

## 新春放談

## 皮膚病の好発部位

&lt;出席者&gt;

西山 茂夫

北里大学名誉教授,  
本誌名誉編集委員

西岡 清(司会)

東京医科歯科大学  
名誉教授,  
本誌編集委員長

斉藤 隆三

前・東邦大学医療センター  
大橋病院皮膚科教授,  
本誌編集委員

向井 秀樹

東邦大学医療センター  
大橋病院皮膚科教授,  
本誌編集委員

三橋善比古

東京医科大学  
皮膚科教授,  
本誌編集委員

浅井 俊弥

横浜市・  
浅井皮膚科クリニック院長,  
本誌編集委員

## 脂漏性皮膚炎, 慢性色素性紫斑

**西岡** 平成25年の新春放談を行いたいと思います。今回のテーマは「皮膚病の好発部位」です。本誌名誉編集委員の西山先生にお越しいただき、好発部位についてご教授いただきたく企画いたしました。好発部位は皮膚疾患の診断にとって重要なものです。しかし、多くの教科書をみると、ある疾患はここに好発するという記載はありますが、好発部位そのものについて論じたものはありません。本日は、西山先生に好発部位についての考え方をお教えていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

**西山** 好発部位は、ドイツ語の教科書にはごく普通に記載されており、必ず疾患の説明の終わり、あるいは治療の前あたりに出てきますね。一言でいうとKöbner現象あるいはBlaschko線に沿っているということで、誰にでもわかります。むしろ好発部位から外れた症例をみたときにどう考えるか、というほうが興味深いと思います。

**西岡** 確かに好発部位の典型は脂漏部位で、脂漏部位の脂漏性皮膚炎は最初に習います。ところが、AIDSが出現してから脂漏性皮膚炎の好発部位がまったく異なってしまい、いまのご指摘そのものになってきました。好発部位は、時代やいろ

いろな因子により変わってくると考えています。

**西山** 時代とともに皮膚疾患や発生頻度、好発部位が変わるのは、その時代の生活状況を反映するためではないかと思います。たとえば、掌蹠などの部位に発生した湿疹をなぜ脂漏性皮膚炎というのか、という議論も面白いと思います。

**浅井** 私が西山先生に教えていただいた脂漏性皮膚炎の定義は、好中球が遊走する状態を病理で想像した場合と、毛孔一致性の丘疹をみた場合の2つです。それこそ掌蹠やペニスのグランスに脂漏性皮膚炎があってもよいというイメージで診療しています。これは恐らく好中球が集積している状態であろうと想像し、極論ですが、必ずしも毛孔一致がなくてもよいと思っています。

**西山** 個々の疾患については興味のある点が多いのですが、一般の皮膚疾患についての好発部位を考えるとむずかしいですね。

**斉藤** たとえば、脂漏性皮膚炎のように脂漏部位といった解剖学的あるいは機能的に特異な部位に発生する皮膚疾患がそこに発症することは皆さん想像できます。しかし、そこから外れた部位になぜおこってくるのか、どう説明できるのかということですね。

**浅井** 私は北里大学病院の病棟医だったところに、本来下腿に出るべき慢性色素性紫斑が軀幹にある



西山 茂夫 名誉編集委員



西岡 清 編集委員長



斉藤 隆三 編集委員

症例を経験しました。臨床的には紫斑と丘疹性の変化があり、最終的に悪性リンパ腫が発見された症例でした。好発部位以外に非典型的な病変をみたときは、原因として薬剤や悪性腫瘍が関連しているとイメージできます。ですから、「何かがおかしい」と疑うことが日常診療での原因検索に大きく役立つ気がします。

**三橋** 慢性色素性紫斑で、Schamberg病は両側性が普通ですが、片側性に生じるときがあります。そういう場合、鼠径部の手術を受けていたり、片側性の循環障害があったり、なんらかの理由があります。そのように、典型的でない場合は理由を探すことが大事だと思います。

**斉藤** 慢性色素性紫斑について、変わった症例だけを集めて本誌に執筆したことがあります (Vol.32, No.1)。両側性にあるものは誰にでもわかりますが、片側性にあったり、ある部位にしか出なかったりする特殊な例もあり、しかもそれらがなぜおこるのかについて、未解決のものがかなりあると思います。

**西岡** 表現型は同じでも、いろいろな点で異なりますね。たとえば薬の作用は大きなファクターです。むしろ疾患の原因に迫っていく過程で、好発部位から離れたものをどのように解釈するかが問題となります。原因がみつからない場合も多いので、どのように調べていくかが課題になると思います。

**向井** われわれの育ったかつての卒後教育は、自ら図書館で教科書や論文を読んだり、上級医の

先生に質問して教えていただいたりしました。しかし、最近では積極性が足りないのか勉強方法がわからないのか、手取り足取り教えなければならない場合が多くあります。個疹だけをみて、その1点だけで診断しようとしがちなので、「皮疹の全体をよくみてどのような発症機序で生じたかを立体的に考えろ」とよく指導しています。そのような日常診療という教育の面でも、好発部位は避けられない基本だと思います。そのうえで、ここがこう違うから、何かほかのファクターが加わっていることを考えて欲しいと思います。

**三橋** 教科書には好発部位が疾患ごとに載っています。すると好発部位以外に出ていると、その疾患ではなく違う疾患と考える人もいます。好発部位は80～90%であてはまる疾患と、50～60%ぐらいの発生率というものまで差があるので、その点の理解も必要だと思います。

**西山** 学生には昔、「教科書に書いてあることは眉唾だと思え」とよくいったのですが、好発部位から外れている場合、その理由を考えるように教えることが一番大事ですね。私は昔、Radio-diagnosisをやっていて、話を聞けばある程度の見当がつくというのが好発部位で、部位を知り、痒みの有無や持続期間によってほとんどの疾患はある程度わかるという経験をしました。

**顔面播種状粟粒性狼瘡、口囲皮膚炎、  
沈着症、皮膚筋炎など**

**西岡** 好発部位が典型的な疾患についても、な



向井 秀樹 編集委員



三橋善比古 編集委員



浅井 俊弥 編集委員

ぜそこにできるのかすべては解決されていません。帯状疱疹はウイルスが存在するので理解できるのですが、たとえば顔面播種状粟粒性狼瘡(LMDF)が、なぜ眼瞼縁にきちんと並ぶのかという理由は明らかになっていません。

**向井** 口囲皮膚炎も同様ですね。同じような機序のものが眼や口の周りにも出るけれども、他の部位にはあまり出ません。

**西山** LMDFでいえば、眼の周囲は典型例であり、外耳や四肢に出ることもあります。まさに結核疹に相当するようなものがありますね。

**三橋** 私は頭部に出た人をみたことがあります。

**西山** かつて注意深く診察していた故水野信行先生が、後頭部のリンパ節が腫れるとっていました。

**西岡** 私も四肢に出ているのはみたことがありますが、その理由はわかりませんでした。

**斉藤** 好発部位を知識として知ることは大事ですが、同時に、臨床には典型例でないものがたくさんあることも知ってほしいですね。

**西岡** なぜ典型例でないのかということですね。

**斉藤** そこを解決しなければなりません。学問的にはそれが面白いのだと思います。

**三橋** たとえば、eccrine poromaが手足に出るのは汗腺が多いために好発するのだと思います。しかし、porocarcinomaは手掌足底には出ずに、ほとんどが頭部や体幹、手足以外のところにみられます。その理由について、考えればわかるものと、考えてもわからないものがありますね。

**浅井** 日光と関連する疾患はわかりやすいですね。発生部位をみることによって、紫外線が関係していると納得できる場合があります。ほかに、黄色腫やアミロイドーシスなど眼瞼にいろいろな沈着症がおこるのは不思議です。解剖学的に結合組織がルーズであるなど、何か理由があるのだと思います。

**向井** 確かに同じ沈着症でも黄色腫はきれいに眼瞼の両側に出ますが、全身性アミロイドーシスは片側の場合が多いですね。そして眼瞼の内側が多く、よくみると出血を伴います。この所見が非常に特徴的だと思います。

**西山** ヒアリノーシスは好発部位のほかに眼瞼縁にも多く出ます。

**三橋** 解剖学的には血流と関係するのでしょうか。

**西山** 全身性エリテマトーデス(SLE)は光線過敏性があるといいます。ところが顎の下に紅斑ができる症例をみていると、ほとんどがSjögren症候群です。それをヒントにして、好発部位を外れたときにSjögren症候群と診断できるとよいですね。

**浅井** 凍瘡(pernio)は小児は耳朵に、成人は耳輪にできます。しかし、Sjögren症候群は成人でも耳朵に出るといった傾向があります。

**斉藤** 膠原病の紅斑もいろいろな部位に出て、しかも比較的特徴的な紅斑があります。

**西山** たとえば、皮膚筋炎のGottron徴候は定義も明らかではありませんし、米国の教科書には

1970年以降にしか出てきません。いろいろな問題はありますが、指関節の背面に発疹ができるGottron徴候に似たものとして、いろいろな疾患が出てきます。好発部位も、たとえば指の関節背面を取り上げて、そこにしやすい疾患は何かと考えることは勉強になりますね。

**浅井** 本誌の部位別特集はまさにそのスタンスから始まっています。この部位のこのような病変をみたら、このような鑑別診断があるとさまざまな疾患が並んでいます。本誌と好発部位とは深い関係があります。

**向井** 皮膚筋炎では背中に激しい瘙痒に伴うむち打ち様紅斑をしばしばみます。なぜ背中だけに出的のか疑問に思っていますが、ほかの膠原病にはみられない変化です。

**西山** 好きな言葉ではありませんが、scratch dermatitisというのでしょうか。背中が多いですね。

**向井** 手や指を診察して筋力の低下があれば必ず、「背中も念のためにみせてください」といいます。

**浅井** 好発部位から診察するという手順も確かにあります。

**西山** それは痒みのできる場所の特異性が焦点になってくると思います。

### 全身性血管炎、アトピー性皮膚炎、Behçet病など

**西山** 話を変えて、時代とともに好発部位が変わってきている疾患はありますか。LMDFは頻度がかなり少なくなりました。個人的に一番印象的だったのがAIDSの脂漏性皮膚炎です。

**三橋** 太藤病(好酸球性膿疱性毛包炎)もそうです。片側性の局面をつくるのが普通だと思いますが、AIDSの場合は体幹など身体中に小さな膿疱が多数出てきます。同じものかどうかはわかりませんが、組織で好酸球がたくさん浸潤しています。

**西山** 最近は、昔はみられなかった好酸球が増加する疾患が多くなっています。

**西山** サイトカイン環境が変化しているためで

しょうか。

**西山** 全身性血管炎でも昔はWegener肉芽腫症が多かったのですが、いまはChurg-Strauss症候群が圧倒的に多いでしょう。その意味では慢性円板状エリテマトーデス(DLE)とSLEの頻度も逆転しているかもしれません。

**三橋** 好酸球で時代をみるという発想は面白いですね。時代とともに変化したものはほかにありますか。

**西山** アトピー性皮膚炎はどうですか。

**西山** 昔、記載されていた小児や思春期のアトピー性皮膚炎は、典型的な肘窩、膝窩、あとは体幹でした。顔が紅潮している症例はまったくみられず、ところどころに苔癬化局面があるというのが主でした。

**西山** 乾燥していましたね。Dirty neckも昔はありませんでした。1つの疾患を取り上げても、病像が変わってきていますね。

**西山** 一時期は赤ら顔だけでアトピー性皮膚炎と診断されている症例がたくさんありました。病巣を形成している原因的な要素が、時代とともにかなり変わってきたのでしょうか。

**三橋** 好発部位ではなく好発年齢になりますが、アトピー性皮膚炎はかつて小児疾患でした。それが成人でも珍しくなくなり、最近では老人性アトピー性皮膚炎と診断される症例が多くなっています。何か理由があるのでしょうか。

**西山** 慢性の湿疹反応について、よくわからないものまで老人性アトピー性皮膚炎といわれているのではないかと考えているのですが。

**三橋** 「乾皮症性湿疹」という診断をつけられそのようなケースにまで、アトピー性皮膚炎という診断名が幅をきかせてきています。

**向井** 東京都老人医療センター(現・東京都健康長寿医療センター)に私が最初に行った昭和58年ごろはアトピー性皮膚炎の患者さんはまったくいませんでしたが、その20年後に再びお世話になったときにはアトピー性皮膚炎が疑われる症例が数例みられました。しかし、IgE値は高くても500 IU/ml程度で疑診例でした。最近ではIgE値が初

診時に60 IU/ml程度の正常から発症して数年後には、5,000 IU/mlや1万IU/mlに上昇して、臨床的にも典型的なアトピー性皮膚炎と診断できる人が増えました。このような症例は入退院を繰り返す重症例が多く、以前とは明らかに異なるように思えます。

**西山** 小児のアトピー性皮膚炎の50年後についての追跡調査は行われていますか。

**西岡** それはできていません。片山一朗先生に聞くと、高齢者は小児のときからの持ち込みが多いといいます。しかし、IgE 値が60 IU/mlで発症するとなると、形が違いますね。

**斉藤** しかも、高齢者は膝窩に症状はみられません。

**向井** 思春期以降の若い人でも最近では、肘窩や膝窩に皮疹がみられない人がいます。ですから肘、膝は年齢によっては必ずしも好発部位とはいえなくなっています。

**浅井** それは外用薬の影響でしょうか。

**向井** 必ずしもそうではありません。他の部位は掻いていても汗をかいても膝窩はきれいです。患者さんに聞くと、小学生のときには膝窩にあったといいます。

**西岡** 発症にかかわる因子が時代とともに変化しているということです。

**西山** その一例として、Behçet病があります。私が診ていた男性の症例はほとんどすべて失明していましたが、最近ではそのような事例はありません。治療の効果ではなく、疾患そのもの、あるいは概念が変わってきているのだと思います。

**三橋** 少なくとも昔みた典型的なBehçet病はほとんどみません。かろうじていくつかの症状が時期を隔てて出てくる。このような不全型の症例が多いと思います。

**向井** かつて西山先生に教えていただいた本症の発症原因として農薬や重金属がありましたが、使われなくなったものも多いと思います。その影響なののでしょうか、最近では典型的なBehçet病と診断できる人はいなくなったと思います。

**西山** 明らかに時代とともに変化していますね。

**西岡** 一時期、患者さんが大幅に減少しました。

**西山** 患者さんの血中有機塩素(BHCなど)の濃度が徐々に減少して正常域に達する時期を計算したところ、1985年でした。そのころ、患者さんはいなくなるという面もありました。疾患概念が変わってきているという面もあるかもしれません。アトピー性皮膚炎で思い出しました。

**西岡** 確かにSulzbergerが書いているのをみると、いまのアトピー性皮膚炎の病態は乳児から小児は同じですが、それ以外はまったく違い、時代とともに変化しています。生活環境の変化の影響もあるのでしょうか。

**西山** 広い意味ではそうですね。

**浅井** 先ほどお話のあった「50年後の追跡調査」ですが、西山先生はいつも「開業医の仕事だ」といわれます。

**西山** 大学や大病院では、人が入れ替わるのでできません。ぜひお願いしたいと思います。

**浅井** 開業医でも3代ぐらい続ける必要がありますね。

**西山** 本来は、50年間、一人の人がみたものが一番確かです。ある疾患の発症部位についても、多くの文献を引用している仕事がありますが、それはまったく意味がないと思います。自験例によって好発部位を考える必要があるのも、他人のいったこと、教科書に書いてあることはすべて疑ってかかることが必要です。

**西岡** ときどき、若い医師から「教科書にはこう書いてあります」と叱られることがありますが、「教科書は君らと同じような人が書いているのだから信じなくてよい」といっています。

**斉藤** それも時代とともに変わってくる可能性はありますものね。

**西山** 今日の資料にあります。かつて私が書いた「誤診し易い皮膚疾患」(金原出版、1968年)をみて、好発部位が変わってきているので恥ずかしかったですよ。

**斉藤** 疾患の性質、人間、環境の変化など、いろいろな影響があるでしょうね。

**浅井** 西山先生の著書をまた読ませていただい

てpellagraが陰囊に出るといって、そうだったかなということがありました。

### 線状・帯状の皮膚疾患

**西岡** 話題は変わりますが、Happle先生が出てこられてからBlaschko線がインパクトの高い形に打ち出されました。これは1900年代初めにBlaschkoが報告していますが、それに沿う皮膚疾患も興味深くみえています。皮膚の形成がモザイクになっているというのがHapple先生の考え方です。

**西山** すぐに思い出されるのは線状苔癬(lichen striatus)ですね。乳児は顔にできますし、指の場合はほとんどすべてが第Ⅰ指です。

**浅井** 爪の変形がおきますね。

**三橋** Blaschkoはベルリンの開業医でした。表皮母斑の患者さんが来たときに、マネキンに絵を描いていったら、あのような線ができたといいます。それで最初に神経学会で発表されました。最初は神経軸線との関係を考えてようです。

**西山** dermatomeとどのような関係にあるのですか。

**三橋** 関係はないと思いますが、当時は意味が不明で、似ていると思われるdermatomeとの関係を考えてのではないのでしょうか。

**西岡** それとは少しずれているのですね。

**西山** 本には2つ並んで、人間の体の図が出ています。

**三橋** 軸線はほぼ直線的で、Blaschko線は曲線です。あの概念は長い間埋もれていて、Happle先生が1980年代に再発見して再び出てきました。

**西山** 86年に日本に来られたときも、そのような話をしていました。Köbnerを逆に読んで、レンベック現象もあります。刺激の当たったところにはできないという現象です。

**三橋** 英語ではreverse Köbner phenomenonといますね。

**西岡** 神経支配やBlaschko線なども好発部位の一つの指標になってくるのですね。神経支配や血流支配は解剖学的に明らかですが、Blaschko線に関してはなぜなのか。発生するときに、モザイク

状に入ってくるからといわれていますが、理解できないところがあります。

**三橋** 胎生期に上皮の原基細胞が体表を被っていきます。この母細胞が分裂しながら被っていくareaを表しているのだといわれています。母細胞と娘細胞は同じ形質をもっているでしょう。隣の細胞群は違うから、この変異をもった細胞群の形質が示す1本のスジができるのだといわれています。しかし、幅が広いものもあれば、狭いものもあり、必ずしもまっすぐいかにグルグルと巻くこともあります。幅の違いは遺伝子変異がおこった胎性期の時期によるものかもしれません。しかし、あの中にもいくつかの別の機序が存在する可能性がありますね。

**浅井** つむじみみたいなものですね。

**三橋** Blaschko線がつむじなのではないでしょうか。あとは血管病変や間葉系の母斑が帯状に配列しますね。

**西岡** 結合組織母斑がそうですね。

**三橋** 結合組織母斑などが片側性に出ます。あれがBlaschko線かどうかという問題がありますが、それは違うと考えられます。先ほどの説明では上皮性でないと理屈に合いません。上皮の原基細胞が被っていくのであれば、間葉系は関係しないことになりますので、別の機序を考える必要があります。

**西岡** それはまた別のものかもしれませんね。

**斉藤** 額にできる剣創状強皮症はBlaschko線ですか。

**三橋** Blaschko線のようにみえますが、原因は表皮あるいは真皮のどちらなのでしょう。

**浅井** 表皮ということはなさそうですね。

**三橋** そうするとBlaschko線とは違います。

**浅井** 確かに不思議ですね。

**斉藤** 場所が限られています。

**三橋** 西山先生、表皮母斑は明らかにBlaschko線に沿って発症してきますね。

**西山** 多いですね。

**三橋** 脂線母斑はどうですか。

**西山** 脂線母斑も表皮母斑と同じように配列す

るものがあります。たとえば乳児の場合、耳の前から顎にかけて脂線母斑と表皮母斑と両方があります。

**三橋** Rookの教科書の古い版には、脂線母斑と表皮母斑は起源的に同じだと書いてあるので、脂線母斑も表皮母斑と同じような配列を示すのは何の不思議もないと思っていました。しかし、日本の教科書には、脂線母斑は表皮母斑と似た配列になるという記載がありません。

**西山** 非常に珍しいからではないでしょうか。私は脂線母斑で線状に出ているのは2例しか知りません。たいがいパッチーでしょう。

**三橋** 真ん丸ではなく、必ず楕円形になっているので軸があると思います。私は、あの軸がBlaschoko線だと思っています。

**西山** 線状というのは非常に少ないと思いますよ。

**三橋** そうでしょうか。教科書に書いてないため、脂線母斑はBlaschoko線とは関係ないと思っている先生もいます。というのは、ある論文を査読していたところ、組織はどうみても脂線母線だと思われるのにBlaschoko線に沿っているから脂線母斑ではない、と書いていた論文がありました。それは違うのではないのでしょうか。

**西山** それは根拠になりませんね。もう一つnaevus comedonicusも線状になります。

**三橋** あれもBlaschoko線ですよ。脂腺母斑、面皰母斑などは表皮母斑系母斑で、発生学的にみな同じだと思います。

**西山** そのとおりです。

### Gottron signは本人の言ではない

**西岡** 古い日本皮膚科学大系でJadassohnを訳したものがありませんでしたが、読むと楽しいですね。とくに最近の皮膚科学大系は、情報量が少なく写真が多くなりました。詳細な記述が徐々になくなってきています。

**西山** 現在の私たちの知識はすべてJadassohnに書いてあります。

**三橋** かつてJadassohnの教科書は弘前大学皮

膚科医局図書室の一番下の棚にほこりを被って置いてあり、読むのがとても楽しみでした。しかし、調べたいと思って確認したところ、いまはもうないということです。

**西山** 東京大学にはありましたが、辞めてからはみたことはありません。

**浅井** 私自身もみたことはありません。

**三橋** かつて、そのJadassohnをみて文章を書いたことがあります。現在ではGottron徴候は手指関節背面の紅斑ということになっていますが、Gottronがそういったわけではありません。Jadassohnには、膝や肘などの出っ張った部位が皆赤くなると書いてあります。

**西山** あの記載はGottron徴候よりももっと古いですからね。Gottronが言い出したのは1950年代です。Schuermann教授が学会で言い始めましたが、Gottron徴候という名前はまったく使っていません。1962年、Gottronが日本に来られた際に聞いたところ、自分の名前は出さなくてよいといっていました。

**三橋** ドイツの教科書では、いわゆるGottron's signの所にHeuck-Gottronisches Zeichenとあります。Heuckは女医さんの名前です。この人は、爪の周りも赤くなるといった人です。後爪郭に毛細血管拡張が起きて赤くなりますが、それと指関節背面の紅斑を一緒にみて、それをHeuck-Gottronisches Zeichenというのです。Gottron's signはたぶん米国に渡って変化し、手指関節背面だけが赤いとされたのではないのでしょうか。本来は赤いだけでなく、角化したものです。

**西山** 学会の討論でSchuermannはDIP背面の発疹で、中心に萎縮があるのが特徴といっていました。それは経過の問題ですが、跡形もなく治りますね。米国の教科書に登場したのは1975年からです。

**三橋** それはFitzpatrickのテキストですか。

**西山** Moschellaです。Fitzpatrickは2版(1979年)からです。

## 好発部位に出現しない理由を考える

**西岡** 学生がもっている教科書にはいろいろな人が書いています。内容がだんだん簡素化していくため、皮膚疾患の面白みがすべて削がれてしまっているような感じを受けます。デジタルカメラで1枚写真を撮ったほうがよい、という発想になってしまうのではないのでしょうか。

**西山** 言葉の無責任さですよ。たとえば、成人Still病でGotttron様症状という表現が出てきました。Gotttron様というのはGotttronさんに似た、ではなく「Gotttron徴候に似た」という意味です。また皮膚科医が、「結節性紅斑様紅斑」と表現するのもおかしいですね。若い医師はそういったがるでしょうが、なんとかしてとか止めたいですね。

**西岡** 自信がないと「様」をつけるのですね。

**斉藤** 本誌をみていると、現症の記載が適当なものもあります。きちんと書いてほしいですね。

**西岡** きちんと書くことができなくなっている、という気もします。

**向井** 現症の記載が下手になった要因の一つは、電子カルテのせいでもあるのではないのでしょうか。

**西山** 学会で発表に対して反論する人もいなくなりました。

**浅井** 確かに現症の表現が違うといった指摘をする人はいなくなりましたね。昔はよく怒られたものです。

**向井** 原稿を査読していると、現症と組織所見の記述が中途半端で、しっかりとした記述がされていない論文が目につきます。診断に必要なポイントのみで、主病変が表皮の変化であれば、表皮の所見しか記載しない。真皮の変化も出ているのに何もいわない。これだけで診断しているのは納得できません。他の疾患を鑑別する意味でもっと正確に記載して欲しいと思います。

**斉藤** 記載がしっかりしていないと今後どうなるのでしょうか。そのときの症状の詳細な性状がわからなくなってしまうため、きちんと記載してもらったほうがありがたいですね。

**三橋** もう一言いわせてもらおうと、鑑別診断もそうですね。自分がいま書いている症例について、別の疾患とどこが鑑別点なのかを書いて欲しいのに、教科書に書いてある鑑別疾患の記述をそのまま書き写している人がときどきおられます。

**西岡** 結構おられますね。

**三橋** 自分の症例を脇に置いておいて、一般論という必要は何もないわけですからね。

**西岡** 皮膚疾患の診方のところで、何が、どこにできているのか、好発部位をきちんと押さえた記載をしていただけるとよいと思います。

**斉藤** 学会の演題をみていると、好発部位を外れた何々というものもあります。症例として興味はあるのですが、なぜという検討した報告がありません。そこからもう少し掘り下げてほしいですね。

**西岡** 掘り下げるとさまざまなファクターを入れなければならないため、理解がかなり深まると思います。

**斉藤** 病態生理から原因までわかってくればいいですね。

**西岡** 本日の新春放談は、西山先生を囲んで、皮膚疾患の好発部位をテーマにご発言いただきました。好発部位は皮膚疾患の診断にも大切ですが、皮膚疾患そのものの病態生理、原因を考えていくうえでも重要なポイントになることがよくわかりました。皮膚疾患の勉強をしておられる先生方が、皮膚疾患の中身をさらに深く解明してくださることを期待したいと思います。西山先生、本日はありがとうございました。