A Tuberculoid Leprosy Case with Ulcers of her Patches

SEITARO OKADA, SHINZO IZUMI, EIICHI NAKAI and MITSUGU NISHIURA

(Leprosy Research Laboratory, Kyoto University School of Medicine)

HIDEO TAKIZAWA

(National Sanatorium Kuryu Rakusen-en)

AKIKO OBARA and KAZUKO SUGIYAMA

(National Sanatorium Oshima Seisho-en)

MOTOAKI OZAKI

(National Sanatorium Nagashima Aisei-en)

A female case 56 years old had the variously sized erythemata on her face, neck, buttock, and extremities. They were from coin-sized to twice the size of palm. Some patches had the apparently normal area in their inner part. In addition to those erythemata, the papules which were from marking-pin-head-sized to lens-sized, well-defined, hemispherically raised, and hard were scattered on the back of both hands, fingers, lower arms, legs, and neck.

The macroscopical findings that the skin lesions were multiple, some eruptions were small in size, and some patches had the punched-out appearance suggested us the borderline nature of skin lesions. But the skin biopsy revealed the typical tuberculoid features. The bacteriological examination of skin lesions were negative, and the Mitsuda-test was positive. The small dosis of CIBA 1906 was given to her every day, except for the 1st week when CIBA 1906 was given 5 days a week. About 5 weeks after the start of chemotherapy, the remarkable desquamation appeared on the patches of legs. And about 4 weeks later, two ulcers came out on the patches of the right leg. Thereafter, the ulcers expanded gradually, and new other ulcers appeared on both legs. About 3 months after the start of chemotherapy, the drug was changed from CIBA 1906 to DDS. But the ulcers did not improve. By the suspicion of skin tuberculosis, INH and PAS were administered, but they had no effect. The biopsy of a nerve which was enlarged revealed the tuberculoid change in the nerve. This result decided that she had the leprosy. Besides, the skin reaction against PPD was not positive, and the cultivation of tubercle bacilli from a eruption was negative. And also the comparative study of macroscopical and microscopical findings of skin eruptions denied the combination of skin tuberculosis. The mycotic dermatitis, syphilis, and the ulcer caused by *Mycobacterium ulcerans* were denied, too. Thus, it was fixed that they were the ulcers which came out on the leprous tuberculoid patches. About 6 months after the appearance of ulcers, they were cured.

The literatures on the lazarine leprosy were reviewed in this paper. This case is similar to neither Mexican type of lazarine leprosy nor Cuban type, and similar to the cases reported by Ryrie, and Ota and Sato.

The term "lazarine leprosy" should not be used hereafter, because many confusions

arose concerning the interpretation of “lazarine leprosy”. The terms “Lucio’s leprosy” and “Pachá’s leprosy” should be used. The former means the spotted leprosy with ulcers in diffuse lepromatous case reported first by Lucio, and the latter expresses the monosymptomatic case having destructive ulcer reported first by Pachá.

皮疹部に潰瘍を発生した類結核らいの1例

岡田 誠太郎 和 泉 真 蔵
中 井 栄 一 西 占 貢

(京都大学医学部皮膚病特別研究施設)

滝 沢 英 夫
(栗生楽泉園)

小 原 安 喜 子 杉 山 和 子
(大島青松園)

尾 崎 元 昭
(長島愛生園)

(受付 1977年7月29日)

緒 言

類結核性の病変が神経では往々乾酪様変性に類似した壊死巣を形成し、時に神経膿瘍という状態を呈することは古くから知られ、我が国でも塩田¹⁾、小笠原²⁾、太田・佐藤³⁾、宗内⁴⁾、佐藤⁵⁾、犀川⁶⁾、平島⁷⁾らの報告があり、佐藤⁹⁾は日本における神経膿瘍の報告の一覧表を書いている。しかし皮疹部において壊死巣を形成することは稀で、殊に肉眼的な潰瘍を形成することは極めて稀で、佐藤もその著書「癩」に「皮膚結核との鑑別は、癩疹の結核様変化では壊疽を作らず……」と記している。ただ佐藤は太田との共著による論文「癩の結核様変化に就いて」³⁾に、皮疹の表面の大部分が潰瘍に陥り、一見ゴム腫または皮膚結核の如くであった1例を報告している。その例はピルケ反応、ワ氏反応共に陰性、皮疹の一部を乳剤として天竺鼠に接種したが陰性の成績であったという。同論文中にはもう1例浸潤性紅斑のうちあるものが潰瘍を形成したという例が記されている。しかし同論文にも全般的の傾向として「皮疹では乾酪様変化をみることは殆んどなく、壊疽はあっても軽度で云うに足りない」とのべ、またのちの論文にも「組織像で結核

と異なる点は乾酪様変化を作らぬことで、たとえ壊疽をつくるも極めて微々たるもので言うに足りない」とのべている。Lowe¹⁰⁾は神経らいにおける斑紋の研究についての論文中の病理学の頂のC) the thick red maculeの項に、「乾酪様変性に陥ることがあり、皮膚の潰瘍が生ずることがある」とかいているが、thick red maculeはより急性であり菌がより無数にあると書いてあり、病型分類にやや問題があり、この論文の標題にも「神経らいにおける斑紋の研究」という言葉が使っており、潰瘍を生じたという症例が、病型的に真のtuberculoidであったかどうか疑わしい。

皮疹における潰瘍については、lazarine leprosyについてふれなければならない。これについては後の考察の項に詳しくふれる。Ryrie¹¹⁾の報告した類結核らいで皮疹部に潰瘍を発生した例は、lazarine leprosyとはやや異なっており、今回著者らが経験した症例に似ているが、これもlazarine leprosyについての考察のところでふれたい。

症 例

F. Y. 女性、56歳。職業はホテル従業員、住所奈良県。

Fig. 1a Distribution of leprosy eruptions at the time of admission

Fig. 1b Distribution of leprosy eruptions at the time of admission

幼小児時代麻疹の他に特記すべき疾患の既往なし。その後も特になく、50歳頃から本態性高血圧症といわれ、時々頭痛があった。昭和50年1月下口唇に米粒大の隆起した紅斑が生じ、次第に顔面の他の部分にも紅斑が現われ、それらが次第に大きくなった。そしてさらに四肢にも生じてきた。3月に某病院の皮膚科で受診した。4月に近くの皮膚科医を訪れ、その後も屢々通院したが、余り変化がなかった。4月はじめから四肢のしびれ感があり、5月26日再び某病院の皮膚科を訪れ、バイオブシーをうけ、その結果本施設に紹介され、5月31日本施設初

診。

初診時所見は図1に示す如くで、右眼の下の頬部と上口唇に貨幣大、浮腫状の隆起する紅斑、その他に左頬部に小紅斑あり、口唇部の紅斑は知覚過敏、右下眼窩神経に圧痛あり、鼻閉を訴える (Fig. 2)。右膝から下腿にかけ手掌の倍位の大きさの紅斑あり、その内部に外見上健全な部分あり、スイスチーズ様の外観を呈し境界群を思わせる。この膝の皮疹には落屑あり、知覚鈍麻す。右下腿、右足脊の第1趾間に接した部分にも紅斑。右下腿のものは殊に屈側において大きく、屈側の約半分を占め、

その内部に外見的健常部を有す。それらの紅斑の境界は比較的鮮明である。両手脊, 手指の伸側, 前腕, 下腿, 項部等に稗実大からレンズ大の, 境界鮮明な, 半球状に隆起した硬い丘疹が散在していた。右前腕, 臀部にも紅斑あり, 知覚鈍麻す。左手の尺骨側の部分の知覚鈍麻す。右橈骨神経表在枝軽度肥厚。運動麻痺, 筋萎縮なし。皮疹よりの塗抹検査でらい菌は陰性。某病院で行なったパイオプシーの標本は, 組織学的に類結核性の像を示していた。

初診より直ちに治療開始。はじめ CIBA 1906を1日 $\frac{1}{4}$ 錠で週5日内服, それに Resochin 250mg/day と Minimax 3.0g/day の投与が行なわれた。1週後 Resochin は在庫の関係から Ercoquin に切りかえられた。また1週後より CIBA 1906は毎日 $\frac{1}{4}$ 錠になった。2週後には皮疹のみずみずしさはとれてきた。7月5日左手脊に浮腫を生じ, 右後脛骨神経の神経痛が起ってきた。一部の紅斑の表面に落屑を生じた。殊に下腿の皮疹で落屑著明, 紅斑の紅色の色調なくなり褐色を帯びてきた。右足脊から下腿にかけ知覚過敏。7月19日より左腕と右足に神経痛様の疼痛を訴えた。同日より CIBA 1906を1日おきに $\frac{1}{4}$ 錠と $\frac{1}{2}$ 錠を交互にして毎日投与。少し前に浮腫を生じ, 今神経痛様の疼痛を訴えているこの時期に薬を増量したのにはやや問題があるが。8月2日右下腿に浅い潰瘍2個発生。皮疹の落屑著明。同日より CIBA 毎日 $\frac{1}{2}$ 錠に増量。8月9日より CIBA 1日おきに1錠と $\frac{1}{2}$ 錠を交互にして毎日投与。潰瘍次第に拡がる。また両下腿に新しい潰瘍発生。8月25日潰瘍よりの分泌物緑色を帯びているので, 緑膿菌の感染を疑い入院を勧告。翌26日細菌培養, 同定, 感受性の検査を提出, 翌27日入院。9月13日に右前腕の鶏卵大の紅斑の中央に潰瘍を形成した部分から潰瘍のない部分にかけて行なったパイオプシーの標本の組織像もやはり類結核性の像を示していた (Fig. 3)。即ち表皮下無変化層なしに表皮直下より真皮の全層にわたり, 類結核性の病変で占められ, 結締組織は少し残存するのみ。類上皮細胞の集団とリンパ球の層が不規則図状にからみ合っている。そしてところどころに壊死巣があり, ラングハンス型巨細胞がかなり沢山みられる。表皮に近い部分の細胞は空泡を形成しているものが多くみられる。らい菌は認められない。9月4日注射の光田反応は48時間値 $\frac{6 \times 8}{8 \times 11}$, 2週間値 $\frac{5 \times 5}{10 \times 10}$ (膿疱), 3週間値 $\frac{7 \times 7}{7 \times 7}$, 4週間値 $\frac{6 \times 8}{8 \times 11}$ 。また10月1日検査の皮疹の菌検査は4カ所陰性, 1カ所で僅かに1個の抗酸性菌を認めたのみ。以上の結果から類結

核型と判定されるが, ただ皮疹の所見からすると, 皮疹の数が多く, 小さい皮疹がかなりあり, 大きな皮疹は非対称的であるが, 小さい皮疹には対称的な分布がみられ, 類結核型という病理組織学的判定とやや食い違う所見を示していた。潰瘍は右膝から下腿にかけての手掌の倍位の大きさの皮疹の約 $\frac{1}{4}$ を占める不整形の潰瘍, 右下腿屈側下半分を占める皮疹の約 $\frac{1}{3}$ を占めるもの, 同下腿上半の皮疹の小部を占めるもの, 左下腿と右前腕の鶏卵大の皮疹のうづら豆大の潰瘍などであり, 潰瘍底は凹凸不平, 部分的に豚脂様の壊死部が付着しており, 皮下穿掘はしていない (Fig. 4 & 5)。潰瘍の分泌物の培養, 同定の結果は, 緑膿菌は検出されず, *Staphylococcus aureus* が検出された。入院時のその他の臨床検査の成績を示す次の如くであった。

1) 血液検査

ヘマトクリット	35.0%
血色素	12.28/dl (76%)
赤血球	400×10^4
白血球	4.900
粒球	21.4×10^4
白血球百分率	

桿状核	4
分節核 II	6 16
III	4 12
IV	2
単球	2
リンパ球	82

2) 肝機能検査

GPT	26Karmen U
GOT	53mu/ml
コバルト反応	4
カドミウム反応	8
チモール混濁試験	1 U
硫酸亜鉛試験	10-12U

3) 血液化学検査

乳酸脱水素酵素	144mu/ml
アルカリフォスファターゼ	75mu/ml
総ビリルビン	0.4mg %
アルブミン	4.4gm %
総蛋白	7.8gm %
コレステロール	180mg %
尿酸	6.0mg %
尿素窒素	15mg %
ブドウ糖	100mg %

無機燐 3.5mg %

カルシウムイオン 9.2mg %

4) 血清反応

CRP (—)

ASO 12Todd Unit

RAT (—)

5) 梅毒血清反応

ワッセルマン反応 (—)

C. S. T. (—)

TPHA (—)

RPCF (—)

以上の成績をみると、末梢血の検査で白血球の百分率においてリンパ球が82%という異常に高い成績を示している以外には、特に記すべき異常は認められない。

入院してから CIBA 1906 を止め、9月4日より DDS 毎日 $\frac{1}{2}$ 錠投与を開始した。以後9月24日より毎日1錠に、10月8日より週3日は1日1.5錠、4日は1日1錠に、10月16日より毎日1.5錠に、11月5日から毎日2錠に増量した。はじめのうち潰瘍は少しずつ良くなっているようだった。10月7日二、三の小さい褐色の丘疹が両前腕に現われ、また左前腕の紅斑の周囲に数個の小さい娘疹が現われた。他の皮疹も余り吸収しない。10月半ばより前腕の皮疹の一部が少し吸収しはじめてきたが、極めて僅かである。潰瘍も中々良くならないので、皮膚結核の疑いをもち、11月20日より INH, PAS の投与を開始した。INH 0.3+PAS 10.0/日を投与し、DDS は止めた。しかし潰瘍は余り良くなかった。そこで診断を確定する為、右の足脊皮神経がやや肥厚しているの、そのバイオプシーを行なった。その組織学的所見は類結核性病変であり、病変の著明なところでは、中央に著明な壊死が見られた(Fig. 6 & 7)。この所見よりともかく癰があることは確定した。INH, PAS は約1カ月で中止した。12月25日より DDS を毎日4錠で投与した。1月に入り皮疹も徐々に吸収し、潰瘍も次第に縮小、下旬には治癒した。その後も時に極めて小さい潰瘍が生ずることはあったが、2月末にはそれもなくなった。皮疹も多くは徐々に吸収して行ったが、両側手背にある半球状に近く隆起した硬い丘疹だけは全く呼吸しなかった(Fig. 8)。そこで、癰があることは前述の如く確定したが、他の皮膚疾患の合併がありはしないかと考え、その丘疹の一つのバイオプシーを行なった。なお丘疹よりの塗抹検査で、核酸菌12個を見出した。組織学的所見は、真皮中層から皮下の表層にかけ、結締組織でよく被包された大小の類結核性肉芽腫があり、その中央には

著明な壊死巣がある。巨細胞は少数(Fig. 9)。この組織所見と、他の皮疹が吸収されつつあるのに、これら丘疹が DDS 投与にも拘らず全く吸収しないことから、皮膚結核が癰に合併していないかという疑いを再びもった。先に述べた通り、癰があることは確定したが、皮膚結核が合併しているのではないかという疑いをとく為、バイオプシーをした皮疹と同様の手背の丘疹の一つを切除し、結核菌の培養試験を行なった。またツベルクリン反応を行なったが、48時間値が $\frac{4 \times 4}{5 \times 5}$ であった。結核菌の培養試験も陰性であった。皮膚科医の意見も求めたが、前述の右前腕の潰瘍のある紅斑の組織所見は、尋常痕瘡の組織所見とよく似ているが、皮疹の分布、外観、性状等から尋常性痕瘡ではないと考えられ、また多見的に皮疹に類似点のあるバザン硬結性紅斑や壞疽性丘疹状結核疹はもつと組織学的に滲出性病変が強い。そしてこの例のツベルクリン反応が弱い。また手背の丘疹の組織所見と切除した神経の組織所見が極めて類似していることから、これは一元的に考えやはり癰性の病変であると考えの方がよいと思うとのことであった。また Sporotrichosis, Blastomycosis 等の真菌性皮膚疾患も一応考慮に入れなければならないが、ヘマトキシリンエオジン染色、メセナミン銀染色標本のいずれにも真菌を見出さなかった。梅毒については前記の如く血清反応のいずれもが陰性であるので除外しうる。Mycobacterium ulcerans による潰瘍も一応考慮に入れた。30°C での抗酸菌培養は行なわなかったのであるが、M. ulcerans による潰瘍は普通単発性であるということと組織像から、これも除外した。

以上から本例は皮疹の肉眼的所見においては稍異型であるが、類結核癰であり、その皮疹部に潰瘍を生じた例であると断定した。そして本例に対しては、その後も DDS 毎日4錠投与を続けているが、各皮疹とも徐々に吸収しつつある。ただその吸収に速度の差があり、隆起も消失しよく吸収したものもあれば、手背の丘疹の如く吸収が極めて徐々であるものもある。その後は潰瘍の発生を見ない。

mitogen に対する患者のリンパ球の反応性をしらべた。Ficoll-Paque を用いて患者血液より分離したリンパ球を用い、マイクロテストプレートにより培養を行なった。PHA は各孔に0.25 μ l 加え、炭酸ガス培養器で37°C で3日間培養した。細胞のとり入れの24時間前に³H-チミジンを加えた。細胞のとり入れ後、液体シンチレーション・カウンターで計測した。その結果 Stimula-

tion index は健康正常人で80.76, 本症例では16.24であった。

考 察

本症例の病型は、皮疹の肉眼的所見からすると、かなり大きい皮疹もあるが、稗夷大からレンズ大の小丘疹もあり、数もかなり多く、対称性に分布する傾向も一部にあり、また一部の皮疹は内部に外見上健全な部分があり、その内部の境界も比較的鮮明で、以上の点からすると類結核型よりはむしろ境界群を思わせる。しかし塗抹による菌検査は入院時陰性。入院後1カ月余の検査でも4カ所陰性、1カ所で僅かに1個の抗酸菌を認めたのみで、バイオプシーの組織所見も、入院前昭和50年5月26日某病院での皮疹のバイオプシー、入院性同年9月13日潰瘍を形成した部分のバイオプシー、51年3月5日半球状に近く隆起したレンズ大の丘疹のバイオプシーのいずれの標本も類結核性の像を示した。また50年12月12日に行なった神経のバイオプシーも類結核性の病変を示した。この点皮疹の肉眼的所見と組織所見の間にやや食い違いが感じられたが、組織所見を重くみて類結核らいと診定した。後にのべる Ryrie が報告した症例も、類結核らいだが皮疹の数は多いとしておりこの点類似しているが、Ryrie の症例の写真をみると境界群を思わせる皮疹があり、のちにものべるように組織像でリンパ球の集積がなく、かなりの菌が検出されて一部にグロービーがあることなどからすると、Ryrie の症例は純粋な類結核らいではなく、境界群ではないかと思われる。

次に皮疹に潰瘍を生じた例の考察ということで、lazarine leprosy についてふれなくてはならない。lazarine leprosy については多くの混乱があるので、この機会に lazarine leprosy についての文献をかえりみながら、考察してゆきたいと思う。

lazarine leprosy という用語は、1852年メキシコの Lucio と Alvarado がらいのび慢性、水疱性、出血性そして壊疽性の形を表わす為に用いたものであり、彼らは“manchada”あるいは“lazarina”と呼んだ。manchada というスペイン語は主に「斑(まだら)のある」という意味を表わしている。彼らは lazarine leprosy を特徴づけるものとして斑紋、潰瘍(水疱形成に続く)と癰疽化をあげていたという。Latapi¹²⁾によると、彼らは「皮膚の紅色有痛性の斑点」と重症性によって特徴づけられるものとしていた。しかし Lucio らのこの論文は、原著も抄録も現在利用できない。

Wade¹³⁾によると、フランス人の軍医である Poncet

は1863年メキシコに配置され、そこでらいを研究する機会を利用し、1864年にメキシコのらいに関して書いた。ヨーロッパでメキシコ型の lazarine leprosy が全く無視されるのを防いだのは Poncet である。Wade によると leloir は1886年にその著書の中で lazarine leprosy について繰返しふれ、それを神経らいの一つの像とみなしていた。1897年 Zambaco Pachá は「コンスタンチノープルの断節らい」という題で、水疱形成とそれにつづく痂皮と深い断節性潰瘍について記載した。Castelló と Caballero¹⁴⁾はその一部を次のように引用している。「水疱は破れ、あらゆる予防、あらゆる種類の局所治療、内服薬にも拘らず、その小さな潰瘍は周囲の組織に益々侵入し、直径数 cm となる。深い潰瘍をもった例では組織は益々破壊され、腱は露出し、いくつかの例では——幸に稀であるが——破壊的な過程は関節に拡がり、それを止めようとするあらゆる試みにも拘らず、一つ一つ靱帯を冒し、肢を離断してしまう。」そして殆んどの例でらいの他の症状はなく、ただ破壊的な潰瘍を呈するだけで、結節も斑紋も他の栄養障害性の症状も何もないということが特異であり、診断を困難にしているという。彼が報告したこの型は、Castello らがのちに報告したものと類似しており、メキシコの型とは異なるものである。

Jeanselme は Castelló ら¹⁴⁾によると、1904年に発行された有名な“Dermatologie exotique”の中に短いが lazatine leprosy についてふれている。それには紅斑の部位に現われる多くの天疱瘡をもつものとしており、アメリカことにメキシコに多いとしている。Caballero によると、同じく1904年に Guiteras らはキューバで chappa という名称で呼ばれている lazarine leprosy と思われる例を報告している。Castelló らによると、1913年 Isidore Dyer は、水疱は手や足の関節の部分に繰返し生ずるとしている。1922年にキューバの Caballero は Latin-American Medical Congress に2例の lazarine leprosy を提出した。前記の Guiteras の報告したものは、殆どが Caballero の報告した型のらいである。Castelló らによると、1927年に Barrera と Chavarria は、ラテンアメリカで長い間知られ vejigón blanco と vejigón negro (白い水疱と黒い水疱)と呼ばれている、らいにおける水疱形成とそれに続く壊疽を報告した。1930年にキューバの Castelló と Caballero¹⁴⁾は American Dermatological Association の年次総会で、lazarine leprosy についてその時までの文献をかえりみながら、23例の研究に基づいて1例の症例報告を行なった。そして1931年に lazarine leprosy について

の論文を発表した。それによると23例のすべてにおいて症状と経過は同じで、一見全く健康な人にほぼ一ドル銅貨大の紅斑が四肢の一つに現われ、そこに水疱が生ずる。水疱は破れ、痂皮の下で潰瘍が進行し、皮下組織、筋、腱、骨を破壊し、関節は露出し断節に至る。痛みは普通ない。23例中22例でらいの他の症候は見出されなかった。ただ1例において、尺骨神経肥厚、眉毛脱落、痛覚麻痺等の典型的ならいの症状があった。潰瘍の分泌物から多数の抗酸菌が見出された。モルモットに膿や組織を接種したが陰性であったというから、人型あるいは牛型結核菌ではないと考えられる。また寒天培地、血液寒天、Petrowski 培地、血清、サブロー培地にうえたが、ふつうの化膿菌が認められたのみという。しかし組織標本で浸潤は結締組織細胞とリンパ球と質顆細胞からなっているとあり、らい性の特有の像は認められていない。といって抗酸菌が多数いたというから indeterminate でもない。また菌はあるものが細胞内にあったとあり、このことは細胞外にも多くの菌が認められたことを示し、このことも非らい性のものではないかという疑いをおこさせる。培養温度は特に断っていないので、37°C で行なわれたと考えられ、30°C でないと増殖しない皮膚に潰瘍をおこさせる *Mycobacterium ulcerans* によるものでないという否定ができない。以上のことからこの23例のうち、他にらいの症状が認められなかった22例は果してらい性のものであったのかという疑いが残る。しかし Wade は次のように記している。「のちの会合において1例の lazarine leprosy が提出され議論されたが、その際 Castelló が次のようにのべていることは興味深い。即ち以前 Caballero がはじめて lazarine leprosy の症例を提出したとき、Castelló はそれは慢性の悪性の潰瘍であると信じ、らいというその診断を受け容れるのを拒絶したという。しかし Klingmüller は切片の所見からそれをらいと診断した。切片においてその神経の中に抗酸菌を認め、そしてハーバード医学校でなされた培養と動物接種は陰性に終わった。H. Fox も彼の旅行においてそのようなものは全くみることがないと、Hopkins と同様、彼はその症例をらいと診断することができなかったといった。」神経の中に抗酸菌を認めたということからすると、その例は確かにらい性のものであったといってよい。

1935年マニラの Rodriguez¹⁵⁾ は lazarine leprosy について記し、らいのこの変種の特徴は、紅斑や孤在性の結節や四肢の厚皮性の浮腫から生ずる水疱の形成を伴なうところの、しばしば病気の初期におこる速やかな進

展である。そして水疱が破れると速やかに広がる潰瘍あるいは壊死域が現われる。それらが皮膚、筋肉、腱を破壊し、関節を露出させ、すさまじい組織の破壊と変形に終ると記している。この点で Rodriguez の記載は、Zambaco Pachá の記載ならびに1931年の Castelló と Caballero の記載とよく一致する。ただ Rodriguez によると、組織学的には典型的な類結核型であるという。ただ普通類結核型では菌が少数なのに、lazarine leprosy の病巣には菌が沢山いるという。

1938年 Ryrie¹⁴⁾ は “Acuae ulcerative or sloughing tuberculoid leprosy” という題名で、1932年以来20例をこえる潰瘍形成例が Sungei Buloh で治療されたとのべ、この論文では最近の1例について記している。この過程は急性類結核らいの普通の flare up または反応ではじまる。Castelló らの症例が monosymptomatic で他のらい症状がないのとこの点は異なる。類結核型の病巣は多発性である。また潰瘍の数が多いことも Castelló らの症例とは異なる。潰瘍形成の過程としては、はじめ落屑を生じ次で潰瘍を生ずるもののがもっとも普通で、時に水疱を生ずるものがある。この点水疱形成次で潰瘍形成が主症状である Pachá あるいは Castelló らの症例とやや異なり、落屑形成次で潰瘍形成が主である。進展した潰瘍の深さは 1/2 cm 以上あるというが、Pachá や Castelló らの報告した症例の如く破壊的ではない。バイオプシーでは reactional tucerculoid の像を示しているとしてあり、塊状の肉芽腫で、主成分は類上皮細胞であり、多くの巨細胞がみられる。また多くの未分化の細胞があり、リンパ球の集まりはない。泡沫細胞はないが、しかし往々グロービーを含んだ細胞が見られたと記されている。皮疹の写真をみると境界群を思わせる皮疹があり、また皮疹の数が類結核型にしては多く、小さい皮疹がかなり数多くあり、また組織像でリンパ球が余りなく、かなりの菌が検出されて一部にグロービーがあることなどからすると、この症例も純粋な類結核型ではなく境界群ではないかと思われる。

Castelló と Piñeyro¹⁶⁾ によると、1939年に Vespoli は lazarine leprosy について記し、紅斑に始まり、速やかに組織の破壊に進む水疱性そして潰瘍性の状態として記している。そして類結核型の像を示し、ふつう壊死部に無数の菌がいるとのべている。

1940年に Rodriguez は Wade¹⁷⁾ とともに再び lazarine leprosy の問題を回顧し、1例の水疱次で潰瘍を形成した症例を報告した。この症例は類結核型としてある。しかしはじめ minor tuberculoid lesion があつた

としてあるが、菌が多数ということから TT ではなく B に傾いていたと思われる。はじめに小類結核性病巣があったということは、monosymptomatic である Castelló らの症例と異なる。そして彼らのいう第 4 期においてあらわれた皮疹の記載をみると、典型的な類結核型とは異なっており、皮疹の外縁はゆるやかに傾斜し、内縁は急に境されているということ、菌が強陽性であること、そして組織学的に類結核性の状態を示すものではなく、むしろ大変活動性の nonfoamy lepromatous one を思わせるものがあるということなどから、これは境界群であったと思われる。神経肥厚も対称的で、運動麻痺も両側性であることから、類結核型ではないと思われる。そして約半年後の検査では、潰瘍のできなかった顔の皮疹は殆ど消退して認めにくくなっており、菌検査でははじめ菌が多数いたというのに、半年後では 4 カ所陰性で 1 カ所が 1+ であったという。こういう経過からすると、B におこった reversal reaction であったのではないかと思われる。そして半年後のバイオプシー所見は類結核性であったという。

1941年に Burks と Brunsting¹⁸⁾は、らい腫型の若いメキシコ人における水疱形成の 1 例を報告した。その症例は、Lucio と Alvarado が、そして後に Latapi らが報告した症例に似ている。

Castelló と Piñeyro¹⁹⁾によると、1941年に Fernandez Vautrai は批判的な文章で lazarine leprosy について考察し、メキシコでみられる Lucio 型、Rodriguez と Wade が報告した症例、そしてキューバの学者が報告した症例について、*“lazarine leprosy”* という言葉は、らいの特殊な型を示すのに用いるべきでないと結論した。Castelló と Piñeyro によると、1944年に Bechelli, Rotberg および Maurano はブラジルで発行された論文の中に類結核らしい患者におけるらい性天疱瘡をのべており、彼らの記載は lazarine leprosy のそれとよく一致している。

Lucio と Alvarado のすばらしい記述にも拘らず、彼らの lazarine leprosy という命名は誤解され、メキシコにおいてさへ彼らの仕事は徐々に忘れられた。1938年に Latapi はこの型を再び分別した。そして Lucio's leprosy はメキシコのすべてのらい学者によく知られるようになった。1948年 Latapi と Zamora¹²⁾は、Lucio's leprosy の臨床像において最も本質的な事実で、Lucio が気付いていなかったものをしらべた。それはこの臨床型における基本的な条件は diffuse, generalized cutaneous condition であるという事実であるとし、それは

今日のらい腫型に属するものであり、*“pure and primitive diffuse lepromatosis (Lucio and Alvarado, 1852)”* と名付け、Lucio らのいう *“red and painful area”* は *“Lucio's phenomenon”*、あるいは結節性紅斑と多形性紅斑と類似のものであるとして *“erythema necroticans”* と命名した。そしてそれは多発性の急性の壊疽化性の血管炎によってつくられるらい反応の一種とみなしている。彼らによると、メキシコ市で彼らがみている患者の 15~20% に Lucio 型を観察しているという。広範囲な潰瘍化と悪液質的な状態を伴って 2~3 年以内に死ぬ多くの例が観察されている。スルホン治療を始めると、短期間に治る例も経験されている。これらの例は禿頭、眉睫毛の脱落、梅毒血清反応の偽陽性などから、らい腫型であると判断される。

1949年 Castelló と Piñeyro¹⁹⁾は、メキシコ人の症例が、Castelló と Caballero がキューバで観察し報告した症例とは全くちがっていることを指摘した。メキシコ人の患者は典型的ならい腫らひであり、水疱の形成、浅い潰瘍の形成がおこる。Pachá が報告した症例やキューバ人の症例にみられる深い潰瘍や断節を決して起こさない。キューバの症例では水疱が多数であることは稀だが、メキシコの症例では数が大変多い。Pachá の症例やキューバ人の症例は monosymptomatic であるが、メキシコの症例はちがう。組織学的には、メキシコの症例はらい腫らひの組織像であり、顕著な血管病変を伴ない壊死に終る。しかしキューバの症例では中心壊死を伴った類結核性である。菌は壊死部に大変多いが、周囲の組織では少数または欠如している。レプロミン反応は常に陽性。なお病変部をモルモットの皮下、皮内、腹腔内にうえたが陰性。抗酸菌培養の試みも陰性であったという。結論として Castelló と Piñeyro は、lazarine と呼ばれるらいの特殊な型はないといっている。

1949年 Romero ら¹⁹⁾は Costa Rica でみられた Lucio 型のらいを報告している。Wade によると、Dharmendra は Lucio 型のらいを見にメキシコに行ったが、そういう例をインドや彼が訪れた他の国では決してみないといっている。インドでは *“diffuse” lepromatous case* は大多数のらい学者にとって全くありきたりのものとして見過ごされているのだが。

1949年 Wade¹⁸⁾は *“The ‘Lucio’ and ‘lazarine’ forms of leprosy”* という題名の論文を書いている。キューバとメキシコの lazarine leprosy について過去の文献を顧み、結論として Latapi らが与えたらい腫らひにおける Lucio leprosy という名称が、メキシコの

型について使われ続けるだろうとし、Lucio らが記載した症状の命名としての *lazarine* という言葉は、もはや必要でないし不適當であり、*lazarine* という言葉は *neural leprosy* における *bullous-ulcerating condition* を表わす為に使うのがよいと思うとのべている。

以上過去の文献をひもとくと、*lazarine leprosy* について多くの混乱があることが分る。*lazarine leprosy* という用語を始めて使ったのは、上述の如く Lucio と Alvarado であり、それはらい腫らいにおける水疱次で潰瘍形成を特徴としていたのであるが、同じような特徴があるということから、類結核型における水疱形成そして潰瘍形成をも意味することになった。こうした混乱は、一つには古い時代における病型分類の不熟さにもその原因があったのであり、“*cutaneous*” という病型の古い命名が示すように、皮疹を生ずるものが長いこと同一視されていたわけであり、こうした混乱が起ったのもやむを得なかったことと考えられる。とにかく水疱に次で潰瘍を形成するという特徴をもつものが同一視されてしまったわけである。そしてらい腫らいにおこるメキシコ型の *lazarine leprosy* と、類結核らいまたは境界群におこるキューバ型の *lazarine leprosy* とができてしまったわけである。そして一時は本来のメキシコ型のものより、キューバ型のものの方が文献的に主流をなしてしまった。そしてさらに Rodriguez が報告した症例は Pachá や Castelló と Caballero が報告した症例に似ているが、Rodriguez 自身も言っているように、同じとはいえない。Pachá や Castelló らの症例は *monosymptomatic* であるが、Rodriguez の症例は、はじめに明らかでない性の皮疹が存在しており、*monosymptomatic* ではない。また Castelló らの症例の組織所見は明らかな類結核性の像を示していない非特異的な像であるが、Rodriguez の例は類結核性の像を示していたという。ただし Rodriguez の報告をみると、その症例は前に記したように類結核性というより今日の分類でいうと境界群であったと思われるが。そして Rodriguez の報告について Ryrie の報告がでてくる。Ryrie 自身はその報告中に *lazarine leprosy* という言葉は使っていないが、のちに他の人によって書かれた *lazarine leprosy* についての論文中には、Ryrie の報告も含まれている。Ryrie の症例は Rodriguez の症例に似ていて、やはり *monosymptomatic* ではなく、病型も Ryrie は類結核型といっているが、やはり今日でいう境界群であったと思われる。しかし Ryrie の症例は、水疱を形成するものもあるが、むしろ速やかに進展する落屑形成が普通の

様式であり、また潰瘍を形成しても、Pachá や Castelló らや Rodriguez らの症例のように破壊的に深部へ波及するということはない。

以上のように、*lazarine leprosy* と呼ばれるものには、いろいろな性質のものが混在している。それらに共通した唯一の点は潰瘍形成ということになってしまう。このように性質の異なったものを、今日 *lazarine leprosy* として一括することは到底無理である。しかし Wade のいうように、*lazarine leprosy* という名称を、本来その名称をはじめて使った Lucio らの報告したらい腫らいのメキシコ型のものに用いないで、キューバ型のものに用いるというのも、いささか無理な感じがする。むしろ今後とも *lazarine leprosy* という言葉を使うことは混乱を招くので、二つの異なった型のものに、それぞれの最初の報告者の名を冠して、Lucio's leprosy と Pachá's leprosy と呼ぶのがよいのではなからうか。この意味では、Ryrie の報告した型のものを特に分ける場合は、Ryrie's leprosy と呼べばよいであろう。

今回の著者らの例が類結核型であり、*monosymptomatic* ではなく、落屑形成があり次で潰瘍が形成された点、潰瘍が破壊的ではないという点、皮疹が類結核性であるのに数が多いという点などから、今回の例は上記の諸報告のうちでは、Ryrie の症例に最も似ている。ただ少し異なる点は、組織所見で Ryrie の症例は前にも記したようにリンパ球の集まりがなく、未分化の細胞があり、かなりの菌が検出され一部にグロビーがあるなど境界群を思わせるが、今回の例には多くのリンパ球がみられ、菌は認められず、類結核性の像を示していたのが異なる。また今回の例は太田・佐藤³⁾ の報告中にある潰瘍形成例ともよく似ている。太田らの例ではリンパ球も沢山あり、類結核らいと考えられる。少し異なる点は、太田らの例では皮疹が右膝にいくつかあるのみであるが、今回の例では皮疹の数が多く、丘疹などは対称的なものがあったという点である。潰瘍形成の前に落屑があったかあるいは水疱形成があったかなどは記載がないので分らない。

本例のように類結核らいで皮疹に潰瘍を生ずるのは、個体の細胞免疫が異常に亢進し、恰かも光田反応の局所に、反応が強陽性の際には水疱、膿疱、潰瘍を生ずるが如くに、組織反応が強すぎる為に壊死を生ずるのではないかと考え、免疫学的諸検査を計画したのであるが、PHA-P に対するリンパ球の反応性しかここに利用できないのは残念であるが、予想に反して患者のリンパ球の反応は健康正常人よりもむしろ低い値を示した。

文 献

- 1) 塩田広重：神経癩の末梢神経中に於ける結核様変化の梗概。中外医事新報，**755**，1201-1204 (1911)。
- 2) 小笠原登，二宮茂弥：癩性神経膿瘍について。皮膚科紀要，**25**，337-342 (1935)。
- 3) 太田正雄，佐藤三郎：癩の結核様変化に就いて。レブラ，**6**，513-532 (1935)。
- 4) 宗内敏男：癩の病理。治療及処方，**223**，1726-1732 (1938)。
- 5) 佐藤三郎：癩に於ける末梢神経殊に皮疹内微細神経線維の病変に就て。レブラ，**17**，15-20 (1948)。
- 6) 犀川一夫：結節癩の娘より感染せし斑紋癩老母に見たる稀有なる多発性神経膿瘍の1例。レブラ，**19**，4-6 (1950)。
- 7) 犀川一夫：癩の種々相に於ける末梢神経の病理組織学的研究 (1) 斑紋癩，(2) 斑紋吸収期 (初期神経癩)。医療，**5**，1-4 (1951)。
- 8) 平島幸三：乾酪性膿瘍を形成した為尺骨神経腫瘍を思わせた神経癩の一例。大阪医科大学雑誌，**12**，98-100 (1951)。
- 9) 佐藤三郎，谷村忠保，桜根太郎：癩。日本皮膚科全書，第9巻，73 (1954) 金原出版，東京。
- 10) J. Lowe：A study of macules in nerve leprosy with particular reference to the "tuberculoid" macule. Leprosy in India, **8**，97-112 (1936)。
- 11) G. A. Ryrie：Acute ulcerative or sloughing tuberculoid leprosy. Internat. J. Leprosy, **6**，153-165 (1938)。
- 12) F. Latapi and A. C. Zamora：The "spotted" leprosy of Lucio. (La lepra "manchada" de Lucio) An introduction to its clinical and histological study. Internat. J. Leprosy, **16**，421-437 (1948)。
- 13) H. W. Wade：The "Lucio" and "lazarine" forms of leprosy. Internat. J. Leprosy, **17**，95-102 (1949)。
- 14) V. P. Castelló and G. M. Caballero：Lazarine leprosy. A peculiar monosymptomatic form of leprosy. Arch. Dermatol. Syphilology, **23**，1-11 (1931)。
- 15) J. N. Rodriguez：Lazarine leprosy. Lepr. in India, **7**，152-155 (1935)。
- 16) V. P. Castelló and R. Piñeyro：Lazarine leprosy. Its position in the present classification of leprosy. Internat. J. Leprosy, **17**，65-71 (1949)。
- 17) J. N. Rodriguez and H. W. Wade：Bullous tuberculoid leprosy. Report of a case, with a discussion of lazarine leprosy. Internat. J. Leprosy, **8**，333-345 (1940)。
- 18) J. W. Burks and L. A. Brunsting：Lazarine (pemphigoid) leprosy; report of a case. Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, **16**，488-492 (1941)。
- 19) A. Romero, A. B. Ibarra and M. Fallas：Clinical study of lepromatous leprosy in Costa Rica. Internat. J. Leprosy, **17**，27-33 (1949)。

Fig. 2 Erythemata on the face. When this picture was taken, the erythemata were rather absorbed, and their redness and rising were reduced.

Fig. 3 Tuberculoid change of an erythema on the right lower arm

Fig. 4 Ulcer of the patch on the right knee. When this picture was taken, the considerable part of this ulcer was already healed.

Fig. 5 Ulcers of the patches on the right leg

Fig. 6 Tuberculoid change of a nerve

Fig. 7 High magnification of the tuberculoid change of a nerve

Fig. 8 Papules on the back of both hands and fingers

Fig. 9 Tuberculoid change of a papule on the back of right hand