

感染症の歴史

新型コロナウイルス感染症が、全世界中で猛威をふるっているが、人類の歴史は、「感染症との戦い」の歴史といっても過言ではない。

ペスト

古代の時代から記録が残っている感染症の代表格は「ペスト」である。記録に残っている「ペスト」の最初の大感染は、6世紀の「ユスティニアヌスのペスト」に始まって8世紀末まで続いた。第2回目が最も規模も大きく長く続き、14世紀 17世紀末にかけて（オスマン帝国では19世紀半ばまで）猛威をふるい「黒死病」（感染者の皮膚が内出血によって紫黒色になることに由来する）と呼ばれ、当時の世界人口4億5000万人の22%にあたる1億人が死亡したと推計されている。第3回目は19世紀末から現在まで続くものである。19世紀に中国大陸でペストが発生し、1894年に世界的交易地だった香港に飛び火してパンデミックを引き起こした。世界保健機関（WHO）の報告によれば、1991年以降、ヒトペストは増加し、1992-1995年に南米のペルーで流行があり、1996年の患者数は3017人（死亡205人）、1997年の患者数は5419人（死亡274人）というデータが示されているが、WHOに報告された人のペスト患者数は実際の患者数よりも少なく、実態はさらに深刻であった。2000年代になっても感染は続き、WHOによれば、2004-2015年の感染者数は56,734人（死亡4,651人）で、9割近くがアフリカ諸国での流行によるものであるが、アジア諸国でも流行があり、アジアでの2000年代の感染者数は、ベトナム3,425人、インド900人、ミャンマー774人、中国584人と報告されている。

日本においては、ペストの発生は、明治以前には確認されていない。日本での最初の報告は、1896年（明治29年）に横浜に入港した中国人船客で、同地の中国人病院で死亡した。その後、大小の流行が数回あったが、1899年には45人のペスト患者が発生（死亡40人）。最大の流行は1905～1910年の大阪府で、958人の患者が発生したが、紡績工場での患者発生が続いたことから、ペスト流行地のインドから輸入された綿花に混入したネズミが感染源とされている。1914年4月には東京でペストが流行し、その年末までの死者は41人であった。1899年から1926年までの日本の感染例は2,905人（死亡2,420人）であるが、1927年（昭和2年）以降、国内感染例は報告されていない。

スペインかぜ

「スペインかぜ」は、1918年から1919年にかけて全世界的に大流行したH1N1亜型インフルエンザの通称である。アメリカ疾病予防管理センター（CDC）によるインフルエンザ・パンデミック度指数（PSI）においては最上位の「カテゴリー5」に分類されている。全世界で5億人が感染したとされ、死亡数は、おそらくは1億人を超えていたと推定され、人類史上最も死者を出したパンデミックのひとつである。実際の流行源は不明であるが、初期に、スペインから感染拡大の情報がもたらされたため、この名で呼ばれている。パンデミック

が始まった 1918 年は第一次世界大戦中であり、世界で情報が検閲されていた中で、スペインが中立国であったため戦時の情報統制下になく、感染症による被害が自由に報道されたこともあり「スペインかぜ」と呼ばれている。

新型インフルエンザ

2009 年に、A 型 H1N1 亜型に属するウイルスが原因で、ヒトからヒトに感染し流行したインフルエンザである。このウイルスは、豚経由とみられたことから、当初、「豚インフルエンザ」と呼ばれた。2009 年 7 月時点で、毒性は季節性インフルエンザより強くアジア風邪なみと考えられており、基礎疾患のあまりない 10 代の死亡例が多くあり警戒されている。ただし、現在の日本では季節性インフルエンザとほぼ同様の扱いとなっている。WHO の発表によると、2009 年 8 月 29 日までの死者は 2,185 人であり、ブラジルでは 577 人が、米国では 522 人が死亡した。

SARS (severe acute respiratory syndrome) 重症急性呼吸器症候群

病原体は、新型の SARS コロナウイルス (SARS-CoV) であり、最初の集団発生は 2002 年 11 月 16 日の中国南部広東省の症例に始まり、中国では初期に 305 人の患者 (死亡 5 人) が発生し、2003 年 3 月の始めには旅行者を介してベトナムのハノイ市での院内感染や、香港での院内感染を引き起こした。北半球のインド以東のアジアとカナダを中心に、32 の地域や国々へ拡大し、報告症例数は、2002 年 11 月～2003 年 8 月に中国を中心に 8,096 人 (死亡 774 人) で、1,707 人 (21%) の医療従事者の感染が示すように、医療施設、介護施設などヒトとヒトの接触が密な場合に、集団発生の可能性が高いことが確認されている。台湾の症例を最後に、2003 年 7 月 5 日に WHO によって終息宣言が出された。日本では、集団発生期間中に報告のあった可能性例 16 例と疑い例 52 例すべてが、他の診断がつき取り下げられたか、あるいは SARS 対策専門委員会で SARS の可能性が否定されている。

MERS (Middle East Respiratory Syndrome) 中東呼吸器症候群

病原体は、コロナウイルス科ベータコロナウイルス属の MERS (Middle East Respiratory Syndrome) コロナウイルスであり、ヒトコブラクダが MERS コロナウイルスを保有しており、ヒトコブラクダとの濃厚接触が感染リスクであると考えられている。また、家族間、感染対策が不十分な医療機関などにおける限定的なヒトからヒトへの感染も報告されており、これらは、咳などによる飛沫感染や接触感染によるものであると考えられている。世界での発生状況は、以下の通りである。2012 年 9 月から 2021 年 6 月末までに、アラビア半島諸国 (サウジアラビア、アラブ首長国連邦、ヨルダン、カタール、オマーン、クウェート、イエメン) を中心に、2574 人 (死亡 886 人) の患者が報告されている。英国、米国、中国をはじめ、かなりの国々への「輸入症例」が報告されているが、日本への輸入症例はない。

コロナウイルスについて

コロナウイルスとは RNA を遺伝情報とし、「エンベロープ」と呼ばれる脂質の二重膜を持つウイルスの総称である。新型コロナウイルス以外には、いわゆる「かぜ」の原因となるウ

イルスや、上記の「SARS (severe acute respiratory syndrome) 重症急性呼吸器症候群」や「MERS (Middle East Respiratory Syndrome) 中東呼吸器症候群」の原因となるウイルスがある。コロナウイルス属の SARS や MERS は、幸い、日本への輸入症例はなかったが、現在、世界中で猛威をふるっている新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は、新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) による感染症で、2019 年 12 月に中国で初めて報告され、今もなお世界的な流行を見せており、日本でも 1 日に、10 万人を超える感染者が出ている。

(2022 年 2 月 11 日 記)