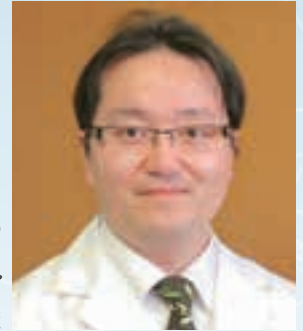




羅針盤



渡辺 大輔
Daisuke Watanabe

愛知医科大学皮膚科学講座 教授

梅毒—the great imitator

前号から引き続き「皮膚科で診る STI」特集である。本号では梅毒を取り上げた。梅毒の起源ははっきりわかっていないが、コロンブスがアメリカ航海でイスパノラ島（ハイチ島）から持ち帰ったあと、1493年にバルセロナ全市で流行したという説が根強い。1495年にフランス軍がイタリアに進駐したとき、傭兵にいたスペイン人からイタリア人に感染し、ナポリで大流行したため、フランス人は「ナポリ病」、イタリア人は「フランス病」とよび合ったといわれている。梅毒はヨーロッパ全域に拡がった後、大航海時代にポルトガルのヴァスコ・ダ・ガマ一行がインド航路を発見すると同時にインドに上陸、マレー半島経由で16世紀の初めには中国の広東に達し、1512年に歌人・三条西実隆の『再昌草』に、日本での梅毒が初めて記録された。

梅毒の原因は永らく不明であったが、1878年にクレープスが下疳の中に梅毒螺旋虫を発見したと報告した。1905年にはジエゲルが梅毒患者の血液と病変部に原生動物を発見し、梅毒封入体と命名した。その後、シャウディンとホフマンが諸臓器にそれを追認し、この病原体は *Treponema pallidum* と命名された。

診断面では、1906年にボルデが非トレポネーマ抗原反応を、その後ワッセルマンやナイサー、ブルックらが、ボルデ=ワッセルマン反応とよばれるようになる溶血反応による診断法を開発した。

治療面では、1928年にフレミングによる *Penicillium notatum* の発見後、1939年にオックスフォード大学の研究チームがペニシリン精製に成功、そして1943年にマホネー、アーノルド、ハリスがペニシリンによる梅毒治療を成功させて以降、梅毒患者は激減することとなった。このように梅毒は病原体がわかっており、診断法、治療法も確

立しているが、現在でも根絶できないどころか、わが国においてはここ数年増加傾向となっていることもあり、その早期診断、治療は重要な課題である。

本号の総説部分では、梅毒診療の基本として、梅毒を含めた最近の STI の動向を示し、梅毒の検査および治療の基本情報について解説をお願いした。また、近年問題となっている梅毒と HIV を含むほかの STI との重複感染についても触れていただいた。

梅毒の初期（第1期、第2期）の診断が皮膚症状からなされることはいうまでもない。そのため本号の各論では、なるべく多くの典型的な皮膚症状、粘膜症状を供覧できるように特集した。基本的な皮膚症状をあらためて目に焼きつけることで、“梅毒を疑う目”を養い、早期診断、治療に役立てていただきたいと思う。

また梅毒では、皮膚以外にもさまざまな臓器、全身症状を呈する。糸球体腎炎やネフローゼ症候群といった腎症状、頭痛、髄膜炎、脳神経障害といった中枢神経症状、虹彩炎、ぶどう膜炎といった眼症状、関節炎、骨炎、骨膜炎などの筋骨格系症状のほか、発熱、全身倦怠感、全身性リンパ節腫大、関節痛、体重減少といった全身症状が出現することもある。梅毒が“the great imitator”といわれるゆえんである。これらについても特集で詳しい解説をいただいた。

以上、本号では梅毒のさまざまな皮膚症状や全身症状、検査法や治療法について解説したが、さらに大事なことに症例の届出がある。梅毒が感染症法において全例届出が必要であるということを知らない皮膚科医も案外多いのではないだろうか？ 本号の特集の最後には、梅毒を含めた感染症の届出についての解説を付け加えていただいた。前号も含めた2冊が、STI 診断、治療の羅針盤となれば幸いである。