

インドのらい症状について

岡田誠太郎・中井栄一・伊藤邦幸

Leprous symptoms in India

by

Seitaro OKADA, Eiichi NAKAI and Kuniyuki ITO

はじめに

昭和42年10月より昭和43年1月まで3カ月間、インドの Uttar Pradesh の Agra にあるアジア救らい協会のインドセンターに滞在し、野外におけるらいの調査ならびに研究室におけるらいの基礎的研究に従事した。同センターは Agra より直線で約 240km はなれた Ghatampur と、その途中 Agra より直線で約 100km はなれた Etawah で外来診療を行なっているが、そこにおける診療の際受診患者について、そのらい症状の調査を行なった。その成績を、先に報告したタイ国のらいに関する現地調査報告¹⁾にあげた資料に加え比較検討した。

インドにおけるらいの流行度は Madras, Andhra Pradesh, Orissa, West Bengal, Bihar, Maharashtra の諸州において高く、Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Assam, Mysore, Kerala の諸州がこれに次ぎ、Punjab, Himachal Pradesh, Kashmir および Gujarat の一部に低い流行度でみられ、他の地域はさらに流行度が低い。²⁾ Uttar Pradesh では東部の平原地帯に流行度が高く、全州での流行度は人口 1,000 当り 2.5 であり、約 19 万の患者がいると推定されている。³⁾

1 調査対象

アジア救らい協会の職員の努力により、Ghatampur (以下 GTP と略記) と Etawah (以下 ETW と略記) における診療日の際に受診にくる患者の数がふえたので、長い列を作って待っているそれらの患者のすべてについて診療と調査を行なうのは到底できない。そこで初診患者および再診患者の中から無作為に抽出した患者について、診療の間の時間をぬって調査を行なった。調査した患者数は 1,082 名であり、その調査地、病型、性別分布は表 1 のごとくである。

表1 調査対象患者の調査地, 病型, 性別分布表

調査地		GTP			ETW			計		
		♂	♀	計	♂	♀	計	♂	♀	計
病 型	L	202	25	227(28.3%)	84	12	96(34.4%)	286	37	(29.9%)
	T	400	70	470(58.5%)	121	25	146(52.3%)	521	95	(56.9%)
	P	58	11	69(8.6%)	25	0	25(9.0%)	83	11	(8.7%)
	B	10	5	15(1.9%)	6	1	7(2.5%)	16	6	(2.0%)
	I	17	5	22(2.7%)	2	3	5(1.8%)	19	8	(2.5%)
計		687	116	803	238	41	279	925	157	1,082

この表における病型のLは Lepromatous, Tは Tuberculoid, Pは Polyneuritic, Bは Borderline, Iは Indeterminate の略称であり, 以下同様に略記する。この分類法はいわば国際分類法にインド分類法を加味した形式となっており, 基本的には国際分類法によっているが, インドのように大勢の患者を取り扱わなければならない地域での実際的な面でのインド分類法の長所である Polyneuritic を別に設けてある。実際にはそのほとんどは Tuberculoid の性状のものであろうと考えられる。

L型比は 29.9%であり, 日本の国立療養所全入所患者 72.2% (大村1965年⁴⁾), 沖縄愛楽園 59.7% (大城ほか1965年⁵⁾) に比べ著しく少なく, タイの Prapradaeng Leprosarium の47.4% (1965年) に比べてもさらに少ない。なお Uttar Pradesh におけるL型比は, 同州の Di-

表2 調査対象患者の病型, 性, 年齢別分布表

年 齢		病 型								計
		~ 9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~	
♂	L	1	12	63	95	66	39	8	2	286
	T	6	58	104	130	110	69	37	7	521
	P	0	3	13	15	29	13	10	0	83
	B	0	0	6	3	2	2	1	2	16
	I	2	6	4	5	1	1	0	0	19
	計	9	79	190	248	208	124	56	11	925
♀	L	1	0	5	10	12	7	2	0	37
	T	3	11	21	25	23	8	4	0	95
	P	1	2	2	4	0	2	0	0	11
	B	0	1	1	1	1	2	0	0	6
	I	3	5	0	0	0	0	0	0	8
計	8	19	29	40	36	19	6	0	157	
総 計		17	98	219	288	244	143	62	11	1,082

rectorate of Medical & Health Services である Dr. V. K. Sharma によると14.0~28.9%、山間部などでは38%というようなどころもあると報告されている³⁾が、いずれにせよ日本内地や沖縄に比べ著しく少ない。男：女比が5.9：1と著しく高いが、これはことに地方においては女性が大勢人の集まる所へ出たがらない風習が、ここでの診療のように大勢が野外に集まる形のところでは強く影響したためと思われる。表1において女性のほうが男性よりL型比がやや少ないが、男女間に病型別分布にあまり著しい差はみられない。また調査対象患者の病型・性・年齢別分布をみると表2のごとくである。

表2の病型別の年齢別分布においても男女間にあまり著しい差はみられず、L, T, P, Bは相似た分布を示し、Iのみが若年層にピークがあることも男女とも同様の傾向を示している。従って男：女比が風習に影響されて著しく高い値を示しているが、受診した女性患者の集団に、のちにのべる運動麻痺などの統計に影響を与えるような著しいかたよりはなかったと考えられる。

男女を合計した総対象患者の年齢別分布と、日本、沖縄の患者の年齢別分布を図1、2、3に示す。

新発生患者が著しく減少したために若年層が減少し高年齢化した日本に比べ、若年層の比率が高く、沖縄に比べても高い。この地域のらいがなお旺盛期にあることを物語っている。

II 調査成績

1. らい性皮疹について

まず最も著しい特徴は色素減退斑または色素減退を伴う皮疹が非常に多いこと

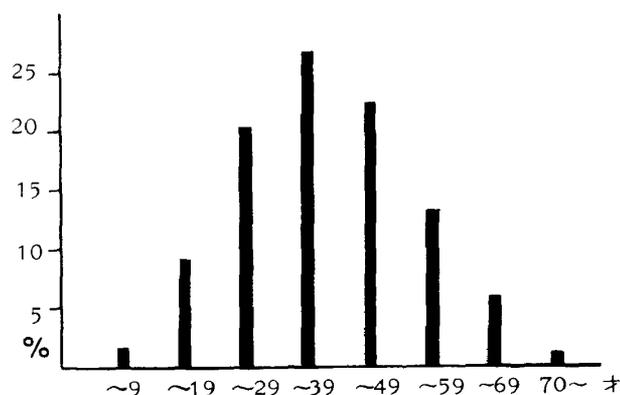


図1 GTP および ETW の患者の年齢別分布表

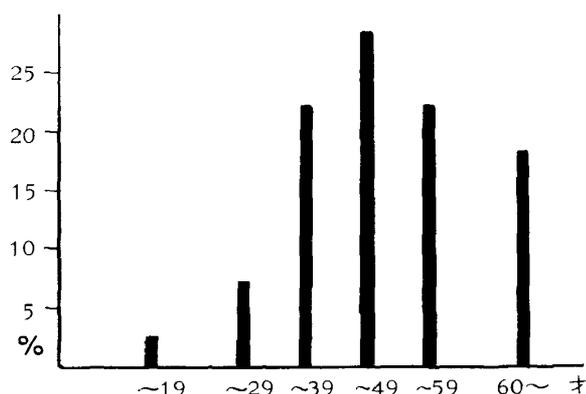


図2 日本の患者の年齢別分布表

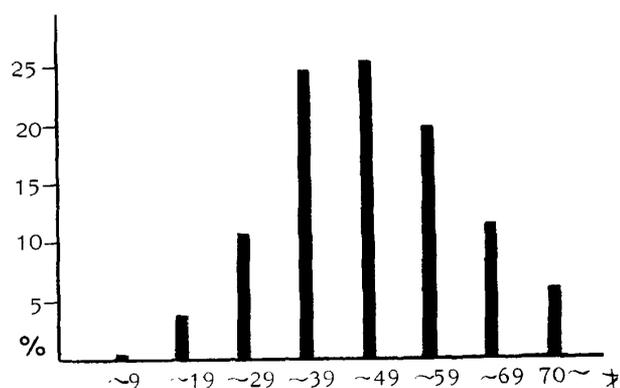


図3 沖縄の患者の年齢別分布表

である。Iの96.3%が色素減退斑であるのは当然として、Tでは94.6%が、Lでも21.1%が色素減退斑かまたは色素減退を伴う皮疹を有している。それらの中には、皮疹のうちあるものは色素沈着のある皮疹で、あるものは色素減退を伴った皮疹であるという例も含まれている。いずれにせよTではそのほとんどが色素減退斑または色素減退を伴った皮疹であり、さきに報告した沖繩やタイにおけるよりもさらに頻度が高い。そのために単純性白斑、癩風、続発性色素脱失あるいは乾癬などの患者がらいではないかと思っ診察をうけにくる場合がよくみられる。

以下各病型別にその皮疹について特にあげておくべきことを記す。

1) Lepromatous

Lでは境界不鮮明な色素減退斑の形での lepromatous macule が時々みられる。そうした日本では少ない lepromatous macule のような病変の極めて薄い患者がみられる。他方最近の日本ではもうみられないような著明な獅子顔を呈し、四肢、軀幹にも著明ならい腫、浸潤を有している例がみられるというように、皮疹の拡がりとは別として病変の軽いものからはなはだ著明なものまで広い範囲の変異がみられ、沖繩におけるごとく全般として日本より軽度の、薄い浸潤が多い⁹⁾という印象は得られなかった。らい性結節性紅斑は323名中20名(6.2%)にみられた。らい性結節性紅斑出現時における虹彩毛様体炎は非常に少なく、急性神経炎も強いものは少なかった。このことはのちにのべる失明、運動麻痺の少ないことの重要な原因となっている。

2) Tuberculoid

いわゆる Maculoanaesthetic に含まれる皮疹、典型的な Minor tuberculoid, 輪廓様の皮疹, Major tuberculoid などのほかに様々の像がみられ、輪廓様の色素減退斑の中に米粒大前後の小白斑が散在するもの、色素減退斑の周囲が細く赤褐色に堤防状に著明な隆起をしているもの、軽度の色素減退斑のまわりに花卉状にやや強い色素減退斑が並んでいるものなど興味ある皮疹がみられた。また巨大な皮疹が融合して軀幹の広い範囲を被っているものや、Tuberculoid としてはかなり多くの皮疹が発生し、血行性の撒布を思わせて対称性のごとくに分布しているものなどもあり、前記の様々の皮疹とともに、Tuberculoid の成立、進展が実際には非常に様々であることを推定させ、今後様々の症例についての継続的な観察、病理学のおよび免疫学的研究が必要であると考えられる。

3) Borderline

典型的なBの皮疹をもっている症例のほかに、皮疹に統一的なものがなく、ある部分の皮疹はTに近く、ある部分の皮疹はLに近いという外見の症例で、組織所見はBであるものがあり、さらに Karigiri にある Schieffelin Leprosy Research Sanatorium では顔面はL、胸部にはBの皮疹があり、上肢や腰部にはTの皮疹のある例をみる事ができた。

4) Indeterminate

I自身では特に変わったものはないが、境界不鮮明な貨幣大前後の色素減退斑が少数あり、あたかもIであるかのごとき外見を呈していて、組織学的には既にTであるものがあった。

表3 インド, タイ, 沖縄, 日本のL型患者における眉毛脱落の発生頻度

施設名	調査患者数	眉毛脱落患者数	%	注
インド				
GTP	227	182	80.2	1967
ETW	96	86	89.6	1967
タイ				
Korat Leprosy Colony	40	27	67.5	1966
沖縄愛楽園	489	288	58.9	1965(大城ほか) ⁶⁾
日本全国立療養所	3,068-3,196		92.1-95.0	1954-1959
松丘保養園			93.8	1963(武田) ⁷⁾
栗生楽泉園	100	82	82.0	1962(林) ⁸⁾
星塚敬愛園	100	65	65.0	1962(林) ⁸⁾

2. その他の症状について

1) 毛髪脱落

眉毛の脱落は軽度のものを含めるとかなり多くみられる。インド, タイ, 沖縄, 日本を比較すると表3のごとくである。

インドの発生頻度は日本のそれとあまり差がなく, 沖縄に比べて多い。このことは, インドにおけるLの皮疹が, 前述のごとく軽いものもあるが重症のものもあり, 全般的に日本に比べ浸潤の薄いものが多い沖縄とも異なっている。なお完全脱落はGTPで25.1%, ETWで20.8%であり, 全病型患者に対する比はGTP, ETWともに7.1%である。眉毛脱落とことなり頭髪の脱落は著明なものはなく, L型で5%, 全病型患者に対し1.5%に軽度の脱落がみられたにすぎない。

2) 失明

日本における身体障害者障害度等級の1級を基準として判定した。タイ, 沖縄, 日本の失明

表4 インド, タイ, 沖縄, 日本の調査患者における失明の発生頻度

施設名	調査患者数	失明患者数	%	注
GTP	803	0	0	1967
ETW	279	0	0	1967
Prapradaeng Leprosarium	1,069	10	0.9	1966
Korat Leprosy Colony	64	0	0	1966
沖縄愛楽園	850	22	2.6	1963(武田) ⁷⁾
大島青松園	626	78	12.5	1966(青松園)
多磨全生園	1,094	157	14.4	1965
松丘保養園	658	129	19.6	1963(武田) ⁷⁾

の発生頻度と比較すると表4のごとくである。

日本との差は誠に大きく、以下沖縄、タイ、インドの順に少なくなっており、その差は患者の病型別分布の差よりはるかに大きい。眼におけるらい腫性病変が少なく、またらい反応はかなりみられるのに反応時における虹彩毛様体炎が少ない。またのちにのべるように顔面神経麻痺が少ないことも、著明な兔眼による眼球、ことに角膜の外傷、また乾燥による損傷を少なくしている点で関係があると思われる。

3) 運動麻痺

顔面神経麻痺、手指屈曲、垂手、垂足について日本におけるいっせい調査と同様の基準で調べ、タイ、沖縄、日本の発生頻度と比較した。

i) 顔面神経麻痺

表5に示した。

ii) 手指屈曲

表6に示した。各手について1本でも手指の屈曲しているものも全部含めた。なおGTPとETWを合わせて361手の手指屈曲のあるもののうち、手指1本のみ屈曲しているもの52手、2本のもの42、3本41、4本95、5本131であった。

表5 インド、タイ、沖縄、日本の調査患者における顔面神経麻痺の発生頻度

施設名	調査患者数	顔面神経麻痺のある患者数	%	注
GTP	803	27	3.4	1967
ETW	279	9	3.2	1967
Prapradaeng Leprosarium	1,069	131	12.3	1966
Korat Leprosy Colony	64	6	9.4	1966
沖縄愛楽園	850	(兔眼例)162	19.1	1963(武田) ⁷⁾
松丘保養園	617	382	61.9	1959(荒川) ⁹⁾
栗生楽泉園	123	65	53.0	1956(小林) ¹⁰⁾

表6 インド、タイ、沖縄、日本の調査患者における手指屈曲の発生頻度

施設名	調査手数	手指屈曲のある手数	%	注
GTP	1,606	256	15.9	1967
ETW	558	105	18.8	1967
Prapradaeng Leprosarium	2,138	963	45.0	1966
Korat Leprosy Colony	128	59	46.1	1966
沖縄愛楽園	1,638	1,096	65.3	1965(大城ほか) ⁵⁾
多磨全生園			70.0	1962(立川) ¹¹⁾

iii) 垂 手

表7に示した。

iv) 垂 足

表8に示した。

以上の表をみると GTP と ETW はほぼ類似した値を示している。そして垂手においては発生頻度が日本>タイ≒沖縄>インドとなっているが、あとはいずれも日本>沖縄>タイ>インドとなっている。そして沖縄とタイの差はそれほど大きくないが、タイとインドの差はかなり大きい。日本とインドの間でことに差の大きいのは垂手と顔面神経麻痺である。

調査対象患者においてインドと日本あるいは沖縄と著しく異なっている点は、前にものべたように患者の病型別分布、年齢別分布、性別分布である。これらの分布の相違が、運動麻痺の発生頻度の数値にどれだけの影響を及ぼしているかを検討する必要がある。まず病型別分布についてであるが、最も影響の大きいのはLとTである。GTP と ETW を合計したものについてLとTの患者における各麻痺の発生頻度をあげてみると、顔面神経麻痺はL3.7%, T3.1%, 手指屈曲は手数でL19.0%, T14.4%, 垂手はL0%, T0.2%, 垂足はL0.9%, T3.9%で

表7 インド, タイ, 沖縄, 日本の調査患者における垂手の発生頻度

施設名	調査患者数	垂手のある患者数	%	調査手数	垂手数	%	注
GTP	803	2	0.2	1,606	2	0.1	1967
ETW	279	1	0.4	558	1	0.2	1967
Korat Leprosy Colony	64	2	3.1	128	2	1.6	1966
Nonsomboon Leprosarium	43	1	2.3	86	2	2.3	入所時検査
沖縄愛楽園	819	14	1.7	1,638	17	1.0	1965(大城ほか) ⁵⁾
大島青松園	627	87	13.9	1,254	111	8.9	1965(青松園)

表8 インド, タイ, 沖縄, 日本の調査患者における垂足の発生頻度

施設名	調査患者数	垂足患者数	%	調査足数	垂足数	%	注
GTP	803	28	3.5	1,606	38	2.4	1967
ETW	279	7	2.5	558	11	2.0	1967
Prapradaeng Leprosarium				2,138	207	9.7	1966
Korat Leprosy Colony	64	7	10.9	128	11	8.6	1966
Nonsomboon Leprosarium	43	1	2.3	86	2	2.3	入所時検査
沖縄愛楽園	819	154	18.9	1,638	223	13.6	1965(大城ほか) ⁵⁾
大島青松園	627	166	26.5	1,254	282	22.5	1965(青松園)

ある。垂手と垂足においてはLよりもTのほうがわずかながら頻度が高い。従ってインドにおいて日本よりもLが少なくTが多いということは、垂手、垂足についてはむしろ日本とインドの発生頻度の差を少なくする方向に影響を及ぼしているわけである。顔面神経麻痺と手指屈曲においてもLとTの間にはあまり差がない。いちおう、これらの麻痺について、インドの患者がインドにおける各病型別の発生頻度をもって、病型別分布は日本あるいは沖縄と同じであったとして、それらの発生頻度を換算して比較してみると表9のごとくである。いずれの麻痺においてもこの換算による値の変動は小さく、換算しても発生頻度の値は依然として日本、沖縄のそれに比べはるかに少ない。従って病型別分布の差は、日本、沖縄とインドの間の発生頻度の差の形成には影響を及ぼしていないといえる。次に年齢別分布についてであるが、まずGTPとETWを合わせた年齢別発生頻度をみると表10のごとくである。

垂手は症例が少ないので明らかでないが、顔面神経麻痺、手指屈曲、垂足については高年齢層に頻度が高い傾向がみられる。そしてインドにおける患者の年齢別分布は、前に記したように、日本、沖縄より若年層の比率が高い。そこでもしインドの患者が各年齢群における発生頻度をそのままとして、年齢別分布が日本あるいは沖縄と同じ分布をとったと仮定して、運動麻痺の発生頻度を換算すると表11のごとくになる。

この場合にも、換算による値の変動は手指屈曲を除くとわずかであり、手指屈曲も含めていずれの麻痺についても、その換算値は日本、沖縄の発生頻度に比べはるかに少ない。従って年

表9 インドにおける運動麻痺発生頻度の日本・沖縄の病型別分布による換算比較表

症 状	GTP+ETW (A)	(A)を沖縄の病 型別分布で換算 した値	(A)を日本の病 型別分布で換算 した値	沖 縄	日 本
顔面神経麻痺	3.2%	3.5%	3.5%	19.1%	69.1%
手 指 屈 曲	16.9	18.3	19.5	65.3	70.0
垂 手	0.3	0.2	0.2	1.7	13.9
垂 足	3.2	2.2	1.9	18.9	26.5

表10 GTP および ETW における運動麻痺の年齢別発生頻度 (%)

症 状	年 齢							
	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~
顔 面 神 経 麻 痺	0	0	1.4	3.1	6.1	4.9	0	9.0
手 指 屈 曲	5.9	12.2	18.3	25.7	27.0	25.2	30.6	9.1
垂 手	0	1.0	0	0	0	1.4	0	0
垂 足	0	0	0.9	2.8	4.9	9.0	0	0

年齢別分布の差も、日本、沖縄とインドの間の発生頻度の差の形成にあまり影響を及ぼしていない。次に性別分布についてであるが、性別による病型別分布、年齢別分布には前記のごとくあまり差はなかった。そして各運動麻痺について GTP と ETW 別に男女別でその発生頻度をみみると表12のごとくであり、いずれにおいても男のほうが女より頻度が高い。従って今回の調査対象患者の男女比が著しく高いことは、男女を合計した患者についての頻度を高くする方向に影響を及ぼしており、今回の調査対象患者が日本あるいは沖縄の男女比と同じ比をとったとして換算すると、インドと日本、沖縄との間の発生頻度の差はさらに増すことになる。

なお Noordeen ら^{12,13)} は field condition における DDS による治療が身体障害をますのではないかといっている。今回の調査対象患者は、アジア救らい協会によりはじめて治療を受けたものが多く、また初診の患者も含まれているので、DDS による治療歴の点では、平均すると日本の患者よりは短いと考えられる。そこで日本におけるスルフォン剤使用以前の運動麻痺の発生頻度をみみると、1930年の林の報告¹⁴⁾では顔面神経麻痺42.2%、手指の変化81.1%、垂手6.2%、垂足23.0%となっている。ただし手指の変化については「小指球、拇指球の萎縮軽度なるものおよび小指、環指のわずかに屈曲せるもの等を軽度とした」となっており、小指球や拇指球の軽度の萎縮があるのみのもも軽度の変化として含まれているので、比較がむずかしい。「軽度」を除くと小指、環指のわずかに屈曲したのもも除かれてしまうのであるが、いちおう「軽度」を除くと53.7%となり、それでも GTP の15.9%、ETW の18.8%に比へは

表 11 インドにおける運動麻痺発生頻度の日本・沖縄の年齢別分布による換算比較表

症 状	GTP+ETW (A)	(A)を沖縄の年 齢別分布で換算 した値	(A)を日本の年 齢別分布で換算 した値	沖 縄	日 本
顔面神経麻痺	3.2%	3.5%	3.9%	19.1%	69.1%
手 指 屈 曲	16.7	24.1	25.4	65.3	70.0
垂 手	0.3	0.4	0.3	1.7	13.9
垂 足	3.2	3.7	4.1	18.9	26.5

表 12 インドにおける運動麻痺の性別発生頻度

症 状	調 査 地 性	GTP		ETW	
		♂	♀	♂	♀
顔 面 神 経 麻 痺		3.5%	2.6%	3.3%	2.4%
手 指 屈 曲		22.3	17.2	29.4	14.6
垂 手		0.3	0	0.4	0
垂 足		3.8	2.6	2.9	0

るかに高い。これらの林の数値と、日本における最近の数値との比較は、患者構成の種々のちがいを考慮にいれなければならないので、ここでは省略し、また日本の場合は field condition における治療ではないのであるが、いずれにせよ Noordeen らのいうように一概に DDS による治療が身体障害をますということとはできないと考える。いずれにせよこのスルフォン剤使用以前の日本の発生頻度と比較してもなおかつ GTP, ETW の頻度ははるかに低い。

以上のべたことからインドにおける今回の調査患者の病型別分布、年齢別分布、性別分布が日本、沖縄と異なっているということは、インドと日本、沖縄の間の運動麻痺の発生頻度の差の形成にはあまり関係がないということができ、また DDS 治療の問題もあまり影響していないということができるので、発生頻度の差はインドと日本、沖縄のらい症状の本質的な差によるものであるということができるといえる。

手指屈曲とともに日常生活の不自由さをもたらす症状である拇指対立麻痺は GTP で患者数の比において7.7%、手数之比で5.5%にみられ、ETW は患者数の比で6.1%、手数之比で4.7%にみられ、やはり非常に少ない。

4) 鼻梁陥没

タイのらい症状について報告した際にもものべたが、インドでも鼻梁陥没はかなり多くみられる。眼球のらい性変化は前述のごとく日本に比べ極めて軽度であるが、鼻梁陥没はかなり多くみられるというように、部位によって日本との間に侵襲頻度に差のあるものとあまりないものがある。鼻梁陥没は GTP 8.8%、ETW 11.8% であるが、いずれも L 型患者であり、L 型患者についての比をみると GTP 31.2%、ETW 34.3% であり、スルフォン剤使用以前の日本の統計である田尻の1934年の報告¹⁵⁾において L で34.5%という数字にほぼ近い。

5) 足穿孔症

足穿孔症は GTP, ETW と同じく6.4%の患者にみられた。この値はタイの Korat Leprosy Colony の25.0%、沖縄愛楽園の30.3%、日本の全国立療養所の10.0%に比べ低い値である。足の知覚麻痺の頻度については今回は調べなかったため、それについては何ともいえないが、GTP, ETW とともに平原地帯の柔らかい土壌の土地であることが一つの影響を与えているのではないかと思われる。

III む す び

以上のべたらい症状の特徴を総合すると、インドにおいては Tuberculoid の比率が高い。全般に色素減退斑または色素減退を伴う皮疹がしばしばみられる。ことに Tuberculoid はそのほとんどが色素減退斑または色素減退を伴う皮疹をどこかに有している。Tuberculoid では時に Indeterminate と誤られやすいような初期の軽度のものもみられる。しかし他方、はな

はだ著明なものもあり、日本ではみられないような広範囲の Major tuberculoid がみられたりする。また Tuberculoid の進展に様々の種類があることを思わせる様々の像がみられる。Lepromatous でも浸潤の薄い Lepromatous macule がよくみられ、日本では少ない色素減退斑としての Lepromatous macule がみられたりする。しかし他方、現在の日本ではみられないような著明な獅子顔を呈するものもある。Lepromatous, Tuberculoid とともに非常に皮疹の種類幅が広い。しかしとにかく良性の Tuberculoid の比率が高く、また Lepromatous ではらい反応時に虹彩毛様体炎やはげしい急性神経炎を起こすことが少ない。らい反応時に著明な虹彩毛様体炎を起こしたり、はげしい急性神経炎を起こしたりして、視力障害や運動麻痺をあとに残すおそれが多い日本に比べると、その点では Lepromatous の治療がインドではいくらか容易であるように思われる。ことに Lepromatous macule あるいはそれほどではないにしても、薄い浸潤のものは治りやすいのが普通である。つぎに失明が極めて少ないと思われる。運動麻痺が日本に比べて少なく、ことに顔面神経麻痺と垂手においてその差が著明である。今回調べた運動麻痺の中では垂手が最も日常生活に支障をもたらすが、それが極めて少なく、両側性の垂手は今回は1名もなかった。日常生活に重大な支障をもたらす失明と垂手の少ないことは、インドのらい対策に非常に大きな影響を与える。良性で周囲への感染の危険も少ない Tuberculoid の比率が非常に高く、Lepromatous ではらい反応時に視器、神経の急性炎症が少なく、全般的に失明や各種の運動麻痺が少ないということは、インドが現在主な体系としてとっている外来診療制度を、極めてやりやすくしている。らい反応時の視器、神経の急性炎症が少ないことは、患者を入院させて常時医師の観察下においておく必要を少なくし、失明や運動麻痺の少ないことは、その生活の補導やリハビリテーションのための医療を与える必要のある患者が少ないことを意味するわけであり、入院させる必要のある患者がそれだけ少ないことになる。

日本では、公的らい対策が始められた時が隔離収容を基本的な考えとする時代であったせいもあり、また患者数もそれほど多くはなかったために、収容制度をとり、その後少しばかり修正されてはきたが、現在までその基本的な体制は変えられずにきた。インドではその広い国土に生活する膨大な数の患者をかかえており、到底日本のように多数の職員を必要とする形態の療養所にそれらを収容することはできないという事情もあり、スルフォン剤の出現がらい対策についての考え方を次第に改めさせてきたこともあって、外来診療制度をその主なる体系とした。インドのらい対策はきちんと体系づけられ、従事者と施設の数はまだまだ足りないながらもよく組織化された対策事業を行っており、また数少ないが療養所、病院にはリハビリテーションの面などで非常に高い水準のものがある。しかし何といたっても療養所などに収容される患者の数は全体に比べると極めて少ないが、以上のべたインドのらい症状の特徴を考えると、インドは外来診療制度をもって主なる体系としてやってゆきやすい条件をもっているといつてよ

い。これに対し日本の場合は、やはり収容制度を基本とすべき条件があったといえる。隔離すべき Lepromatous の患者が多いということもあり、また身体障害が著明で社会の偏見や就業不能による生活苦から守ってやる必要のある患者が多かったわけであり、また医師の観察下におくべき患者も多かったわけである。日本の収容制度に対する批判も、インドや東南アジアの諸国でとられている外来診療制度に対する批判も、単なる観念論によってなされるべきではない。それとともに今後、ある国、または地域でのらい対策の方針をきめるには、その国または地域のらい症状の特徴をよく把握することが大切であり、外来診療制度に重きをおくのは当然として、収容制度にどのくらいの比重をもたせるかは、らい症状の特徴を把握した資料に基づいて決定すべきであろう。

らいに対する偏見を是正させ、らい患者を潜伏させず、治療中の患者がその職業を続け、患者家族の生活に影響を与えず、収容制度におけるような治療後の社会復帰に関する様々の困難な問題も起こらない等の外来診療制度の長所を十分生かす条件がインドにはある。ただ問題は接触児童の発病防止と、外来診療におけるいわゆる“absentee”をいかに少なくするかである。

文 献

- 1) 岡田誠太郎ほか「タイの癩に関する現地調査報告, I, タイの癩症状の特徴について」『レプラ』35巻, 198, 1966.
- 2) Wardekar, R. V. "Leprosy problem in India," Internat. Leprosy Seminar, Agra—1967.
- 3) Sharma, V. K. "Leprosy and Uttar Pradesh," Internat. Leprosy Seminar, Agra—1967.
- 4) 大村潤四郎「国立癩療養所入所患者実態調査」『レプラ』34巻, 201, 1965.
- 5) 大城新蔵ほか「愛楽園入園患者の現状について」『沖縄医学会雑誌』復刊5巻, 117, 1965.
- 6) 岡田誠太郎「沖縄のらい性皮膚疹について」『長島紀要』12号, 53, 1964.
- 7) 武田正之「琉球の癩, 殊にその眼症状について(松丘保養園との比較)」『レプラ』32巻, 165, 1963.
- 8) 林喜久夫「療養所(楽泉園, 敬愛園, 和光園)入園患者の眼症状の比較」『レプラ』31巻, 56, 1962.
- 9) 荒川巖「六区分法による顔面神経麻痺の調査成績」『レプラ』29巻, 32, 1960.
- 10) 小林茂信「癩性麻痺の臨床的観察(2)顔面神経麻痺」『医療』10巻, 576, 1956.
- 11) 立川昇ほか「沖縄愛楽園, 宮古南静園の入園者の実態調査についての報告」第17回国立病院療養所総合医学会, 1962.
- 12) Noordeen, S. K. and H. Srinivasan. "Epidemiology of disability in leprosy. 1. A general study of disability among male leprosy patients above fifteen years of age," *Internat. J. Leprosy*, Vol. 34, 159, 1966.
- 13) Srinivasan, H. and S. K. Noordeen. "Epidemiology of disability in Leprosy. 2. Factors associated with low disability," *Internat. J. Leprosy*, Vol. 34, 170, 1966.
- 14) 林芳信「癩の神経症状に就て(一)」『東京医事新誌』2692号, 2063; 「同(二)」同誌2693号, 2111; 「同(三)」同誌2694号, 2176, 1930.
- 15) 田尻敢「呼吸器の癩(第2報)鼻の癩」『レプラ』5巻, 467, 1934.