症 例

白 癬 菌 性 肉 芽 腫

西 本 勝太郎 湧 川 哲 夫

長崎大学医学部皮膚科学教室（主任：野北通夫教授）

はじめに

白癬菌による毳毛部の深在性病変は、これまでも種々の報告があり、白癬菌性肉芽腫という病名が冠せられている。しかし、この中には、種々の臨床型が含まれており、その中における病型、分類などは、未だ明確なものが少ない。

最近、高橋（吉）は、皮膚科全書X3において、「白癬性肉芽腫を伴う汎発性白癬または肉芽腫性汎発性白癬」の項をもうけ、ケルズス禿瘡、下腿結節性肉芽腫性毛嚢周囲炎（Wilson）と同列に置いて詳述した。今回、われわれは、この範疇に属すると思われる2症例を経験し、若干の検索を行なったので、報告する。

症 例

症例Ⅰ：K.O., 1930年1月1日生、男子、塗装工。家族歴：妻に肺結核の既往があるほか、特記すべきものなし。

既往歴：職業柄、時々塗料による皮膚炎をおこしたことがあるという。

現病歴：約3年前より、患者が塗料による皮膚炎と思つた皮疹を、顔面、上半身に生じ、落屑をみていたが、仕事に支えないままに放置していたという。しかしながら、後述するごとく、この皮疹は副腎皮質ホルモン剤の外用に余り反応しておらず、むしろ進んで紅皮症型となつており、初診時その鱗屑より真菌（*Trichophyton rubrum*）が検出されたことから、当時、すでに、浅在性白癬だつたのではないと思われる。

1967年4月10日頃より、両側下腿より大腿の、ほぼ正常（ただし、軽度の紅皮症型皮疹はあつたらしい）の皮面に、圧痛を有する癬様の皮疹を生じ、これらは間もなく自然に、あるいは切開により小潰瘍、瘻孔を作るよう

になつた。このため4月17日より、近所の開業医で、抗生物質、切開等、通常の癬に対する治療を受けていたが、まったく治癒せず、逆に拡大、増数の傾向を示し、さらに38℃～39℃の発熱と、顔面、軀幹に鱗屑を有する紅斑が著明となつたので、同5月8日、それまで治療に当つていた医師より、大村市立病院皮膚科へ紹介され、当科で検査をおこなつた。

初診時皮膚所見：頭髮は全般に疎であるが、特に皮疹は見られない。

顔面以下、ほぼ全身の皮膚に、ビマン性の潮紅と、軽度の浸潤、糝糠様落屑をみ、中でも間擦部では湿潤の傾向を示し、また腰部ではほぼ正常と思われる皮膚との間に環状の境界を作っているが、これらの表在性皮疹の下に、下肢全体および前腕、右耳後部等に、計約60個に及ぶ、小指頭大から鶏卵大の、硬軟種々の皮下結節と波動を有する皮下膿瘍、それより進んだ潰瘍をみる。これらには周囲の発赤なく、わずかに皮面よりもり上り、軽度の圧痛をみる。いずれも穿刺により、粘稠な漿液性、血性ないし軽度の黄白色を示す膿汁がえられた。破壊した潰瘍の底面は弛緩性、貧血性で、出血は余りなく、軽度の透明に近い粘稠な分泌物を有する（写真1）。

大腿伸側には索状のリンパ管と思われる硬結をふれ、この部は圧痛が著明で、また両ソケイ部より股部に、圧痛のない、大小のリンパ節腫大を各々数個ずつふれる。

さらに両足背部では、ビマン性の潮紅の上に、あるものは頂点に小水疱、ビランを有している強い滲出性を示す丘疹が生じている。

その他口唇は強く腫脹し、その上に厚い血痂を被つており、口腔粘膜の発赤、白苔につづいている。（後述するごとく、この部のみは *Candida* による皮疹であつた。）

両手掌、足趾には、厚い角化と皸裂をみるが、爪甲にはまったく変化をみなかつた。

その他の可視粘膜および内臓の視、聴、触診では特に異常は見出さなかつた。

Katsutaro NISHIMOTO, Tetsuo WAKUGAWA:
“Granuloma trichophyticum”, from the Department of Dermatology, Nagasaki University School of Medicine. (Director; Prof. M. Nogita)

写真1 症例1. 右下腿の膿瘍と瘻孔(矢印). 瘻孔よりは血性の膿汁排出.

写真2 症例1. 培養25日目の集落.
右 Littman's oxgall agar
左 Sabouraud's glucose agar

検査成績: 赤血球数 439万. 白血球数 13,900. 分類 E. 1, St. 5, Seg. 79, Lym. 13, Mono. 2, 黄疸指数 8.9, TTT 2.8, ZnST. 6.5, Al-P-ase 8.0, 総コレステロール 128mg%, GOT. 47 S FU, GPT. 44 S FU, 総蛋白 6.0 g/dl, 分屑Al. 52.7%, α_1 -Gl. 5.4%, α_2 -Gl. 16.2% ($\uparrow$), β -Gl. 8.9%, γ -Gl. 16.8%. CRP (—), ASLO12X. 血清梅毒反応 (—). 血清Na 135mEq/l. 同K 4.22mEq/l. 同Cl 100mEq/l. 尿素N 17mg%. ソーネテスト—59%, 尿, 尿異常なし. 胸部レ線所見に異常なし, 血清免疫電気泳動にも, 異常所見を認めない.

患者よりの分離株で作製したトリコフィチン液, およびトリイ製真菌抗原 *Candida*, *Aspergillus*, *Alternaria*, *Penicillium*, *Cladosporium*, 等による皮内反応では, 注射5分後に *Alternaria* の部に軽度の紅斑をみたほか全部陰性であった.

菌学的検索: 全身の落屑性紅斑局面, 膿瘍よりえた鱗屑, 膿汁中には, KOH生検により, 多数の分枝を示す菌要素が見られた.

写真3 症例1. Sabouraud's glucose agar による懸滴培養所見.

これらの鱗屑と, 潰瘍縁の病変組織片より, Sabouraud's glucose agar 上に真菌の分離を試み, いずれよりも, はほぼ同じ性状を有する真菌を分離した.

この菌は Sabouraud's glucose agar 上, 室温, 25日培養で, 直径約38mmの円形の集落を作る. 中央部は劇然と丘状にもり上り, 白色, 軽度黄色を帯びた短毛におおわれ, 周辺はなだらかに白色短毛および軽く粉状を示す. この部には粗い2~3本と細かな多数の放射状溝を作る. 裏面は濃褐色調で, 赤色は著明でない.

Littman's ox-gall agar, 室温25日では, 円形の径約22mmの集落となる. 中央部に径5mmのドーム状にもり上った白短毛を示し, それより周辺へビロード状になだらかに下降し, その中に約20条の放射状溝を生じている. このビロード状部は, 中央程淡緑青灰色を示し, 徐々に淡緑黄灰色に移行, 周辺に巾約1mmの湿潤環を有している. 集落の裏面は軽度の赤色を示している (写真2).

懸滴培養では, Sabouraud's glucose agar および wort agar で数週後にゴマ状の小分子子と, 腸詰状の大分子子を豊富に産生し, これらの所見より, この菌を *Trichophyton rubrum* (Castellani) Sabouraud, 1911と同定した (写真3).

このほか口腔の白苔よりは *Candida albicans* を分離したが, 白苔は特に治療を加えることなく, 消失した.

病理組織学的所見: 下腿の1個の潰瘍をえらび, その辺縁を, 膿瘍壁を含めて切除, ホルマリン固定後, H. E. およびPAS染色で染色, 観察した.

H.E. 染色標本では, 角層に異常を認めないが, 有棘層は著明な肥厚, 増殖を示し, 深く真皮内に伸び入っている. これらの周辺より真皮深層にかけて, 集密な, 多

写真4 症例1. 有棘層の肥厚と真皮の肉芽腫成 (HE染色).

写真5 症例1. 表在性の皮疹. 角層中に真菌 (F) がみられる (PAS染色).

写真6 : 症例1. 真皮内の肉芽組織 (HE染色)

核球, 赤血球を主とする細胞浸潤巣が散在し, これらは次第に集積して, 中に線維芽細胞, 組織球等を混ざる非特異的な肉芽腫を形成し, さらに多核球, 赤血球を含む膿瘍部へ続いている. 潰瘍壁では, 一部壊死に陥った細胞成分の中に, 組織球, 大喰細胞, 多核球等が密に存在するが, 毛細血管の新生は割合にすくなく, また, 類上皮細胞, 巨細胞も余りみられない.

PAS染色標本では, これらの肉芽組織, 膿瘍部の中に, 多数の菌要素がみられる. 多くは径6~10 μ の円形の菌糸断面または孢子の型であるが, 一部には, 多数の隔壁を有する長い菌糸もみられた (写真4, 5, 6).

経過: 入院時, ヨードカリ1日1gより内服を開始したが, 菌種の判明と共に微粒子グリセオフルビン1日量750mg内服に切換えた. 同時に, 切開排膿, 抗生物質投与等も併用したが, これにより皮疹の消滅は速やかで, グリセオフルビン投与開始より約25日後には, 浅在性の皮疹, 深在性の結節, 膿瘍ともに完全に消失したので, 1967年6月28日退院した.

症例II: K.H., 1917年7月15日生, 男子, 会社員. 家族歴および既往歴: 特記すべきものなし.

現病歴: 約20年前より, 両足第IV趾間に瘙痒と浸軟を生じ, 次第に全趾間に拡大してきた.

10年後, 指爪に白濁, さらに数年後趾爪にも拡大, 同時に間擦部, 腰部に輪状の皮疹を生じてきた. この間数回にわたり, グリセオフルビン内服による治療をうけたが, 余り効果がなかつたという.

1967年6月頃には, 皮疹は全身に拡大, 同時に, 皮疹内各所に, 拇指頭大までの結節を生じて来た. これらの結節は弾性軟で, 圧痛すくなく, 旧になると自壊して血性膿汁を出した.

同年9月頃より, ときおり微熱があり, 内科医を受診し, 白血球増多, 脾腫を指摘され, さらに食欲不振も加わつたため, 慢性リンパ性白血病の疑で, 11月1日, 当院朝長内科に入院した.

入院時現症: 顔面より全身にわたり, 毳毛部には, ビマン性の紅斑と秕糠様の落屑を生じており, その中にも, 限局性に斑状の紅斑の増強部が散在している.

両手掌, 足蹠では, 紅斑はすくなく, 一面に強い角質増殖と皸裂を生じている. 全指趾間は乾燥しているが, 強い角質の膜様剝離あり, 同爪は全て, 白濁, 肥厚し, 一部では先端より粗糙となり, 崩壊している.

陰股部より臀部にかけて, 拇指頭大より鳩卵大に及ぶ大小数個の, 著明な波動を有する皮下膿瘍が存在する.

写真7 症例2. 右肘頭の膿瘍と瘻孔, 周囲に浅在性皮疹もみられる.

多くは表面が正常皮膚色を示すが, 中には自潰し, 粘稠な血性膿汁を出したものも混じっている.

右肘頭部, 左足関節内側には, 過角化, 枇糠様落屑の中に, アズキ大位までの, ややもり上つた小結節が数個づつ集簇している. これらの小結節は, 臀部等にみられるものに比して, ずつと小さく, 頂点は, 中の血性膿汁により淡青赤〜褐色調を帯びる. 一部のものは, 自潰して, 他部におけると同様の膿汁を排出している (写真7).

これらのいずれの皮疹においても, 毛囊との関係は肉眼的には不明であつた.

両側頸部に大豆大10数個, 両腋窩に拇指頭大各4~6個, 両ソケイ部には鳩卵大に及ぶ各約5個ほどの腫大したリンパ節をふれる.

体格, 栄養やや低下. 口腔その他の可視粘膜に異常をみない. 肝, 脾共各5横指触知, 軟.

検査成績: 赤血球数 447万. Hb 11.0 g/dl 白血球数 110,900と著明な白血球増多を示しており, 分類では, St. 1.5, Seg. 6.5, E., Lym. 89.5, Mono. 2.5とリンパ球の増多を示すが, これらのリンパ球はすべて幼若型を示した. 異型性はみられなかつた. 栓球数 8×10^4 , 出血時間9分, 凝固時間開始2'40'', 終結10'20'', 黄疸指数5.9, TTT 1.7, ZnST. 6.5, Al-P-ase 18.1, 総コレステロール 198mg%, GOT, 26 S FU, GPT 15 S FU, 総蛋白 6.0 g/dl, 分層 Al. 38.1%, α_1 -Gl. 7.3%, α_2 -Gl. 13.3%, β -Gl. 15.1%, γ -Gl. 26.3%, ムコ蛋白15.0mg%, 尿素N15~17mg%, 血清電解質正常範囲内, CRP 3+, ASLO 125×, RA(—), 尿, 尿異常なし, 血清免疫電気泳動, 異常なし.

症例Iよりの分離株より作製したトリコフィチン液,

写真8 症例2. 室温20日培養の菌集落
右: Littman's oxgall agar
左: Sabouraud's glucose agar

写真9 症例2. Corn meal agar による懸滴培養所見

およびトリイ製真菌抗原 *Candida*, *Aspergillus*, *Alternaria*, *Penicillium*, *Cladosporium*, 等による皮内反応では, 即時反応, 遅延反応とも陰性であつた.

菌学的検索: 前例と同様の手技により, 鱗屑中および膿汁中に多数の菌要素を見出し, 培養により, いずれよりも, 略同様の性状を有する真菌を分離した. これらの菌の発育は比較的速やかで, Sabouraud's glucose agar 上, 室温, 20日で, 径約60mmに達する. 中央部は帯黄白色短毛を示めし, 丘状にゆるやかに上がり, 中心はやや凹んでいる. 中心より約15mmはなれたところより, 不規則なシワを示す白色粉末状帯を作る. さらに, その周辺には, せまい湿潤帯がみられる. 裏面には, 少量の赤色色素産生をみる. これらは培養の代を経るにつれ, 次第に白色絨毛を増し, 急速にプレオモルフィーに陥る傾向がある.

Littman's ox-gall agar 上では, やや小さめの集落を作り, 中央は短毛, 丘状, 周辺に平坦な湿潤部を作ることとも, 前株と同じである.

懸滴培養では多数のゴマ状の粉状胞子と少数の腸詰

状分生子を生じ、以上によりこの菌を、前者同様、*Trichophyton rubrum* と同定した(写真8・9)。

病理組織学的所見：もつとも特徴的と思われる右肘の皮下の膿瘍について記載する。他の皮疹(結節、膿瘍)においても、病理組織学的所見はほぼ同一であつた。

表皮には軽度の過角化をみ、ところにより、その中に集簇した菌要素をみる。真皮中層より、深層にかけて、劇然と境された膿瘍があり、その周辺を、組織球、類上皮細胞、白血球等より成る肉芽組織がとりまいており、これらの構成、成分等は第1例にみられたものとまったく似かよっている。膿瘍を作っているものは、主として組織球、多核球であり、さらに多量の赤血球を含んでいる。このことは、臨床的な所見である血性の膿汁に一致している。

PAS染色で、これらの膿瘍、肉芽組織内に多量の菌糸をみることは、第1例と同様である(写真10, 11)。

写真10 症例2. 真皮の膿瘍(A)をとりまく肉芽組織(HE染色)

さらに、摘出した股リンパ節についても病理組織学的な検索を行こなつたが、この方は、慢性リンパ性白血病に一致する所見であつたため、ここでは省略する。

経過：診断確定とともに、グリセオフルビン1日750mg内服で治療を開始した。初めは一応の浅在性皮疹の軽快、腫瘍、膿瘍の縮小がみられたが、これらは一定のところまで止まり、それ以上の治癒がみられなくなつた。この時行こなつた菌のグリセオフルビン耐性検査では、菌は15 γ /mlの濃度でもなお発育を示めし、耐性株である

写真11 症例2. 壊死組織(N)をとりまく肉芽組織と多数の真菌(F)(PAS染色)

ことが確かめられた。

さらにグリセオフルビンの増量、他種抗生物質、ステロイドの併用等を試みたが、同時に、リンパ性白血病の増悪も加わり、以後皮疹の改善を認めぬまま、同年3月4日死亡した。剖検の結果については後日、発表したいと思う。

考 按

“Granuloma trichophyticum”なる病名は、*Trichophyton* 属による毳毛部の慢性深在性皮膚病変を一括したものとして解されている。

1926年、Majocchi¹⁾により、Granuloma trichophyticumの病名のもとに、Kerion Celsiより分つて報告された症例は、6才男子の頭部、前腕の、浅在性皮疹の上に生じた結節性病変であり、これ以後、Granuloma trichophyticumなる病名のもとに多数の症例が報告されているが、これらは、*Trichophyton* 属による毳毛部深在性病変という点で共通するのみで、その中には、種々の、異なつた臨床症状、病理を有するものが含まれている。

すなわち、1952年 Wilson⁴⁾により、Granuloma trichophyticum (Tinea profunda)として報告された症例は、現在では、多少の異論はあるにしても、Nodular granulomatous perifolliculitis of the legs と呼ばれる病型として認められている。

一方、1960年、肥田野²⁸⁾は、本邦および諸外国における汎発性白癬菌性肉芽腫の集計より、これを1)限局性結節、2)汎発性肉芽腫症の2グループに分かつた。これによると、Majocchiの報告例、本邦の加納³⁶⁾、森川¹⁶⁾例はグループ1に属し、イタリア等に多くみられているが、本邦報告例はすくなく、これに反し、グループ2に

報告者	報告年	初診時 年齢・ 性別	発病～ 初診の 期間	症 状 概 要	原 因 菌	摘 要
森 川 ¹⁶⁾	1938	29・♀	6年	全身に扁平な浅在性皮疹中に小丘疹と皮下結節。爪病変(+)リンパ腫(+)ト反弱(十)	<i>T. rubrum</i>	後軽快
福代他 ¹⁷⁾	1949	21・♂	約7年	全身の散在性皮疹・被髪頭部及び臀部の腫瘤・瘻孔。ト反(一)ミクروسポリン反応(十)	<i>M. japonicum</i>	外科的治療にて軽快
高橋他 ¹⁸⁾	1951	30才 台・♂	6年	全身の小結節 リンパ腫(十)	<i>T. rubrum</i>	
島峰他 ¹⁹⁾ 福代他 ²⁰⁾	1954	35・♂	約6年	全身皮膚・リンパ節の他心・肺・脳に広範な肉芽腫形成	〃	死亡・剖検
野口他 ²¹⁾	1954	33・♂	約14年	汎発性神経皮膚炎様皮疹内に大小の肉芽腫爪病変(+)リンパ腫(+)ト反(一)	〃	マーズニン GF内服 有効
〃 ^{22)~25)}	1954	19・♂	約2年	上記と同じ皮疹および両下肢に膿瘍ト反(一)	〃	Lymphoma にて 死亡・剖検
中 平 ²⁶⁾	1954	35・♂	約12年	大小の結節。ときに軟化・膿汁ありト反(十)	〃	
福 代 ²⁷⁾	1960	51・♂	約19年	全身の小結節・膿汁。爪病変(+)リンパ腫(十)ト反(一)	〃	貧血あり GF有効
肥田野 ²⁸⁾	1960	4・♀	約3年	頭部より始まる枇糠様落屑疹・小結節・潰瘍。リンパ腫(十)ト反(一)	〃	死亡・剖検
日 大 ²⁹⁾	1960	20・♂	約3カ 月	四肢・顔面に拇指頭大までの硬い小結節	<i>T. gypsum</i>	組織学的に壊死あり
野原他 ³⁰⁾³¹⁾	1964	54・♂	約30年	顔面・全身に小腫瘤・肉芽腫	不 明	GFにて軽快
福代他 ³²⁾	1964	39・♂	約15年	内股より拡大。顔等に疣状病変・ゴム腫様潰瘍	<i>E. floccosum</i>	〃
稲葉他 ³³⁾	1965	18・♂	約9年	全身に浅在性皮疹。顔・上半身に膿瘍・潰瘍・結節 爪病変(+)リンパ腫(十)	<i>T. rubrum</i>	Dysproteinemia あり。GFにて軽快
浅越他 ³⁴⁾	1966	33・♂	約30年	全身に浅在性皮疹。頭～頸部に大小の膿瘍・潰瘍。爪病変(+)リンパ腫(十)	<i>T. ferrugineum</i>	GF無効・Amphotericin B有効
占部他 ³⁵⁾	1968	39・♀	8カ月	両手背に浅在性皮疹。右下腿。顔面。手に硬結・結節。爪病変(+)ト反(一)	<i>T. rubrum</i>	ステロイド内服

加納例³⁶⁾は詳細不明のための省略した。 ト反：トリコフィチン反応。 GF：グリセオフルビン。

属するものは、本邦において比較的多くみられており、且つその症状、予後の重篤なることを示した。

また、高橋(吉)⁵⁾⁶⁾は、本邦において、慢性深在性の病変をおこした菌種は、*Trichophyton rubrum*のみであつた点より、これらの症例をすべて、汎発性猩紅色菌症として統一し、このうちに、Ⅰ)表在性病変のみ、Ⅱ)表在性病変+リンパ節転移、Ⅲ)表在性病変+リンパ節転移+肉芽腫とする分類を示めた。

この分類は、*Trichophyton* 属による深在性の病変を、全身との関連において観た、誠に興味深いもので、今回著者が経験した2症例も、共に全身疾患ないし異常の上に生じたことをうかがわせるものであつたが、このこと

は後述する。

その後、本邦における症例数も増加し、その病状の詳細も明らかにされつつあり、これらは成書にくわしいため、ここでは省略するが、今回も2例の *Granuloma trichophyticum* を経験したのを機会に、多少の私見を加えてみた。表は、本邦の文献例を集録したものである。

Granuloma trichophyticum の症状として一般に述べられているものは、大小の皮下結節より、腫瘍、浸潤、ゴム腫様潰瘍、さらに著者の第1例のごとく皮下の膿瘍に及んでおり、すべて表在性の皮疹の下、またはその中に生じている。そしてこれらの皮疹は、その病理組織学的な、肉芽腫→壊死の傾向において共通している。

すなわち、病理組織学的な所見においては、本邦症例につき著者の集録した限りにおいては、すべて一部に壊死巣を有しており、それを取りまく、組織球、類上皮細胞、巨細胞、白血球、線維芽細胞等によりなる肉芽腫を作っており、それらの間には、ただ量的の差があるのみで、著者の第1例のように、全身に皮下膿瘍のみを生じて来た、やや特殊と思われる症例においても、このことは例外ではなかつた。

一方、Majocchi は、*Granuloma trichophyticum* を fibroider Form と degenerativer Form に分かち、その皮疹の差異をあげたが、後、中平²⁶⁾は fibroider Form より degenerativer Form への移行をしめし、これらは単に stadium の差にすぎないとした。著者も、自験例にみられた大小の膿瘍、腫瘤の、病理組織学的な所見の相似より、中平の説に賛成する。

結節より膿瘍形式に至る時期、および、皮疹の大きさについては、一定したものはないようである。これらは菌の毒力、個体側の要因より左右されるものであろう。

真皮への白癬菌の侵入については、毛嚢がもつとも考えられているが、実際の症例については、これを証明する所見は、あまり多くはえられていないようである。できあがつた皮疹が、毛嚢との関係を明らかに示さないことは、化膿菌による癰が、初めは毛嚢の炎症として始まりながら、後その関係を臨床上に明らかに示さなくなる点よりみても、毛嚢よりの菌の侵入を否定する材料にはならないと思われる。

Granuloma trichophyticum の病理組織において、菌は、角層のほか、膿瘍および肉芽組織の中には見出されるが、有棘層中に病巣を作ることはいくない。著者の症例においても、毛嚢もしくは汗腺よりの菌の真皮内への侵入を示めず積極的な所見はえられなかつたが、このことに関しては、さらに検索が必要であろう。

一旦、真皮に入つた白癬菌が、増殖を行かない、個体の反応と相まつて肉芽腫性病変を生ずるには、表皮(角層)における場合とは異なつた Host-parasite relationship が考えられるべきである。

Parasite 側については、現在の所、*Granuloma trichophyticum* より分離された白癬菌株が、人体または動物に対し、特に強い病原性を示したか否かは、検されていない。菌種についても、本邦でこそ、*Trichophyton rubrum* が主であるが、最近では浅越³⁴⁾の *T. ferrugineum* の例もあり、また諸外国では *T. tonsulans* 等⁷⁾⁻¹⁴⁾種々の菌種が分離されており、これだけでは、菌種との関係を

云々できないようである。*Granuloma trichophyticum* における原因菌の、本邦と外国における差は、その菌の分布にも1因があると考えられる。

著者の第2例より分離された *T. rubrum* は、前述のごとく、Griseofulvin 耐性株であり、病原性の強弱と直接の関連は考えられないが、他にもGF耐性株の出現の報告のみられることは、今後、耐性菌による遷延性の皮疹の上に、以下にのべる Host 側の条件が加わつて、深在性白癬への進展の機会が増加することも考えられる。

つぎに個体側の要因についてであるが、これに関して、もつとも顕著なことは、ほぼ全例においてトリコフィチン反応が陰性を示しており、さらにツベルクリン反応の陰性例が、多いことである。この点 Kerion Celsi に比べ、まったく逆の性格を示すものであり、Host 側にあける免疫機転の障害をうかがわせるものであり、Dysproteinemia を示した Desai¹⁵⁾の例等の報告もみられるが、この点に関して、自験例2例について行こなつた、血清免疫電気泳動所見、血清蛋白分層等は、共に異常を見出さず、さらに他の例も含めて、少数の例を除き、定まつた傾向はみられない。

他の汎発性真菌症における血液疾患の合併は良く知られてたことであり、本症の場合でも数例において、種々の造血器疾患の合併がみられている。これらの疾患の場合、血清蛋白分層、血清免疫電気泳動等において変化のみられることが多いが、本症における真皮内への白癬菌の侵入、増殖に対しては、直接の関係は証明されていない。

また深在性真菌症における、細胞性抗体の障害についても、(トリコフィチン反応、ツベルクリン反応の陰性化等、その可能性は明きらかであるが、)現在の所、それを確実に証明する試みはないようである。

しかしながら、現在および将来における、ステロイドと抗生物質の使用の増加は、それによる生体の防禦機構の障害および正常のフローラの乱れ等から、弱毒菌、もしくは、Opportunistic fungi による、特殊な感染の症例の増加することが考えられ、その意味より、ここに述べたような、元来 keratinophilic と考えられる白癬菌による、systemic な感染の症例もまた増加するものと思われる。

まとめ

38才男子、および51才男子の、白癬菌による深在性病変の2症例を報告し、本邦文献例と併せて、若干の考察を加えた。

汎発性の白癬菌性肉芽腫症の発現には、免疫機構の障害が関与するものと思われ、このため、予後は、あまり良いものではない。

今後の、ステロイド、抗生物質の使用の増加は同様の症例の増加を起こすものと思われる。

参考文献

- 1) Majocchi, D.: Giorn. ital. dermatol. e sifilogr., **67**, 250 (1926).
- 2) Majocchi, D.: Atti della VIII. Reun. d. soc. ital. di dermatol. e sifilogr., **17** (1906).
- 3) Majocchi, D.: Ital. Dermatol. Kongr. Rom, (1919).
- 4) Wilson, W.: Arch. Dermat. & Syph., **65**, 375 (1952).
- 5) 高橋吉定他：日皮会誌, **64**, 313 (1954).
- 6) 高橋吉定：Ibid. **62**, 287 (1952).
- 7) Sequeira, H.: Brit. J. Dermat., **24**, 207 (1912).
- 8) Torheim, J, et al.: Acta path. microbiol. scand., **39**, 353 (1956).
- 9) Mullins, F. et al.: A.M.A. Arch. Dermat., **75**, 543 (1957).
- 10) Hadida, E. et al.: Zbl. Hautkrht., **104**, 226 (1959).
- 11) Hadida, A. et al.: Zbl. Hautkrht., **106**, 27 (1960).
- 12) Blank, H. et al.: A.M.A. Arch. Dermat., **81**, 779 (1960).
- 13) Latapi, F.: A.M.A. Arch. Dermat., **81**, 841 (1960).
- 14) Bénard, P. et al.: Zbl. Hautkrht., **110**, 178 (1961).
- 15) Desai, S. et al.: J. Invest. Derm., **39**, 365 (1962).
- 16) Morikawa, T.: Arch. f. Dermat. u. Syph., **176**, 265 (1938).
- 17) 福代良一他：日皮会誌, **59**, 83 (1949).
- 18) 高橋吉定：Ibid. **61**, 147 (1951).
- 19) 島峰徹郎他：日病会誌, **43** (総), 501 (1954).
- 20) 福代良一：臨牀内小, **11**, 1168 (1956).
- 21) 野口義閑他：日皮会誌, **65**, 384 (1955).
- 22) 野口義閑他：Ibid. **64**, 341 (1954).
- 23) 野口義閑他：日新医学, **46**, 376 (1959).
- 24) 野口義閑：日皮会誌, **66**, 421 (1956).
- 25) 平井義雄他：Ibid. **72**, 747 (1962).
- 26) 中平正美：Ibid. **64**, 545 (1954).
- 27) 福代良一：真菌誌, **1**, 113 (1960).
- 28) 肥田野信：皮膚臨床, **2**, 858 (1960).
- 29) 日大：日皮会誌, **70**, 667 (1960).
- 30) 野原望他：真菌誌, **5**, 247 (1964).
- 31) 野原望他：臨床皮泌, **19**, 369 (1965).
- 32) 福代良一他：真菌誌, **5**, 247 (1964).
- 33) 稲葉鐘吾他：臨床皮泌, **19**, 761 (1965).
- 34) 浅越博雅他：真菌誌, **7**, 49 (1966).
- 35) 占部治邦：日皮会誌, **78**, 986 (1968).
- 36) 加納魁一郎他：日皮会誌, **57**, 34 (1947), **59**, 50 (1949).

(昭和44年1月23日受付)