612 篇の原著論文を集計、比較したものであるが、これによると 1956 年以降、縦断的、prospective な研究が著しく減少し、これに対して横断的な報告が増加しているという。

症例報告は原著論文の 38% であるが、やはり同じ傾向がうかがわれる。すなわち観察期間の長い症例研究の割合は最近 30 年間に 90% から 64% に低下し、一方経過を追わない断面的な状況報告の割合が 10% から 36% に上昇している。また症例の観察期間は 1956 年は平均 300 日であったが、1976 年では 182 日となっている。

世の中の進歩、変遷はまさに症例の観察期間の差と同様に著しく速くなっている。じっくりと腰を落ち着けて長期間を要するような臨床研究は今日の忙しい状況にはそぐわないのかもしれない。

かつて筆者がドイツにいた頃 (1959 年)、つまらない演題が発表されると、“ein Fall von” といって軽蔑する風潮があった。1 例報告がすべて悪いわけではなく、何例か集まるのを待っているうちに発表の機会を失う場合もあるかもしれない。問題は症例の記載の仕方であろう。前記の論文によれば、1976 年度の論文では臨床的徴候や患者の社会的、職業的、精神的背景が 1946 年度ほど考慮されていないことが目立つという。

わが国における皮膚科の臨床研究の現状も例外ではない。学会発表の機会が殺人的に多いことと、専門医資格を取得するために、最近はい Fall von が急増している。このような断面的な症例報告は実際診療の場にある臨床家にとって役に立たないばかりか、なかには判断を誤らせることもあるかもしれない。症例報告のほかにも疾患の統計を載せるようにという本誌の読者の声はこの間の事情を物語っている。それと同時に“皮膚病診療”もおおいに反省すべき点を含んでいると思われる。

各地の地方会が充実している現在、今や総会なみとなった東、中、西部の連合(?) 地方会は廃止してもよい。そのかわりに、新たに発足する日本臨床皮膚科医会が年に一度“縦断的”な臨床研究の発表の場を提供する方向に考えていただければ、研究皮膚科学会とともに 2 本の柱となって日本皮膚科学会を支える可能性が出てくる。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 東欧の皮膚科学会をみて

昨年に引き続き、再びハンガリー皮膚科学会に参加して、東欧の皮膚科学と皮膚科医を知る機会があった。学会はユーゴスラビアとの国境に近い Szeged という小さな町（人口約13万）で行なわれた。ここはハンガリー大平原の南端に近く、ブタペストから汽車で2時間半、ドナウ河の支流、チッサ河に面する静かな美しい町である。ハンガリーの中でも美人の産地として有名で、行き交う人を眺めているだけでも楽しいところである。

今回の学会の主題は“内臓病変と皮膚”であったが、シンポジウムの形式ではないので、同じような内容の一般演題がいくつも続いて、いささか退屈させられた。ハンガリー皮膚科学会といっても、面白いことに半数以上は外国人の演題である。西側からはオランダの Cormane, 西ドイツの Wolf, Margesque, Hornstein, Peters, Fegeler といった教授連が参加し、東側からは主として東ドイツの各大学から演題が出ている。現在もっとも西側に近いといわれるハンガリーが東西の皮膚科学の交流の場となっている。

ハンガリーの繁栄はこの1年の間でも眼を見張るものがある。首都ブタペストには新しいホテルが立ち並び、外国人の観光客があふれている。物資も安くて豊富であり、個人タクシーもあるという状況は、少なくとも外面的には西欧諸国とまったく差がない。皮膚科学の研究的なレベルも同様である。

これに対して、東欧の中には電子顕微鏡があってもオスミウム酸が買えないという国もあり、モノクローナル抗体が手に入らず自分でつくらなくてはならないところもあるという。経済的な繁栄を遂げたわが国では、臨床検査に必要な機器や薬品はほとんど市販されており、どの地方でも入手不可能なことはない。日本の学会では、症例報告においても診断上必要な場合には必ず電頭写真が出るし、浸潤、増殖細胞の同定が要求される時にはモノクローナル抗体が簡単に用いられ、きれいなスライドが登場してくるのがもはや常識となっている。

東欧の若い皮膚科医は、こうしたわが国の状況を羨ましいと感じているが、一方われわれは物が無いということがいかに時間と労力を無駄にするかを次第に忘れかけているのではあるまいか。自分の研究に要する費用もわからず、H-E 染色や細菌の培養、塗沫染色すら自分でできない人が増えてきている。その良し悪しは別問題として、必要な物はすぐ手に入る環境にあって、“もの”を考える時間的余裕があることは幸せである。このことは電気製品に囲まれて、家庭での余暇が十分にある主婦と同様であり、その時間で何をすることが問題であろう。立派な研究施設が完備し、給料がよくなったら若い人が仕事をしなくなった、と西ドイツのある教授がいった。物が豊富になると労力の節約と同時にアイデアの欠乏が始まるようでは困る。

物や研究費が豊かであるといっても限度がある。わが国の70有余の皮膚科教室が莫大な費用を要する仕事を別々にするのはもったいないし、さらに金持ちのアメリカには追いつけない。いろいろな形での協同研究が必要であり、この意味では予算が少ないとはいえ、厚生省班研究の意義が大きい。

ハンガリーには大学皮膚科教室は4つしかないが、それでもわが国の状態と同じであった。人種的にも物の考え方の近い国民であるだけに、わが国の皮膚科学の過去、将来についていろいろ考えさせられるものがあった。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 診断ということ

最近、典型的な病像を示す皮膚疾患が少なくなったという印象が強い。たとえば、ダリエー遠心性環状紅斑と診断した例はここ10数年まったくなく、ヘブラ型の多形滲出性紅斑は1年に数例程度に減少している。また、ウンナ型の脂漏性皮膚炎も極めてまれにしか遭遇しない。

これに対して、非定型的な紅斑症が増え、いわゆる環状紅斑、いわゆる滲出性紅斑とか、さらには蕁麻疹様紅斑としか診断できない場合が多くなっている。発疹が非定型的なるがゆえに、その原因として感染症や薬剤による症候性のものやデルマトロームを考えるとというのが今日一般的である。

環状紅斑、滲出性紅斑のほかにも、結節性紅斑、蕁麻疹、痒疹など、反応性皮膚疾患といわれるものはすべて1つの疾患単位ではなく、症状ないし症候と理解される。したがって環状紅斑等々という病名をつける（診断する）だけでは内心穏やかではない。それは、ちょうど発熱とか頭痛とか診断したことと変わりがないからである。

もともと診断とは病名をつけることではなく、この患者において、この病変がなぜおこったかを知ることである。環状の紅斑や滲出性の紅斑が症例によって非常に異なる様相と経過を示すことをわれわれはよく経験している。したがって、環状紅斑とか滲出性紅斑とか診断することは患者の側からみれば意味の少ないことであろう。病気の診断には、患者個人個人について、病気のおこった理由と、それに対する生活指導を含めての治療が加味されてこそ意味がある。

わが国では診断名に従って治療方法が決まる習慣がある。すなわち、病気に対する治療が先行して、病気をもった人間の治療が等閑に付されている。しつこくいえば、環状紅斑の治療があるのではなく、環状紅斑をもった人の治療があるはずである。この間違った治療の傾向を官僚の医療統制や保健制度に転嫁するのは簡単であるが、その前に皮膚病診断学に関する医師側の反省もなければならない。

他科の医師の中には皮膚科の病名は多過ぎてむずかしいという人がいる。その話を聞くにつけ、病名がつかなくとも、もし病変の発生理由がわかり、治療の対策ができるならば、診断ができたことになるのではないかと感じる。カラーアトラスと比べて絵合わせをするのは診断ではないし、今までみたことがないからわからないというのも診断のできない理由とはならない。

Darier, Hebra, Unna らが100年前に記載し、現在ではほとんどみられない皮膚疾患を教科書から除くとともに、疾患を症候として見直し原因を追求する努力をしていきたいと思う。

西山茂夫

## EDITORIAL

## ステロイド軟膏の使用現況

以前、ステロイド軟膏の使用状況を、この editorial で取り上げたことがある (Vol. 5, No. 2). 今回は数年間の変動をもう一度ながめてみたい。

国民の総医療費が年間15兆円を越える今日、ステロイド軟膏の総額は700億円程度であり、わずか0.5%にすぎないが、皮膚科医1人当たりの使用量はかなりのものである。これは皮膚外用剤の64%に相当し、10年前の77%に比べると、その割合は減少しているものの、皮膚疾患治療の主軸である点には変わりがない。

ステロイド軟膏の中でも、抗生物質を配合するものが26%を占め、10年前の33%に比べて減る傾向にあるのは喜ばしいことであるが、それでもまだ多すぎる感じである。

ステロイド軟膏(単味)の薬店、薬局向けマーケットはこの数年間に多少縮小しているが、10年前のシェア1%に対し、1983年には4.2%、金額では10倍の30億円に近い量である。これをどのように評価するかはむずかしい。かつてステロイド酒皰や口囲皮膚炎の多くなった理由として、ステロイド軟膏市販の問題があげられたことがあるが、われわれの調査では、むしろ皮膚科医の使用、処方によるものが大部分であった。

ステロイド軟膏の使用総量は病院よりも開業医のほうが多いのは当然であり、全処方件数の72%を占め、これは10年前とまったく変わらない。ところが開業医1人当たりの年間処方件数(単味)を科別に比較すると、皮膚科82.6%、外科5.4%、産婦人科4.2%、小児科3.7%であり、5年前には皮膚科67.2%、小児科7.5%、外科7.5%、産婦人科3.8%であった。すなわちこの数年間において、皮膚科の専門性が明瞭となり、小児科医がステロイド軟膏の使用をやや控えめとし、これに対して産婦人科医が皮膚疾患の治療に力を入れてきている状況がうかがえる。

医家向けステロイド軟膏の市場占有率をみると、10年前には Flucort 18.7%、Betnevate 16.8%、Rinderon V 15.0%、Propaderm 10.0% であったが、昨年の上半には Nerisona 8.1%、Topsym 8.0%、Dermovate 7.0%、Pandel 6.2%、Rinderon V 6.1% となり、わずかな市場を多数の強力なステロイド軟膏が競って分け合っている。おそらくまだ新しいステロイド軟膏が登場して、熾烈な販売競争が演じられることと思われる。

軟膏の塗り方を患者に丁寧に教えたり、強力なステロイド軟膏を亜鉛華軟膏などで薄めるなどいろいろ工夫をこらしておられる皮膚科専門医には、ほとんど役に立たないデータかもしれない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 滲出性紅斑のスペクトラム

皮膚の炎症性病変の中で滲出性紅斑 exsudative erythema と呼ばれるものほど幅の広いものはない。そのために滲出性紅斑という名で理解される現象は人によってかなり異なると思われる。

滲出性紅斑は皮膚(真皮)の滲出性炎症に基づく赤い斑と定義される。しかしそれは単純な滲出性炎症ではなく、滲出とともに血管周囲にリンパ組織球の浸潤を伴うものが基本的な病理組織像である。したがって滲出の程度と細胞浸潤の多寡によって、幅広いスペクトラムの臨床像を示しうる。

もし滲出の程度が非常に軽く、しかも含有する蛋白成分が乏しいときには、滲出よりは漏出と表現さるべきであり、このときにはリンパ組織球の浸潤は極めて軽微である。このような状態は膨疹(リンパ球の代わりに好中球ないし好酸球が存在する)との境が明らかではなく、蕁麻疹様紅斑 urticarial erythema と呼ばれる。基本的な滲出性紅斑では、その臨床経過が1~2週間であるのに対して、蕁麻疹様紅斑は4~5日で経過する。

滲出性紅斑において、フィブリンを混ざる蛋白成分の多い滲出液が著しいときには表皮下に水泡を生ずることがある。粘膜皮膚眼症候群はそのような滲出性紅斑が広範囲の皮膚と人体開口部の粘膜にまで生じたものをいう。他方、表皮下に水泡を伴う滲出性紅斑でも類天疱瘡のような水泡症とは、たとえ臨床的に類似していても、リンパ球の浸潤を同時に伴うという特徴から明らかに区別されるであろう。

滲出性紅斑を中心として、蕁麻疹様紅斑と反対の極にあるものが環状紅斑 annular erythema と呼ばれる炎症反応である。環状紅斑においては滲出傾向はほとんどなく、血管周囲のリンパ球浸潤はより顕著であるが、ここにおいても滲出性紅斑との境が不明瞭な場合もありうる。臨床的に環状紅斑は遠心性ないし連環状に拡大し滲出性紅斑よりも長く、2~3週の経過を示す。

蕁麻疹様紅斑や環状紅斑では表皮の変化を伴わないのが原則であり、滲出性紅斑でも同様である。しかし滲出性紅斑の中には、表皮基底層が変化して、表皮の栄養障害性変化が強い場合がある。たとえばいわゆる苔癬型薬疹の初期の病像がこれに相当し、滲出性紅斑と苔癬型反応の中間に位置する。また亜急性エリテマトーデスの際の滲出性紅斑といわれるものも、このへんに位置するかと思われる。

このように滲出性紅斑の形態学は非常に複雑であるが、その基本的な性質は確保されるべきであり、その上で広いスペクトラムの辺縁の性格を考える必要がある。

滲出性紅斑の病因の解明が遅々として進まないのは、その形態学についての認識の不一致にも原因があると思われる。これは何も滲出性紅斑に限ったことではなく、結節性紅斑などほかの反応性皮膚病変にもあてはまるであろう。

西山茂夫

## EDITORIAL

## editor の反省

現代はまさに情報が過多である。ラジオ、テレビ、新聞、雑誌などによって、否応なしにいろいろな情報が入ってくる。医学の領域でも、学会やそれに類似した集談会を含めると、その数は莫大であり、全部に参加することはとてもできない。また医学雑誌の数もすごい。皮膚科学に関する雑誌だけでも全部を読み通す人はほとんどいないと思われる。

情報化時代とか情報産業とか、マスコミがつくった名のものにわれわれは踊らされすぎている。莫大な量の情報をいかに選択し、整理するかが問題であり、おのおの独自の見解と整理法で、情報の波に押し流されないように心がける必要がある。

臨床医学において、もっとも重要な情報源はいうまでもなく患者である。教科書や医学雑誌から得られる 100 倍もの情報を、患者の皮膚はわれわれに提供してくれる。だから「教科書に書いてある既成の事実や統計は参考にしても、信用はしない。信頼できるものは自分の患者から得られる知識である」という強い態度も、情報社会に抗して、この際必要かもしれない。情報というとか高級なものという印象を与えがちであるが、実は単純な所見 (Befund) にすぎない。したがって患者が与える種々の情報 (Befunde) を、感謝の念を抱きつつ、「知識」にまで aufheben することが臨床医にとって大切なことではなかろうか。

「皮膚病診療」も実は 1 つの情報誌にすぎない。この種のものが氾濫するのも困ったものであるが、この雑誌の存在価値の 1 つは、情報を整理しやすいように、各号がテーマをもっていることである。過去にこのような医学雑誌がなかったわけではなく、最近では「病理と臨床」(文光堂)などもそうであるが、たとえば皮膚科学という限られた領域では初めてのことであろう。テーマをもつということは編集者の顔やにおいが雑誌の内容に現われやすいという性格をもつ。それと同時に、皮膚科の中だけでの仲間意識で編集するのも好ましくない。もっと基礎医学や関連領域との連係を考える必要がある。

「少なくとも雑誌編集者は、さまざまな情報や知識を料理することで、あるまとまりをつけ、ある秩序を形成することで、読者に全体としての読後感や印象をすっきりとさせなくてはならない」と粕谷一希氏は述べている。医学雑誌においても、論文を単に集めて並べるだけが編集者の役目ではないはずであり、ある使命感をもたないと雑誌の永続性はのぞめないと思われる。

西 山 茂 夫

## EDITORIAL

## 講習会あれこれ

現在、皮膚科関係の講習会は日本皮膚科学会および同各支部主催の講習会、セミナーが主なものであり、そのほかに各地の皮膚科医会の自主的なもの（その一部は皮膚科学会から援助されているが）、日本医師会主催のもの、業者による講習会などが含まれている。このうち、高額な講習会費を要する業者によるものは参加者が少なくて採算に合わないらしく、最近ほとんど行われていない。盛会を極めているのは専門医制度と関連のある日皮会主催講習会である。

日本皮膚科学会の教育委員会で立案し、優秀な演者が行う内容の充実した講習会であるから、満員になるのは当然であるが、今一つ燃え上がらないものがある。

群馬県の或る内科医会では講演後の質疑応答がなくなるまでやるというところがある。午後8時に終わるべき会が夜中の2時まで続き、終電車に乗り遅れて、帰宅したときには夜が明けてきたという経験がある。もう1つ例をあげよう。熊本県には long and hard 方式というのを特徴とする内科医会がある。ここでは土曜の夜から日曜の夕方まで、10時間にわたって1人の演者が1つのテーマについて講演をすることになっている。用意するスライドは1,000枚を下らないが、演者にとっても正に long and hard である。しかもその講習会は毎月1度行われているという。

この2つの会ではスポンサーをつけず、かなりの額の会費を払って参加する内科開業医の中には寝ている人をみない。参加しても専門医資格の単位になるわけではないのに、会場には熱気が満ちていて、心打たれる。

このような会はおそらく例外的な存在であろう。内科医のすべてが、生涯教育についてこのように熱心であるとは考えられない。しかし、Arch. Intern. Med. や Ann. Intern. Med. のような内科誌に皮膚科学に関する論文が多数出ており、膠原病、ベーチェット病をはじめとする種々の疾患の主導権が皮膚科から内科に移りつつある現況をみると、内科医の態度に学ぶべき点が数々あることに気づく。

学会活動についても、たとえばアレルギー学会、臨床免疫学会、結合織学会、炎症学会、脈管学会といった皮膚科関連の学会にもう少し積極的に参画して、皮膚科学の立場を主張することも必要であろう。その意味では皮膚科専門医資格認定の“研修集会”の範囲を拡げること考えられる。

皮膚科の講習会の中で、もし内科学の講義があり、研修単位とならないならば、果たしてどれだけの参加者があるだろうか。

西山 茂夫



## EDITORIAL

## 皮膚科の守備範囲

SLEをはじめとする膠原病が、診療面でも研究面でも、皮膚科の領域から内科に移る傾向は最近ますます著しくなっている。膠原病だけではなく、結節性紅斑や血管炎でも、発熱や関節痛があれば患者はまず内科を受診し、内科から生検を依頼されるというケースが少なくない。

小児の場合も同様である。発疹性の感染症や薬疹を皮膚科で初めにみることは減ってきている。最近も疱疹性歯肉口内炎の患者を“熱性アフタ”ということで診察を依頼されたことがあり、医局で大笑いしたが、途中から、ふと醒めた笑いに変わったのを経験している。

皮膚科本来の疾患が他科に移りつつあるのは何も膠原病、血管炎の類いだけではない。皮膚腫瘍の患者も、まず形成外科を受診し、皮膚科は診断だけを依頼されることもしばしばである。形成外科はとったあとに、皮膚科はとった物に興味がある、といったところで症例が来なくなっただけではない。

皮膚は表皮と真皮からなる、というのは教科書の冒頭に書いてあることであるが、皮膚科の守備範囲が表皮だけになるのもそう遠くないかもしれない。

このような傾向に対して、もともと皮膚科の患者は多いから、それはそれでかまわないという人もいよう。また是が非でも皮膚科の立場を主張し、真皮から皮下組織、さらには全身に拡大したいという立場もあるかもしれない。どちらがより正しいかというのではなく、問題は自分の守備範囲を明確にする態度であろう。

実地医家にとって自己の主張を貫くことは比較的容易であろう。むずかしい点があるとすれば、守備範囲を越えた症例をどこに送るかである。これに対して大学や病院では実地医家の要望に応えるべく、受け入れ体制を整えることにむずかしさがある。実際問題では、たとえば膠原病のような全身と関係のある疾患を、皮膚科の実地医家が内科に直接紹介することが少なくない。ここでもデルマドロームの診断のための検査をどこまで自分で行うか、治療をどこまで行うかという大きな問題があるし、また大学ないし病院の皮膚科がこの点でも信頼されていないという現実がある。

いうまでもなく、皮膚科医は全身症状の出る前の膠原病をみる機会が多い。いかに早く正確に診断し、生活指導ないし適切な治療を行い、多臓器病変をおこさないようにするかは、われわれ皮膚科医の仕事の1つであろう。

自分の能力の限界と、患者のために何が一番よいのかということを考えて、患者が他科に行かなくともすむような状態にもっていきたいと願うものである。皮膚科専門医制度が変わるにあたっての感想である。

西山茂夫

## EDITORIAL

## “お医者様”は復活するか？

現代は呼びなおしの時代といわれている。盲人が目の不自由な人、かたわが身体障害者となり、聾人を耳の不自由な人という。皮膚病の患者を何と呼びなおしたらよいかよくわからないが、ドイツではすでに30年ほど前から、Kranke と呼ばずに Patient と呼びなおそうという声があった。Kranke とか Fall とかいうのは医者の不遜の響きがあるという。この呼びなおしに逆らわないとすれば、皮膚科の教科書の中でも“Landsmanshaut”をお百姓さんの皮膚または漁業従事者の皮膚と書きなおさなくてはならない。

医師の場合、昔は“お医者様を呼びなさい”であったものが、現在は“医者と呼ばせ”といわれる。お手伝いさん、用務員、自由労働者、刑事さんとほとんどすべての職種の呼び名が昇格(?)しているのに対し、降格させられた唯一の例が医師であろう。

年間5兆円の税金をもらっているお百姓さんと15兆円を越す国民医療費を使っているお医者さんとを比較しようとは思わないが、現代の国民の評価がお医者様から医者になっているのは確かである。だとすれば医師が医療従事者の1つの職種として、医療サービスの新しい分野を開拓していく心がけが必要となるであろう。

アメリカでは prospective payment system ないし diagnosis related group がいよいよ具体化されるらしい。これは種々の疾患をグループに分類して、一定額の診療報酬を支払うという方式である。したがってコストをより低い範囲内でおさめたものは自ら高利益を生むということになる。そしてアメリカではすでに多数の病院経営株式会社が設立され、株式市場でも人気銘柄になっているという。

わが国でこのシステムがただちに導入されるとは考えにくい。現行の出来高払い制度よりも合理的であることは事実であり、将来なんらかの改革のメスが入られることは疑いの余地がない。

昭和58年以来、国民医療費の伸びが国民所得の伸び率を下まわっている。医療費が実際に国民の生命と健康保持に役立っている限り、医療費をむりやり押さえこむ必要はない。また優秀な医師やナース（看護婦ではない）などの医療従事者をかかえて、良い医療サービスのできる病院が高い利益をあげてもおかしくはない。そのような機関では医者がお医者さんぐらいには昇格するかもしれない。呼びなおしにごまかされない実体が必要であろう。

西山茂夫

## EDITORIAL

## エリテマトーデスの診療

30年前、全身性エリテマトーデス(SLE)と円板状エリテマトーデスの頻度の比率はほぼ1:10であった。最近ではその比率が逆転し、円板状エリテマトーデスは比較的まれな疾患となりつつある。しかも典型的な症例をみることはほとんどない。これに対応して両者の中間に位置するような、いわゆる亜急性エリテマトーデスが増加し、subacute cutaneous lupus erythematosus という名称が一般化されるに至っている。このように本邦ではいわば軽症のSLEが増える傾向にある。

SLEについても、20年前は5年生存率が60%であったが、現在では95%、もしくはそれ以上に及んでいる。すなわちSLEはもはや急性疾患ではなく、慢性疾患に属するものになっている。このことはSLEの診断法が進歩し、極めて初期より発見できるようになったことと同時に、ステロイドを中心とする治療が適切に行われているためと思われる。

診断学が進歩し、優秀な薬剤があっても、それだけでSLEのようなむずかしい慢性疾患の治療がうまくいくとは限らない。医師と患者の人間関係、患者の疾患に対する理解、病状に合わせた生活指導が適切でないと、疾患の予後がよくなるとはいえない。

近年、内科の中に専門科としてリウマチ内科もしくは膠原病内科を標榜する医療機関が増えている。これは学問の進歩の点でも喜ばしいことであるが、皮膚科としてもこれに対応する心構えが必要となる。なぜならば軽症のエリテマトーデスが増加している現在、皮膚科医の役割が以前より減っているとは思えないからである。エリテマトーデスの中には大量のステロイド剤を使用しなくともよい病型の症例がある。定期的な検査を含めた慎重な経過観察と生活指導のみによって対応する症例を扱うのはやはり皮膚科医の任務であらう。

本年の1月に皮膚科で膠原病を考える会が発足した。この際、いかに多くの皮膚科医が膠原病に興味を抱いているかが明らかとなった。皮膚科は膠原病内科から皮膚病変の生検を依頼されるだけの科であってはならないという考えが会場を支配していた。

皮膚科の開業医が膠原病疑いの患者を内科に紹介するという話を聞く。患者がどこで治療されるのがもっとも良いかを決めるのは開業医の重要な仕事の1つであるが、大学の皮膚科が全身疾患としての治療の面においても、開業医の要求に十分に応じられなくてはならない。また皮膚科の開業医も、大学との関連において膠原病の患者の治療と生活指導を行う意欲をもってほしいと思う。

西 山 茂 夫

## EDITORIAL

## アトピー性皮膚炎の入院治療

アトピー性皮膚炎はもっとも重要な皮膚疾患の1つであり、実地診療上避けて通れない難関でもある。30年前に比べると、アトピー性皮膚炎の患者数は明らかに増加しているし、また重症の例も多くなっている。

30数年前を回顧してみると、私が重症のアトピー性皮膚炎として初めてもった患者は外人の若い女性であった。当時はアトピー性皮膚炎という言葉はなく、ベニエ痒疹 (prurigo Besnier) といっていたが、病気も珍しいうえに、外人の若い女性も珍しかったので、新人としては一生懸命治療したつもりである。なにぶんにもステロイド軟膏のなかった時代であるから、ウィルソンパスタを塗って包帯をし、デトキソールを静注するという方法を外来で週2回くらい行った。症状の改善はあまり芳しくなく、数か月後、患者は治らないままにアメリカに帰国した。

その後、Bonn 大学に留学した際に、やはり重症のアトピー性皮膚炎の若い女性が入院しているのを見た。当時ドイツでは endogenes Ekzem といっていたが、なぜアトピー性皮膚炎で入院を、と不思議に思った。同様にステロイド軟膏を使わない、旧来の外用療法で治療されていたが、数週間でよくなって退院した。

ドイツの大学の小児病棟には、アトピー性皮膚炎の子どもも入院している。腕に筒をはめて、肘関節が曲がらないようにしている姿はなんとも非人道的な感じがした。本来痒感とは搔くという衝動を伴う感覚であるが、痒い皮膚を搔けないのはたいへんな苦痛であろう。しかしそれを遊びで紛らわしつつ、食物の制限を行わずに、短期間の入院治療で症状がよくなれば治療の目的は達せられる。

endogenes Ekzem といっても、exogen の環境因子が重要な役割を演ずることは当時から推測されており、スイスの山地にサナトリウムができたのも当然であろう。転地ができなければ、外因性の抗原の侵入を防ぐために入院して、厳重な包帯による外用療法が重症のアトピー性皮膚炎の治療に必要であることを痛感した。

今日、アトピー性皮膚炎の誘因として、乳幼児では食餌性の因子が、成人ではダニのような外的因子が問題となっているが、それらの侵襲を防ぐことは必ずしも容易ではない。実際の治療方針としては止痒剤の内服をするにしても、ステロイド軟膏の外用療法が主体とならざるをえない。

ステロイド軟膏を使用しているのも問題となるのは、その離脱の方法である。われわれはステロイド軟膏の長期使用によって、顔のびまん性の潮紅や、頸のポイキロデルミー様変化をきたす重症のアトピー性皮膚炎がいかに多いかを経験している。このような例では、外来でステロイド軟膏を渡すだけではまったく解決しないのであり、入院治療が望ましい。入院したからといって特別な治療法があるわけではないが、普通の外用療法と包帯によって症状は著しく改善される。入院中に疾患の説明と生活指導を行って、退院後悪化しないように努めることはいうまでもない。重症のアトピー性皮膚炎においては、このような治療的および教育的な入院が望ましい。

西山茂夫

## EDITORIAL

## subacute cutaneous lupus erythematosus

エリテマトーデスの分類については、SLE と慢性円板状ループスとを両極端の病型として認めることには異論がないが、その中間に位置する症例についてはなお問題が少なくない。とくに皮膚症状を主としてエリテマトーデスの分類を考える場合には今までにいろいろな病名が提出されている。その中でもっとも注目を浴びているものは1979年 Sontheimer の記載した subacute cutaneous lupus erythematosus であろう。以後アメリカのみならず、ドイツや日本でもその病名で学会発表があり、最近では SCLE と略記され、SCLE 様薬疹なども報告されている。

SCLE の皮膚症状は慢性円板状型と SLE の急性期にみられる蝶型紅斑との中間に位置するもので、annular と papulosquamous (psoriasiform) の2つの皮疹型がある。好発部位は四肢伸側、体幹および顔であり、組織学的には基底層の液状変性のほかに、真皮の巣状のリンパ球浸潤があり、まさに SLE と DLE の中間にある。腎および中枢神経の罹患はまれであり、抗 SS-A、抗 SS-B 抗体の陽性率が高い。また HLA-B<sub>8</sub>、および DR<sub>3</sub> との相関が認められている。

SCLE という名称はすでに1925年に Brocq によって提唱されているものであり、決して新しい概念ではないが、この臨床的な subset が SS-A、SS-B と関係のあることを示した点で価値がないわけではない。

しかしながら Sontheimer の提唱するところの皮膚症状を有する症例を詳細に検討するならば、この subset にもいろいろな矛盾が存在する。すなわち、第1に SCLE のほぼ半数は SLE としての ARA の診断基準を満たすことであり、第2に腎症状を有する症例が必ずしも少ない点である。このような症例はむしろ SLE として扱われたほうが患者の予後に関して重要である。このことは DLE の皮疹を有する SLE があることと同様に、SCLE よりも SLE と診断するほうが妥当であることを示している。

第3に SS-A、SS-B の陽性率はそれほど高くはなく、しかもその抗体価と皮膚症状の活動性との間にはほとんど関係がない (Purcell 1987) ことである。抗 SS-A、抗 SS-B 抗体は、SCLE のほか neonatal LE や C<sub>2</sub> deficiency を伴う LE においても関係があり、とくに annular lesion の発生病因と擬せられる傾向があるが、この点はいまだ明らかではない。むしろ、SS-A、SS-B のほかに、いくつかの因子が関与していると考えられる。

第4に SCLE の症例では DLE の皮膚症状の伴う例が少なくないことである。このようにしてみると、LE の subset としての SCLE の独立性はなお問題があるというべきであり、そのほぼ半数は SLE に、一部は ARA の診断基準を満たさない LE に、一部は disseminated DLE に、一部は Sjögren 症候群と SLE の合併に、そして一部は日本でも古くからいわれている subacute LE に入れられるものと思われる。

西山茂夫

## EDITORIAL

## paraneoplastic vasculitis

皮膚の血管炎をみる場合、その原因として、中毒、感染症、悪性腫瘍、アレルギー性疾患の順に考えを進めてゆくのが普通である。その中では感染症といわゆる膠原病を含むアレルギー性疾患が重要であるが、実際には原因の明らかでない症例も多い。

皮膚血管炎と内臓の悪性腫瘍との関係は、必ずしも両者が平行して経過するとは限らない例もあるとはいえ、近年注目されているところであり、paraneoplastic vasculitis という言葉も導入されている。

内臓の悪性腫瘍の際に皮膚の血管障害をきたすことは、古くから指趾の壊疽のかたちで知られていた。しかし壊死性血管炎の症状で現われるものは hairy cell leukemia に合併する結節性動脈周囲炎が初めであり、1986年までに15例の報告がある。

合併する悪性腫瘍は hairy cell leukemia (leukemic reticuloendotheliosis) がもっとも多いが、次いで骨髄性白血病ないし myelofibrosis, Hodgkin 病, 多発性骨髄腫 (とくに IgA), その他の paraprotein 血症などリンパ系網系のもものがあげられる。このうちとくに myeloproliferative な疾患では Sweet 病や持久性隆起性紅斑などの、血管炎とはいえないまでも、好中球の機能ないし遊走の異常を伴う皮膚疾患を合併することが多いという事実を考え合わせて、興味のある点である。

これに対して、血管炎を伴う固形腫瘍は非常にまれであり、結腸の腺癌、前立腺癌および気管支癌の各1例ずつが報告されているにすぎない。

内臓悪性腫瘍に伴う血管炎の臨床症状については一定していない。urticarial vasculitis (本来は HB 血症に伴うものが多いが) からアナフィラキシー性紫斑と思われる症例、さらには結節性動脈周囲炎まで、皮膚のいろいろな大きさおよび部位の血管炎が含まれている。いずれにしても紫斑を伴う紅斑・丘疹性発疹、蕁麻疹様および多形滲出性紅斑の場合には内臓悪性腫瘍に伴う皮膚血管炎の可能性も考慮する必要があると思われる。

現在、皮膚血管炎の発生病因として immune complex vasculitis が有力である。悪性腫瘍に伴う血管炎の場合には癌関連抗原のわずかな過剰状態が可溶性の immune complex を形成し、血管壁に沈着すると考えられている。血管炎の全例において、抗体または補体の沈着が証明されるわけではないが、immune complex vasculitis 説は魅力のあるものである。

多くの皮膚病変では、その診療にあたってアレルギーを考える前に、まず感染症と悪性腫瘍とを鑑別、除外する必要があると思われる。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 医学博士，今昔

末は博士か大臣か，といわれた時代はすでに遠くなり，博士という称号の魅力は，とくに粗製濫造を極めた医学博士に関する限り，ほとんどなくなっている。

大人になってからも，堂々と昆虫採集をするために理学博士になろうと空想した人がいたが，患者の診療をするために医学博士になろうと希望して医学部に入る人はいない。博士号がないと，大学で講師，助教授になりにくいという事情があったり，一部の病院では給与がいくぶん少ないということがあるかもしれないが，医者としての臨床面において，医学博士の利点は極めて少ないと思われる。

皮膚科においても博士離れの傾向は明らかであり，むしろ専門医のほうに人気がある。専門医といっても特別なメリットがあるわけではないが，大学に何年かいればとも簡単に専門医の資格を得られるし，一般の人も一目置いてくれるかもしれない。患者に相談されたとき，皮膚科の専門医を受診しなさいと勧めても，医学博士のところに行きなさいとはいわない。医学博士の称号はその人の臨床的な評価とは無関係であることを誰でも知っている。

30数年前，PAS染色が病理学に導入された頃，北村包彦教授から，“組織内の真菌要素”というテーマを与えられた。5年間，真菌以外で生検を無数に行き回って染色したが，とうとう物にならずに諦めたことがある。当時の北村教授のテーマをいくつかあげると，“紅皮症”，“エリテマトーデスの組織化学”，“癩の病理組織”，“自家感作性皮膚炎”など，すべて驚くべき広範なものである。これらの研究テーマを遂行するためには多数の症例を集めねばならず，その結果優れた臨床家が自然とできあがったのだと思う。

ところが医学の著しい進歩に伴って，学位論文の内容は次第に細分化され，今や細胞レベルから分子レベルとなり，臨床からますます遠ざかってゆく。それと同時に1つの仕事が終わった後の継続性がないものが増えてきている。本来，学位論文のテーマは教授から与えられるものではない。日常の診療において，患者から得た疑問点を，種々の方法論で解明してゆく過程の一里塚として，新しい知見を記述するものが学位論文に相当すると思われる。したがって学位論文が1つですむはずはないのである。

大学院を修了した者に博士の称号をつけるのは仕方がないとしても，現在の論文博士ならいらないものが多い。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 最近の皮膚病の病名

コンピューターによる total system 化に伴い、皮膚科の病名を考える機会が多くなっている。保険診療のための病名ならば簡単であるが、学術的に統計をとり、疫学調査をするためには病名の整理が不可欠である。

昔の皮膚科の病名はいとも簡単であった。戦後まもなく、疥癬と湿疹がほとんどすべてであった時代は別としても、ラテン語を基本とした形態学的な病名で事足りていたように思われる。

最近の皮膚科の病名についてはいくつかの目立った傾向がある。第1に日本語に訳しにくい英語のものが著しく増えたことである。第657回東京地方会のプログラムひとつをみても、myrmecia, vesicular pemphigoid, Malassezia folliculitis, eosinophilic pustular dermatosis, symmetrical lividities of the soles of the feet, erythema dyschromicum perstans (ラテン語であるが), atrophie blanche などのほかに、腫瘍性病変に至っては recurrent digital fibroma of childhood, acantholytic variant of seborrheic keratosis, pilar cyst, eccrine spiradenoma, eccrine porocarcinoma, acquired fibrokeratoma, sebaceoma, verruciform acanthoma, apocrine cystadenoma といった調子である。

病名は簡単であり、同時に病状と病因を的確に表現するものが望ましいが、一方では国際性ももっているのに、無理に日本語に訳す必要はないかもしれない。たとえば linear IgA bullous dermatosis などは蛍光抗体法を必要とするので困ったものであるが、IgA腎症という名称が固定したと同様に、時間がかかるとしてもやがては定着すると思われる。

昔と違う第2の点は、定型的な症例が少なくなり、病名の存在意義が失われつつあるもので、たとえばダリエ遠心性環状紅斑やヘブラ多型滲出性紅斑が著しく少なくなり、anular erythema とか exsudative erythema としかいえない例が多くなっている。このことは結節性紅斑や痒疹など、いわゆる reaction cutanée 一般についていえることである。これらを皮膚疾患とせずに皮膚症状とみなす立場からみれば、“いわゆる”とか“何々様”という表現が多くなったとしても悪いことではない。問題はなぜこのように変化しているかを考えることである。

第3の相違点は、明らかな症状として把握されても病名のつけられない症例が増えたことである。たとえば種々のタイプの血栓症やムチン沈着症などがその代表であり、病名がつかないままに埋もれる症例がある。なかには hyperpigmented acral papular mucinosis といった形で報告されるものもあるが、わが国では“同じ症例がいくつか集まらないと clinical entity とならない”という理由で雑誌への掲載が拒否され、新しい疾患が出にくいという事情もある。

診断とは病名をつけることではない。名前がつかなくとも、この病変がこの患者でなぜ生じたかがわかればよい。この点で clinically oriented research がますます必要であるし、病名に合わせた治療ではなく、患者に合った治療が要求されるのは当然であろう。

西山茂夫



## EDITORIAL

## 皮膚科の病歴

病歴のとり方は人によってさまざまである。皮膚科の臨床経験の多寡により、要領のよさ、的確さ、それに要する時間などが違ってくる。1日に100人以上の患者をみている皮膚科専門医は“黙って座ればぴたりと当たる”式の診断の名人であるに違いない。

皮膚科の場合、内科と違って、視診に始まり病歴に終わる特殊な科と思う。まず病変を含む全身の皮膚、口腔粘膜、爪をみて、その病変が炎症か循環障害か沈着症か腫瘍かなど病理学的に考え、次にその原因を中毒、感染症、悪性腫瘍、アレルギー、その他の順に推理していく。そして最後に、疾患の原因がどうしてもわからないとき、またはそれを確認するために患者に尋ねるのが病歴をとることである。つまりコンピューターのごとき速さで、原因を考えながら(病名ではなく!)、患者と話をするのが大切であり、“それからどうした”式の警察の尋問とは異なる。

病歴をとる順序を変えることはそれを軽視しているからではない。病歴は何度もとりなおす必要がある。ある程度診断がついた後に、その疾患について成書を読み、ときには文献を調べ、適合しない点があれば、もう一度病歴をとりなおす。患者は短い時間で、一度に全部を語ることはほとんどないからである。

ある場合には患者の訴えと現実の皮膚症状とが一致しないことがある。かつて弛張熱と皮下硬結を主訴として来院し、肉芽腫性の感染症が疑われた30歳の女性がいた。病歴と生活歴を聞くと、彼女は子供のときからカナダに住んでいて日本語が話せないという。彼女の夫はカナダのある病院に入院中で父はアメリカに居ると語った。この患者は入院後、ホカロンを用いて体温計を操作し、便所の汚物を自分で注射していることがわかった。この症例の病歴と生活歴はまったく嘘であり、彼女は実は36歳で、日本を一度も出たことがなく、夫や父も日本に健在であることが、夫の口から判明した。この症例はMünchhausen症候群であり、医師や看護婦が完全に振りまわされた例である。

これとは逆に、患者の何気ない話も注意深く聞くことも大切である。50歳を過ぎてから顔に肝斑を生じた患者を長期間みていた若い医者が、最近スカートがきつくなったという患者の話から、卵巣癌を発見したこともある。

患者の話の中で何が必要で何が無駄かを判断するためには、まず発疹の形態学的、病理学的な正確な把握が必要であり、同時に医師の人間性と医学以外の広い知識も要求される。私はいまだ皮膚科専門医の資格がないと感じている。

西山茂夫

## EDITORIAL

## にせ医者

今より100年前, Virchow の細胞病理学をもとにして, ヨーロッパの皮膚科学は初めて科学としての形態をとり, とくにウィーンは Hebra, Kaposi を中心として, 当時の皮膚科のメッカとなった。

しかしながら, 19世紀末のヨーロッパ医学の状況は決して華々しいものではなく, “医学研究の数が減少し, 医師の将来の展望は絶望的である”といわれていた(Wien med Wschr 59: 47, 1900). その原因は医師の過剰ばかりでなく, 一般的な社会事情, 官庁や大衆が医師の業績を評価しなくなったことによるが, 一方では医師の行動にも責任があると考えられる。

それから100年を経た現在, 医学はとくに免疫学や分子生物学の著しい進歩により飛躍的に進歩したが, 医術(ars medica)ないし医師の置かれた立場, 問題点は, 19世紀末とまったく変わっていないことに驚かされる。

当時, ドイツではにせ医者(Kurpfuschertum)との闘いが大きな問題であった。にせ医者の活動は18世紀頃より盛んであり, たとえばロンドンには“健康と衛生の寺院”と呼ばれる施設があった。ここでは電気装置を組み込んだエロチックな“天のベッド”で疲労困憊した者でも活力を回復すると人気を呼んだ。パリのメルスルの磁気研究所には多数の有閑階級の人々が集まり, 不道德の温床という非難を浴びて, 彼はパリから追放された。19世紀末のドイツの“健康増進, 無薬物治療協会”は10万人以上の会員を有し, にせ医者の組織と決めつけられたが, 同時点の正式な医師登録数27,000人をはるかに越える巨大な組織であった。

現在のドイツでも, いわゆる自然療法(Naturmedizin)が流行し, それを扱う医師は健康保険医よりも高い収入を得ており, 大病院の薬物療法に, 一般の人々が安心していないという状況が根強く存在している。

このことはわが国でも同じであり, 最近, 断食道場で死亡した例が報道されている。皮膚科の日常診療においても, 18世紀的なにせ医者の行為によっておこる皮膚障害や悪化した皮膚疾患の例は少なくない。にせ医者といわないまでも, 皮膚科以外の医師による皮膚疾患の治療も問題である。アトピー性皮膚炎の患者が小児科医による無意味な食餌療法や, 外用療法なしの漢方療法によって非常に悪化し, 最後に皮膚科に来る例は枚挙にいとまがない。

この傾向の原因の1つは“アトピー性皮膚炎は食物が原因である”とか“薬害”という言葉をつくったマスコミにある。迷惑を受けるのは実は一般の人々である。

しかしながら, 皮膚科医自身の反省も必要であり, 患者や社会の信頼を得なくてはならない。すでに Virchow は“自然療法と民間療法”について, 「医学界がにせ医者を禁止しても, その効果はない」と懐疑的な意見を述べている。医学界というオーケストラが指揮者(病理学者)に対して不協和音を発するから, という考えである。

西山 茂 夫

## EDITORIAL

## “主訴：皮疹”について

最近の皮膚科の学会発表では、症例の現病歴、既往歴、現症が1枚の立派なスライドで最初に提示されることが多い。その中のほとんど90%まで、“主訴：皮疹”という1項目が入っている。皮膚科の症例報告で主訴が皮疹（皮膚症状）でない例は痒み、粘膜疹、毛、爪の病変を除けばほとんどない。続いて出る初診時のスライドをみると、皮疹というのが潰瘍であったり、腫瘤であったりする。主訴が患者の主な訴えであるとすれば、患者が“皮疹ができた”という場合があるとは思えない。

このような現象がおこった理由は内科での学会発表形式（たとえば主訴は顔面のrashなど）の影響を強く受けているためと思われる。主訴なるものが皮膚科医の目で具体的に表現されるとすれば、それは現症に相当するし、患者の立場でいえば、痒いボツボツとかオデキとかになるであろう。つまり、“主訴：皮疹”という項目は必要がない。

皮疹は現在発疹と同義語に使用されていることが多い。そして発疹の詳細な形態学的記述が不完全になっている昨今、あらゆる種類の発疹が“皮疹が出た”という表現でかたづけられる傾向がある。これも内科の影響である。

元来皮膚科学は発疹を詳細に観察し、その病理学的変化を推察して、病変の成り立ちを考えるのが診断学の根底にあるはずである。“赤い皮疹”、“浸潤のある紅斑”、“鱗屑を伴う丘疹”などの表現では十分ではなく、“赤”は少なくとも4種類に、鱗屑の性質は少なくとも15種類に区別して記載されなくてはならない。また、紅斑は毛細血管拡張や潮紅と区別する必要がある。そのような発疹の細かい記述によって病像ないし病因の情報が、より正確に伝達されることになる。

内科診断学ないし内科学的知識の影響を受けることは結構ではあるが、そのために皮膚科独特の診断法がおろそかになり、特徴が失われるのは好ましくない。また、内科で使用する皮膚病変の名称（たとえば類リウマチ性紅斑、Stevens-Johnson症候群など）を無批判に受け入れて使用することにも問題がある。

従来の記載皮膚科学的な細かい記述を、すべての症例でカルテに記載する必要はないし、また多数の患者を短時間でみなくてはならない皮膚科医にとっては実際的ではないことも理解できる。問題はそれを頭の中で考えながら患者をみているかどうかである。ほとんど無限の変化を示す発疹を、すべて皮疹としか表現できないならば、たとえ最先端の医学知識を持っていたとしても、皮膚科専門医とはいいがたい。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 最後の東独皮膚科学会

昨年の10月30日から5日間、Dresdenで第10回東独皮膚科学会が行われた。10月3日に東西ドイツが再統合されたので、もはや東独(DDR)という国は存在しないが、すでに3年前にこの学会が企画されていたので、DDRの文字を削除して行われたが、主催者の苦勞がうかがわれた。開会式がクラシック音楽ではなく、ジャズの演奏で始まったのも違和感があった。

学会の最終日に、旧東独の大学教授たちによる皮膚科卒後専門教育を語る朝食会が、日本の資本によって建てられた立派なホテルで行われた。40年以上にわたって共産主義の下で医療を行ってきた人々にとって、資本主義社会の保険診療を理解することはむずかしい。多くの若い医師、とくに女医は開業を望んでいるが、大学の教授が彼らを大学にとどめておくことも容易ではないし、教授そのものの職を将来にわたって確保することも簡単ではない。

旧東独の人にとって、外国とは西独のことであり、その他の国に関する知識はほとんどない。かつて来日したことのある数人の教授は、日本が豊かな清潔な国であり、医療水準の高いことを知っているが、一般の人々の日本観は30年前の西独のそれとまったく同じである。情報の統制がいかに厳しかったかを想像させる。

オブザーバーとして出席した私は、日本の皮膚科専門医制度を話したがほとんど興味を示す人はいず、また専門医の教育(後実績というのか?)について、教授も開業医も同じ点数制度であることを理解することはできなかったようである。また教授でも若い非専門医でも診療報酬については同一であるという、わが国の素晴らしい民主的医療制度についても異星の国の話でしかなかった。

要するに旧東独は旧西独が占領されていたのであり、大学は完全に破産している。旧東独の或る大学で1時間あまり講演をしたあと硬貨を交えて112マルクの謝礼をもらったが、これは邦貨の1万円に相当する。まさに旧ドイツ的な合理主義が生きている感じであるが、申し訳なくて涙がこぼれた。

旧東独から旧西独へ自動電話はかからず、交換手を通して約1時間で通じれば幸運である。鉄道は戦前のままで、西独の倍の時間がかかり、Autobahnの疲弊ははなはだしい。交通、通信が正常化しなくては西側の企業の進出は望めない。勤労者の0時間、90%の労働保証が長く続くほど、勤勞意欲はなくなるかもしれない。そのような状況の下で、元来すぐれた素質をもつ東独の医師とその皮膚科学会がいかに変貌するか見守っていきたい。

西山茂夫

## EDITORIAL

## informed consent

NHK のラジオに健康相談の時間がある。電話による病気の相談であるから健康相談というのはおかしいが、ドイツでは昔から Radio-Diagnostik といっている。これを聞いていると、20 年前には、背中に痒いボツボツがあるが为什么呢、という式の質問が多かった。しかし、現在は、“皮膚筋炎といわれてステロイドを1日2錠のんでいくがよくなる、続けるべきか”とか“10年来の乾癬で悩んでいるが、その原因と食物について”という、程度の高い話に変わってきている。

この現象は患者の医学知識の向上と公開の場での会話の要領のよさを示すもので、教育レベルの高い日本ならではの喜ばしいことである。しかしそれと同時にいつも感じるのは、医者が病気の説明をまったくしていないか、または患者が説明内容を理解していないか、ということである。

相手に意思を通じさせるのはむずかしい。ことに専門的な事柄を素人に理解させることは至難の技である。しかし患者は病気の原因と苦しみから解放される方法を知ることが切に望んで医者の前に現われるのである。“湿疹だからこの軟膏を塗りなさい”、“蕁麻疹だから飲み薬を差し上げましょう”といかにやさしくいっても患者の救いにはならない。また“ジベルばら色秕糠疹ですね”と難解な病名を患者に告げても意味がない。

診断とは病名をつけることではない。個々の患者について、その病気がおこった理由を知ることである。という話を書いたら、何年か経って、ある教授から“先生は診断をつけないそうですね”といわれたことがある。廻り廻って、そのような誤解を生んだと思われるが、同じ皮膚科の中でも意思の疎通はむずかしい。

本当の意味の診断は非常に大切である。同じ病気でも患者によって原因もしくは誘因は異なるが、治療や生活指導も当然違ってくる。

数年来 informed consent (IC) ということがやっと常識化した。医者は患者に対して治療内容を十分に説明し、患者がそれを理解、納得して治療を受けることであるから、ごく当然の医療行為である。昨年、日本医師会と厚生省の診療報酬改定協議の際に、IC を診療報酬に組み込もうという動きが出てきた。医師はICのために時間をとられるので、日医の態度は理解できるが、患者への説明を新たな診察料として点数化することには問題がある。IC を治療に限定せず、むしろ“診断”の説明まで含めることによって、診察料(診断料)を上げるという思想が望ましい。

正確な診断と平易な説明のできることは専門医の条件である。専門医試験には国家試験の問題を解くようなものではなく、実際に数人の患者を診察させてみることにしたらいかかなものか。診断学(Diagnostik)とは病名をつけるだけではなく、病態、原因の把握から、患者の生活指導までも含む全人的なものであるはずである。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 15番目の鱗屑

上野賢一教授退官の記念学会で、小嶋理一先生が、紅斑と潮紅の違いを述べられた。この2つを混同している現在の皮膚科学のなげかわしい現状を暗に批判された素晴らしい演説であった。

かつて本誌のeditorialに“主訴：皮疹について”という学会発表に関する感想を書いたことがある。主訴：皮疹だけではなく癢痒性紅斑、紅色丘疹、鱗屑を伴う紅斑などという表現が学会発表で聞かれ、詳細な臨床検査の表が出てくるに至っては、もはや内科の学会と大差がない。

皮膚病変の記述は情報の伝達を目的とするので正確かつ簡潔であらねばならないが、皮膚病変が多彩であるために、多数の用語が用いられている。この複雑さが、医学生に皮膚科学を敬遠させる理由の1つになっていることも確かである。そこで医学生には皮膚の病態生理を主として教育する一方、一度皮膚科に入局した医師には根本的な正しい記載皮膚科学を教え、伝える必要がある。

発疹の表現、記述には本来病理学的な意味を含むものでなくてはならない。病理学の未発達であった19世紀末の皮膚病変の記載方式は経過を無視したものであった。それがUnna以来、意味するところが少しずつ変化してきている。ところが本邦の皮膚科学教本では、相変わらず間違っただけで初発疹、続発疹に分類され、個疹も前世紀のままの理解にとどまっている。

小嶋先生の指摘された紅斑と潮紅もその1つであるが、丘疹と結節についても同様のことがいえる。大部分の教科書ではこの両者を大きさの違いで分けており、丘疹は直径1 cm ぐらゐまでの表在性の発疹であり、結節は豌豆大より大きな限局性の隆起と定義されている。発疹の性質ではなくて大きさで分けるのならば丘疹と結節の区別は必要がない。径何 mm の丘疹(または結節)と表現すれば十分である。

本来、丘疹とは炎症に基づく細胞成分の増加による小さな盛り上がりであり、亜急性ないし慢性炎症を意味する。一方、結節は肉芽腫性炎症、腫瘍性変化および沈着症を表現するものとしたい。したがって粟粒腫、汗管腫などは豌豆大以下の大きさであるが丘疹ではなく、結節(または小結節)といたい。

かつて、lichen myxoedematosus の豌豆大の個疹を当然“結節”と記載して日皮会誌に投稿したところ、丘疹と表現すべきであるという理由で拒否された論文があった。もし径1 cm 内外の発疹が多発している場合、1つの疾患で同じ性質の丘疹と結節が混在するという矛盾が生ずる。皮膚科学を教育する立場の人は発疹の性質をもう少し病理学的に、しかも経過を考慮してdynamicに考えたほうがよいと思う。

同様なことは他の発疹でも当てはまる。鱗屑を細かく分ける人はもはや少ないが、少なくとも15種類に区別できるはずである。指折り数えて14種類まではわかったが、最後の1つがどうしても出てこないという話を聞いた。種をあかせば最後の鱗屑は癩風のときの“latente Schuppen”である。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 名医の誤診

1950年代のドイツの皮膚科学をリードした Hans Schuermann 教授の名を知る人は、もはや極めて少ない。Schuermann 教授は皮膚筋炎をはじめとして多くの皮膚疾患に内科的な光を当て、Dermadrom の概念を確立した皮膚科臨床家として、当時最高の人であった。教授の名著である“Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen”は皮膚科の教本というよりは、むしろ内科的な著書である。ドイツ語で書かれているために、残念ながらこれを読む人は少ない。

1959年秋、Bonn 大学で Schuermann 教授の診察を見学する機会があった。多数の患者が供覧されたあと、助手の1人が或る患者の全身を白い布でおおい、1本の指の爪だけを出して教授に診断を求めた。教授はほんの数秒爪をみて、“乾癬の患者に円形脱毛症がある”と断言したものである。今でこそ乾癬と円形脱毛症のおおの爪症状は常識となっているが、30年前の日本で、両者の爪変化の合併を診断できる皮膚科医はいなかったと思う。これはほんの1例にすぎず、Schuermann 教授の診断の確実さには驚嘆させられた。

皮膚疾患の診断には詳細な観察と深い洞察力が要求される。いかえれば経験と思考と想像の総和が臨床診断に必要である。昼間は多数の患者をみ、夜は遅くまで図書室にこもっていた Schuermann 教授の日常の生活態度も、まさにその方向に集約されていた。“みたことがないからわからない”という皮膚科独特の弁解は唾棄すべきであることを知らされた。

Schuermann 教授は1962年9月、ワシントンでの第12回国際皮膚科学会から帰国する船中で、肺塞栓のために死去された。まだ53歳という若さであった。

飛行機が嫌いで、アメリカからわざわざ船で帰国をしたという運命的なことを除いても、教授の死は悲劇的であった。学会への出発前に、自分の下肢の黒色の腫瘤に気づいた教授は自らメラノーマと診断し、リンパ節廓清を含めて手術をさせた。肺塞栓はその手術の結果と推測される。しかもその黒色腫瘤は実はメラノーマではなく、組織球腫であり、手術の必要はなかったのである。

誤診率がほぼ30%に達する筆者に比べて、ほとんど0%に近い稀代の名医 Schuermann 教授の致命的な誤診であった。

メラノーマを考えずにメラノーマを誤診することは、メラノーマを考えて間違えることよりも罪が重いといわれている。しかし教授の事例をあげるまでもなく、術後の合併症などを考えると、誤診の責任は同じである。

皮膚科ではもともと生命に直接関係のある誤診は少ないが、その結果としての患者に与える心理的、経済的影響を考えると慄然とするものがある。名医でも自分のことはわからないといわれる。まして他人のことがわかるはずがない。生命に関係のない多数の患者をみているうちに、われわれ皮膚科医は誤診の重大性に鈍感になっているかもしれない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 皮膚科診断学

皮膚科学の創始者は誰かいろいろと議論はあるが、初めて皮膚疾患の系統化を計ったのは Joseph Jacob Plenck (1738~1807) とみて差支えない。彼は Linné の植物分類に従って、発疹の外見から皮膚疾患の分類を試み、14の属 (species) を設定した。丘疹、斑、小水疱、水疱、膿疱など、現在用いられている個疹の名称は大部分このとき、1776年に作られたものである。Plenck はこの個疹を重視し、皮膚疾患の形態学的診断学の基盤とした (Keine Diagnose einer Hautkrankheit ohne vorherige Diagnose der Efflorescenz)。

今日の医学教育においては、皮膚科診断学が内科診断学の中に視診として吸収される傾向にある。しかも皮膚科医自身のうちでも、発疹の観察、記述がおろそかになり、臨床検査が先行し、診断学の体系とその伝統が失われている印象が強い。

診断学という話がむずかしくなるが、要は診断に至るまでの診察の仕方である。すなわち Status dermatologicus のとり方は次のような順序で行われる。1) 皮膚の色調、2) 発疹の性質、3) その拡がりと分布、4) その硬さ、深さ、5) 毛、爪および口腔粘膜、6) 全身症状ないし他臓器の症状、7) 自覚症状、8) 病歴。

この順番は患者によって多少異なり、病歴を聞きながら、複数のポイントを同時にみることもあり、また重点の置き方も違うかもしれない。しかし重要な点は、患者の全身をみるべく裸にして、まず問題点を詳細に観察する以外に、主訴となつてはいない皮膚の状態 (毛、爪、口腔粘膜も含めて) も見逃さず、より多くの情報を得ることである。このとき発疹の観察によって、それが炎症か、腫瘍か、循環障害か、沈着症か、炎症ならばどのような性質の炎症かを病理学的に考え、その成り立ちと原因を推察する。病歴は最後に聞くことが望ましい。原因の推察を確認するため、または原因がまったくわからないときに患者の意見を聞くことが病歴をとるということである。しかし病歴の重要性は決して看過できない。病歴は何度聞いてもマイナスになることはない。

このような診察の順序をとることはあくまでも理想であり、1日に100人以上の患者をみる医師にとっては机上の空論という意見があることも当然予想できる。衣服のわずかなすき間から発疹を垣間見ることによって診断できる専門医がたくさんおり、しかも大部分の日常診療に問題がないことも事実であろう。

“他の科に来たついでに来ました”という患者や、“ちょっとみてください”という他科の医師の依頼も、皮膚科に対する認識の欠如の現われであるが、またそれを助長しているのが皮膚科医の態度かもしれない。

西山茂夫



## EDITORIAL

## 町 医 者

開業医のことをドイツではPraktikerまたはniedergelassener Arztという。わが国ではoffenするとかOffenarztとかいいなれているが、カルテやシュルツェとともに、日本語的ドイツ語である。niederlassenとは居(店)を構えることで、Praktikerは実地医家という感じが強い。

病院に来る患者の中には“町医者にみせたら云々”という愚かな人がいる。町医者とは町にいる医者のことではなく、江戸時代の町人身分の医者の意味である。

身分制度の厳しい江戸時代には幕府の医師の身分は高く、典薬頭や奥御医師(法印、法眼)など、大名に匹敵するような位が与えられていた。幕府の官医や藩医(いわゆる御典医)は開業医を町人身分の医者すなわち町医と呼んで差別していたという。しかし世襲制の典薬頭や、将軍しかみることの許されない法印に、どれほどの医学的能力があったか疑問である。病理学に無知な漢方医が官医の人事を牛耳っていた時代に、病気の診断や治療ができたとはとても思われない。たかだか患者の死期を予言する程度であったろう。むしろ庶民をみることの多い町医者のほうが、経験的にも多少優れていたとも考えられる。

明治維新後、この身分制度、封建思想は医学界にのみ厳然として存続し、1つしかなかった大学の教授は開業医を町医者として差別しつづけた。それと同時に、このような風潮は医師が患者に無意味にいばるといふ体質をもたらしただようである。それは高い身分に相応した実力がないための自信のなさの裏返しであることはいままでのない。

東大のある有名な教授のポリクリのとき、患者が教授に直接質問したことがある。教授は怒って“あなたは黙っていなさい。話をするのは私だ”といった。病気の説明をするのはいわゆる“ポリわき”と称する若い医師の仕事であったから、患者は教授に直接ものをいってはいけなかったのである。

それでも大病院を志向する患者は後をたたない。開業医を町医者といって差別、軽蔑する体質は、医学界の封建思想がなお続いていると同様に、日本人の不思議な性質として残っている。

ドイツでは、もっともたくさんの患者をみるのは大学の教授であるが、日本では開業医である。患者からもものを学ぶことの多い医療では、したがって開業医が一番ものを知っているはずである。また疾患の動向をもっとも早く察知できるのも開業医である。開業医が堂々と発言できる学会が理想的であることは当然であるが、専門医の資格をとるための感の深い現在の皮膚科学会の中で果たしていくつあるだろうか。この点ですぐに思い出されるのが宮崎地方会である。そこでは大学と開業医の連携の歯車が見事にかみ合い、開業医の素晴らしい発表を聞くことができる。

niederlassenにsichをつけて再帰動詞にすると“腰を落ちつかせる”という意味になる。開業することは、医学の長い修練の中で、初めてじつくりと仕事のできる立場になったときと理解される。

西 山 茂 夫

## EDITORIAL

## 国民医療費23兆円

西高東低といわれている国民医療費の話であるが、自然破壊のひどい長野県の医療費は下から2, 3番目くらいに低く、しかも上から2, 3番目の長寿県であるそうだ。天竜川のザザムシや蜂の子、蚕の蛹など、県特産の食品が健康によいためという説があるが眉唾である。県民が健康だから医療費が少ないのか、薬の使用量が少ないから健康なのかと考えさせられる。

脳代謝改善剤の多くは、臨床治験の段階ではある程度の有効性を示すが、健保採用後にはそれほど効果がなくなるといわれる。治験期間中、受持医はしばしば患者の枕元を訪れ、話を聞くが、治験が終わると患者との対話が再び途絶するために、良くなった脳症状が元に戻ってしまうのだそうだ。

医師と患者との人間的な交流や相互の信頼が、薬剤の投与よりも、はるかに治療効果のある病気は皮膚科の中にもたくさんある。多種類の薬剤使用が新たな障害をきたすことを皮膚科医はよく知っている。

疑わしい目つきで診療室に入ってきた患者が、やがて柔らかな顔となって出て行く姿をみると、臨床医はなんともいえない満足感を覚える。“病院で初めに他科を受診し、そのついでに皮膚科に来た患者に、そんなに時間をかけて話をしても、診察料は1円ももらえないよ”と注意されたことがある。病院の経営者には申し訳ないが、勤務医はそれも我慢できるかもしれない。

それとは逆に、患者をまともにもみず、画像と検査データから治療方針を決め、投薬する傾向が増えているのは事実である。権威のある古い大学では昔からあったことである。かつてアナフィラキシー性紫斑後の腎炎の患者を内科に紹介したことがあった。そこでは検査データから、“腎不全が進行していて治療の意味がないから、もう来なくともよい”といわれた。この患者はすぐに東京女子医大に行き、週3回の透析を受けながらも、建築会社で20年以上、現場監督として勤務することができた。しかも長年の夢であったヨーロッパ旅行を妻とともに楽しみ、その1年後に医師に感謝しながら他界した。

20年間の腎透析に要した医療費は莫大なものに違いないが、満足して終えたこの患者の人生と比すべくもない。また検査データのみで、患者1人の人生を左右する医師のおごりに反省させられる。

さて92年度の国民医療費は総額23兆円に達するといわれている。国民1人あたりの一般診療費の伸び率は10年間に1.61倍であり、これは同じ期間の国民所得の伸び率1.63倍をいくぶん下まわっている。23兆円という国民医療費は決して高くない。高齢者の増加や医療技術の著しい進歩にもかかわらず、医療費が国民生活水準の向上に比べて低く抑えられているのは、国が国庫負担の増額を渋っているため（朝日新聞）と思われる。

一方、医療費の無駄の部分がいろいろ指摘されている。患者をみずに検査、診断、治療と進む行き方も無駄の1つである。皮膚症状から内臓病変の存在を予測し、適切な検査の方向を選択すれば患者のためにもなるし無駄も省ける。高度先進の医療技術を駆使する前に、患者の皮膚をみ、患者の人生観を十分に汲みとって考える医療が1つの原点として再考されねばならない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 皮膚科診断学，再び

初めて皮膚科に来る医学生は、診察の順序が今まで学んできた内科診断学と違うのにとまどうことがある。それは病歴をとる順序が内科と皮膚科ではまったく逆だからである。

われわれは患者の顔の表情と色を瞬時にみってから皮膚科的診察 status dermatologicus にとりかかる。すなわち発疹の性質とその分布をみ、発疹に触ってその深さ、掻がりを調べる。その際に発疹の記述をするが、近年は診療多忙のためか、表現力の不足のためか、極めて簡略化する傾向がある。たとえば鱗屑についても、おのおの区別する意味のあるものが少なくとも11種類（実際には20種以上）あるが、実際は学会発表でも“scaly erythema”などですんでしまうことが多い。さらに紅斑でも浮腫性紅斑とか浸潤性紅斑などという変わった表現が幅をきかせている。すなわち本来の皮膚科学的記載が内科医の皮膚病変の抽象的記述と同程度になり下がっている。

いずれにしても発疹を観察、記述するときには、その病理学的性質を考慮しなくてはならない。たとえば病変が炎症か、腫瘍か、沈着症か、循環障害かを知り、そのうえでさらに細かく、炎症ならば急性、亜急性、慢性、肉芽腫性炎症かを考える。それが明らかとなれば病変がいつから生じたかを患者に聞く必要はない。病理学的認識を得る1つの手段として、生検したときの予想組織像を書きとめておくことが有用であろう。この際個疹の定義は病理学的内容を加味してはならない。たとえば結節は単に丘疹の大きいものではない。

病理学的な思考過程を status dermatologicus に組み込むのは発疹の成り立ち、すなわち疾患の原因を考えるのに役立つ。一部の症例ではこの段階で診断がつくが、“診断する”とは病名をつけることではなく、この患者でこの病変が生じた理由を知ることである。

診断過程の次のステップは毛、爪、口腔粘膜の観察であり、多くの情報が得られる。また皮膚疾患とは別の全身疾患の潜在を知る端緒ともなる。

次に全身所見および他の臓器症状をみ、自覚症状に移る。痒みや痛みの有無は聞かなくともわかることが多いが、その性質を詳細に知るのも重要であろう。この段階、つまり診察の最後に病歴をとることとなる。病歴をとるのはこれまでの過程で原因がわかったときにはその確認の意味であり、診断つまり原因がなお不確かなときに患者の意見を聞く場合とがある。

病歴聴取を診察の最後にもってくるのは病歴を軽視しているからではない。病歴は何度もくり返して聞くべきであり、何度聞いても十分ということはないが、その前に発疹をみて考えることが大切であり、皮膚科学の醍醐味もその辺にあるだろう。

待合室での話し声から、診察室に入ってくる前に診断がつく場合（Werner 症候群）もあるし、患者と挨拶の握手をして acanthosis nigricans や肺性肥厚性骨関節症がすぐにわかるのも皮膚科医が内科医とは違う素晴らしい点であろう。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 危機的状況

今年4月、岐阜の皮膚科学会総会で“アトピー性皮膚炎の治療”のサテライトシンポジウムが行われたが、その演者はほとんどが皮膚科の開業医の方々であった。熱心さのあまり、講演時間を大幅に延長した方もあったが、おのおの自分の診療理念にもとづいた、自信に満ちた講演であり、議論もそれなりに活発であった。このような素晴らしい講演は普段の学会ではほとんど聞けないもので、もし多くの開業医に発表の機会が与えられれば、臨床の学会は飛躍的に進歩するに違いない。

新しい病態や原因の発見、疾患の流行または変遷をもっとも早く知りうるのは開業医であり、それを進んで学会に発表すべきことを前に書いたことがある。ありがたいことに開業医のそうした業績が、日皮会誌にまで載るようになった。一方、開業医の学会発表に際して、組織をとったか、電頭をしたか、免疫組織化学はやったかなどという心ない質問の出ることがあり、開業医を失望、落胆させる。

ところで、いわば医療の中核をなす開業医は存続の危機にあり、将来の見通しは暗い。わが国の開業医の数は1991年10月現在、82,118軒であるが、20世紀末には半減するといわれている。その原因の1つは医師の高齢化であり、もう1つは儲かる商売ではないので若い医師が開業したがないためである。

医師会の講演会に行くと、聴衆の大部分が老医師であることに気づく。一杯飲みながら昼の疲労とストレスを癒すほうがずっと良い時間に、講演会に出席するのはなまやさしいことではないと頭がさがる。高齢化傾向は大都市ほど著しく、東京都の開業医の平均年齢はすでに60歳を越し、70歳になるのは時間の問題であるといわれる。1991年度の大阪府医師会の調査でも、平均58.9歳であり、70歳以上は実に14.4%を占めている。これに対して40歳以下は5%にすぎない。

現在60歳以上の、いわば開業医の団塊の世代の人々が開業したころは、日本医師会の強力な権勢のもとで、一般サラリーマンの10倍に達する所得を保ってきたが、現在では人のうらやむ儲かる商売ではない。週休は1日、8時間診療という過酷な肉体的、精神的労働の代償は平均年収2千万円程度と推定されているが、これは大企業の部長クラスと変わりがない。またN県医師会会員の1/3が1千万以下であり、週休2日制の同県立病院の勤務医の平均年俸は1千5百万という。

今や3K職業の1つといわれる開業医志向が若い医師の間に少なくなり、これが開業医の平均年齢を押し上げ、さらには近い将来、とくに大都市では無医村が出現するであろう。勤務医を対象とした、開業したくない理由のアンケート調査では、専門性を発揮できないことと精神的、肉体的負担とが主な点となっている。つまり大学における専門馬鹿の製造体質と安易な診療、研究姿勢とが問題となる。このことは比較的専門的な皮膚科の開業医についてはまだしも、厚生省の構想による開業医の機能の点からみて、広い範囲の疾患をカバーできる医師を育てる必要がある。また医師の信頼の回復、患者の大病院志向の是正、診療報酬の引き上げ、病診間連携など、開業医の崩壊を防ぐ問題点は多くあり、その解決は急を要する。

西山茂夫

## EDITORIAL

## ごまめの歯軋り

年をとって眼が悪くなると誤診が多く、診察にルーペが必要となる。学会でも前に席をとるようになる。眼を閉じて演者の皮膚所見の説明を聞いていても病像のイメージが湧かないので、スライドをみるとまったく予想外の症状に驚くことがある。

発疹の記述は、患者を直接みていない人に最小必要な用語で情報を伝達するために、正確かつ普遍的でなくてはならない。すなわち用語は共通の認識のうえに立つ約束事という性格をもつのは当然である。したがって発疹の定義に文句をつけるのはおかしいが、疑問や不便を感じることはないであろうか。

たとえば丘疹と結節の違いである。この2つの個疹は大きさの違いで区別されることが多い。「現代皮膚科学大系」によれば、丘疹は“皮膚面から隆起し、直径1 cmぐらいの表在性の発疹”であり、結節は“豌豆大より大きな限局性隆起”と定義されている。もっとも広く使われている教科書である「Minor Dermatology」には“丘疹は帽針頭大、米粒大からせいぜい豌豆大までの皮膚面から半球状～円錐状～扁平な限局性隆起で、円～楕円～多角形をとる”であり、結節は“丘疹より大きい限局性の隆起”と書かれている。いずれの教科書でも丘疹と結節の鑑別点は大きさで、直径1 cmが境目である。

発疹を定義するには単に大きさだけではなく、その性質、とくに病理学的性質を加味すべきである。丘疹や結節がなぜ隆起するかを考えなくてはならない。そこで、丘疹は亜急性ないし慢性炎症性の細胞浸潤による隆起であり(急性炎症によるものは紅斑性丘疹ないし丘疹性紅斑)、結節は肉芽腫性炎症、沈着症および腫瘍性変化による隆起とするのが妥当である。

このように定義すれば発疹の大きさは問題ではない。たとえば粟粒腫、汗管腫、顔面播種状粟粒性狼瘡、伝染性軟属腫など、直径1 cm以下のものでも丘疹ではなく、結節と表現する。また慢性痒疹や扁平苔癬のように、直径1 cm以上に達しても丘疹でよい。

病理学的性質を発疹の定義に加えるといっても、毎常生検を行う必要はまったくない。病理学的知識をもって発疹を詳細に観察すれば、その組織像はわかるはずであるし、それを理解させるのが診断学である。

丘疹、結節だけではなく、すべての個疹をこのように定義することを、筆者はかつて何度か提唱した(「誤診し易い皮膚疾患」, 「皮膚病アトラス」)が、問題とされていない。現在の学会ないし学術誌発表の際に、発疹の表現が不適切であり、内科・小児科医のそれとほとんど変わりが無いのを慨嘆し、文句をいっても、これはまさにごまめの歯軋りである。

ごまめは本来カタクチイワシの乾燥品であり、鰯とも古女とも書く。つまり力のまったくないものがやたらにいきり立つことであり、外からみると笑止千万ではある。

最近発刊された皮膚科専門医テキストにも“丘疹は直径1 cmほどの大きさの皮膚面から隆起した発疹”と出ている。これでは筆者が皮膚科専門医になれないのも当然かもしれない。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 重要な疫学

毎年この季節になると、教授の退任記念会が各地で催される。40年間の皮膚科学の業績もさることながら、研究の流れの間にあった数々の思いに、感激して話を聞くことが多い。

40年間の個人の軌跡を聞きながら、いつも脳裡に浮かぶのは、その間の皮膚疾患の変遷のシーンである。過去になかった新しい疾患、現在著しく減少した疾患、概念の変化したもの、病像ないし病因の変わってきている疾患など、さまざまな実例が、印象に強弱の差はあっても、次々と展開されていく。極端に言えば、ほとんどすべての疾患が時代とともに変貌しているのであり、皮膚疾患とはまさに不思議な生き物の感がある。

疾患の変遷の様相は、昆虫の Metamorphose のように劇的ではないので、それを認識するには臨床活動の継続性と好奇心を必要とする。皮膚科医にとって、その変貌の理由を調べることは大きな楽しみの1つであろう。

感染症、薬疹、接触皮膚炎などの変遷は、原因がはっきりしているだけに容易に理解できる。しかしながら、滲出性紅斑、環状紅斑、結節性紅斑など、反応性の皮膚症状の場合や、Behçet 病、Sweet 病(ないし好中球性紅斑)、掌蹠膿疱症、角層下膿疱症など、いわゆる neutrophil related dermatosis においては、この40年間における病態、発生頻度の変遷を考えることは非常に興味がある。その疫学調査には疾患の本質に迫るヒントがあるかもしれない。

また Behçet 病をはじめとして、陰茎結核疹、顔面播種状粟粒性狼瘡、色素性痒疹、好酸球性膿疱性毛嚢炎、悪性血管内皮細胞腫など、外国では非常にまれな疾患の背景を調べるのも面白い。つまり社会および個人の環境との関係、ecology と epidemiology が重要となってくる。

福岡大学皮膚科では開院以来毎年の福岡地方会で、1年間の皮膚疾患の統計を発表しつづけている。本年はコンピューターを用いての詳細な統計であったが、20年前のデータとの比較がやがて発表されることと期待している。

単純な疾患別の統計でも、毎年継続することに意味があり、たいへんな努力を必要とする。大学病院など多数の医師が診療をし、かつ交代する機関では診断の統一がむずかしい。それを全国的規模に拡大するのは不可能である。初診時に診断がつかない症例や経過によって病名が変わったときの取り扱いなど、面倒なことが多く、1人でもずぼらな人がいると途絶えてしまう。

そこでまた、個人の実地医家に登場してもらおうこととなる。診断の基準が一定しており、長い経過をみることができ、しかも新しい疾患やその動きをもっとも早く把握できるなど、さまざまな利点があるからである。パソコンを保険請求業務だけではなく、疫学調査にも利用し、その結果を学会で発表していただくことは不可能であろうか。

退任祝賀会で、“無事、ご退任おめでとう”という紋切り挨拶は不愉快である。事なく、十数年教授職にあった人はいないし、事なかれの人は教室のトップとして必要がなかったからである。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 有茎性の丘疹

かつて本誌の editorial (「ごまめの歯軋り」Vol. 16, No. 1) で、丘疹と結節の違いが大きさによるのではなく、病理学的性質にあることを書き、反論を期待した。その結果、2つの異なった反応があったことを知って興味をひかれたので紹介したい。

1つは、非常にありがたいことに、宮崎医大・井上勝平教授の賛同、激励の言葉であり、9月号の「声」の欄にその全文が掲載されている。ただし“発疹から病理組織学的性質を洞察できる専門医”はきわめて少数なので、井上教授もごまめの歯軋りの心境であるらしい。

もう1つは、大きさの違いで丘疹と結節を使い分ける従来の(教科書的な)定義に固執する立場である。この見解の人々の反応の仕方は直接の反論ではないので、それだけ根が深い感じがある。たとえば、去る東京地方会のある有名大学からの症例報告で、“有茎性の丘疹”という表現があったそうである。おそらく大きさが大豆大以下の結節か小腫瘤であったに違いないが、その場に居合わせたある温厚な先生が、“常識以前の問題である”と憤慨された。賢明な読者は有茎性丘疹からどんな疾患ないし病理組織像を想像されるだろうか。

常識以前の名称ともいうべき有茎性丘疹という表現を、権威ある(?)東京地方会であえて行うのは、径1 cm以下の盛り上がりや丘疹と定義する立場を暗に強調していると考えられる。これは善意の解釈である。

有茎性丘疹という言葉が出たついでに、もう少し詳しくいうならば、丘疹をさらに紅斑性丘疹、漿液性丘疹、湿疹丘疹、痒疹丘疹、表皮・真皮性丘疹(Lichen-Papel)、毛包性丘疹などに細かく分けるべきである。おのおのの丘疹は皮膚疾患の診断上重要な病理学的性質を有する炎症性病変を示唆しているが、有茎性丘疹はまったく意味がない。

このへんのこととはどんな教科書にも書かれているが、実際には紅色丘疹としてかたづけられているのが現状である。多忙な開業の専門医はこれらの丘疹の区別を頭の中で理解していながら、カルテには単に丘疹と書くに違いない。それはもちろん結構であるが、将来専門医を目指す若い人々が、教育の場ともいうべき大学病院での診療や、学会、論文発表に際して、丘疹と結節の区別や丘疹の細かい性質について、何の疑問ももたないのは情けない話である。

紅色丘疹という言葉が出たので、赤い色について余談として簡単に触れてみたい。ヒトの皮膚病変に赤という色はないし、赤の認識も人により異なる。したがって赤について細かく論ずるのは意味が小さい。そこで鮮紅色は急性炎症を、淡紅色は亜急性炎症を、暗赤色は慢性ないし肉芽腫性炎症を、赤紫色は基底層の破壊を伴う炎症を意味するとしてはどうであろうか。

皮膚病変の記載の正確性と普遍性を何度も強調するのは情報の速やかな、かつ誤解のない伝達を必要と考えるからであり、皮膚科学の第一歩である。パッチテストがよいか貼布試験が正しいかという議論とは性質が異なる。トマトは大きくともトマトであり、カボチャは小さくともカボチャである。

西山茂夫

## EDITORIAL

## 不可視領域

蝶は蛹から羽化した瞬間から生殖能力をもっている。青空に飛び立った雄は配偶者を求めて全力をつくす。梢の近くに場所を占有して、飛んで来る雌を見張っていたり、花に吸蜜に来る雌を探して徘徊する。雄の蝶は同種の雌しか目に入らないらしい。

診療の場でも、患者の主訴以外の変化に気付かず、見過したり、無視したりすることがある。発疹をみ、触れ、その掻がりを知り、次いで口腔粘膜、爪、毛および全身症状に注意し、最後に病歴をとるのが皮膚科診断法の順序であることをすでに述べた。その過程で病変の成り立ちを考え、裏付けのために病歴、自覚症状を聞く点が、内科医の診察順序と違うところである。それは決して病歴を軽視するわけではない。病歴を何度とっても十分ということはないが、その前に現症から病因を考えることの重要性を強調したいだけである。

主訴である患部にしか目がいかないために、いかに多くの重要な情報が闇に葬られ、極端に言えば患者の生命に重大な関わりがあった例は決して少なくない。

ある皮膚科の専門医に、ニキビで通院していた若い女性が、1年後内科医によって副腎腫瘍を発見された。腫瘍による Cushing 症候群であるが、その皮膚症状として、もし腹部の萎縮線条に気付いていたならば、早期に診断されたかもしれない。ニキビの患者を裸にするかどうかの判断のために、ニキビ以外の全身所見 (allgemeine Symptome) に注意すべきであった。

これとは逆に、爪の水虫を主訴として来た高齢者において、手背の皮膚が厚いことと、関節痛から肺癌を発見した若い皮膚科医がいた。これはいうまでもなく肺性肥厚性骨関節症であるが、彼はいまだ専門医ではなかった。

患者が訴えない全身所見だけではない。患者が気がつかない、または無関係と思っている変化 (Nebenbefund) にも細心の注意を払う必要がある。Nebenbefund のほうが患者にとって、実はもっと重要であった例は枚挙にいとまがない。Nebenbefund をカルテに記載する習慣を若いうちからつけておいたほうがよい。

学会発表や症例報告で、“主訴：皮疹”という表現が近頃やたらに目につくが、Nebenbefund を記載している例にはほとんどお目にかからない。これも自分に興味のあること以外は視野の中に入らないという世代の特質かもしれないし、あるいは年寄りの僻目かもしれない。

かつて朝日新聞の「天声人語」の欄に、“若い人が電車の中で年寄りに席を譲らないのはマナーの問題ではなく、年寄りが目に入らないためである”と出ていたことがある。自分が年をとってくると、なるほどそのとおりかもしれないと思う。亡くなった安田利顕先生が東邦大学を退職されたころ、“近頃の若い女は駅で平気でぶつかってくるよ”といわれた。彼女らは無作法なのではなく、若い男しか目に入らないのだから安田先生に当たっても仕方がないことだと気がついた。

西・山 茂 夫