

フランスにおける結核流行と公衆衛生

大 森 弘 喜

序 問題の所在

19 世紀中葉における肺癆の流行

- 1 結核の本態
- 2 「佳人の病」か、「貧民の病」か
- 3 パリの死亡構造に見る肺癆死
- 4 (補説) ロンドンにおける肺癆蔓延 (以上本号)

肺癆をめぐる言説 - 19 世紀中葉まで -

- 1 近世の肺癆観
- 2 19 世紀前半の肺癆研究

「国民病」としての結核

19 世紀末から 20 世紀初めのパリにおける結核蔓延

結核の防遏

序 問題の所在

病気¹⁾は時代を映す鏡である。

ヨーロッパ中世にペストが猖獗をきわめたのは、マクニールによればモンゴル帝国によるユーラシア大陸征服と深く結びついている。13 世紀半ば雲南省とビルマに侵入したモンゴル騎兵隊は、この地の風土病であった

1) 学問的に言えば「疾病」、あるいは大和言葉の「^{ヤマイ}病」の方が正確だが、本稿では日常的な「病気」という語を使用する。「病気」は、本来「気の病」とか「病は気から」などと云われるように、病因として「こころ」や「精神」を重んずる気味が感じられるが、現代では「肉体的・精神的な疾病」を指しているため、支障はないと思われるからである。

ペストを先ずは中国へ、さらに草原地帯を経てヨーロッパへと伝播したという。1331年ヨーロッパに先駆けて中国で腺ペストが大流行し、折からの内乱と重なり人口を半減するほどの激甚なる被害をもたらした。さらにモンゴルの西進とともに、腺ペストは1347年クリミア半島カフファに上陸し、またたく間にヨーロッパ全土に侵入し、農村人口を激減させ、封建制の基礎を揺るがすほどの影響を与えた。周知のように腺ペストは、クマネズミなど嚙歯類ゲッシとそれにたかるノミ(ケオブスネズミノミ)を宿主とする病原菌(パストゥーレラ・ペスティス)が病因だが、この三者は中央アジアなどの草原地帯に潜んでいたものが、モンゴル軍により西方へと運ばれた、とマクニールは推論している。[マクニール,1976, p140-154²⁾

16世紀初め、スペイン人が西インド諸島と中南米を極めて短日時に、しかも左程の軍事力をも行使せずに征服し旧植民地体制を構築しえたのも、マクニールの見解によれば「大陸を越えての疾病交換」に因るものだった。インディオはヨーロッパ人がもっていた疫病への免疫力を欠いていたから、ヨーロッパ人がそれと知らずに持ち込んだ疫病に罹り、命を落とした。先ず1518年にイスパニョラ島を襲った天然痘は、2年後にメキシコに上陸し、さらに中南米を南下して1526年頃にインカに到着し、行く先々で住民だけでなく国王とその継承者たちをも死滅させた。次いで、はしか、発疹チフス、インフルエンザが「征服者たち」によって、後れてアフリカ由来のマラリアと黄熱が奴隷と共に中南米一帯に持ち込まれ、免疫をもたないインディオを死滅の淵に追いやったのである。[マクニール,1976, p181sq³⁾

2) マクニールは腺ペストの原発地が上述のように雲南省・ビルマー帯と満州・モンゴリアー帯ではないかと述べている。[マクニール,1976, p150] フランスの歴史家モニク・リュスネは、ロシアとイギリスの二人の考古学者の墳墓調査にもつき、天山山脈の北側、バルハシ湖、イリ河、イシク・クル湖周辺の中央アジアをペストの原発地を推定している。「リュスネ,1985, p15」同様の指摘は[蔵持不三也,1995, p56]にも認められる。

3) だがペルー等の比較的高地に住むか、密林に孤立して居住するインディオの種族は旧世界の疫病との接触頻度が低かったため、絶滅を免れ種族として存

逆に、スペイン人は西インド諸島とくにイスパニョラ島から梅毒をヨーロッパに輸入したと云われている。クリストファ・コロンブスに率いられたスペイン人が現地の女性インディオと性的交渉をもち、梅毒に感染して帰国し、この病気を先ずはスペインに広めた。また、コロンブスは帰国に際し現地で調達した多数の売春奴隷を連れ帰ったが、彼女らを介して梅毒が急速に流行したとも云われる。その後、シャルル8世のナポリ遠征時にフランス軍隊やナポリ軍によって、この新種の性病が、ヨーロッパから更に遠くアジアにまで蔓延したのである。[立川昭二,1971, p92sq; C. ケテル, 1996, p54sq⁴⁾

続できた。ところで、インディオの余りにも早い死滅は、次のドイツ人宣教師の言葉に象徴されている。「インディオは余りにも簡単に死んでしまうので、スペイン人の姿を見、その臭いを嗅いただけで息絶えてしまうほどだ」と。[マクニール, 1976, p190]

- 4) C. ケテルによれば、この新種の性病が西インドからコロンブスによってスペインのバルセロナに輸入されたとの説を主張したのは、流行からおよそ30年後の1520年から30年代の3人の医者たちだった。すなわち、オビエード・イ・バルデスはその著作『インド諸島における博物学概要』(1526)と『インド諸島の博物学通論』(1536)で、ディアス・デ・イスラは1539年に著した「蛇病」つまり梅毒に関する概説書で、バルトロメ・デ・ラス・カサスはその著作『インド諸島の一般史』で、梅毒のアメリカ起源説を説いている。その後、モンテスキューやヴォルテールら偉大な作家がアメリカ起源説を支持したことにより通説となったという。[ケテル, 1996, p57-64]

だが、その当時からこの説には反論があり、現代でもマクニールはこの通説に異を唱えている。彼は梅毒を起こさせるスピロヘータと同じ菌フランベジアが中世ヨーロッパに存在し、ハンセン病と似た症状のためハンセン病に分類されていたのだが、ペスト(黒死病)流行のあと、伝染の仕方が変わったのだと云う。それまでフランベジアは皮膚から皮膚へ直に感染したのだが、それが難しくなったために性器の粘膜を通して宿主から宿主へと移行する方法を見出したのだと云い、「この病気は新大陸との接触とは関係なしに起こったに違いない」と主張する。[マクニール, 1976, p162, 197] 最近の研究も梅毒の新大陸起源説には疑問を呈している。[池田光穂, 2000, p277]

もしそうだとするなら、彼の云う「大洋を越えての疾病交換」という魅力的なテーマは色褪せてしまうことになる。なぜならヨーロッパ人が新大陸に持ち込んだ病気は、天然痘・麻疹・ジフテリア・百日咳・発疹チフス、後にマラリヤ・黄熱病・など挙げられるのに、新世界には征服者たちに「それと交換すべき」疾病が何もなかった、ということになるからである。上記の池田光穂氏もマクニールの「疾病交換」を踏襲している。[池田光穂, 2000, p274]

19世紀に世界的流行を見るのは真性コレラ（アジアコレラ choléra morbus）である。このときの疫病の「伝道者」はイギリスの軍隊と商人たちであった。世界に先駆けて産業革命を遂行しつつあったイギリスは、綿工業の市場確保の観点からも、世界の軍事戦略の観点からもインドの領有と植民地化を進めてゆくのだが、それがコレラの世界的流行を惹き起こすことになった。真性コレラはもともとガンジス河口のデルタ地帯に常在する風土病だが、ベンガルに拠点をおきインド経営に専念するイギリス東インド会社やイギリス軍は、ガンジス河上流域へと活動範囲を広げていった。こうして1817年コレラは初めてインド亜大陸の境界を越え、陸路ではネパール人やアフガン人を介して西漸しカスピ海沿岸まで辿りつき、その途々多くの住民を恐怖に陥れ死に追いやった。[見市雅俊,1994, p18sq^f] 海路による伝播は、東方へはセイロン、インドネシア、中国を経て1822（文政5）年には日本にまで及んだ。西方へは、アラビア海の奴隷貿易の拠点マスカトをイギリス軍が1821年に攻撃したときにコレラを持ち込んだようであり、この港から奴隷商人らによりアフリカ東海岸一帯に伝播した。[マクニール,1976, p235sq]

だが、言葉の真の意味での世界的流行は1830年前後の第2回パンデミイで、この悪疫は一挙にその版図を広げ、ロシア、北欧、西欧を経て南欧を侵し、ヨーロッパを混乱と恐怖の極みに陥れた。さらに特筆されるのは、このときムスリム巡礼に同道し、コレラがメッカに定着しそこに常在するようになったことである。

-
- 5) 近年の医療人類学研究に触発された「開発原病としてのコレラ」という視点は斬新で、恐らく事実はその通りであろうと思う。だが、見市雅俊『コレラの世界史』では、コミュニケーションの発達とくに鉄道建設が、病気伝播に決定的役割を果たしたように説かれており、違和感を抱かせる。周知のようにインドで最も早い鉄道開通でも1854年だからこの説明は妥当しない。従って「開発原病としてのコレラ」は斬新で魅力的なテーマだが、その関連性が納得的には叙述されていない。この点の批判については[大森弘喜,2004, p70]脚注2を参照せよ。

コレラはその激越な症状と病人の相貌の変化が人々を恐怖のどん底へと落とした。前駆症状の下痢に引き続き、下痢・嘔吐が頻繁に起こり、脈拍は速くなり身体は衰弱し精神が錯乱する。発熱と悪寒、体温低下と脱水症状、戦慄のなかで、発病から三日足らずの間に息絶える。顔の形相は骨と皮だけになり、色は青黒く鉛色に変色する。当時のヨーロッパでは骸骨の姿をしたコレラが描かれる。その致死率が50%と驚異的に高いのも人々を震え上がらせた。⁶⁾

コレラは19世紀に5度の世界的流行をかぞえ、世界各国に医学的な原因解明の努力と同時に、公衆衛生的な措置を求めていった。病因では後述するように二つの相対立する考えがあったが、折からの自由主義的思潮の隆盛と符節を合わせるように、コンタギオン説は瘴気説に圧倒されるようになった。ヒトからヒトへ、接触によって病気がうつるとすれば、病人を隔離して健常者から引き離せば、病気の蔓延を防げる筈だ、とコンタギオン説は唱えるのだが、二度の黄熱流行の経験がこれを否定するのに役立った。一つは1803年にサント・ドミンゴ島における叛乱鎮圧に派遣されたフランス軍が黄熱に罹り壊滅状態になったこと、もう一つは、1822年にバルセロナで発生した黄熱の調査に赴いたフランス政府調査隊が、二つの患者集団に全く接触がないにもかかわらず感染した事例を認めたことである。コンタギオン説は急速に支持を失い、瘴気説が優勢になった。[マクニール,1976, p238]

コンタギオン説が不人気なのは、微生物が疫病を起こすことへの感覚的な反撥もあるが、この説に立脚する「隔離政策」が強権的で、自由を束縛することも有力な要因であった。この点で最も象徴的な出来事は、1851年以來半世紀に亘って断続的に開かれた国際衛生会議で、コレラ防遏が一

6) わが国ではコレラの恐怖と劇症性を表現するためか、「虎狼痢」・「虎列刺」の当て字が使われ、また民間では「三日コロリ」と呼んだ。日本のコレラとくに安政5年の流行については、[立川昭二, 1998, p215; 富士川游, 1911, p213-247]を参照せよ。

貫して論議されたが、イギリス代表はそのつどコンタギオン説を否定し瘴気説を主張し、従って「隔離と検疫」に反対し続けたことであろう。[ジョーンズ,1975] 自由貿易帝国イギリスにとって、自由な通商と自由な軍隊移動は世界戦略上けっして譲れぬ原則だったからである。

コレラを含む疫病の蔓延を瘴気説で説明しようとする環境は大都市に整っていた。産業社会への転換は工業化と同時に都市化を加速化させた。地方都市でも首都でもヨーロッパの都市は城壁で囲まれ、したがって空間には自ずと限界があったが、19世紀の自由主義的改革は人々の自由な移動を許したし、やがて登場した鉄道はそれをいっそう簡便化したから、首都を中心に人口爆発が起きた。陸続として押し寄せる地方人や農民を受け入れる余地は狭小であり、都市は過密化し、機能不全をきたすようになった。その端的な現われは居住環境の悪化である。住宅市場はそれ程弾力的ではないから、家賃は高騰し、居住空間は狭小になった。寝るだけの空間確保が優先され、衛生は軽視されたので、都市の再生産循環が機能麻痺に陥るのも止むを得ないことだった。人間排泄物と生活排水の処理は旧態依然のまま、その悪臭は都市住民を辟易させた。⁷⁾ ゴミの回収は昔ながらの屑屋に任されていたが、その処理能力にも限界があるだけでなく、その存在自体が悪臭の根源であった。かくて大都市には例外なく「不衛生住宅」がたち現れ、不衛生な貧民が堆積した。

瘴気は、本来は「動植物の腐敗や淀んだ水から立ち上る毒気を含んだ気体」を指していたものが、どんどん拡大解釈され今や、不衛生な環境から発生する悪臭、土中から発散するガスをも指すようになった。都市不衛生

7) パリでは1348年にペストが猖獗をきわめた折に、ゴミや排泄物を住宅前の路上に捨てず、市壁の外に設けられたゴミ捨て場に運ぶこと、道路清掃は各自が行うべしとの王令が出された。以後19世紀に至るまで、疫病流行のたびにこの種の王令がくり返し発布されたがほとんど遵守されることはなかった。[シャルチエ,1995, p211; フラン克蘭, 2007, p18sq] パリの住民は19世紀半ばまで室内用便器の中身やゴミを道路に捨てる慣行（「すべてを道路へ」）を止めなかった。

と分かち難く結びついた瘴気が、病気の原因だとする説を人々が信じたとしても無理からぬところだった。なぜならそれは人間の五感に訴えるだけの現実を具えていたからである。

こうして瘴気説に依拠して都市の衛生工学的な改革がすすむ。とくにイギリスでは救貧行政と表裏一体の関係でチャドウィックの衛生改革がなされる。フランスでも七月王政期に、パリの都市改造事業に組み込まれるかたちで公衆衛生が進捗する。

さて、本稿の主題である結核もまた 19 世紀を代表する疫病である。コレラが劇症型疫病の代表とするなら、結核はじわじわと肉体を蝕む慢性的疾病の代表であろう。日本や欧米などいわゆる工業先進国では 20 世紀半ばまでに制圧された観のある結核だが、途上国ではいまなおその感染力は衰えを見せていない。⁸⁾ それはさておき、結核は人類の歴史とともに古い病気であり、過去 3 千年にわたり盛衰を繰り返してきた。幾つかの細菌はヒトにも動物にも病気を起こさせるが、結核もそうした病気の一つで、ヒトの結核はウシの結核の亜種と見なされるものらしい。⁹⁾ 確かな結核症と

8) 先進工業国では第二次大戦後に発見・開発された抗生物質ストレプトマイシンなどの劇的効果で、結核の死亡率は眩目的に減少し、かつての「国民病」として恐れられた記憶すら稀薄になっている。だが近年では抗生物質が効かない「多剤耐性結核菌」が現れ、抵抗力のない高齢者を中心に襲っている。(再興感染症) 他方、途上国では今でも結核は猛威を振るっており、その勢いは衰えを知らない。WHO(世界保健機構)によれば、1990年に全世界で結核に新たに罹患した人は 800 万人、死亡者は 290 万人を数える。罹患患者数の上位 3 者は、東南アジア 247 万人、中国 212 万人、アフリカ 116 万人。死亡率(人口 10 万対)の上位 3 者は、アフリカ最低 91 - 最高 100、東南アジア最低 63 - 最高 72、中国最低 63 - 最高 72 である。[Enarson & Murray, 1995, p59-60] 別の資料で、1995 年と 2000 年の全結核罹患率(人口 10 万対)を、若干の国について比較すると次の通りである。フィリピン 346 170、タイ 77 54、インド 130 110、ボツワナ 383 603、マラウイ 198 208、タンザニア 133 155、ブラジル 55 46、ペルー 192 150 等である。とくにアフリカで結核が蔓延していることが窺える。[結核予防会 2005, p26-27]

9) ヒト型結核はウシにはうつらないが、その逆はあり得る。ヒト型結核は主に肺に起こるが、ウシ型結核は通常は肺感染症をおこさないという。古代エジ

云える最古の事例は、紀元前1千年エジプト第21代王朝の、アムンの神官ネスバハンのミイラである。これは1891年にテーベ付近で発掘された44体のミイラの一つだが、胸部下部と腰部上部の脊椎骨に広がる破壊、右腰筋の大きな潰瘍に沿って認められるギブス形成と損傷が、脊椎カリエス¹⁰⁾を示すものだという。[Haas, 1995, p4; 岡西順二郎, 1973, p5]

紀元前5世紀ころのヒンドゥー人が「咳」、「消耗させる病気」と呼称したもので、古代ギリシヤ人が「フティジス phthisis」、古代ローマ人が「タベス tabes」と呼称したものは、「消耗性の病」、「癆症」であり、今日の結核であった。英語圏では同じ症状を示す意味で *consumptive*, *consumption* が通常用いられた。¹¹⁾ 西洋医学の父ヒポクラテス (B.C. 630~?) は、癆症がギリシヤで風土病化しているさまを次のように記述している。「エーゲ海の北方にあるタソス島で猖獗をきわめている病気のなかで、癆症ほど甚大な刈取りをしているものは他にない。それは全ての病気の中でもっとも悪性であり、もっとも処置が難しい。それゆえ最大の死をもたらしている」と。[Haas, 1995, p6]

ヨーロッパ近世に一時鳴りを潜めていた観のある癆症は、近代の産業化と都市化の時代に入ると爆発的に流行し、「国民病」と呼ばれるほどに広

プトの結核がウシ型結核によるものではないかとの疑問も、それゆえ根拠がないとは云えない。というのは、エジプトのファラオは身体各部所に専門医を抱えていたが、肺については専門医が見当たらないからだという。[Haas, 1995, p3-4] 岡西氏も、医学論文を記したパピルスには外科・産科などの記述はあるが、「ふしぎなことに結核についての記述は見当たらない」という。[岡西順二郎, 1973, p7] ヒト型、ウシ型のほかにトリ型結核菌もあるが、これは人体には殆ど無害である。

- 10) 脊椎カリエスは「ポット病」とも呼ばれるが、これはイギリスの外科医パーシヴァル・ポット Percival Pott (1713-1788) の発見に由来する。彼は聖バルトロメオ病院の外科医でポット病、正確には「結核性脊柱彎曲症」などについて優れた業績を残した。[川喜田愛郎, 1977, p402]
- 11) その他に、英語文献では次のようなさまざまな呼称が結核に使用された。scrofula (癩癧), asthenia (無力症), bronchitis (気管支炎), inflammation of lung (肺の炎症), hectic fever (消耗熱), gastric fever (胃熱), lupus (狼蒼) など。[デュボス, 1952, p11]

く深く蔓延した。その先陣を切ったのはイギリスであり、18世紀後半から産業革命と都市化が歩調をそろえて進行したことが、癆症流行に恰好の条件をつくり出した。遅れて産業化に着手したヨーロッパ大陸諸国でも癆症は流行をきわめた。ことにフランスは、19世紀後半になって結核死亡率が急速に低下するイギリスやドイツと対照的に、20世紀初めまでその死亡率が高原状態を維持していた。先進工業国ではいわば例外をなすフランスの結核蔓延は、どのような社会的条件が関与しているのだろうか、これが本稿の課題の一つである。

日本でも明治以降の工業化過程で、「女工哀史」に象徴されるように、大都市のみならず地方都市にも、さらに広く農村にまで結核が蔓延したことは周知の事実である。¹²⁾ 結核蔓延の過程は、このように各国の産業化と都市化の時期と照応しており、その限りではどこでも似たようなものだが、結核防遏対策となるとそれぞれの歴史的・社会的・政治的事情により随分と異なる。ドイツでは強制的社会保険と連動したサナトリウム療養が効果を上げたと言われるが、フランスではあまりサナトリウム建設はすすまなかった。代わって無料保健所が大きな役割を果たした。さらに、パリの結核防遏論議のなかで焦点となるのは、庶民住宅の劣悪な環境であった。狭く、換気も採光も悪い部屋に、過密に居住している状態、上下水道やトイレなどが設置されていない住宅、これはひとりパリだけに見られた現象ではなく、ヨーロッパの大都市に共通する課題であったが、住宅問題の解決には乗り越えがたい障壁があった。例えば、既存の住宅に衛生設備を設

12) 日本における結核史研究は、歴史家の手になるものだけではなく、実際に結核撲滅の闘いに身を挺した医師たちの手になるものも多い。枚挙に暇がないが、ここでは近年の作品として次の5点を挙げておく。行論のうちに比較史的に日本における結核蔓延、対策に触れたい。小松良夫『結核 - 日本近代史の裏側 - 』清風堂書店 2000、青木純一『結核の社会史』御茶ノ水書房 2004、青木正和『結核の歴史』講談社、2003、島尾忠男『結核と歩んで五十年』結核予防会、2003、William Johnston, *The Modern epidemic: A History of Tuberculosis in Japan*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) & London, 1995

置するには、構造上の問題を度外視してもかなりの費用がかかるし、一定の空間をもつ衛生的な住宅を新築するには、土地の手当てを措くとしても、建築費用の捻出、賃貸住宅であれば家賃負担能力（アフォードビリティ）の問題が絡む。

フランスではこのように、結核の防遏は、衛生改革に止まらず住宅改革、引いては都市計画に連動すると認識されていたのであり、後段ではその関連性をセーヌ県議会での論議のうちに検証したい。

19世紀中葉における肺癆の流行¹³⁾

- 1 結核の本態

結核が結核菌による感染症であることは、今日では誰一人知らないものはないが、行論上有益であると思われるので、この病気の医学的説明を簡潔に記しておこう。結核菌は長さ2~4ミクロン、幅はその10分の1程度の細菌（桿菌の一種）であり、自ら運動することもなく、芽胞もつくらない。菌体は糖質・タンパク質・脂肪・臘質などの物質で構成されている。結核菌はこの臘質（ワックス）の被膜に覆われているために、酸やアルカリに強く（抗酸性菌）、したがって消毒は容易ではない。¹⁴⁾ ことに痰のなか

13) 1882年のコッホによる結核菌の発見以前のこの病気の呼び名は、フランスでは一般に *phthisie pulmonaire* 「肺の癆症」であったので、19世紀前半については「結核」を用いず、「肺癆」という表記を用いることにする。

14) 結核菌および結核の病態についての叙述は以下の文献を参照したが、煩雑になるのでいちいち引用文献を示さない。というのは、結核の病態についての医学的説明は、大筋ではどの文献でもほぼ同じだからである。本稿は医学論文ではないので、結核の本態を概略把握できればよいと考えたからでもある。但し、共通しない叙述の場合は出典を明示する。J. エリクール著/宮崎三郎訳『社会疾患』叢文閣,1926,近藤宏二『人體と結核』岩波新書,1942,宮本忍『結核の科学』岩崎書店,1947,木崎国嘉『結核 - その本態と治療 -』創元社,1957,森亨『現代の結核』ニュートンプレス,1998, T. ハート著/中込治訳『病原体図鑑』西村書店,2006,森岡恭彦監訳『ラールス医学大事

に含まれているときには、結核菌を死滅させるには、痰と同量の5% 石炭酸水では24時間、同じく5% クレゾール液でも12時間を要す。寒冷にも強く、零下6~10でも1週間は生きている。乾燥にはさらに強く、日の射さない所では2~3ヶ月、乾いた喀痰中なら5~6ヶ月も生きられる。また、水や土中では1年も生存できる。だが直射日光と湿熱には弱く、直射日光の下では数時間で、100%の湿熱では数分で死滅する。このため結核は、後述するように、19世紀末フランスでは「暗闇の病気」と称された。

結核菌が臘質の皮膜をもつことがこの病気を特徴づける。菌体内への栄養分の取り込みが遅くなるので、その増殖速度も比較的緩慢になる。¹⁵⁾ また組織に対する刺戟作用も少なく、炎症も緩慢に進行する。コレラなど急性伝染病に対して、結核が慢性伝染病と呼ばれる所以でもある。

結核は空気感染であるが、これは飛沫感染と塵埃感染とに大別される。飛沫感染は、結核患者の咳やくさめと一緒に飛散した結核菌（飛沫核）が、呼吸器に取り込まれて感染することを云う。直径2ミリより大きい水滴よりも、0.1ミリ程度の小さい水滴の方が、空中で集合して煙のように浮動しつつヒトに吸入され易く、気道に入っても肺の奥深くまで侵入しやすいので感染することが多い。塵埃感染は、喀痰・飛沫などが地面に落ちて乾燥し埃と合体し、これが掃除や寝具を振るったときに空中に飛散して、肺などに吸入されて感染することを云う。飛沫感染の方が、塵埃感染よりも濃厚な大量の結核菌を吸い込む危険性が高いので、発病率が高い。

鼻や口から吸入された結核菌は、多くは鼻毛や気管支粘膜にくるまれ、その繊毛運動によってゴミとして排除され、運の好い結核菌だけが気管から気管支を経て、その奥の肺胞に辿り着くことができる。結核菌はここで増殖を始めるが、人体はこの異物に戦いを挑む。白血球の一種マクロファ

典』朝倉書店、1981 [1985] 後藤綱（編集代表）『医学大辞典』第2版、医歯薬出版、1996

15) チフス菌やジフテリア菌が30分で2倍の大きさになり、二つに分裂するのに対し、結核菌はこれに1日を要するという。[バーネット、1962、p259]

ージ（「大食細胞」）や組織球などの食細胞が、結核菌を体内に取りこんで活動を抑え込む。ところが結核菌は逆に食細胞を食い破り外に出てくる。するとまた別の食細胞がこれを取り囲む、だがまた増殖する、という過程を繰り返す。この粒々の病変が「結節 tubercle, tubercule」であり、「結核 tuberculosis, tuberculose」の呼称はここに由来するのだが、これはやがて崩れてチーズのような外観を呈すようになる。（乾酪性変化）

増殖した結核菌の一部はリンパ系統により運ばれて、肺の入り口のところ（肺門部）でリンパ節の細胞と反応を起こし、腫脹を惹き起こす。肺胞および肺門部での初感染の変化を併せて、「初期変化群」という。これは結核菌の吸入後1ヶ月くらいの間にかかる体内の変化で、多くの場合気づかれずに経過するが、この間に結核免疫がつくられる。つまり、乾酪巣は周囲に結締織ができて石灰化し、結核菌は抑え込まれてしまう。大部分の人は初感染では発病せず、結核免疫を獲得する。このように感染と発病とが一致しないのが、他の伝染病と結核との大きな違いである。

だが免疫のでき方が相対的に弱いと、結核菌は増殖をつづけ、肺や肺門リンパ節で発病する。（肺浸潤、肺門リンパ節結核）免疫のでき方は結核菌の量と人体の抵抗力に左右される。例えば、開放性結核患者と常時接触していれば、多量の飛沫結核菌を吸入するので、当然危険は大きい。これを「濃厚感染」という。人体の抵抗力は年齢、過労、栄養、生活環境、他の病気の罹患、ストレスなどに左右される。とりわけ乳幼児は一般に病気への抵抗力が弱いと、とくに肺門リンパ腺の発達が未熟であり、結核菌への感染がそのまま発病に直結することが多いという。

肺や肺門リンパでの結核菌の炎症がすすむと、肺を包んでいる胸膜（肋膜）にも及び、そこから滲出液がしみ出てくる。（胸膜炎）肺内の病巣やリンパ節の結核菌が、盛んに増殖して血管やリンパ管から血液に入ると、結核菌が全身に及んで粟粒結核や結核性髄膜炎を起こす。¹⁶⁾これが結核

16) 粟粒結核は肺だけでなく全身に粟粒が生じ、化学療法以前には致命的な結核

の第2期に当たる。

ところで、初感染で抑え込まれた結核菌は、死滅したのではなく休眠しているだけだから、ヒトの免疫力が低下すれば、勢いを盛り返して増殖し発病する。これが「内因性再燃」(内因性再感染)と呼ばれるもので、成人の結核はほぼこれに当たる。初感染から何年も経ってから、内因性再燃で発病するので「成人型結核」とか「慢性結核」と云われる。だが、肺結核の場合は初感染から引き続いて起こる場合が多いという。¹⁷⁾

「再燃」した肺結核では、結核菌が長い時間をかけて組織をドロドロに溶かし、壊死させる。これが気管支を通して客痰となって体外に排出され、跡には空洞ができる。空洞では栄養も酸素も十分に供給されるため、結核菌は盛んに増殖する。したがって、排出される喀痰にも夥しい結核菌が含まれている。これが開放性結核である。また、結核菌の一部は気管支や血液によって人体の他の器官に転移して、「肺外結核」を惹き起こす。¹⁸⁾ これら結核の第3期である。

肺結核の顕著な特徴は、肺は痛覚に欠けているために、痛みを伴うことが少ないことである。結核の症状としては、微熱が続く、午後から夕方にかけて疲労感が募る、盗汗^{ネアセ}をかく、食欲不振に陥る、などが現れることがあるが、それらは他の病気でも起こるので、結核との区別がつかない。また、これらの症状が必ず現れるとも限らないから、結核に感染しても、本人も周囲もまったく気がつかないことが多い。このため結核は初期のうち

だった。とくに乳幼児が罹り易く死亡率が高かった。結核性髄膜炎は結核菌が脳の脊髄膜に炎症を起こす病気で、これも死亡率が高い。

- 17) このように結核の感染から発病に至るメカニズムを整理したのは、20世紀初めのドイツの医師 K. E. ランケ (1870-1927) だが、日本の医学史研究では、「初感染発病説」が戦前から優勢だったようである。この間の事情は [砂原茂一・上田敏, 1984, p48-53] に詳しい。
- 18) 「肺外結核」は概略次の如く分類される。呼吸器系結核としては、肺門リンパ腺結核・胸膜炎・喉頭結核。消化器系および泌尿器系結核には、腸結核・腹膜結核・痔瘻・腎臓並びに膀胱結核・副睾丸結核がある。その他、骨の結核には脊椎カリエス、頸部リンパ腺結核には瘰癧、脳の結核には結核性髄膜炎(結核性脳膜炎)がある。

には治癒し易いにもかかわらず、重篤になるまで自覚されず、結果として「不治の病」となることが多い。

- 2 「佳人の病」か、「貧民の病」か

病気の原因が不明で、伝染病かどうかも定かではないが、それに罹ると瘠せ細り、ひどい咳と咯血を繰り返し、ゆっくりと、だが確実に死んでゆく。これが、当時の人々が思い描く肺癆という病気であった。19世紀前半は政治・哲学・芸術・思想におけるロマン派の全盛時代だが、肺癆はこの文芸思潮と結びついて現実から遊離し、美化されていった。ロマンチズムは自我の尊重と感性の解放を主張するが、肺癆にその表現の場を見出した。不安と絶望、悲劇、甘美、突然の結末ないしは暗転などは、肺癆患者の運命そのものであり、ロマンチズムの体現と見なされた。こうした肺癆の隠喩は文学作品により広く社会に流布し、民衆の肺癆観を形成するとともに、「病人」の観念をうちたてるのに貢献した。

後に見るように、現実には肺癆はすでに19世紀前半にも民衆に甚大な被害を及ぼしていたのだが、その事実は広く世に知られることはなく、肺癆は「佳人の病」としてロマンチズムに彩られた「神話」となった。それは何故だろうか。当時の医学が肺癆を「固有な」病気だと認定することに躊躇いと対立があり、また後段で見ると、病因と伝染性にも諸説があり、肺癆の諸症状も不分明なところがあったこと¹⁹⁾に一因がある。こうした医学の現状は、学問としての医学と医師への信頼と尊敬を損なうものであった。肺癆に関する知識や情報が少ないうえに正確でないときに、医師に代わってこれを叙述したのが、文人たち、とくに肺癆を患う文人たちであった、という事情もある。

19) 19世紀末葉でも、最も経験豊かな臨床医たちでさえ、多くの消耗性胸部疾患 - 癌、珪肺、種々の肺腫瘍など - を結核と混同していたという。[デュボス, 1982, p6]

肺癆の初期症状が、作家や芸術家の創造的活動を刺戟する面もあることは否定できない。「熱はある程度感情を昂ぶらせ、知覚を鋭くし、頭の働きを円滑にすることがある。」[デュボス,1982, p78]²⁰⁾

庶民が肺癆に罹っても病状を記すことは滅多になかったが、「死の執行猶予」を宣告された文人らは、強要された静養の間に、病気に罹ったわが身を嘆き悲しみ、天の配剤を怨み、信仰心の欠如を反省する。だが、肺癆患者の感情的起伏は大きく単純ではない。最初のうちは、病気を恐れる気持ちにはさほど強くはないようだ。カフカは第一次大戦後に云う、「肉体の病は、魂の病の発展にほかならない」、あるいは「僕には治りたいという気持ちがあるけれど、もし気取らずに云ってよければ、治りたくない気持ちもある」と。[C. エルズリッシュ & J. ピエレ, 1992, p63-64]

さらに、肺癆患者は普通の人よりも優れた人間が罹る病気だとも考えられた。肺癆を病んだわけではないが、ゴンクール兄弟は、「結核を精神が肉体に打ちかつ高級な病気とみなした」ので、作品『ジェルヴェゼ夫人』のなかで、彼女が肺癆に罹ったゆえに気高さ、優しさ、「この世のものとも思われぬ人間性を」帯びたと述べている。[デュボス,1982, p67]

この延長上にあるのは、肺癆死に宗教的な意味合いを見出すことではなかろうか。アレグザンドル・デュマ・フィスは『椿姫』のなかで、椿姫マールグリートの死は贖罪であり、「彼女は罪深き人として生きたが、キリスト者として死ぬだろう」と述べる。「彼女は天に出発する用意はできていた。もし神が彼女の試練を見、その死の聖らかさを見たなら、彼女は殉教

20) R. デュボスは、肺癆の初期にあるバルザックの激しい創作意欲を次のように記している。「熱のある6週間は永遠にも等しい。1時間が1日のようにも思われる。・・・そして夜も空しくは過ぎ去らぬ。」[デュボス,1982, p78] なお、この本書第2章「肺癆とロマン派時代」には、本文と註記とが符合していない箇所が散見される。例えば p78 註18, 本文は R. L. スティヴンソンのことだが、註はアンリ・バタイユの戯曲『蛾』の話題である。同じく p79 註19, 本文はゴンクールの叙述、註は画家ワトーの話題など。これは恐らく原著者の責任であろう。

者としてきっと天に昇るだろう。」[P. Guillaume, 1986, p87] 彼女の死は、ベスト死がそうであったような「天罰」ではなく、能動的な「贖罪」としての肺癆死であった、と云うのである。

肺癆も初期のうちは身体に目立った症状は現れず、死は未だ観念的である。だが、時とともに諸症状が現れ、対人関係の変化、世間からの排除などに気づかされ、自分が病人であることを自覚する。やがて病気が彼らの創作活動を妨げるようになると、アイデンティティの危機が生じる。「病気がすべてを侵害してしまったために、病気を最終的なアイデンティティとして認めることが、これらの作家において、苦しい道程の悲劇的な結末であるように見える。」[C. エルズリッシュ & J. ピエレ, 1992, p67]

肺癆を「佳人の病」とみなすのは、肺癆を病んだ芸術家や文人自身ではなく、他者である。²¹⁾ 病気の進行は否応なく、患者本人に死を突きつけるから、ロマンチズムに浸る余裕はない。ロマンチズムに彩られた肺癆に変化が現れるのは、フランスでは第二帝政期である。それは労働者階級の社会的貧困が肺癆感染によりいっそう悲惨な情景を呈するからである。

肺癆が「佳人の病」とされたのは、日本でも同じであった。寧ろ日本の方がヨーロッパよりもロマンチズムの度合いは濃厚になり、若く美しく、才能に恵まれた上流階級の人間が肺癆を病んで死んでゆく、というイメージが人々に抱かれたようである。日本でも多くの文人たちが肺癆を題材に小説を書いたが、「肺癆のロマン化」過程を詳細に跡づけた福田真人は、廣津柳浪『残菊』（1889 明治22）を嚆矢とし、斉藤緑雨『唯我』（1890 明治23）、樋口一葉の夭折（1896 明治29）、さらに大町桂月『病院』（1896 明治

21) 本稿は文学史研究ではないので、肺癆（結核）と文学、芸術との関わりを探ることはしない。肺癆を病んだ芸術家たちは枚挙に暇がないが、代表的なところを上げるに止める。詩人キーツ、音楽家 N. パガニーニ、作家シャトウ・ブリアン、ショパン、ブロンテ姉妹、R. L. スティヴンソン、チャーホフ、キャサリン・マンスフィールド、マリー・バシュキルツェフなど。

29) を経て、徳富蘆花の『不如歸』(1898-99, 明治 31 - 32) で完成するという。[福田真人, 1995, p100-127]²²⁾

『不如歸』のヒロイン浪子は、二十歳前の色白、細面、すらりとして「夏の夕闇にほのかに匂う月見草」の如き蒲柳の美人である。生まれは陸軍中将の娘、夫武男は海軍少尉、ともに当時の貴顕階級に属する。浪子は風邪が因で肺癆に罹ってしまうのだが、これを知った姑は息子の留守中に内緒で彼女を離縁してしまう。こうして浪子の悲劇は始まり、転地療養の甲斐もなく、発病後 2 年たらずで「一盞^{イッサン}の紅血を吐いて」死んでゆく。悲劇の人浪子の楚々とした容貌、その儚さは、不治の病の肉体的・精神的苦痛を和らげ、払拭するに充分であった。蘆花の『不如歸』はベストセラーとなり、10 年足らずの間に実に 100 版を重ね、以後半世紀余に亘って日本人の肺癆イメージを作り上げてきた。その後、肺癆のロマン化を継承し補強したのは、昭和初期の堀辰雄、立原道造、福永武彦ら「サナトリウム派」と呼ばれる作家たちであった。

ところで、フランスで結核が「社会的災厄 fléau social」と見なされるようになるのは、19 世紀最後の 20 年のことであり、第三共和政の「社会的感受性」が貧しき者たちの運命に想到するときであった。[Guillaume, 1988, p162] だが、その先駆けをヴィクトル・ユーゴ『レ・ミゼラブル *Les Misérables*』(1862) のなかに、見出すことができる。これは労働者階級の貧困を描いたものだが、主人公ジャン・ヴァルジャンの養女となるコゼットの母親ファンティーヌの肺癆死に、それは凝縮されている。

彼女は孤児に生まれ、15 歳でパリに出てお針子として働く。あるブル

22) 福田真人氏は、廣津柳浪『残菊』が前述の A. デュマ・フィス『椿姫』をヒントに書かれた形跡を示唆している。というのは、『椿姫』は 1884(明治 17) 年頃から幾人も人の手により翻訳されていたからである。[福田真人, 1995, p106] 結核のロマン化が西欧のロマン主義の影響を受けていたことを窺わせる。さらに蘆花の『不如歸』も、転地療養の過程や肺癆描写の言葉遣いが廣津の『残菊』に類似しているという。[福田真人, 1995, p122]

ジョワ学生に恋をして身ごもるが捨てられる。未婚の母親は幼子のコゼットをテナルディエ夫婦に預け、工場労働者として働くが、詮索好きなヴィクトルニヤンという婆さんに過去を暴かれ首にされてしまう。あこぎなテナルディエ夫婦はなんだかんだと云っては、ファンティーヌに金を要求する。彼女はそのため美しい金髪を売り、白く輝く前歯を売り、最後には身体を売ろうとするが、暇人マタボワ氏に雪の塊を背中にねじ込まれ、反抗したところを刑事ジャヴェールに捕まる。その時彼女はすでに過労がたたリ肺癆に罹っていた。小さな乾いた咳が激しくなり、断続的に熱が出た。医者は匙を投げていた。最期に一目娘に会わせてやりたいと、ジャヴェールに懇願するジャン・ヴァルジャン、その彼が逮捕される瞬間に、もがき苦しみながら両手をさしのべてファンティーヌは死んでゆく。[ユゴー、1862, p9-130] ここでは肺癆は一片のロマンチズムすらもない。社会から見捨てられ、病み貧窮のうちに死に、共同墓地に投げ捨てられる運命には、美化されるものは何もない。若き娘の肺癆死は、「その時代のあらゆる宿命的な不幸 *malédiction*s の犠牲者」を象徴している。[Guillaume, 1986, p87]

ギヨームによれば、「いつの頃からか判然としないが、文学でも病気とくに結核を宿命として受容することを、たとい永遠の命の約束というご褒美と引き換えであれ、斥けるようになる」という。[Guillaume, 1986, p102] これは明らかに肺癆のロマンチズムの拒否であり、「佳人の病」という仮面が剥がされてゆくことを意味する。

この役割を担ったのはフランスでは社会改良家、一部の労働運動家、医者、ジャーナリストであった。後述するように、19世紀末にはパリのみならず地方の工業都市でも、さらにヨーロッパの主要都市でも結核は猖獗を極めるのだが、例えばフランス北部の繊維工業都市リールでも、結核は猛威を振るっていた。²³⁾ ここにはパストゥールの弟子のひとりエミール・

23) リールでは既に第二帝政期に肺癆が蔓延し、貧民に甚大な被害を与えていた

ルーの手で、19世紀末に「結核予防保健所」が設立され、結核患者の診療と治療に専念していた。同保健所が20世紀初頭に労働者の日常生活に関する聴き取り調査を実施した折、それに同行したジャーナリストのボネフ兄弟は、結核を病んだ労働者家族を詳細に報告している。一例を引こう。

リールのある貧民窟に入ると、病気のなんと形容しがたい臭気が喉を襲い、息が苦しくなる。その一室に住む第3期の結核患者は、亜麻工場の紡績女工あがり、32歳の織物工場の車力の夫との間に、5人の子どもをもつ母親であった。彼女はまた26歳だが、4、50歳に見間違えるほど老けており、ボロを纏って穴のあいた椅子に座り、絶えず咳をし、痰を吐いていた。痩せこけて肩の骨が肩掛けの下で突き出ている。夫は朝の5時から働きに出て帰宅は夕方7時、一日の稼ぎは3フラン、これだけが一家の収入であった。一家7人は幅2m奥行き4mのこの一室で、調理し、食事し、寝る。部屋の半分を占めるベッドに病人と父親、二人の子どもが寝る。残り三人はベッド脇の揺りかごで眠る。「彼女の死は身近に迫っている。中略 病気の原因、それは過労と赤貧である。」[Bonneff, 1908, p16-17]

肺癆の母親の世話をし、学校にも行かない7歳の長女が、やがて結核に感染し、母親と同じ運命を辿ることは確実に思える。ボネフ兄弟はリールでの結核蔓延の原因を、肉体の過労・不十分な栄養・不衛生な住宅・不衛生な労働に帰しているが、[Bonneff, 1908, p22] これはそのまま19世紀末の

のだが、当時は医者ですら重大な関心を寄せず、一つの病気としてしか考えていなかった。またこの都市の第二帝政期の労働史を研究したピエールも、この街の労働者が頑健ではなく、軍隊徴募に合格する者が少ないとは述べても、肺癆に特別の関心を払ってはいない。だが、第二帝政期中頃、リールの病因別死亡の第1位は肺癆であり(14.16%)、とくに10~40歳の世代に被害が多いと記述している。[Pierrard, 1965, p139]

ロレーヌ鉄鋼業の中心都市ナンシィでも19世紀後半に結核が甚大な犠牲を出している。第三共和政前半の結核死亡率(人口10万対)は、410~450の間を上下している。20世紀初めにこの地の結核蔓延を研究した医師パリゾは、ナンシィは1882年から40年間でそのときの人口のほぼ4分の1を結核で失った、と述べている。1920年時点でも、15歳から40歳までの住民の死因別死亡率の1位は結核(36%)で、2位呼吸器系疾患11%を大きく引き離している。[Parisot, 1922, p30-31]

フランス労働界の現状でもあり、同時に日本の労働者階級の現状でもあった。

日本でもロマンチズムに彩られた肺癆を払拭する動きはあった。後に見るように大都市での結核蔓延は西欧以上に深刻だったが、当時問題とされたのは、リールの繊維業の女子労働者と同じく、生糸や綿紡績、製麻に従事する女工の結核であった。明治30年代以降、農商務省は工場調査を実施し、実態の把握に努めたが、その調査に協力した東京帝国大学助手石原修は、1913（大正2）年に国家医学会例会で講演し、それを雑誌論文「衛生学上ヨリ見タル女工之現況」として公表した。石原修は一般死亡率と較べて女工の死亡率が異常に高いことをデータで示し²⁴⁾、幼い女工を徹夜で連続労働させる非を咎め、その改善を強く訴えた。また結核に罹った女工たちが帰郷して（帰郷させられて）、農村に結核を伝染していると主張した。繊維業の女工が結核に罹り幼い命を失うのは、主に高温で埃が飛び交う工場での長時間労働と昼夜交代制、連続1週間の徹夜労働に因るものだが、寄宿舎での貧しい食事と過密居住も有力な誘因であった。細井和喜蔵『女工哀史』（1924 大正13）が記す大正末年のある紡績工場の献立は、まさしく「一汁一菜」であり、カロリーだけでなく栄養も不十分で、病気への抵抗力を損なうことは明らかであった。²⁵⁾ 日本では前述したように「初感

24) 石原修は次の如く述べて企業経営者の責任と国の放任を批判した。毎年「五千人といふものが工女になった為に死んだものと言えませう、中略 春秋の筆法で言へば工業五千人を殺るすといふことを言つてよからう、謀殺故殺は刑法上の責任がございますのに、人間を斯くして殺したのは何の制裁がない、工業は見様に依っては白昼人を殺して居るといふ事実が現はれて居る、然るに其責任を問ふ者もない」[籠山京, 1970, p175-198] 確かに石原の講演と論文発表の2年前の1911（明治44）年には、日本で初めての工場法が成立し、一応児童労働の保護、就業時間の制限が決められていたが、焦点の徹夜業の禁止については施行を15年間も猶予するなど尻抜けであった。[青木純一, 2004, p75-76]

25) 朝、昼、夕の他に真夜中にも食事が供されたが、その内容は貧弱極まるもので、毎回の沢庵のほかは、朝食は大根汁などの汁物のみ、昼食・夕食・夜中

染発病」の結核死が多いという事実も、こうした事情に原因が潜むように思われる。

日本における結核蔓延の構図は、繊維業の女工を起点とし、その帰郷による農村での流行、家族内感染を経て、徴兵制による農村からの兵士徴募と軍隊内での結核蔓延、と定式化されているようであり[川上武, 1982, p 332-372], 都市における結核流行は比較的軽視されるきらいがある。だが後に比較的にみるように、20世紀前半の東京における結核蔓延も重大な惨害をもたらしていた。

『不如歸』が肺癆をロマンチックに彩ったのは、蘆花が肺癆患者ではなく、それが小説だったからであろう。現に肺癆を患い苦痛に耐え、死の影に怯えていたとすら、そうはならなかった、と思われる。明治末から大正にかけて著名な文人が肺癆を病み夭折したが、肺癆のロマンチズムの欺瞞性を痛々しいまでに告発したのは正岡子規であった。²⁶⁾

子規は21歳のとき江ノ島・鎌倉に遊んだ折に初めて痰中に血を見、その後も少量の咯血を経験したのに、肺癆を疑うことさえしなかった。恐らく病気の転機は、1895(明治28)年であろう。この年、周囲の反対を押し切って日清戦争中の中国に従軍記者として渡り、旅順などを回って大連から帰国の途に着くが、この船中ひどい咯血をして、そのまま神戸病院に入院、のち須磨保養院に転院にして療養にあたった。小康を得た子規は故郷の松山に戻り、漱石と旧交を温めたのだが、帰京の念止みがたく、広島・

食には、油味噌・金時豆・数の子・大根・里芋・干物・ヒジキ・豆腐豚汁・塩鮭などが一品供された。寄宿舎では一室に数人が暮らす、一人当たりのスペースは畳一畳が相場であり、会社から貸与された夜具に寝るのだが、冬は「二人一組トナリ同衾スルヲ常トナス」[細井和喜蔵, 1924, p204; 川上武, 1982, p348-350] 結核が容易く感染する環境が整えられていたと云える。

26) 樋口一葉も悪性の「奔馬性肺癆」により罹患判明後わずか4ヶ月で、24歳7ヶ月の短い生涯を終えたが、本人は病名を知らず、また有名な日記にも肺癆のことを記さなかった。彼女が悩んでいた病気は、井上ひさしの戯曲にあるように、『頭痛肩こり(樋口一葉)』であった。[立川昭二, 1989, p5-45]

須磨・大阪・奈良を経て東京に戻る。その途次に腰部に痛みを覚えているが、これが翌1896年4月に診断される脊椎カリエスの発病であった。この一連の旅行が病勢を早めたことは間違いない。さらに痔瘻にも罹り、以後寝たきりの生活になる。子規は病状日記ともいべき『仰臥漫録』をしたためていたが、雑誌『日本』には1901年1月から7月まで『墨汁一滴』を、次いで1902年5月5日から9月17日まで同誌に『病牀六尺』を連載して、病牀から見える事物を観察し、己の結核との戦いを悲痛なまでに吐露した。子規の愉しみは食べることと、モルヒネで痛みが和らいだ後の写生であった。その贅沢な食事は女工の粗食とは天と地ほどの差があったが²⁷⁾、起きることも、座ることもできず只仰向けに寝て、思索と写生と執筆にふける子規の姿は鬼気迫るものがあった。『病牀六尺』の初回(1902.5.5)の記事は次のように始まる。

病牀六尺、これが我が世界である。しかも此六尺の病牀が余には廣過ぎるのである。僅に手を延ばして畳に觸れる事はあるが布團の外へ迄足を延ばして體をくつろぐ事も出来ない。甚だしい時は極端の苦痛に苦しめられて五分も一寸も體の動けない事がある。苦痛、煩悶、號泣、^{マスイ}麻痺劑、僅に一條の活路を死後の内に求めて少しの安樂を貪る果敢なさ、...²⁸⁾

モルヒネを使い始める6月頃には愈々病気は重篤になり、子規は悲痛な

27) 子規の健啖家ぶりは手記『仰臥漫録』に記された毎日の献立にうかがえる。腸結核の進行のためか粥や雑炊が多くなっているが、それを朝から2椀、昼・夕は3椀、おかずで好んだのは刺身(鰹・鮪・わらさ)、鱈鍋、佃煮、野菜などの煮付け、奈良漬、おやつにはココア入り牛乳や菓子パン、食前酒としてはぶどう酒、デザートには果物各種などである。[子規全集11, p385-488] ある一ヶ月の献立から計算した平均カロリーは2,254カロリー、タンパク質、脂質、カルシウム、鉄、ビタミンB群、ビタミンCなども、軽作業男子の今日の標準を大きく上回っているという。[立川昭二, 1989, p105] 重篤な結核を病みながら、『墨汁一滴』、『病牀六尺』の連載記事など旺盛な創作活動を可能にしたのは、気力もさることながらこの豊かな栄養摂取の賜であろう。

28) 『子規全集』第11巻, p231

叫びを隠しきれなくなり、『病牀六尺』(1902.6.20)にこう記す。

病床に寝て、身動きの出来る間は、敢て病気を辛しとも思はず、平気で寝轉んで居つたが、此頃のやうに、身動きが出来なくなつては、精神の煩悶を起して、殆ど毎日氣遣のやうな苦しみをする。中略 もはやたまらなので、こらへにこらへた袋の緒は切れて、遂に破裂する。もうかうなると駄目である。絶叫。號泣。益々絶叫する。益々號泣する。その苦その痛何とも形容することは出来ない。むしろ眞の狂人となつて仕舞へば樂であらうと思ふけれどそれも出来ぬ。若し死ぬることが出来ればそれは何よりも望むところである、併し死ぬることも出来ねば殺して呉れるものもない。一日の苦しきは夜に入つてやうやうに減じ僅に眠氣さした時には其日の苦痛が終わると共にはや翌朝寢起の苦痛が思ひやられる。寢起程苦しい時はないのである。誰かこの苦を助けて呉れるものはあるまいか、誰かこの苦を助けて呉れるものはあるまいか。²⁹⁾

脊椎カリエスでできた腰と背中^{リツ}の穴からは絶えず膿汁が出ていた。毎日の繃帯換への仕事は妹律の仕事だが、その時の激痛は「死声」を發するほどで、子規は妹に八つ当たりし、看護の下手を嘆き、果ては冷淡酷薄な人間とまで罵っている。[福田真人,1955, p199; 立川昭二,1989, p100] こうした死闘の末、子規は1902(明治35)年9月19日、36年の生涯を終えた。

貧窮のうちに肺癆を病み夭折した歌人には石川啄木がいる。1911(明治44)年慢性腹膜炎と診断された啄木の死を早めたのは、その貧しさであった。運命のいたずらか、禅寺をあずかる両親が還俗したため二十歳の啄木が一家を扶養する羽目になった。結婚したばかりの啄木は浪民村で代用教員になったが、薄給のため常に一家は餓死線上にあった。やがて一家離散して函館へ、そこも大火で焼きだされて札幌へ、ついで小樽、さらに釧路へと放浪した。釧路新聞の編集長も長続きせず、上京。ようやく朝日新聞社の校正係として入社、家族を呼び寄せて東京での生活が始まるのだが、この頃すでに肺癆に罹っていたようだ。それでなくとも貧しい生活に彼の

29) 同上 p283

療養費用が高み、家計はいつも火の車だった。「はたらけど はたらけど
猶わが生活楽にならざり ぢつと手を見る」³⁰⁾ 朝日新聞社の校正係の給料
では、病弱な一家4人の東京での間借り生活を支えるのは難儀であったら
う。子規が掛かりつけの医師を数人ももっており、効き目は兎も角かなり
の出費で処方薬を服用し、贅沢な食事を摂れたのに対し、啄木は自宅療養
では、散薬(粉薬)、咳止め、ピラミドンなど売薬しか服むことができず、
やがてはそれすらも買えなくなる。結核はまるで「死に神」のように啄木
の家族に取りつき、彼の母も、妻も発病した。まず1912(明治45)年3月
母親が痲疾の肺結核で没し、後を追うように、啄木も翌4月に波乱に富ん
だ生涯を閉じた。27歳という若さだった。妻節子も翌年同じく肺癆で斃
れた。³¹⁾ [福田真人, 1955, p143-148]

肺癆のロマン化は、子規の壮絶な病状日誌ともいえる作品により否定さ
れている。一葉、啄木の夭折も世間の関心を惹いたが、彼らの貧窮は同情
に値するものの、肺癆のロマン性を否定するという面では弱かったように
思う。だが、子規の壮絶なまでの「死闘」も、大衆への影響という点では
蘆花の『不如歸』には遠く及ばなかったであろう。『不如歸』は実に100
版も重ね、映画化され、芝居として上演され、ヒロイン浪子の肺癆死は紅
涙をしぼり、同時に結核のロマン化に寄与したのである。

30) 金田一京助編『一握の砂・悲しき玩具 - 石川啄木歌集 -』新潮文庫 1945

31) 啄木の日記には、1912(明治45)年1月頃には間歇熱に悩み、葉代の算段
に苦しむ様子が記されている。1912年1月12日(金)「今日も不愉快な1
日を送らねばならなかった。熱は三十八度三分まで出た。しかしピラドミン
はなかった」、同年1月23日(火)「昨夜のよるこびはぬかよるこびだった。
今日もやつぱり三十八度以上に発熱した。午前には妻が病院へ行ったついでに
散薬を一週間分とピラドミン五つ買って貰った。」[石川啄木全集6 日記、
p240-242] 啄木に肺癆を詠んだ歌は数多い。だが処女歌集『一握の砂』で
は肺癆はまだ他人事のようなようである。「肺を病む 極道地主の総領の よめと
りの日の春の雷かな」だが自らが肺癆に罹り回復の望みが遠のくと、啄木
の沈痛さが表出する。「ふるさとを出でて五年、病をえて、かの閑古鳥を夢
にきけるかな」、望郷の念止みがたく詠う。「今日もまた胸に痛みあり。死ぬ
ならば、ふるさとに行きて死なむと思ふ」『悲しき玩具』[金田一京助編、
1945]

- 3 パリの死亡構造に見る肺癆死

フランスにおける肺癆蔓延が社会的災厄と見なされるのは、19世紀第3四半期のことだが、実際は復古王政期末、肺癆はすでに猖獗を極めていた。表1は、19世紀第2四半期(1826-1852)のパリの死因別死亡数をまとめたものだが、早くも1830年代には肺癆死が死因別病死では首位の座にあり、実数では3千人に達し、その後一部統計表記の変更で正確には把握できないときもあるが³²⁾、1840年代には4千人の大台に乗り、47年には一時ではあるが5千人を突破している。肺癆死については後段でもう少し掘り下げて検討するとして、表1から窺える七月王政期のパリの死亡構造の特徴をまとめておこう。

第一は、肺癆を含む呼吸器系の病死が抜きん出て多いことである。肺癆、クループ³³⁾、肺カタル、肺炎の四つを合計すれば死亡総数の3分の1を占めるほどであり、殊に肺カタル或いは気管支肺炎は、ときに肺癆を上回るほどの死亡を記録する。後述するが、肺癆死が、実はさまざまな理由から、肺カタル死に混入しているらしいことは、注意しておく必要がある。

第二の特徴は、消化器系の疾患(胃炎・腸炎・腸チフス)による死亡もかなりの数に昇っていることである。特に腸炎³⁴⁾は1840年代には肺癆に次

32) 1831 - 38年の期間は「在宅死亡」のみが記載されているのでやや変則だが、肺癆死についていうなら、他の年度から窺える傾向として、「在宅」死亡と「病院・施療院」での死亡とが拮抗していることである。だから上の期間については、実数、死亡率とも2倍弱すればほぼ実態に近い数値が得られると思う。だがクループや肺カタルなどは80 - 90%もが「在宅」死亡である。これはこれらの呼吸器系疾患が慢性的であることに起因すると考えられる。

33) 「クループ croup」は、「種々の程度の咽頭閉塞をきたす症候群で、呼吸性喘鳴、嘔声、犬吠様の咳嗽を示す。ウィルス感染によるものが多い。声帯が発赤し、浮腫状となるほか、攣縮をきたして狭窄症状を示す。ジフテリア性クループは、咽頭、喉頭に偽膜形成があり、浮腫のほか偽膜による狭窄をきたす。」『医学大辞典』(医歯薬出版、1987) 語源は、咳嗽や嘔れ声が鳥の鳴き声に似ていることにある。

34) 腸炎 entérite, enteritis は、「腸の炎症性疾患の総称で、特異的腸炎と非特異的腸炎に大別される。前者の代表的なものは腸結核であり、他に腸梅毒、鼠径

表1 バリの死亡構造 1826 - 1852

	1826		1827		1828		1829		1830	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
腐敗熱	262	93	87	93	90	91	103	125	111	190
悪性熱	117	78	84	74	97	95	42	92	174	18
腸熱	280	253	293	252	339	340	450	318	724	564
痘瘡	102	85	107	63	85	35	137	235	168	161
麻疹	198	210	408	47	120	202	53	85	120	104
クurler-ブ	154	128	83	86	77	75	85	105	72	52
肺カタル	912	1093	855	1027	688	851	955	1132	1803	1732
胃炎	883	951	838	993	922	1124	840	1108	983	1014
肺炎	1220	995	1018	1033	1018	1122	2140	1171	1040	1040
腹膜炎	207	355	562	421	550	407	548	409	534	488
肺炎	701	685	1386	869	1738	1042	1169	865	872	1056
卒中	597	382	979	512	467	430	897	542	424	488
瘧疾	926	846	756	1492	889	852	1741	746	1410	938
肺癆	1286	1849	1086	1444	1133	1526	1148	1448	1422	1526
死産	714	497	799	655	682	564	1246	664	1668	1110
未熟出生	464	385	339	332	671	298	430	305	725	588
自殺	68	55	70	17	76	28	104	22	82	41
恐水病	1	1	1	3	3	4	3	2	1	1
総死亡	26361	24465	24465	24465	25626	25626	26985	26985	28867	28867
総人口	761892	766685	766685	766685	771478	771478	776274	776274	781064	781064
腐敗熱	72	72	77	50	127	37	55	27	79	98
悪性熱	48	31	11	36	47	27	50	40	39	59
腸熱	281	261	289	343	302	301	603	125	108	119
痘瘡	147	121	268	171	171	117	247	180	137	92
麻疹	141	114	255	100	173	164	288	139	135	118
クurler-ブ	86	90	73	67	102	60	162	92	105	119
肺カタル	616	648	822	1192	827	1036	1863	487	69	86
胃炎	137	200	337	472	860	614	1124	334	584	603
肺炎	667	789	1456	916	849	833	1572	591	500	484
腹膜炎	71	187	258	138	186	134	164	25	846	636
肺炎	292	296	588	424	888	558	1036	390	87	112
卒中	304	202	395	364	349	319	668	305	558	602
瘧疾	586	565	1151	874	1028	945	1973	556	870	1160
肺癆	647	984	673	1003	874	1802	1206	628	349	772
死産	785	677	1462	750	1756	925	1655	919	625	625
未熟出生	370	345	715	395	405	315	720	687	1547	1492
自殺	162	84	246	88	77	101	338	541	685	716
恐水病	1	3	2	2	125	60	185	142	411	531
コレラ			5123	6045	11168	210	515	9	159	70
総死亡	26940	26940	26940	26940	25891	25891	23808	23808	23825	23825
総人口	785857	785857	785857	785857	831238	831238	853929	853929	876620	876620

出典：Trébuchet, Statistique des décès dans la Ville de Paris, *Annales des Hygiènes Publiques*, T.44, 45, 46, 48, 50, 1857-1.

註1 1831-35のデータは「在宅死亡」のみ

註2 肺カタル catarrhe pulmonaire: カタル性肺炎, 気管支肺炎の別称

フランスにおける結核流行と公衆衛生

	1836		1837		1838		1839		1840	
	男	女	男	女	男	女	在宅	病院	在宅	病院
腐敗熱	20	46	36	44	40	55	75	51	126	131
悪性熱	34	61	40	34	42	24	66	22	77	57
腸チフス	175	330	183	340	149	137	175	55	36	30
瘧疾	95	154	161	319	112	88	355	29	657	653
症瘧	151	308	233	259	109	110	172	100	272	43
麻疹	101	66	60	81	98	85	284	98	382	621
クループ	587	1259	1240	1453	883	1050	1933	4	287	126
肺カタル	437	516	450	540	535	611	1146	279	2198	347
肺炎	827	841	860	904	856	908	1764	342	1983	2327
腹膜炎	24	100	124	32	24	130	1904	808	1372	344
腸膜炎	440	442	645	682	522	553	1075	102	227	288
卒中	342	258	380	295	355	310	665	871	329	410
痲瘋	859	730	1589	713	782	755	1437	370	1048	2634
肺癰	657	1026	810	1167	671	1018	1689	1205	767	1149
痲癩	580	468	665	514	710	655	1365	1882	382	382
死産	420	741	441	331	478	428	1446	1610	2205	2183
未熟出生	190	92	202	88	156	97	776	112	1638	4388
自殺									888	331
恐水病	1		1	1			2	2	4	1819
総死亡										1154
総人口										6
	1841		1842		1843		1844		1845	
	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院
腐敗熱	51	31	58	102	66	45	62	100	117	128
悪性熱	43	25	68	86	40	32	24	10	34	24
腸チフス	213	577	508	814	679	1069	978	1123	509	659
瘧疾	262	25	287	343	242	38	280	57	163	9
痲瘋	113	89	321	217	110	106	216	117	257	94
麻疹	235	34	106	51	247	79	140	46	183	85
クループ	330	19	267	8	198	13	211	17	297	22
肺カタル	1814	293	2085	355	1737	260	1997	428	2216	1715
胃炎	1006	160	927	1074	1130	146	1276	114	1131	784
肺炎	1700	917	1865	564	1894	695	2589	723	2380	1435
腹膜炎	143	273	171	499	178	345	523	422	606	284
腸炎	949	1398	1178	3006	1217	1537	1069	1338	1073	159
卒中	762	291	792	1172	789	358	2754	2407	681	443
痲瘋	890	30	1433	380	1079	50	1147	387	1250	938
肺癰	2182	2112	2191	4363	1909	1988	3897	45	1004	32
死産	1379	369	1748	1867	1535	342	1877	1910	2105	1631
未熟出生	282	1228	750	881	1007	211	1218	334	1942	174
恐水病	2							92	478	482
総死亡										27818
総人口										1030169

	1846		1847		脳充血 コレラ		1848		1849		1850	
	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院	在宅	病院
腹股熱	91	50	141	681	522	636	819	356	245	105	219	78
重症熱	27	124	151	400	819	356	129	123	10962	8226	467	510
腸チフス	766	855	1621	439	1106	400	151	54	650	541	885	419
脳熱	256	75	351	253	186	253	439	78	1071	430	124	225
痘瘡	231	177	408	96	324	96	151	54	87	85	292	46
麻疹	264	79	343	27	713	27	309	36	452	127	314	45
ムルブ	284	23	307	740	713	740	374	36	269	36	305	359
肺カタル	1717	371	2088	447	2245	447	2088	410	1514	410	1426	313
胃炎	1087	140	1227	861	861	122	983	34	221	34	255	14
腸炎	1849	579	2428	1951	1951	610	2561	559	3247	559	3806	309
腹膜炎	196	386	582	187	187	248	527	707	170	170	269	2833
肺炎	1107	1235	2342	1459	1459	1973	3434	1367	1612	1003	2615	179
卒中	676	263	939	853	1071	1129	1177	242	99	106	106	285
卒中	1068	16	1084	58	1084	58	1084	805	549	286	835	883
瘧疾	2393	2303	4696	2599	2599	2495	5094	23	911	27	938	278
瘧疾	1271	184	1455	2034	2034	230	2254	2254	2305	1797	560	618
死産	704	9	713	230	230	230	2264	2185	1814	80	1936	58
未熟出生								2185	1814	80	1936	58
総死亡		30836		32888		32888		31962		1081623		1053897
総人口		1053897		1081623		1081623		1081623		1053897		1053897
脳充血												
腸チフス												
脳熱												
痘瘡												
麻疹												
ムルブ												
肺カタル												
胃炎												
腸炎												
腹膜炎												
肺炎												
卒中												
瘧疾												
瘧疾												
死産												
未熟出生												
総死亡		1851		1852		1852						
総人口		1053262		1053262		1053262						
在宅	296	103	399	253	253	70	323					
病院	431	502	933	519	519	574	1093					
脳熱	902	346	1248	896	896	394	1290					
痘瘡	197	169	366	309	309	239	548					
麻疹	203	92	295	336	336	63	399					
ムルブ	296	35	331	315	315	76	391					
肺カタル	1644	300	1944	1540	1540	274	1814					
胃炎	194	36	230	210	210	42	252					
腸炎	2586	503	3089	2618	2618	193	2811					
腹膜炎	113	193	306	120	120	226	346					
肺炎	1476	883	2359	1737	1737	1002	2739					
卒中	662	338	990	668	668	346	1014					
卒中	617	65	682	567	567	49	616					
瘧疾	2098	2050	4148	2120	2120	1972	4092					
瘧疾	2027	157	2184	2054	2054	190	2244					
未熟出生												
総死亡		1053262		1053262		1053262						
総人口		1053262		1053262		1053262						

註1 1847年以降については「死産と未熟出生」は1つの項目に合体された

ぐ多数の死亡を生み出している。我々の関心からは、脚注に引用したように、腸炎死にはかなりの「腸結核」死が含まれることに注目されるが、もちろん当時の医学ではそこまでは分からなかった。さらに 1839 年に項目として初登場する腸チフス³⁵⁾は、最初の数年は平均 700~800 人の死亡だったが、その後増加し、千数百人の犠牲者を出している。これは周知のように、サルモネラ菌(エーベルト菌)で汚染された飲み水や食物を摂取して起こる感染症だが、後に見るように当時のパリでは上水道も、況や下水道も整備されておらず、また建物内のトイレも不備でよく溢れていたから、感染者の糞便に排泄されたサルモネラ菌が井戸水など飲み水に混入する危険は大きかったのである。

第三に確認されるのは、前述の通り、コレラが断続的にパリを襲い甚大な被害をもたらしたことである。1832 年には政府の調査委員会発表では 18 千人余、この表では 11 千人余が、さらに 1849 年には 19 千人余がコレラの犠牲となった。コレラの恐ろしさは前述したように³⁶⁾、その激しさと醜さにある。わが国で俗に「三日コロリ」と云われたように、発病後三日程度で、全身痙攣し骸骨の如くやせ細り死に至る劇症型感染症である。ただ表 1 からも窺えるように流行の期間は短く、それゆえ流行を機に始められた公衆衛生改革の熱意も、「喉下過ぎれば熱さを忘る」の喩え通り冷めてしまうのである。

その他、気づいた点を付記すれば、パリでは自殺と死産・未熟出生によ

リンパ肉芽腫症、放線菌症などがある。後者には腸カタル(腸炎)、虫垂炎、潰瘍性大腸炎、クローン病などがあげられる。狭義の腸炎は急性および慢性に分けられ、またその原因は、細菌感染、特定の毒素、消化障害による糖質の発酵、蛋白質の腐敗などによる異常産物の作用などである。食思不振、嘔気、腹痛、腹部膨満感のほか、大腸炎を起こすと下痢が激しくなる。」『医学大辞典』(医歯薬出版,1987)

35) 腸チフス fièvre typhoïde, typhoid fever は、サルモネラ菌によって起こる伝染性の感染症であり、汚染された水や食物を摂ることによる間接的伝染が多い。夏から秋にかけて多い経口感染症である。『ラルース医学大事典』(朝倉書店,1981)

36) 1832 年パリ・コレラについては「大森弘喜 2004」を参照せよ。

る死亡が、無視できないほどの件数に昇ることだろう。³⁷⁾「死産・未熟出生」は我々が考察している期間には、年により多少変動があるが、平均で2~3千件を数える。これは、よく云われるように、パリの「嬰兒殺し」の一端を覗かせている。貧しい労働者の妻や未婚の母 *filles-mères* が、何らかの理由で育児を放棄し、生まれたばかりの子どもの命を奪うことが珍しくなかったのである。

さて本稿の主題である肺癆をより詳細に考察しよう。19世紀の第2四半期に、肺癆はパリに深く広く蔓延し、毎年多くの命を奪っている。死因別ではすでに首位の座を確保しており、この状態は後段で見ると19世紀末まで続くのである。それはさておき、肺癆死亡率および肺癆死の性別、死亡場所別の構成、全死に占める割合をまとめたのが、表2である。肺癆の死亡率（人口10万人対）は1820年代後半に350を超え、30年代後半には400の大台を軽く突破している³⁸⁾。またその全死に占める割合は、時代とともに幾分の上昇は見られるものの、ほぼ12~14%の間を上下している。つまりパリでは病人7~8人にひとり、肺癆で死亡している勘定になる。恐らく患者は少なく見積もっても、その5~6倍は存在するだろうから、肺癆がパリに定着し風土病化している、と云っても過言ではあるまい。

では、誰が、どこで、肺癆を病んで死亡したのだろうか。まず、性別で

37) 自殺の原因について1851年の統計は次のような項目を示している。狂気 *folie* 46件、貧窮 44件、不行跡 40件、失恋 38件、酒乱 *ivrognerie* 37件、家庭内の悲劇 34件、厭世 *degout de la vie* 32件、病気苦 25件、「法廷に出るのを懼れて」22件、事業の失敗 19件、雇主と労働者との争い 8件、両親・配偶者・子どもの喪失 14件、失職 4件、原因不明 20件、合計 383件。[Trébuchet, 1853, p351]

38) 1831 - 38年の期間は統計不備で在宅死亡のみのデータだが、表1で明らかのように、肺癆死では在宅死亡と病院死亡がほぼ半々なので、表2の数値を2倍すれば実態に近いと考えてよい。すると1830年代初めにすでに死亡率400前後に達していたと見られる。

は、表2から明らかなように、常に女性が男性よりも多い。1820年代には、女性が男性の40%程度も高かったが、その後両者は接近し、40年代には女性が幾分多い程度という状態である。死亡場所別で見ると、一貫して在宅死亡が病院での死亡を幾分上回っている。ことに女性は6対4くらいの割合で在宅死亡が多い。男性については、病院死亡に陸軍病院での肺癆死も含まれているので、これが男性の病院死亡を引き上げているとも考えられる。これを捨象すれば、男女ともに、在宅死亡が病院死亡をかなり上回っていると見られる。

では、年齢と肺癆死との間に何か関係があるだろうか。表3は、1851年と52年について、肺癆、肺カタル、肺炎の死亡率と年齢の関連をまとめたものである。この表から明らかなのは、肺カタルと肺炎は、ともに1歳未満の乳児死亡率が際立って高く、幼児期になると漸減し、8歳以降青年・壮年期には激減すること、だが55歳以降の高齢期に再び急上昇する傾向が認められることである。肺癆についてはこれほど顕著ではないが、やはり乳児期、幼児期が高い死亡率を記録し、その後8歳前後から15歳くらいまでが最低の死亡率を示すことが確認される。これは、R. デュボスによれば、「感染が限なく広がった1900年にすではっきり知られていた」[デュボス, 1952, p264]というが、少なくともフランスについて云えば、もっと早く1850年代末には確認されていたのである。³⁹⁾

それはともかく、肺癆死亡率が8歳前後から15歳くらいまで男女ともに最も低くなる、というこの事実は、初感染により結核への免疫性が獲得されたのではないかと思わせる。この傾向は、時代が異なるが1930年頃のイギリス(イングランドとウェールズ)でも認められるのに対し[Bryder, 1988, p8-9表2・表3]、同じ頃の日本は表4に示すように、4歳以下の乳幼児の結核死亡率は英仏ほど高くはなく、さらに5~9歳の年代が最も低い

39) R. デュボスはこれを「抵抗性の黄金時代」と呼ぶが、やや大袈裟な呼称に思える。(「抵抗力の黄金年代」くらいが適当ではないか)

表2 肺癆の死亡率 性別・死亡場所別の構成 1826 - 52

年	死亡率	肺癆死			在宅			病院			対全死 比率%
		男	女	総計	男	女	計	男	女	計	
1826	411	1286	1849	3135							11.89
27	330	1086	1444	2530							10.34
28	344	1133	1526	2659							10.37
29	334	1148	1448	2596							14.66
30	377	1422	1526	2948							15.48
31	207				647	984	1631				
32	217				673	1003	1756				
33	199				730	925	1655				
34	181				628	919	1547				
35	170				668	824	1492				
36	187				657	1026	1683				
37	218				810	1167	1977				
38	184				671	1018	1689				
39	379	1705	1787	3492	740	1142	1882	965	645	1610	12.87
40	472	2185	2203	4388	893	1312	2205	1292	891	2183	14.41
41	459	2133	2161	4294	934	1248	2182	1199	913	2112	15.32
42	454	2124	2239	4363	924	1267	2191	1200	972	2172	14.34
43	396	1966	1931	3897	848	1061	1909	1118	870	1988	12.91
44	388	1923	1990	3913	825	1178	2003	1098	812	1910	13.25
45	362	1822	1914	3736	929	1176	2105	893	738	1631	13.43
46	445	2325	2380	4696	1069	1333	2393	1256	1047	2303	15.22
47	467	2364	2730	5094	977	1622	2599	1387	1108	2495	15.36
48	420	2163	2388	4551	932	1322	2254	1231	1066	2297	14.23
49	389	1989	2113	4102	1018	1287	2305	971	826	1797	8.33
50	353	1811	1916	3727	818	1118	1936	993	798	1791	13.37
51	393	1957	2191	4148	861	1237	2098	1096	954	2050	13.95
52	388	2043	2049	4092	920	1200	2120	1123	849	1972	13.69
53	452			4761							13.48

出典 前表と同じ。死亡率、対全死比率は、筆者が計算した。

註 1831-38年は「在宅」のみ

死亡率を示し、その後20～24歳の年代に死亡率が跳ね上がる傾きをもつ。これは、英仏などでは結核菌に汚染された牛乳を飲んで8歳未満の乳幼児が、結核に罹り死亡することが多いのに対し、日本では乳幼児期に結核菌に曝される危険は少ない代わりに、青少年期に初めて結核の洗礼を受け、適当な処置をとらずにそのまま発病、重篤になり死亡する事例が多々ある

ことを窺わせる。⁴⁰⁾ 日本では「初感染発病」が主流だとの説を裏付ける。

肺カタルや肺炎による死亡との比較で云うなら、肺癆は15~60歳くらいまでの青壮年を着実に蝕み死に追いやっていることが確認される。

次に肺癆死と職業との関係のみてみよう。19世紀半ば頃の両者の関係をまとめたのが表5である。この表から窺える特徴を挙げれば、第一に肺癆がパリの民衆諸階層に広く蔓延している事実であろう。両年のパリの肺癆死亡率はおおよそ400~450だが、この平均値を大きく上回っている職業が目白押しである。なかでも高い死亡率を記録するのは、石切工・舗石工1847、荷車引き・御者1090 1051、縫製女工・針子・下着職895 974、家事使用人755 815、花屋・羽細工師800 693、金属彫金1629 708、植字・印刷工・リトグラフ813 886、日雇・人足・水運び・市場運搬人・下水掃除人1939 1900、金属研磨1159などである。

これに若干の注釈を加えるなら、石切・舗石工などは職業病として珪肺・塵肺があり、これに肺癆を併発するというパターンが考えられる。同じような環境にある金属彫金・金属研磨職も、作業中に金属粉末を吸入し肺機能が弱まり、肺癆に罹りやすくなったと思われる。⁴¹⁾

先述の肺癆死の性別分布と重ね合わせて考えてみると、女性が肺癆死する職業としては、家事使用人(病人や子どもの世話)、縫製女工・針子、洗濯婦・アイロン掛けなどが代表的であることが判る。とくに家事使用人・昔流に云うなら「女中 bonne」で、ブルターニュからの出稼ぎ女性がこの

40) さらに細かく見れば、1920 - 30年までは、20~24歳の年代の女性が結核の最大の犠牲者であることが分かる。前述の「女工と結核」がデータ上からも確認される。

41) E. シュー『パリの秘密』に登場する宝石細工職人モレルは、肺癆に罹患していないが、その労働環境と居住条件の悲惨さは、いつ肺癆に罹っても不思議ではないし、現に末娘は肺癆を患っている。タンブル通りの屋根裏部屋は天井が狭く、しかも傾いており、ぬるぬるした床には腐った藁屑やぼろ切れ、動物の骨が散乱している。この狭く湿った部屋で、彼は研磨機を回しながら1日15時間も作業する。妻と義母の他に5人の子どもを養っているが、冬の寒さ、飢え、病気が貧しい家族を襲う。[小倉孝誠 2004, p235]

表3 肺癆・肺カタル・肺炎の死亡率の年齢別構成 (人口10万対)

年齢	肺癆 1851年		肺癆 1852年		肺カタル 1851年		肺カタル 1852年		肺炎 1851年		肺炎 1852年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0~1	676	524	697	322	2518	2337	2869	2761	2703	1974	3870	2881
1~2	437	589	445	492	555	523	478	549	724	705	976	1066
2~3	537	463	567	398	524	434	247	492	611	786	916	912
3~4	368	292	433	169	176	354	128	307	337	585	561	460
4~6	*	307	287	175	109	137	85	38	257	298	162	483
6~8	273	242	140	256	54	668	23	37	101	98	156	83
8~10	154	222	113	283	32	22	26	15	48	45	24	53
10~15	94	207	137	201	5	11	11	5	43	35	23	69
15~20	307	466	387	375	10	11	6	1	76	101	60	169
20~25	331	537	376	523	13	12	8	17	61	81	39	85
25~30	253	283	306	529	21	20	13	14	67	88	51	69
30~35	424	595	392	537	15	14	5	28	98	68	97	109
35~40	345	419	427	443	25	28	77	18	104	94	104	90
40~45	517	586	508	440	39	63	53	46	175	86	194	152
45~50	490	414	452	282	43	87	66	84	185	128	225	147
50~55	612	352	578	279	121	210	174	170	331	127	353	303
55~60	615	315	441	196	307	311	256	258	452	369	581	239
60~65	650	580	520	361	632	679	502	625	579	533	649	764
65~70	653	243	348	216	943	848	1100	785	871	768	1112	957
70~75	754	460	377	253	2285	1719	2374	1340	1420	1310	1686	1437
75~80	1112	195	198	353	3259	3183	2622	2546	2066	2292	2006	1794

出典 Trebuchet, *op. cit.*, t. 50 (1853), p343-345, (1857), p12-14

註1 80歳以上はデータが少ないので省略した

註2 原票は死亡率の高いものから順に配列されていたが、ここでは引用者が年齢別に組み替えた。

註3 肺癆1851年, 男4~6歳の数値は原票に脱落している。

表4 日本における結核死亡率の推移（性別・年齢別 人口10万人対）

年齢	1920 (大正9)			1925 (大正14)			1930 (昭和5)			1935 (昭和10)		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
0~4	111	104	107	72	65	68	56	49	52	56	53	55
5~9	59	83	71	44	62	53	41	55	48	43	49	46
10~14	79	200	139	64	161	112	62	143	102	61	138	98
15~19	343	539	440	313	475	393	318	442	380	323	434	378
20~24	452	505	478	415	453	434	431	453	442	476	461	467
25~29	342	403	372	320	351	335	330	339	334	376	345	361
30~34	260	302	281	236	258	247	235	236	235	264	237	251
35~39	215	232	224	200	202	201	189	171	181	201	174	189
40~44	203	195	199	186	160	173	180	149	165	183	140	162
45~49	201	158	180	182	139	161	177	116	151	187	132	160
50~54	224	159	192	190	130	160	176	119	147	186	117	151
55~59	230	140	185	206	127	166	177	104	140	179	102	140
60以上	188	101	141	153	81	114	141	69	102	146	65	101
全体	208	238	223	185	203	194	182	188	185	193	188	190

出典 厚生大臣官房統計調査部編『結核統計資料』1951, p16

註1 調査年は国勢調査年次であり、沖縄県を含む。

註2 小数点以下は切り捨てた。

表5 肺癆死の職業別分布 1851, 53年

	1851年			
	肺癆死	総死亡数	従事者数	肺癆死亡率
軍隊・将校・下士官・共和国衛兵・消防士	166	1028	30284	548
芸術家・劇作家	5	41	1762	283
弁護士	5	48	1781	280
金銀細工師	41	170	8628	475
玩具職	6	25	1272	471
洗濯婦・アイロン掛け女	103	545	15362	670
牛鶏肉商・臍物商	15	132	5400	277
屑屋				
パン屋・菓子屋	26	167	6068	428
石切工・舗石工	38	234	2057	1847
製紙・厚紙製造	16	67	2487	643
製帽工・その関連職	23	95	4400	522
木炭商	19	144	3358	565
大工・石工	74	531	12253	603
荷車引き・御者	56	368	5134	1090
理髪師・髪職	26	112	3341	778
家の管理人・門番	75	553	23250	322
靴職など	128	756	18103	707
各種皮鞣職	11	102	2959	371
綿製造	13	86	2475	525
縫製女工・針子・下着職	523	2163	58438	895
牛乳・クリーム販売・乳牛飼育	-	-	2648	
料理人(レストラン・ブルジョワ家庭)	55	344	8669	634
野菜栽培農民・庭師	21	208	2416	869
銅彫金士・ブロンズ職	28	227	11165	250
陶磁器など色付け職	23	83	2899	793
家事使用人(病人・子どもの世話)	139	1028	18394	755
事務職・店員	155	1028	40863	379
香辛料・乾燥果実商	11	104	5484	200
学生(医学薬学・助産)	7	53	5205	134
花屋・羽細工師	52	148	6494	800
金属鑄造・釘師・蹄鉄工	6	42	1994	300
ボタン製造販売				
煉瓦製造・陶工				
車体製造・車大工・その金物製造				
果実・野菜商	7	87	4221	165
暖炉・ストーブ取付け	10	56	1583	631
金属彫金	24	77	1473	1629

フランスにおける結核流行と公衆衛生

1851年	1853年				
全死に対する 肺癆死の割合%	肺癆死	総死亡数	従事者数	肺癆死亡率	全死に対する 肺癆死の割合%
16.1	171	1231	30284	564	13.9
12.2	8	43	2033	393	18.6
10.4	0	48			
24.1	49	258	9459	518	18.9
24.0	7	45	2740	255	15.5
18.9	103	529	14477	711	19.4
11.4	16	146	4286	373	10.9
	11		1507	729	12.5
15.5	41	220	4970	824	18.6
16.2					
23.8					
24.2	26	133	8057	322	19.5
13.1	13	188	3538	367	6.9
13.9	74	736	14776	500	10.0
13.2	54	490	5134	1051	11.0
23.2	23	136	5782	443	16.9
13.5	67	602	23850	280	11.1
16.9	145	1037	56134	258	
10.7	25	148	4007	623	16.8
15.1	17	127	4761	357	13.3
24.1	574	2508	58888	974	22.8
	10				
15.9	45	397	8669	519	11.3
10.1	16	152	2416	662	10.5
12.3	46	308	15407	298	14.9
27.7	33	131	4387	752	25.1
13.5	150	1298	18394	815	11.5
15.1	189	1184	32037	589	15.9
10.5	19	125	5154	368	15.2
13.2	10	45	5205	192	22.2
35.1	52	182	7499	693	28.5
14.2	24	156	2202	1089	15.4
	10	55	2132	469	18.1
	0		1286		
	8	70	5200	153	11.4
8.0	10	96	4221	236	10.4
17.8	9	78	3063	293	11.5
31.1	17	72	2399	708	23.6

	1851年			
	肺癆死	総死亡数	従事者数	肺癆死亡率
文士・ジャーナリスト	6	28	1303	460
時計工	13	62	2500	520
植字・印刷工・リトグラフ	54	317	6639	813
ホテル・ガル二経営者	14	84	4189	334
日雇・人足・水運び・市場運搬人・下水掃除人	407	2779	20988	1939
梳毛工など毛織物業	59	410	4278	1379
行商人・路上立売人	68	419	11207	606
店舗商	30	271	9278	323
ワイン商・酒類販売	48	407	13102	366
医者・産婆・歯科医	9	85	2477	363
指物師・高級家具職	126	848	19269	653
音楽家・美術家・その教師	6	68	1924	311
製紙労働	8	56	2120	377
雨傘製造販売	8	40	1534	521
飾紐・組紐製造	23	165	5680	404
皮手袋・皮革加工	43	145	8744	491
ペンキ・画家・染色絵具製造販売	57	57	10195	559
鉛管工	20	117	3970	503
金属研磨工		89	4042	
学校教師	19	126	3704	513
自由業・高級官吏	15	120	4088	366
地主・利子生活者・国家年金受給者	96	1954	70200	136
製本・仮綴	16	71	2478	645
彫刻師	17	88	2836	598
錠前工・機械工・外科道具製造など	109	674	14748	739
タバコ製造販売	13	59	1668	779
洋服・チョッキ職・縁無し帽製造女工	139	659	21354	650
轆轤師	24	142	3689	650
その他、職業記載なし	488	6634	477445	102

出典 Trebuchet, *op. cit.*, 1852, 1857-1

註1 死亡率（人口10万対）の表記に原票では計算間違いが多数認められたので、筆者が

註2 「従事者数」で、1853年「靴職など」の数値は大きすぎるがそのまま転載した。同年誤植と考えられるので、これを記入した。

フランスにおける結核流行と公衆衛生

全死に対する 肺癆死の割合%	1853年				
	肺癆死	総死亡数	従事者数	肺癆死亡率	全死に対する 肺癆死の割合%
21.4	3	25	1303	230	12.0
20.9	10	84	3286	304	11.9
19.0	64	373	7216	886	17.1
16.6	14	89	4189	334	15.7
14.6	399	3211	20998	1900	12.4
14.4	42	301	9172	457	13.9
16.2	48	268	11027	435	17.9
11.0	39	348	9270	420	11.2
11.8	73	384	14218	513	19.0
10.5	6	83	2324	258	7.2
14.8	179	1253	27116	660	14.2
8.8	18	80	1924	935	22.5
14.2	20	72	2144	932	27.7
20.0	15	57	1798	834	26.3
13.9	44	222	21903	200	19.8
29.6	53	282	12448	425	18.7
13.4	84	455	10646	789	18.4
17.1	25	168	5352	467	14.8
	33	152	2845	1159	21.1
15.1	12	108	3701	324	11.1
12.5	19	161	4086	465	11.8
4.9	110	1963	70200	156	5.6
22.5	7	68	3544	197	10.2
19.3	18	94	3206	561	19.1
16.1	115	717	23021	499	16.0
22.0	11	59	2587	425	18.6
21.1	160	884	63429	252	18.1
16.9	21	200	2297	914	10.5
7.3	429	5534	267212	160	7.7

計算しなおした。

「家事使用人」の数値は8394であったが、これは1851年の数値と同じ18394の

仕事を好んだ - は、ブルジョワ家庭に住み込みで働くのが普通で、多くは屋上階(屋根裏部屋)に寝泊りしていた。だが、そこは冬は厳寒、夏は酷暑のひどい住環境であった。粗末な食事、過労と相まって彼女たちが健康を損なうことは十分にあり得た。

男性の最底辺の仕事の一つが、日雇・人足・各種運搬人であった。当時のパリにはオベルニュ出身の水運び人が大勢いて、公共噴水・水道栓で汲んだ水をアパートマンの上階まで運び上げていた。またパリ卸売市場(レ＝アル)や、そこに出荷する舟運での荷卸し・運搬作業にも多くの人足が働いていた。その賃銀は安く、仕事は不定期であったので生活は安定しなかった。これら人足・運搬人などはアパートマンすら賃貸できず、ガルニ(家具付賃貸住宅)やカフェで夜を過ごしたが、彼らもまた不十分な栄養摂取、不健康な居住環境のもとで病魔に犯されたと見られる。

第二の「発見」は、肺癆に罹りにくい人々が少数ながら存在することである。弁護士 280 0, 医者・産婆・歯科医 363 258, 果実・野菜商 165 236, 香辛料・乾燥果実商 200 368, 車体製造・車大工・その金物製造 153, 地主・利子生活者・国家年金受給者 136 156 などである。果実・野菜商, 香辛料・乾燥果実商, 大工らは、換気のよい職場環境が肺癆罹患を遠ざけているのかも知れない。弁護士, 医師, 地主・利子生活者・年金受給者は、有閑階級・富裕階級であって、その安定した高収入, 換気も採光も良好な住環境, 栄養豊かな食事などが肺癆への抵抗力をつくっているのだろう。この辺りに肺癆が「社会的疾患」と云われる所以がある。尤も、内科医で肺癆患者を診療する臨床医たちは患者から結核感染する危険が大きかった。後段で紹介する 19 世紀前半のフランス医学界を代表するパール, ラエンネクは、肺癆研究の過程でこの病に罹り命を落としたのである。

肺癆が世上云われるような佳人の病ではなく、庶民わけでも貧民の病であることは、以上の分析からも明らかであろう。また、肺癆患者のうちおよそ 6 割が在宅死亡であり、4 割程度が「病院・ホスピス」で死亡してい

ることが判明した。慢性的疾患ならば通常は自宅療養が主であり時々通院治療を受けることが考えられる。だが肺癆死亡は、同じ呼吸器系疾患の肺カタルや肺炎よりも「在宅死亡」が少なく、「病院・ホスピスでの死亡」が多い。これにはどんな含意があるのだろうか。それを探るには当時の病院・ホスピスがどのような状態であり、世間からどう見られていたか、を見る必要がある。

近代初期の病院

中世イタリアのホスピスは、巡礼者や貧民に宿と食事を与えるために修道院に附設されたものだが、やがてそれは広く病人や貧民に看護と食事を与える病院へと転化してゆく。そこには衣食住に事欠く病人と貧民が不即不離の関係にあり、また社会にとって危険な要素であるとの認識が働いていたという。[児玉善仁,1998, p217sq] これを「隔離と保護」の観点から云えば、ヨーロッパの病院の嚆矢はレブラ（ハンセン病）患者を手当てし、收容する施設に求めることができる。それらの病院はサン＝ラザール病院、サン＝ラルド病院あるいは「レプローズリ léproserie」と呼称された。⁴²⁾ 事の成り行きからして初期の病院はもっぱら教会・修道院により設立され、聖職者により運営されていた。絶対王政期になると王家もこの事業に関与

42) レブラは16世紀には伝染性の病気、もっと正確に云えば、コンタギオン説を代表する病気であることが認識されていた。司教区裁判所裁判長は、レブラの疑いがある者を宣誓外科医に診断させ、レブラと認められると「レブラ患者隔離」の儀礼をおこなって、「永久の隠遁」を与えた。とはいえ、彼らがレプローズリや与えられた小屋から全く出られない訳ではなく、ガラガラ、手袋、頭陀袋を所持して街に物乞いすることは許された。もちろん人々とのいかなる接触も固く禁じられていたことは言うまでもない。パリではサン＝ラザール病院とサン＝ジェルマン・デブレ修道院がレブラ患者を收容していたが、アンリ4世の頃には、無為徒食に暮らすため賈の患者もかなりいたという。[フラン克蘭 2007, p106-13] 近代に入ってもこの病気は恐れられた。「その悪性伝染性が人々を恐怖に陥れ、病人を専門の病院に收容することを許した。彼らは両親、従者、知人から見捨てられ、ここで衰弱してゆき、ようやく死がその苦しみを和らげた。」[Trébuchet, 1849, p351]

し、病院設立に資金を与えたが、それでも運営は聖職者が担うことが普通であり、ことに現場での病人の手当や看護はどこでも修道女が献身的に従事していた。

近世ヨーロッパにおいても、病院は相変わらず病人、身体障害者、貧民、そして時には罪人の渾然とした集合体の態をなしていたが⁴³⁾、フランス革命により病院・ホスピスをめぐる環境は劇的な改変を経験した。もっとも顕著な変化は、病院、ホスピス、監獄の機能分化である。例えば、サルベトリエール・ホスピス内にあった刑務所が廃止された。⁴⁴⁾ 同じ文脈で、病院機能も専門化がすすみ、一般病院と専門病院がしだいに区別されるようになった。さらに主にシャプタルの指導の下に、1801年に「病院総評議会 Conseil Général des Hôpitaux」が創設され、病院が国有化され、医療制度の整備が図られた。例えば、オテル・デュウ Hôtel-Dieu (一般にパリ市立病院と呼称されているもの)には入院事務局が設置され、またインターンとエクスターン(通勤医)が制度化された。[Ackerknecht, 1967, p18] これに照応するように、外来患者と入院患者が区別され、概して云うなら、外来患者の市民としての権利が認められるようになった。つまり患者の希望が受け入れられ、職も賃銀も失わなくてよい外来通院が認められるようになり、また無料診療が原則となった。その反面、患者は医師への尊敬、

43) 17~18世紀のフランスの病院は「病人の避難所 asiles というよりも貧民のための避難所の趣があった。中略 大病院は伝染病患者、疥癬患者、性病患者、精神病患者、妊婦たちを追い出すが、中小都市ではそれは分かっているもできなかった。」という。さらに17世紀以降には大都市の病院は妊婦と孤児を受け入れるようになる。というも墮胎と嬰兒殺しが横行し、絶対王政政府がその緩和策として彼らの受け入れを命じたからである。[Gutton, 1982 p215] イギリスでも18世紀には病院の歴史に大きな前進があった。それまで二つ(聖パルトロメオ病院と聖トーマス病院)しかなかった病院が1760年には7つに増えた。だが、それはフランスの病院と同様に、病人だけでなく種々の困窮者や浮浪者・巡礼者などを受け容れる収容所であった。病院を補完するものが施療院 dispensary だが、ともに過密で衛生状態は劣悪だった。[川喜田愛郎, 1977, p433-34]

44) だがピセートル・ホスピス内の監獄は1836年まで存続した。

その診察への信頼と処方への遵守などの義務が生じたという。[Weiner, 1993, p165]

古い病院や修道院は改修されたり、増築された。大革命前夜のパリには48もの病院施設があり、2万人余を収容していたが [Trébuchet, 1849, p357: Ackerknecht, 1967, p15]、⁴⁵⁾ 革命の過程で整理統合され、19世紀初頭には病院13、ホスピス8つを算えるだけになった。前述のように、病院は一般病院と専門病院に大別されたが、一般病院の代表格がヨーロッパ最古の病院と云われるオテル・デュウであり、ノートル・ダム広場の前に厳然として聳え、大革命直前に消失したがすぐ再建され、年間1万人余の患者を診療していた。[Trébuchet, 1849, p370] 専門病院には、皮膚病を専門とするサン＝ルイ病院や、性病専門のミディ病院などがあったが、⁴⁶⁾ 我々に関心のある肺癆専門の病院はなかった。

大革命が近代医療の第一歩を記したことは紛れもない事実であり、こと

45) A. フラン克蘭は、1788年に入院している病人はわずか6236人で、その他に「健康な人14105人、捨て子15000人」が収容されていた、という(合計35341人)。[フラン克蘭, 2007, p193]

46) その他一般病院で代表的なものは、La Pitié, La Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beajon などである。La Charité 病院は膀胱碎石手術で有名だったが、革命後には後述する肺癆研究の先駆者たち コルヴィサール、ペール、ラエンネク が勤務する、「パリ最高の病院」であった。[Ackerknecht, 1967, p20] 専門病院には、Saint-Louis, Midi, L'Oursine, Enfants Malades (子ども専門)、Maisons d'accouchement (産科)、Cliniques などがあり、この他に陸軍病院 Val de Grace がある。ホスピスは、赤貧者、高齢者、幼児、遺棄児、精神障害者、不治の身体障害者など自力では生活できない人々ための避難所 asile であり、基本的には無料であった。代表的なホスピスにはピセートル Bicêtre、サルベトリエール Salpêtrière などがある。ピセートルはベッド数3千を擁する大ホスピスで、生活困窮者と精神障害者などを収容していた。ここにはかのドクター・ビネルがおり、精神障害者の治療の一環に附属農園での野良仕事を組織し、大きな成果をあげている。サルベトリエールは主に高齢女性の生活困窮者と精神障害者、他の病院で見放された不治の病人、とくに癌患者らを収容している。生活困窮者用に5千、病人用に400のベッドを用意している。主な病気は慢性気管支炎、心臓病、癲癇などであるが、それぞれに専門医師がついていた。[Lancet, 1834-35, vol. 1, p576]

ホスピスには、この他、年金生活者のための有料ホスピスがある。19世紀前半にはこの種のホスピスがパリに3施設存在した。[Trébuchet, 1849, p370]

に外来患者の処遇はだいぶ改善されたようである。入院患者の待遇も改善がすすんだことは確かではあるが、別の意味で病人を不安にさせ、怖がらせる事態も生まれていた。

入院患者の環境で劇的に改善されたのは、それまでの悪評高いダブルベッドがシングルベッドに取り替えられ、患者がゆっくりと安心して睡眠と休息をとれるようになったことであろう。大革命まではどこの病院でも、さまざまな病人がごちゃ混ぜに収容されていた。有名な乞食救済委員会リアンクール公爵の憲法制定議会への報告には、「20~25のベッドを200人が利用している、4人が一度に寝るとき、残りの4人は自分の番が来るまでは下に寝ている。」とか、「ミディ病院では毎年90人が性病で死亡するが、その3分の2は待機部屋で死ぬ。それは彼らが治そうと思ってきた当の病気でというよりも、彼らが呼吸している汚染された空気による感染に因るものだ」との記述が見える。[Trébuchet, 1849, p383]

オテル・デュウでも患者の詰り状態は似たり寄ったりで、1767年に公表された覚書には、空中にメタルを張り、そこにも病人を寝させた、梯子で昇り降りさせていた、とある。[Trébuchet, 1849, p371] 大革命前夜にオテル・デュウの調査を委嘱された外科医テノンが、この病院の惨状を口を極めて非難している。曰く、二人用のベッドに6人が、「一方の者の足が他方の者の肩に当たるように」互い違いに寝るなど、すし詰め状態が一向に改善されていないこと、おまる(穴あき椅子)の汚物、死に瀕した病人の排泄物を染み込ませた藁、瀉血の際の血や膿などが悪臭を放っていること、穿頭術などの手術が病人の目の前でおこなわれ、人々を恐怖に陥れていること、伝染病患者、梅毒患者、精神病患者、熱のある患者、回復期の患者、妊婦と売春婦らの同居、死にかかっている病人や既に息絶えた病人などさまざまな病人をら一緒に収容していることを指摘し、オテル・デュウは、すべての病院のなかで最も不健康で快適ではない病院であり、9人の患者のうち2人が死ぬと結論せざるを得ないと述べている。[フランク

ラン, 2007, p196-208 : Ackerknecht, 1967, p16]]

革命期の病院改革で、ベッドの規格が定められ、清潔なシーツ・枕・枕カバー、ポウルなどの什器も各人に支給されるようになった。また、新しい規則では病人は一日2回、午前中はチーフドクター、午後はアシスタントの回診を受けられるようになった。[Weiner, 1993, p177]

さらに革命期の総裁政府は、入院患者の嘆かわしい状態を改善する方策の一環として病人の食事改善を指示し、基本的な二つのメニューを提示した。ひとつが「肉のある食事 régime gras」で、これは一日に2度のスープとパン、あるいは大麦入りスープかジャガイモ澱粉入りのスープ、骨なし肉250g、が供される。もう一つは「肉なしの食事 régime maigre」で、2度のスープと2デシリットルの生野菜か豆類というものだった。どちらのメニューもワインは供されない。

ところが、現実には19世紀後半に至るまでフランスでは病院が忌避され、嫌悪されていた。患者や病人が病院や医師をどう見、病院での処遇をどう考えていたかは、歴史家ならずとも興味あるところだが、そういった資料は皆無である。同時代の調査や小説をひもとき断片的だがその辺の事情を探ってみよう。

E. ビュレは1840年に公刊した『イギリスとフランスにおける勤労階級の貧窮』と題する著作の中で、「フランスでは公的慈善がいかにも良い措置を採っても、病院は住民にとって恐怖の対象である。虚栄とか見栄とかが大きな影響力をもっているわが国では、自分のベッドのなかで死ぬことを名誉に思うし、出来るだけ慈善のベッドを遠ざけたいと願っている。」と述べた。[Buret, 1840, p245]

やや時代は下るがD. ゴラは『居酒屋』のなかで、ヒロインのジェルヴェーゼにささやかな希望を語らせている。「そうね、最後にはだれでも自分の寝床で死にたいと思うはずね。〈中略〉あたしにしても一生涯せつ

せと働いたら、自分の家の自分の寝床で気楽に死にたいわ」と。そしてこの言葉は、やがて結婚した夫、プリキ屋のクーボーが建築現場の足場から落ちて怪我をしたときに現実のものとなった。介抱に当たった男たちが彼をラリボワジェル病院へ担ぎこもうとしたとき、ジェルヴェーゼは「いや、いや、病院はいや！ あたしたちの家はグート・ドールの新町だわ」と叫んでこれを制した。

「もし彼女が夫をひきとったら、治療に非常な金がかかると説明してやってもむだだった。」この無謀とも思える行動は、皆から非難を浴びるどころか、逆に賞賛的となった。ゾラはこう記す。「付近の女たちは興奮してジェルヴェーゼのうわさをした。あのあばずれはびっこをひいているが、なかなかたいした女だ。きっと亭主を助けるだろう。ところが病院の医者たちは、大怪我をしたものをたいがい死なせてしまう。治すだけの面倒をみようとしなからだ。」と。[ゾラ, 1877, p26, 68-69]

大革命により病院環境が改善されたことは確かだが、入院患者は病院では体面が軽んじられ、人間らしく処遇されないと感じていたのかも知れない。その理由を忖度すると、真っ先に思いつくのは、病院の貧弱な食事であろう。食べることに無上の楽しみを求めるフランス人にとって、病院での給食メニューはあまりにもお粗末だった。前述した総裁政府の提示した二つのメニューはその端的な表れだが、実はそれは「完全食」であり、食事長が患者の容態を判断して、3/4食、1/2食、1/4食という具合に減らすことが出来た。

1806年のパリの規則では、病人はカテゴリにより「一日の食事分量 portion」が以下のように決められた。「ダイエット（節食療法）」の患者は一回の量 200cc のブイヨン（肉・野菜を煮込んだ汁）を一日 1~6 回。「スープ」の病人は、120g のパンまたは 60g の米か麵、300cc のスープ 2 回、250cc のブイヨン 3 回。「完全食」の病人は、380g の白パン、スープ 2 回、ブイヨン 2 回、500g の茹でた肉、野菜または豆類、ワイン 500cc が供さ

れた。[Imbert, 1982, p383]

これには註釈が必要であり、「茹でた肉 bouilli」とは、ブイヨンを取るために長時間茹でられた残り滓の肉で、旨みはすっかり抜けてしまっていた。[アロン, 1973, p246] しかも、完全食が供されることは滅多になく、通常は前述のように 1/4 づつへずられて与えられた。これは監獄の食事よりは幾分マシかもしれないが、⁴⁷⁾ 食餌療法により病人に免疫力をつけ快癒させるには不十分であった。ことにヨーロッパの人々にとっては、肉食が肉体のみならず精神にも好影響をもたらすと信じられていたから、⁴⁸⁾ 量もさることながら良質の肉食への思いは強く、「茹でた肉」に満足し難い心情も頷ける。同じ思いは医者も共有していたようで、彼らの要求で 1817 年に食餌メニューが改訂され、茹でた肉の代わりに鮮魚が登場し、果物やジャムも出されるようになる。[Imbert, 1982, p383]

その後、病院の給食メニューは改善され多彩になり、質、量とも豊かになる。1846 年のコシャン病院と 1847 年のオテル・デュウの一日の食事分量は次の通りである。

47) E. シューによれば、19 世紀初め頃の監獄の食事内容は次の如きものだった。朝食：ポウルー杯の肉入りのスープか肉なしスープ（水で薄めたブイヨン 500cc）、夕食：骨なし肉 1/4 ポンド（113g）か、一定量のインゲン豆やジャガイモなどの野菜（同じ野菜は 2 日連続しない）。E. シューは、どれ位の量のパンが出されたかは記してはいないが、働き者で実入りの良い労働者ですら、肉や肉入りスープを年に 10 回も食べないのだから、囚人の食事が殊更ひどいものではない、と述べている。[Sue, 1843, p732]

48) 権威あるイタリア人の「生理学者アルベルトーニは、1908 年に、肉の蛋白質は中枢神経に栄養を与え、したがって精神病まで回避するという長所をもつので」、大衆が肉食を高く評価するのは正しい、と認めている。[フランドラン & モンタナーリ, 2006, p1067] その前段で、イタリアの地方政府の嘱託医は、調合薬は僅かに処方するだけで、肉、ワイン、白パン、コーヒー、卵、ロゾリオ、リンゴといった「治療食」を病人に与えた、とある。カロリーだけでなく、ビタミンなど栄養価に富む食事が、病気の予防と回復に如何に重要かは、世界保健機構 WHO が認めるまでもなく歴史が証明している。1845 - 46 年のアイルランドにおける馬鈴薯飢饉が壊血病などの病気を引き起こし 48 年二月革命の遠因をなしたことを想起されたい。

コシャン病院 [1846 年]	オテル・デュウ病院 [1847 年]
パン 378g	パン 373.7g
肉 272g	畜肉または豚肉加工品 271.8
魚 21g	魚 13.4g
家禽類 10.2g	家禽類 6.2g
鶏卵 2/3 個	鶏卵 2/3 個
牛乳 23.6cc	牛乳 175cc
生野菜 200g	生野菜 190g
豆類 40g	
ジャガイモ 54g	ジャガイモ 55g
チーズ 8.8g	チーズ 9.4g
乾燥プラム 8g	乾燥プラム 10g
バター 10g	バター 10g
油脂 4g	油脂 5g
出典 [アロン, 1973, p245]	

両者に若干の異同が見られるが コシャン病院の方が家禽類と魚のタンパク質ではオテル・デュウよりも優っているが、牛乳・チーズでは劣っている。大筋ではほぼ同様のメニューと見てよいだろう。著者アロンは、畜肉は「骨付き肉」だと見てそのカロリーをおよそ 2000kcal と見積もっている。ワインが供されていないことが物足りないが、運動量の少ない病人としては十分なカロリーであろう。その後も病院給食は、医師や衛生諮問委員会などの勧告を受けて改善が重ねられてゆく。1853 年には『パリの病院およびホスピスの食物管理に関する規則』が定められ、大衆と並んで舌平目や川カマスなどがメニューに登場し、フランス人の美食趣味を満足させるだろう。[アロン, 1973, p248] 20 世紀になると、「快適に食べる」ことにも配慮され、深い鉢に代わって大皿・中皿など食器も多様になり、また肉入りスープと並んで「焼き炙り肉」が週 3 回食卓に出るようになり、デザートも毎朝食に付くようになる。⁴⁹⁾

49) 1901 年 7 月の省通達による病院食一日一人の割当量は以下の通り。(調理前

このように 19 世紀半ばパリの大病院での食事内容はだいぶ改善が見られたのだが、庶民の病院不信は払拭されなかったようだ。その理由は実は近代医療の在り方にそのものにあるように思える。M. フーコーが夙に示唆し、アッカークネヒトが指摘したように、革命後に確立するフランス近代医療は病院医学として出発した。病院は今や医学研究と実践教育の場でもあった。先に述べた病院とホスピスの分化、病院の専門化もこの観点から理解しうる。フランス臨床医学は 19 世紀前半、世界医学の最先端であったが、その基礎には後述する病理解剖学があり、これこそ庶民の病院への畏怖の元凶であった。

E. シュー『パリの秘密』に登場する人物のなかに、ラ・ロレーヌとジャンヌ・デュポールというふたりの若い娘がいる。ラ・ロレーヌは洗濯婦、ジャンヌはカーテンの^{フサ}総を造る女工だったが、ともに過労と栄養失調などが因で肺癆を病み、咯血をくり返し、やせ衰え余命いくばくもない。彼女らはあるホスピスに入院して、互いに身の上を語り、慰めあう仲であるが、ある日ドクター・グリフォンとインターンの回診を受ける。その時ふたりは次のような会話を交わす。

- ラ・ロレーヌ！ ジャンヌ・デュポールは小声で隣に話しかけた。 医師の後に大勢の人がついてくるけど、あの人たちはいったい誰？

あれは学生よ。

おお神様、医師が私に問診したり診察したりするときにも、この若い学生さんたちはいるの？

ええ、もちろんよ。

の分量は割愛して調理後の分量のみ記す) 白パン：男 500g、女 400g、ワイン：男 480cc、女 360cc、朝食：肉入りスープ 300cc、焼き炙り肉 80g 週 3 回、調味された茹で肉 80g 週 2 回、屑肉・モツのシチュー 80g 週 2 回、季節野菜 140g 週 2 回、豆類 180cc 週 4 回、デザート；リオレ（牛乳粥）220cc、夕食：肉なしスープ 300cc、茹で肉または調味された肉 160g 週 7 回、季節野菜 140g 週 2 回、豆類 180cc 週 2 回、デザート；リオレ 220cc 週 1 回。[Imbert, 1982, p385-6] こうした食餌療法におけるメニュー改善が、病院内での死亡率を大きく減ずるのに貢献したことは確かであろう。

でも、私が悪いのは胸よ、こんなに大勢の前ではまさか身体検査はしないでしようね。

いいえ、やるのよ。必要だから。彼らはそれが望みよ。私も初めての時には泣いたわ。恥ずかしさで死んでしまいましたかった。それで抵抗したの。そしたら家に戻ってしまうぞと脅されたわ。それで覚悟を決めねばならなかったの。それは私には一大事だったので、病気がいっそうひどくなったと思う。だって考えてもみて、こんな大勢の前で裸同然になるのよ、とっても辛いわ。

お医者さんひとりの前で、もし必要ならそれも分かるわ。それでも辛いけど。でも若い人の前でどうしてなの。

彼らは勉強しているの。私たちが実験台になって教育をうけるの。仕方がないじゃない。私たちはそのためにここに居るのよ。そういう条件で私たちは受け入れられたのよ。

[Sue, 1843, p814-15]

若い娘のいたたまれない羞恥と屈辱そして諦念が覗える。医師の冷酷さと非情さがもっとも鮮明に出るのは病人が死んだときである。ドクター・グリフォンの回診が開始される冒頭場面には次のような会話がある。

右側の列の最初のベッドに着くと、そのカーテンは閉められており、^{シスター}修道女がグリフォンに告げた。

先生、番号1は今朝4時半に死にました。

そんなに遅く？驚いたね。昨日の朝、一日はもつまいと思っていたが。遺体を誰かひきとると云ってきたかね。

いいえ、先生。

そりゃよかった。美しい死体だ、誰か解剖する者はいないかな。そうだ、誰かを喜ばせてあげよう。（そこで医師は後に続いている学生の一人に向かって）

親愛なるデュノワイエくん、ずっと君は遺体を望んでいたね、君が最初に登録したのだから、この遺体は君にあげよう。

ああ、先生、なんというご厚情でしょう。

私は君の熱心さに何かご褒美をあげようと、いつも考えていたんだ。遺体にきちんとマークをつけて、確保しておきなさい。奪い合いになるとずる賢い輩が

多いからね。(と云って医師は別の場所に移動した)

学生は、医師に云われたように、遺体を確保するために女優の遺体の腕に、メスで F と D (François Dunoyer) の文字を精密に刻んだ。[Sue, 1843, p814]

こうして確保された遺体は、病院内の階段教室 amphithéâtre d'anatomie で医学生らの衆人環視のなかで解剖された。パリ最良の病院と噂されたシャリテ病院には、肺癆研究を大きく前進させた三人の医師がいたが、それはそこでの病理解剖の賜物であった。コルヴィサールはシャリテ病院に 12 年間勤務したが、この間この病院で死んだ患者のすべての遺体を解剖したと云われる。[Haas, 1995, p14] その後継者ペールも肺癆研究のために 900 体に及ぶ死体解剖をしたという。さらにその衣鉢を継ぐラエンネクも 1822 年 9 月から 10 月にかけて、実に 22 の死体解剖を行ったという。[Weiner, 1993, p182]

死体解剖はオテル・デュウに附置された階段教室でも盛んに行われていた。ウェイナーは 1801 - 15 年の期間の当病院の記録を丹念に調査して、年間 5000 の死体がそこから出ることを突き止め、「恐らくそのうち毎年数千の遺体が階段教室で解剖されて病院から排出された、と見て間違いはない」と云う。[Weiner, 1993, p182]

規則では遺体はもちろん親族に引き渡されねばならなかった。また伝染病死の場合は迅速な処置が採られ、遺体解剖に回してはならない筈であったが、現実にはこうした規則は守られなかった。⁵⁰⁾

50) 民間病院やホスピスでも死体解剖が盛んに行われていた。前述のサルベトリエール・ホスピスでも死体解剖は頻繁になされており、「医師クリュヴェイエ Cruveilhier はその解剖の全てに立会い、彼の病理解剖の素晴らしい成果の材料をそこに見出した」という。[Lancet, 1834-35, vol. 1, p576] クリュヴェイエは病理解剖学の講座を担当し、この学問に関する 5 巻の書物を著した。[アッカークネヒト, 1967, p270] ところで多くの民間病院では、解剖後の遺体処理が不適切かつ不衛生であるとして、1833 年には民間病院の階段教室(解剖教室)は閉鎖され、代わって新たにフェール・ア・ムラン通り 1 番地に専門の解剖教室が設置された。トゥレブシエは「(医師の)死体への

19世紀パリの病院は病気の研究と医師養成の機関であり、病人はそのための素材であった。ことに無料で入院している各種患者は、さまざまな治療の実験台であり、また死亡すれば病理解剖の素材として医学の進歩に貢献させられた。『パリの秘密』に登場するドクター・グリフォンは、貧乏人たちに、何度も新しい療法と古い療法の生体比較実験した後でなければ、敢えて危険な真似を富裕層には施さなかった。「しばしばこれらの実験から有益な事実、あるいは科学的な発見が得られた。するとドクターは、貴重な兵士を犠牲にして勝利した将軍のように、無邪気にも満足し勝ち誇ったような態度を見せた。」[E. Sue, 1843, p805]

『パリの秘密』の二人の若い乙女のように、末期的な肺癆患者が最後に入るところが当時のパリの病院であった。そこでは最低限の食事とベッドが保障されていたからである。しかし、それには死後の処置についてのあたる種の覚悟が必要であった。できれば自宅で死にたい、というのが当時のパリジャンの偽らざる気持ちであり、それは今も変わらない。

- 4 ロンドンにおける肺癆蔓延

産業化と都市化で先行したイギリスは、肺癆蔓延とその鎮静化（死亡率低下）でもまたフランスより1世紀ほど先んじていた。1837年、ロンドンに登録本署 Registrar General ができ、出生や死亡に関する人口統計が編纂されるまで、人口データはさほど信頼性がなく、仮説の域を出ないというが、パリに対比するかたちで19世紀前半までのロンドンにおける肺癆蔓延の実態を垣間見ておこう。

19世紀初めブリマスの医師 W. ウールコウムが、ロンドンの死亡記録統計 London Bills of Mortality⁵¹⁾に基づいて明らかにした、「総死亡に占

尊厳の気持ちがあうれ始めた」と述べている。[Trébuchet, 1849, p366]

51) この資料 Bills of Mortality は1593年から1845年までの期間、ロンドンにおける埋葬や死亡などを記載している。死因が記録されるようになるのは1629年以降のことだが、30ほどの死因の常にトップにあったのが肺癆 consump-

める肺癆死亡の比率」は、18世紀前半が1:5、18世紀最後の10年は1:3であった。[Greenwood, 1935, p345]⁵²⁾ その少し後にロンドンの病気を観察した医師ベイトマンも、同じく「総死亡に占める肺癆死亡の比率」の歴史的推移を以下の如くまとめている。[Bateman, 1819, p22]

1669年・・・1:6.2 (16.1%)

1749年・・・1:5.5 (18.1%)

1799年・・・1:3.8 (26.3%)

1806年・・・1:3.6 (27.7%)

1818年・・・1:4.2 (23.8%)

さらに、公衆衛生の先駆者として名高い医師 W. ファーが、ロンドンのリバティ地区を対象に総死亡率と肺癆死亡率の変動を考察したものが、次の簡易表である。⁵³⁾ [Greenwood, 1935, p347]

	総死亡率	肺癆死亡率	総死亡に占める肺癆死亡の比率
1629 - 35年	50‰	10‰	20%
1660 - 79年	80‰	13‰	16.3%
1728 - 57年	52‰	9‰	17.3%
1771 - 80年	50‰	11‰	22.0%

tion であった。17世紀には偉大な二人の内科医シデナムとモートンが出て、医療技術の進歩があったが、肺癆診断の難しさは続いたようである。18世紀になっても Bills of Mortality の肺癆件数は過大評価の疑いがあったという。というのは、検死官は内科医ではないので、「死体が衰弱していれば、それが急性発熱に因るものかもしれないのに、消耗病 consumption として教区事務に報告していた」からである。[Brownlee, 1917, p40]

52) 原典は Dr William Woolcombe, *The frequency and fatality of different diseases, particularly on the progressive increase of consumption*, 1808 なお周知のことだが当時のイギリスでは、肺癆は医学的には Pulmonary Phthisis と表記されることが多かったが、通常は Consumption と言いつけられており、庶民は Decline と呼称した。

53) この論文は McCulloch's *Statistical Account of the British Empire* に掲載されたというのが筆者は残念ながら未見で、上記は先のグリーンウッドの著作からの引用である。なお、リバティ地区は17世紀初めから19世紀前半までのおおよそ2世紀間人口は停滞的であり - 1631年の人口は130,178であり、1821年でも130,100と変動がない - , 性別や年齢別の構成も変わらないと見なされている。

1801 - 10年	29‰	7‰	24.1%
1831 - 35年	32‰	6‰	18.8%

これらのデータから窺えることは、肺癆はすでに17世紀には深く広くロンドンに根を下ろしていること、総死亡率は18世紀末から19世紀初めにかけて著しく低下し、それと併行して肺癆死亡率も低下することである。だが、肺癆死亡率は19世紀以前には起伏に富んだ動きを見せ、傾向的に低下するのは19世紀に入ってからであり、明瞭なターニングポイントは後述するように、19世紀半ばである。また総死亡に占める肺癆死亡の割合は、一旦低下するが18世紀末から19世紀初頭時には増大する。それは総死亡率の低下ほどには肺癆死亡率が低下していないためである。巨視的に見れば肺癆が死因別では2世紀に亘り首位の座を保持していることは明白である。

人口動態学の観点からすれば、18世紀から1830年代までのイギリスの人口増加は、出生率の上昇というよりも死亡率の低下に因るものだという、T. マックオウンの主張は上記のデータからも頷けるが [Mckeown, 1963, p 94]、私は、18世紀末から19世紀初頭にかけて肺癆がロンドンで猖獗をきわめている事実注目したい。ロンドンの内科医 R. ウィリアンは、1795 - 96年に4500人の患者を診察し、うち死亡した245人の死因を詳細に記録しているが、抜きん出た首位は肺癆で77、次いで「肝臓に腫瘍をもつ衰弱死及び水腫」21、天然痘20である。[Brownlee, 1917, p41] 肺癆の総死亡に占める割合は実に31.4%に達している。⁵⁴⁾ 1800年以前は正確な人口を掴めないで、人口10万対の肺癆死亡率を算出することはできないが、ブランウンリィが云うように、「18世紀の初めから19世紀の初めまで肺

54) 1796年のLondon Bills of Mortalityによれば、死亡17,648、うち肺癆死亡は5,246だから、総死亡に占める肺癆の割合は29.7%であり、上記のR. ウィリアンの観察とほぼ一致する。[Flinn, 1965, p11]

癆死亡が量を増したこと、その後は減少に転じたことは疑問の余地はない。確かに 18 世紀を通じて総死亡に占める肺癆死の増加傾向が、ただちに量の増加を意味するものではないが、大きな蓋然性としては、1800 年頃のロンドンには大量の肺癆患者が存在したとは云える。」[Brownlee, 1917, p 44]⁵⁵⁾

1837 年の登録本署 Registrar General の創設は、疫学史の上からも画期的な出来事であり、以後ロンドン市民の出生・結婚・死亡など人口学的統計がここから得られるようになる。⁵⁶⁾ 記載される死因もかつてのおよそ 30 から 3 倍近くに増えて、この間の診断技術の進歩を窺わせる。『ランセット誌』に逐次報告された死因別死亡統計を、1840 - 41 年の約 1 年間について累計作成したものが表 6 である。死因は器官ごとに分類されているが、呼吸器系による病死が群を抜いて多いことに驚く。第 1 位の肺癆 6924、第 2 位の肺炎 3908 など呼吸器系による病死は 14 213 に及び、総死亡の約 31% を占める。死因の第 3 位老衰 3433、第 4 位痙攣 2720 などは特定の病死とは考えにくいから、当時は数ある病死のうちで呼吸器疾患が如何に大きな位置を占めていたかが判る。中でも肺癆は総死亡の 15 - 16% を占め、⁵⁷⁾ 19 世紀初頭に比べて幾分下がっているが、依然としてもっとも致

55) ブラウンリーは、肺癆はひとつの病気ではなく三つのタイプの総称であるというが、医学の門外漢の私には論評できない。また後述するように、我々が考察している時代に結核菌の毒素が弱くなったという説は、証明する証拠が乏しいようである。但し、近年は抗生物質に耐性をもつ結核菌が猛威を振るい始めていることは周知のことである。

56) その起源は、通説では 1833 年工場法や 1836 年保健に関わる法律にあるとされる。例えば、工場法は児童の入職年齢を定めたが、児童の年齢を確定する手段が欠落していたからである。チャドウィックの有名な『衛生報告』(後述)に優れた序文を付した M. W. フリンは通説を批判し、むしろ非国教徒たちが、イギリス国教会とは別に、出生・結婚・死亡などの法整備を強く望み、1833 年に独自に編んだ Report of the Select Committee on Parochial Registration が市民登録の起源であると云う。[Flinn, 1965, p27]

57) 広義の結核には別立てになっている瘰癧(頸部リンパ節結核) scrofula を加えることが妥当であろうが、当時は後述するように、瘰癧は結核の一形態とは見なされていなかった。

表6 ロンドン・メトロポロスの死因別死亡数 (1840.8.9-1841.7.17)

(病因)	(病因)	(病因)	(病因)		
天然痘	1730	知恵熱	798	癌腫	338
はしか	877	胃腸炎	912	腫瘍	80
猩紅熱	1164	腹膜炎	63	痛風	60
百日咳	1650	腸管膜瘻症	231	萎縮症	322
クループ	354	腹水	26	虚弱	1069
驚口瘡	260	潰瘍	72	畸形	79
下痢	421	ヘルニア	86	突然死	730
赤痢	68	疝痛・腸閉塞症	104	老衰	3433
コレラ	46	胃病	287	暴飲・不節制	31
インフルエンザ	227	肝炎	65	困窮	35
チフス	1149	黄疸	94	変死	1129
丹毒	281	その他の肝臓病	395	死因不特定	183
梅毒	21	腎炎	26		
恐水病	1	糖尿病	21	合計	45,141
脳炎	617	結石	16		
水頭症	1698	狭窄	14		
卒中	851	その他の腎臓病	155		
麻痺	773	産褥熱	346		
痙攣	2720	卵巣水腫	12		
癩癧	184	その他子宮の病い	148		
精神錯乱	40	リュウマチ	118		
振顛譫妄	72	その他の関節病	140		
脳の病い	471	潰瘍	19		
扁桃周囲炎	70	瘻管	14		
気管支炎	641	皮膚病など	17		
胸膜炎	88	炎症	259		
肺炎	3908	出血	161		
水胸症	219	水腫	1691		
喘息	1565	膿瘍	167		
肺癆	6924	壊疽	239		
その他の胸の病い	798	瘰癧	111		
心膜炎	39				
動脈瘤	49				
その他の心臓病	883				

出典 The Lancet, 1840~1841

註 当時のロンドンの人口はおおよそ1955千人。

死的な疫病であることに変わりはない。

ところで、1840年頃のロンドンの人口はおよそ1955千人だから、肺癆死亡率(人口10万対)は376になる。⁵⁸⁾これを同時期のパリと比較すると、パリでも総死亡の3分の1が呼吸器系疾患による死亡であり(前記p17)、ロンドンとほぼ同じである。肺癆死亡だけを見ると、その死亡率はパリが460-470、ロンドンが376だからパリが100ポイント弱高いが、その総死亡に対する割合はパリが12-14%、ロンドンが15-16%で、逆にロンドンの方が数%高い。

次に19世紀中葉までの肺癆蔓延の実態を、当時の代表的で包括的な作品であるチャドウィックの『衛生報告』⁵⁹⁾から拾い出して紹介しよう。冒

58) 表6は343日分の死亡データだから、これを365日に換算すると、肺癆死者は7368人になる。

59) [Chadwick, 1842]は通常『衛生報告』と呼称される歴史的文書であり、イギリス公衆衛生の制度化を促した記念碑的作品である。そこには労働者階級の居住・疾病・家族・衛生条件など豊富な調査資料が含まれる。この作品の歴史的背景と政治的背景及びチャドウィックの意図については、M. W. フリンの序文が有益である。わが国では有名な割にはチャドウィックの仕事は正面から論じられてはいないようだ。管見の限りでは見市雅俊氏の幾つかの論考と次の翻訳がある。[見市雅俊, 1985, p377-408; 同 1990, p99-142], [ブランドイジ, 2002]

ところでチャドウィック『衛生報告』の翻訳は1990年に橋本正巳氏によってなされた。タイトル『大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書』の「労働人口集団」という訳語にも違和感を禁じえないが、本文も生硬で読むに苦勞する。それはいま措くとして、不適切な訳語と訳文が散見される。翻訳の苦勞をけなすようになるので、一、二の挙例に止めたい。

一はチフス typhus をすべて「発しんチフス」と訳出しているが、疑問を覚える。釈迦に説法だが、チフスには大別して発疹チフスと腸チフスがある。腸チフスにはエーベルト菌による本来の腸チフスとパラチフス菌によるパラチフスがあり、経口伝染病である(前記註35)。「発疹チフス」 typhus exanthematique は、病原体はリケッチアの種類で、シラミ(頭シラミ・衣シラミ)の媒介でヒトに伝染する。1~3週間の潜伏期間の後、悪寒・戦慄・高熱・頭痛・四肢痛などを発し、めまい・吐き気を催し錯乱状態に陥る。3~5日で淡紅色の発疹が現れる。重症では脳症を伴い死亡することもあるという。二つの世界大戦中に大流行したことから「戦争チフス、監獄チフス」などとも呼ばれる。[ラルッス医学大辞典](朝倉書店1981)

これらふたつのチフスはともに高熱を發するので「熱病」と呼称され、同じ病氣と見なされていたが、ようやく1869年に区別されるようになった。[Mckeown, 1963, p95] それゆえ『衛生報告』が刊行された1842年時点では

頭にイングランドとウェールズにおける1838年の病死件数が総括的な表として掲載されている。煩雑になるので州ごとの集計を省き簡略化した累計を示すと、次の如くなる。[Chadwick, 1842, p76-7]

単に「チフス」と訳出するのが適当ではないかと思う。エンゲルスの代表作『イギリスにおける労働者階級の状態』でも、単に「チフス」と表記されている。[エンゲルス, 1845] 確かにその発生状況から見て発疹チフスと思われる箇所が多いのは事実だが、「排水 drainage」や「給水 water supply」と関連してこの病気が述べられるときは、明らかに腸チフスの流行を指していると思われる。ついでに云えば、アルバート殿下が1861年に罹り死亡したのは腸チフスであり、当時パリでたびたび流行を起こすのも腸チフスである。（前記 p17-18）

次に、上記1のグループがもたらす被害についての叙述（原典 p78, 訳書 p90）は理解不能の誤訳であろう。長くなるが原文と訳文を併せて引用する。

A conception may be formed of the aggregate effects of the several causes of mortality from the fact, that of the deaths caused during one year in England and Wales by epidemic, endemic, and contagious diseases, including fever, typhus, and scarlatina, amounting to 56,641, the great proportion of which are proved to be preventible, it may be said that the effect is as if the whole county of Westmoreland, now containing 56,469 souls, or the whole county of Huntingdonshire, or any other equivalent district, were entirely depopulated annually, and were only occupied again by the growth of a new and feeble population living under the fears of a similar visitation.

翻訳文は以下の通りである。

「幾つかの死亡の原因の総合された影響について、次のような事実からひとつの概念が形成されるだろう。すなわちイングランド・ウェールズにおいて、その年1年間に熱病、発疹チフス及び猩紅熱を含んで、流行病的、地方病的、及び伝染性の疾病による死亡は、合計56,461であるが、その大部分は予防が可能であることが立証されている。すなわちその影響はちょうどウエストモアランドの州全体が、今56,469の死者の霊を内包しているようなものであり、あるいはハンチンドンシャーの全州、またはその他すべてこれと同等の地域では年々完全に人口が減少しており、またそれらは同じ惨害についての恐怖の下で生きている新しく弱々しい人口の成長によってのみ、再生しているのである。」

参考までに拙訳を掲げる。

「次の事実から幾つかの死因の総合的作用についてある観念が生まれるかもしれない。つまりイングランドとウェールズにおいて流行病・風土病・伝染病 - この中には熱病・チフス・猩紅熱が含まれる - で死亡する人は56,461人に昇るが、その大半は今では予防できることが分かっている。その被害はいわば人口56,469を擁するウエストモアランド州の住民が、あるいはハンチンドンシャーやこれと同規模の州の民が、毎年そっくり失われて、同様の災禍を恐れて暮らす新しく虚弱な住民の抬頭で埋め合わされる如きものである。」

フランスにおける結核流行と公衆衛生

1 疫病・風土病・伝染病による死亡

熱病：チフス・猩紅熱	24,577
天然痘	16,268
麻疹	6,514
百日咳	9,107

2 呼吸器系疾患による死亡

肺癆	59,025
肺炎	17,999
その他	13,799

3 脳・神経・感覚器の疾患による死亡

49,704

4 消化器官疾患による死亡

19,306

小計 216,299

この小計に、上記以外の病因に因る死亡を加えると病死総数は 282,949 となり、さらに老衰死 35,564、暴力による死亡 12,055、病因不特定死亡 11,970 を加えて、総死亡は 342,529 となる。[Chadwick, 1842, p78] ここでも呼吸器系疾患による死亡が群を抜いて大きく - 総死亡に対する割合は 26.5% - なかでも肺癆死亡が顕著である。肺癆死亡の総死亡に対する割合は 17.2%、また総人口に対する肺癆死亡率（人口 10 万対）は 382 と算定される。⁶⁰⁾

これらの観察から、肺癆が決してロンドンなど大都市に固有の疫病ではなく、ヴィクトリア時代の劈頭にイングランドとウェールズ全土に蔓延していることが判る。肺癆死亡率 382 はむしろ帝都の 376 を上回るという驚

60) チャドウィック報告の文中にも表中にも総人口の数字はないが、表中にある「上記 4 器官の病死の人口 1000 に対する割合」が 14%とあるので、ここから総人口を逆算し、1545 万人と推定した。1841 年のイングランドおよびウェールズの総人口は、センサスによれば、15,912,773 である。
The Lancet, 1850, Vol. 1, p5

くべき事実が浮かび上がる。⁶¹⁾ フリンが云うように、「肺癆（結核）は19世紀末までもっぱら都市の病気である」との主張には [Flinn, 1965, p11], 若干の注釈が必要であろう。我々は肺癆の起源とその伝播について確かな疫学的証拠をもっていないが、イギリスでも初発は恐らく人口の密集する都市貧民街に肺癆が流行し、ロンドンについて見たように風土病化し、そこから18世紀末から19世紀前半にかけて生起した交通運輸革命、とりわけ鉄道の開通によって、人々の移動とともに全土に波及したのである。それまで孤立分散的だった農村共同体はある意味で肺癆の処女地であったから、ひとたび感染が始まると瞬く間に拡がり高い死亡率を生み出したと考えられる。

ロンドンの婦人帽子・婦人服製造に従事する労働者たちの間にも肺癆が蔓延し、多くの死亡者を出している様子が報告されている。1839年にはこの業種で52人の死亡者を数えたが、うち肺癆死28、その他の胸部疾患による死亡5であった。これら計33人の死亡時の平均年齢は28歳であり、総死亡に対する割合は63%にも達する。[Chadwick, 1842, p176] チャドウィックは、換気の悪い過密な作業環境がこの悲惨な結果を招いていると批判する。

同じく1839年イングランド北部の諸州(Cumberland, Westmoreland と Lancaster, Northumberland 州の一部)の坑夫・炭坑夫の事故死と病死についての報告がある。労災による死亡58, 病死135, 老衰死19, 計212だが、病死のうちで圧倒的に多いのが肺癆死52であり、その平均年齢は36.5歳だという。炭坑夫の総死亡の約25%, 病死の38%が肺癆死に因るものである。チャドウィックは坑夫の証言を引きながら、タコ部屋の如き過密で不潔な居住環境を鋭く批判する。[Chadwick, 1842, p180-181]

さらに第5章では「衛生施策の無視による金銭的負担」という観点から、

61) なかでも肺癆死亡が顕著なのは Lancaster 8, 124, Middlesex 6,220, York W. R. 4 253 の3州である。[Chadwick, 1842, p76-77]

労働者階級の「早過ぎる死」があまたの寡婦と孤児を生み出している現状を考察する。彼が引用する7つの(チャドウィックは8つと記すがこれは単純な間違いだろう)教区連合の死亡原因とその平均年齢、孤児の数は表7の通りである。教区により若干の異同は認められるが、どこでも「呼吸器系疾患による死亡」が圧倒的に高い割合を示している。全体では39%、綿工業の中心地区マンチェスター教区連合では43%もの高率である。うち肺癆死が50-60%を占めることはこれまでの観察から容易に想像される。

- 因みに1838年イングランドとウェイルズの病死総括表では、その比率は65% (p32) だった - 一家の働き手の死亡が未亡人と孤児の生活苦を招き、それが結局は救貧税の膨張を招くというのがチャドウィックの論理である。

表7にあるアルストン・ウィズ・ガリギル教区連合(カンバーランド州)がさらに詳細に分析されている。この地区で死亡した89人の大部分(70人)が鉛採掘の坑夫で、他に、紳士服仕立屋、石工、ガラス工、肉屋、ろくろ土、鍛冶屋、石切工、建具屋、靴屋、荷馬車製造職、教師などがある。「申し立てられた死因」の内訳は、喘息26(うち最後には肺癆死4)、肺癆19、老衰5、労災7、その他コレラ、インフルエンザ、卒中、胸膜炎、麻痺、チフス熱、リュウマチ、事故などが続く。この教区ではいわば職業病としての「坑夫喘息」が死因の首座を占めるが、肺癆も総死亡の21%を占めている。ここでも肺疾患が坑夫など住民の命を奪っていることが判る。死亡者の平均死亡年齢は45歳で、これら一家の稼ぎ手の「早過ぎる死」が、89人の寡婦と242人の孤児をつくり出し、その生活を窮乏化させ、その救済のための公的支出を増やしているという。[Chadwick, 1842, p258-61]

以上見たように肺癆が都市だけでなく広くイギリス全土に蔓延していることがわかるが、チャドウィックは、こうした惨状に医学界は無力で有効な予防手段を提示できないと批判的である。[Chadwick, 1842, p214, 396; ブランディジ, 2002, p106] だが、云うまでもなく医学と公衆衛生学とでは、病気の異なる面に焦点を当てているので、自ずとその性格も目的も違って

表7 寡婦・孤児を産む死亡の死因別構成

死因	マンチエスター 教区連合	ホワイト チャペル 教区連合	バスナル グリーン 教区連合	ストランド 教区連合	オウカム・ アッピンガ ム教区連合	アルストン・ ウィズ・ガリ ギル教区連合	バース 教区連合	死亡合計	平均死亡 年齢	孤児の数
呼吸器系	500	212	147	95	69	47	40	1110	51	2218
疫病・風土病・伝染病	146	65	73	28	34	9	4	359	46	862
消化器系	60	16	10	10	14	5	3	118	54	180
神経系	74	41	38	17	25	3	5	203	55	296
暴力	94	44	20	16	23	13	5	215	46	508
老衰	84	104	46	13	47	5	-	299	74	56
その他	129	68	104	32	36	7	8	384	54	694
不特定	63	40	7	9	6	-	2	127	47	171
合計	1150	590	445	220	254	89	67	2815	53	4985

出典 [Chadwick, 1842, p256]

くる。肺癆の原因・治療・予防をめぐる医学界や公衆衛生指導者らの言説は、まさしく百家争鳴の観があるがこのテーマは次章で詳しく考察する。

肺癆死亡率の低下とその原因をめぐる言説

ところで、猖獗をきわめた肺癆も、諸種のデータが示すように19世紀半ば頃から傾向的に死亡率が低下する。表8は我々が考察している時期(1838-1850)の呼吸器系疾患の死亡率を纏めたものだが、肺癆死亡率は1847年以降かなりの割合で下がっている(1838年:385,1850年:263 約32%減)ところが反対に気管支炎による死亡率は7~8倍と劇的に増えている。診断学が進歩して、それまで肺癆死と診断されていたものが気管支炎だったということは十分にありうることだが、それを割りいても顕著な増加である。その他の呼吸器系疾患死亡率はこの期間を通じて安定しており、死亡率に目立った変化はない。

次に19世紀後半の主要な伝染病死亡率の変化を見てみよう。(表9)この半世紀にイギリス全体の死亡率は21.2%から18.1%へと15%程度下がったが、これは、結核、腸チフス・胃腸病・熱病、猩紅熱、天然痘などの病気死亡率が軒並み大きく低下した賜物である。中でも結核(肺癆)はこの間死亡率が半減し(49%減)、その量的大きさからみてもっとも死亡率低下に貢献したことが判る(貢献度は43.9%と計算される)。

ではこの伝染病とくに結核死亡率の傾向的低下は、どのような説明されるのか。これがイギリス疾病史研究におけるひとつの論争テーマであった。私は医学の専門家でもイギリス史家でもないので、研究史を整理し論点を指摘するだけに止めたい。これを考えるときに、結核の感染・発病・死亡に関わる諸要因について、スプリングェットが作成した次図が参考になる。(図1)

医学の貢献については否定的な見方が多い。確かに結核菌が発見され、病原細菌学が確立しても、結核の治療と予防は容易に体系化されなかった。

表8 呼吸器系疾患の死亡率 (人口100万対, イングランド&ウェールズ)

	1838	1839	1840	1841	1842	1843	46	1847	1848	1849	1850
肺癆	3856	3840	3831	3745	3678			3114	2983	2869	2629
気管支炎	135	107	131	142	163			964	863	846	824
水胸症	151	139	149	143	132						
胸膜炎	38	38	45	42	45			69	59	55	49
肺炎	1176	1170	1183	1131	1181			1370	1263	1208	1145
喘息	375	334	368	376	349			377	226	235	258
その他胸部疾患	168	164	174	175	183			162	153	149	136
瘰癧	73	74	84	75	80			140	136	156	140
腸間膜癆症	47	46	46	67	80			268	252	253	226

出典 [McKeown, 1963, p113]

初期診断に X 線が応用されるのも 20 世紀初めであるし, ツベルクリン反応検査や BCG 予防接種などがイギリスで普及するのは 20 世紀半ば以降だから [McKeown, 1955, p110], 確かに 19 世紀後半のイギリスにおける肺癆死亡率の低下に關与したとは云えない。

医学の関与を強く否定する歴史家のひとりが, マックオウンとブラウンである。彼らは, イギリスの病院が死亡率に寄与したどころか反対に感染を拡げ, 死亡率引き上げに一役買ったと云う。その象徴的事例が産褥熱であり, 産院での分娩は産褥熱に罹る危険がそれだけ高いから, 家庭でのお産よりも危険で死亡率が高かったという。総合的に見ても, 19 世紀最後の四半世紀に病原細菌学が確立するまで, 病院の仕事で非難さるべきは, 善をなさなかったことにあるのではなく, すすんで害をなしたことだ, と。[McKeown, 1955, p119-141]⁶²⁾

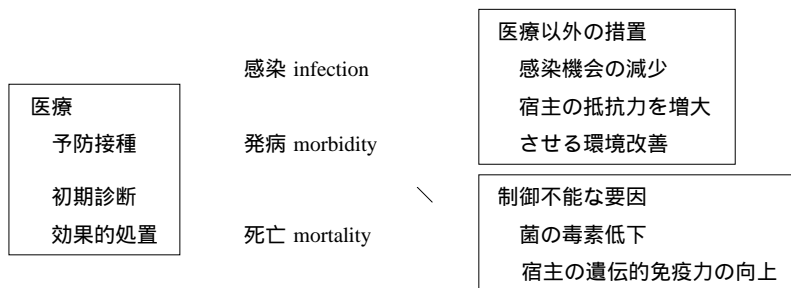
フランスにおける結核流行と公衆衛生

表 9 19世紀後半の伝染病死亡率（人口100万対，各10年間の平均）

	1851	60	1891	1900
結核（呼吸器系）	2772		1418	
その他の結核	706		603	
チフス・胃腸病・単純持続熱病	891		184	
猩紅熱	779		152	
下痢・赤痢・コレラ	990		715	
天然痘	202		13	
百日咳	433		363	
麻疹	357		398	
ジフテリア	99		254	
その他の原因	13980		14024	
合計	21209		18124	

出典 [Mckeown, 1963, p104]

図 1 結核死亡率に関わる諸要因の作用様式



出典 [Springett, 1952, p578]

62) 産褥熱 puerperal fever, fièvre puerpérale, childbed fever とは，分娩によって生じた子宮，膣，外陰部創傷の細菌感染によって発症する病気の総称で，外陰炎，膣炎，子宮内膜炎，骨盤結合織炎，骨盤腹膜炎，血栓性静脈炎などがある。通常産褥 10 日目までに 2 日間以上に渡り 38 以上の発熱をきたす。起炎菌はグラム陰性桿菌が主で，グラム陽性球菌，嫌気性菌も多い。局所の感染からリンパ行性に蔓延し，腹膜炎，敗血症などを起こすことがある。抗生物質の発達により最近では本症での母体死亡は 0.002% 以下となったという。[最新医学大辞典，2000, p647]

ところで産褥熱の予防に塩素液による消毒が有効であることに最初に気づいたのは，ウィーンの産科医 I. F. ゼンメルヴァイス (1818-1865) だったが，彼の発見は正統的なウィーン医学界には認められなかった。彼のややエキセ

確かに家庭での出産の方が、産院での分娩より産褥熱に罹る危険は少なかったようだ。というのも、家庭での分娩にはイギリスでも助産婦が付き添い、赤子の取り上げや産後の妊婦の世話焼き、育児アドバイスなどをしていたからだという。彼女たちは寧ろ医師よりも産褥熱防止の点では安全だったという。[Mitchell, 1966, p199]

このように病院での「効果的処置」も19世紀を通じて一般に不十分であったことは否めない。肺癆だけに限っても、外科手術や革命的な抗生物質が登場するのは20世紀後半であるから、その面での死亡率低下への寄与がないのは明瞭である。19世紀のイギリス医学界に一瞥を加えてそのことを確認しておこう。

重商主義国家イギリスでは、早くから国民の出生・病気・死亡などいわゆる人口問題への関心が喚起され、医術や衛生改良が試みられた。とくに集団生活が営まれる場所での予防医学や健康管理が俎上に上った。つまり軍隊、監獄、船舶、病院などでのそれであり、この方面ではジョン・ブリングル、ジョン・ハワードなどの仕事が特筆される。[川喜田愛郎, 1977, p 430-37]

19世紀のイギリス医学界はいわゆるパリ学派の影響を受けて、ダブリン派やロンドンのガイ病院の医師たちが目立った活躍をした。パリ学派の影響を受けていたということは、病理解剖学と臨床医学を重視するというこ

ントリックな性格も災いして、上司教授の恨みと妬みを買って、ウィーン病院の職を辞し、1865年精神錯乱を起こし悲劇的に死亡した。ゼンメルヴァイス消毒法を再発見したのは、グラウゴウ大学病院の外科医師J. リスター(1827-1912)で、1867年に彼は石炭酸による傷口消毒や器具消毒を実践し死亡率を劇的に引下げること成功した。だが彼の再発見もしばらくは医学界では評価されなかった。というのは当時の支配的論調は「瘴気説」で、被手術者や死者から発する「臭気ガス」が病院での死亡原因とされ、換気だけが奨励されたからである。リスターの「防腐手術法」はむしろ本国よりも外国ことにドイツで高く評価され、さらに精緻化され後の「無菌手術法」へと繋がる。[ダルモン 2005, p134-139; 221-223; 川喜田愛郎, 1977, p634-638; 959-963] イギリスで石鹸による手洗い消毒と器具の熱湯消毒が普及するのは1890年代のことだった。[Mitchell, 1966, p204]

とだが、イギリスではそれらを土台にとくに内科学が発達し、^{ノングラフィック}疾病記述論の分野で貢献があった。腎臓病の研究で有名なりチャード・ブライト、副腎の病変に着目し副腎障害の研究を開いたアディソンらとその代表である。[川喜田愛郎, 1977, p600-606] だが、肺癆研究に限ると、イギリスの知見は多くフランスに負うていたようで、独自の病因説明も進まず効果的な処置も見だし難かった。⁶³⁾

ところで、ダブリン派やガイ病院の巨匠たちが、いずれもエディンバラ大学の出身者だったことは興味深い。19世紀初めまでエディンバラ大学は、ヨーロッパ有数の高い水準の医学教育を実践し、優れた内科医を輩出していた。オクスフォード大学やケンブリッジ大学の医学教育は、古典語(ラテン語・ギリシャ語)の原典読解に重きを置き、実践的な面を軽視するきらいがあった。患者もいなければ臨床講義もなかったとさえ云われる。[Flinn, 1965, p18]

ヴィクトリア時代の初期に、ロンドンの病院にも医学校が併設され、医学教育はより厳密に実践的になった。例えば、ロンドン大学は1838年に医学位の授与を始めたが、それには正統的な学問の履修に加えて、病院での実務経験が要件となった。[Mitchell, 1966, p199] この学位を取得した内科医 physician が「ドクター」で、高い地位と報酬を約束された。⁶⁴⁾ 彼

63) それは、1829年3月のウェストミンスター医学会でのある医師の発言に端的に表明されている。「これまで肺癆を不治の病としばしば考えてきた。我々がこの病気について知っていることの大半はフランス人に負っている。聴診器もそうで、それはラエンネクの発明だ」[*Lancet*, 1828-29, 2, p22] また、医学誌『ランセット』を繙くと、フランス医学書の紹介や翻訳、フランスで試みられたさまざまな処置療法が紹介され、コメントされている。パリ学派への強い関心が覗かれる。

64) これらの内科医はジェントルマンの階級に属し、妻を同伴して宮廷に参列することもあった。ジェントルマンであることは、金銭を手にしにしない、ということだから、患者は診療代を紙に包みそっとテーブルの上に置くのが慣例だったという。その額は一回の診療で1ギニー(21シリング)にも昇り、専門のコンサルタントでは3~5ギニーを受け取るものもいた。また、ドクターには医師を志望する助手がつくことが普通だったが、助手は「paying pupil」と呼称されたように、ドクターにかなりの額を支払って「年季奉公」した。

らが医学界の頂点に位し、ほとんどが自宅で開業して、富裕層など上流階級の患者を診た。上流階級と一部の中産階級は自宅で療養するのが慣例だったから、ドクターは助手を連れて往診し、数時間も費やして病気の経過と薬剤の効果を確認した。

庶民は普通は内科医（ドクター）には診てもらえないから、「薬剤師兼外科医 apothecary-surgeons」とも云うべき街の医師に診てもらい、薬などの処方をしてもらった。薬剤師 apothecary や外科医 surgeons になるのは、ともに5年間以上の徒弟期間と病院実習を要したが、彼らの待遇は内科医とは雲泥の差があった。

19世紀後半になるとイギリスでも近代医療体制が整う。転換点は1858年医事法 Medical Act で、試験による医師資格の認定、法的に認められた開業権、専門職における自治権の原則が確立した。併せて有資格内科医の登録が制度化され、これらライセンス保持者のみが公的医療を行えるようになった。⁶⁵⁾

庶民はよほど重篤な病気以外はめったに医者にかかることはなく、通常は自己診断で売薬などを適宜服用していた。病人は、家庭備え付けの暦本 Almanach、ガイド、雑誌のアドバイス欄などを参考にして、さまざまな症状に応じて自分で薬剤などを処方した。薬の販売が何らかの法的規制を受けるのは、薬剤師の登録制が始まる1868年以降のことである。

ヴィクトリア時代初期の病院は、さすがに近世までの「病人、巡礼、孤

ロンドン一流ドクターだと「年季奉公料」は1000ポンドにも上った。
[Mitchell, 1966, p196-99, p205]

65) このライセンスを保持した登録医だけが「医学博士」の肩書きを名乗れ、死亡診断書を書くことができた。但し薬草処方士 herbalist や同毒療法士 homeopathy はこの法律でも非合法とはされなかった。登録医たちは独自に医療審議会を結成して無免許医者を排除しようとしたが、「昔風のやぶ医者はなかなか消滅しなかった」反面、「医学に携わるものも数はほとんど増減がなかった」という。[リーダー, 1983, p174] 1858年医事法は女性の医師資格取得への道を閉ざしていたが、20年後にようやく門戸解放された。なお助産婦も医学的訓練を受け、資格を取得することが1902年の助産婦法で法制化された。[Mitchell, 1966, p196-99]

児、浮浪者等を含めた困窮者一般の^{オテル}收容所」[川喜田愛郎, 1977, p434]といった趣は次第に薄れていたが、衛生状態はさほど改善されなかったようだ。貧民は救貧院に附置された施療院 dispensary で病氣療養するのが一般的だった。公費で雇われた駆け出しの医師が診察し、看護や世話は貧民同士でなされた。救貧院とは別に、人道主義に立つ篤志家や宗教家、地主、企業家らの寄付と援助で建設された病院も多く、そこでは「尊敬に値する労働者」たちの看護と治療がなされた。⁶⁶⁾ 19世紀後半になると、地方自治体も独自に病院を建て、慢性疾患のためのナースィング・ホーム、急患や外科患者を処置する病棟など、病院の専門化も生じた。一般に公的病院は医療費は無料で、患者は食事とベッド・リネンなどを負担するだけだった。勤務医の待遇は決して好くはなかったが、若い医師にとっては、そこで経験を積み評判を得て、開業のための人脈やコネを築くことが目標だった。[Mitchell, 1966, p205]

では、19世紀のイギリスの病院ではどんな処置や治療が行われていたのだろうか。一般医・内科医が勤める処置は、清潔、休息、栄養ある食物摂取であり、とくに救貧院病院では体力の回復に、鶏卵と肉スープが良いとされた。極論すれば、抗生物質や化学薬品が登場するまで、薬剤は病氣治療に何ほどのこともなさなかつたらしい。同じことは医療についても云えそうだ。1950年代までイギリスの若きドクターらが教えられていたのは、「自然に事が運んでいく間、医者の仕事の90%は患者をできるだけ快適にさせておくこと」だったという。[Mitchell, 1966, p202]

だから19世紀の病院での手当は、熱を下げ、痛みを除去し、咳を鎮め、下痢を止め、便秘を解消し、睡眠を促す等いわば対症療法が中心だった。

66) 人道主義ないしは博愛主義の篤志家たちにはクウェーカー派が多かった。彼らは国家の庇護を受けていないだけに、ヴォランタリーの慈善活動を評価し、自らも積極的に行動した。[川喜田愛郎, 1977, p435] こうした慈善病院では病院建設の出資者が患者を推薦できる権利 (vote) を保証されていた。[Mitchell, 1966, p205]

このために広く用いられたのはアヘンだった。アヘンをアルコール溶液で煎じたものが「アヘンチンキ laudanum」で、痛み止め、咳止め、睡眠薬、下痢止めに使用された。⁶⁷⁾ 肺癆にもアヘン吸引が効果あるらしいとの報が入り、その処方箋が『ランセット』誌に紹介されている。⁶⁸⁾ アヘン常飲が次第にその量を増して中毒に陥ることが知られてきたが、イギリスの医学界は19世紀末までアヘン常飲の危険を患者に警告することはしなかった。[Mitchell, 1966, p203] 睡眠を促すためには、ワインや伝統的な薬草（ハーブ）が用いられた。

近世以来もっとも広く用いられた治療法が瀉血（刺絡）だった。大胆にも静脈を切開する方法もあったが、通常は蛭を患部に貼りつけて悪い血液を吸い取られせた。氷のない時代、蛭による瀉血は、炎症や腫れを減じ、高血圧が惹き起こす諸症状に効果があった、と評価する向きもある。[S. Mitchell, 1966, p203] しかし、身体の弱った病人や発熱している患者に瀉血をすれば、体力を消耗させ害を与えることは明白であった。⁶⁹⁾ 瀉血療法は時代がすすむと廃れるが、それでもなお19世紀を通じて有力視された治療であった。

67) アヘンチンキを発明したのは17世紀イギリスの代表的臨床医シデナムで、シェリー酒にアヘンを溶解し、シナモン、クローバー、サフランで風味をつけたという。[見市雅俊,1994, p113-15] ところで、[後藤春美,2005]は、イギリス帝国とアヘン貿易を取り上げた好著だが、19世紀イギリスにどのくらいのアヘンが輸入され、どのように利用されたかについての記述がないのが残念である。また「19世紀中葉の医学や公衆衛生の進歩によって、薬物およびその副作用や中毒についての知識が深まる」[後藤春美,2005, p15] というが、通説では医学界は19世紀を通じてアヘンの害毒を認めたことはない。

68) フランス人医師クリュヴェイエが肺癆患者に試して効果があったというのは、次の如き処方である。ペラドンナ（ナス科の有毒植物）の新葉をアヘンチンキの中で煎じ、それをタバコのように乾燥させ、肺癆患者はこれをパイプで、最初は1日2回、徐々に量を増やして6回吸引するというものだった。[Lancet, 1828-29, 1, p520]

69) フランスでも1832年コレラ流行のときに、蛭による瀉血が大いに喧伝され、大量の蛭が輸入されて治療に用いられた。時の首相カジミール・ペリエの主治医がこの方法を賞賛して患者に用いたが、ペリエはその甲斐もなく死亡し

肺癆に効果的な治療法がさまざまに試された。『ランセット』誌から拾い出してみると、前述のアヘンチンキ漬けのペラドンナ吸引、革なめしに使う樹皮から出る刺激性の香気吸引、酸化鉄とアヘンあるいは硫化鉄とアヘンの服用、ヴィネガー入りの温めの水での沐浴、沃素吸引、塩素ガス吸引など多彩だが、いずれもデータの集積と分析がある訳ではないから、こうした治療法が紹介されるとすぐに反論が出ている。海浜への転地療養も重篤患者には害がある、との見解も見られる。

結論的に云うなら、19世紀後半の肺癆死亡率低下に医学的療法や薬剤が効果的に関与したとは云えない。フリンはマックオウンに反論して、確かに病院はときに感染を拡げたかもしれないが、貧民のむさ苦しい住宅よりはましだったし、幾分ましな病牀があり、比較的新鮮な空気が吸え、定期的な食事や心のこもった看護にありつけた、無知な医者たちですら回復の手助けになった、と云う。[Flinn, 1965, p20] だが、これこそ図1で云う「医療以外の措置」に関わるものではないか。そこで、次に医学・医療以外の要因を考えてみよう。

「制御不能な要因」の「菌の毒素低下」だが、ブラウンリーが「肺癆はひとつの病気ではなく実は三つのタイプの病気の総称である」[Brownlee, 1917, p44] 云々は、門外漢の私には論評できない。だが、結核菌のヒトへの影響力（毒性）については他の連鎖球菌よりも減少したという証拠はない、とみなす学者が多い。[Mckeown, 1955, p110: Springett, 1952, p579, Burnet, 1972, p218] 確かに、19世紀には結核菌そのものに直接働きかける薬剤がほとんどなかったので、結核菌の毒性や耐性に変異があったとは考えにくい。

では「宿主の遺伝的免疫力の向上」はあったのか。結核への感受性 susceptibility が、かなりの程度遺伝的に決定されているのは、アメリカの双生児の比較調査からも云えるようだ。⁷⁰⁾ スプリングットは、自然淘汰、

た。[大森弘喜 2004, p82-83]

つまり感受性の強い人々が生殖年齢前に結核死して排除されたことが、初めて感染に曝されたある国民の死亡率引下げに大きな役割を果たしたと述べ、さらに、イギリスでは幾世紀にも亘って肺癆が猛威を振るってきたから、この病気に感受性の強い家系は長い間に淘汰されたに違いない、と云う。[Springett, 1952, p579] バーネットもかつては遺伝的形質による自然淘汰を次のように強調していた。⁷¹⁾

「しかしながら最も重要なものは遺伝的な因子であろう。〈中略〉結核患者の子供は、生まれながらにして感染しているのではないが、感染に対する抵抗が弱いという性質は親から受け継いでいるのであろう。したがって結核にかかりやすい人たちが、とくに19世紀のはじめの頃に、淘汰されてしまったことが死亡率の低下の原因の1つであるという考え方も不自然なものではない。そのような人たちの大部分は子どもをつくらないうちに死んでしまったであろう。その結果、社会全体としての抵抗性は世代を重ねるにしたがって高くなったのであろう。」[バーネット, 1966, p265]

遺伝に基づく自然淘汰説は明快で説得力もある。疫病の消長にはある種の長期トレンドがあり、人為を越えているのかもしれない。バーネットの著作『感染症の自然史』はそれを明示している。デュボスも同様の見解に立つようで、結核の興隆と衰退は帝国の如く、他の病気よりも長期の波動をもっている、19世紀後半のその死亡率低下を多くの歴史家は疫病の長期波動の退潮の始まりと捉えている、と述べる。[Dubos, 1952, p18]

だがマックオウンは自然淘汰を認めつつも、何世紀にも亘って人類が曝されてきた結核が突如として19世紀半ばに転換することを、遺伝的淘汰

70) アメリカの二人の研究者コールマンとライスネルが1943年に発表した論文によれば、登録された結核菌患者の中から双生児だけを選び取り、その発病率を見ると、一卵性双生児は87%、二卵性双生児は25.6%であったという。[Burnet, 1972, p216]

71) 「かつては」と云ったのは、上記の引用箇所が第4版では削除されているからである。この間に著者たちに見解の変化があったのだろうか。上記引用は第3版の翻訳からである。

だけで説明するには不十分ではないか」と批判する。[Mckeown, 1955, p110]

そこで我々は再びスプリングットの図1に戻り、「医療以外の措置」を考察してみよう。これは、「感染機会の減少」と「宿主(ヒト)の抵抗力を増大させる環境改善」に大別される。

「感染機会の減少」は19世紀後半のイギリスで生じたらうか。この点を医学史家はどう見ているか。マックオウンは、結核死亡率低下は一般的な衛生条件(上水・下水・トイレ)や産業革命に伴う生存条件の悪化(とくに居住条件)とは直接関連がないという。[Mckeown, 1955, p112-13] グリーンウッドも、1865 - 90年の期間には公衆衛生分野での努力がもっとも活発になされたのに、結核死亡率はそれ以前よりも緩慢にしか低下しなかった、と批判的に述べる。[Greenwood, 1935, p354]

私は寧ろ19世紀後半には「感染機会」は増大したのではないかと考える。その根拠は、第1に、1882年に結核菌が発見された後も、肺癆(結核)が感染症であることを人々は受け容れず、重篤な患者が健康な人と日常的に交わり生活していたことにある。結核が伝染することが判明しても、イギリスでは患者の避病院への隔離には積極的ではなかった。イギリス自由社会が伝統的にコンタギオン説を嫌い、瘴気説を支持するのは、それが個人の自由権や経済活動の自由を損なうと人々が考えていたからでもある。第2は産業革命以降、人々の移動は以前よりはるかに活発になったためである。都市の病気と見なされていた肺癆が、チャドウィック報告で見たように、イギリス全土に拡延したのは、折から誕生したターンパイク・鉄道など交通手段の発達で人々の移動が頻繁になったためであろう。それは都市内部でも云える。乗合馬車、メトロの開通は人々の移動範囲を広げた。

では居住環境は改善されたか。これが私の主要な関心事なのだが、結論的に云うなら目立った環境改善はなかった、と云わざるを得ない。住宅改革史は一個の大きな研究テーマであり本節の枠組みを超えるが、一般人

口の都市集中が起これば、都市問題が発生するが、その典型が住宅問題であるのは歴史の教えるところである。新しい都市住民はさほど裕福ではないから、狭く換気も採光もわるい賃貸住宅に身を寄せる。家賃が高いのに不衛生な住宅が堆積するのは、どこの大都市でも共通に見られる現象である。ラフな数字だが、1住戸当たりの居住者数は1801年に56人だったものが、1841年54人、1871年53人とほとんど変わらなかったことに、住宅問題の根深さが示されている。[Flinn, 1965, p4; Mckeown, 1955, p114]

その内実も改善は遅々としてすすまず、労働者階級の多くは、相変わらず狭く換気も採光も悪い居室に折り重なるように暮らしていた。家族の誰かが結核に罹れば、そこは結核菌の繁殖に好条件の「温床」となり、一家全員が家族内感染して発病する危険は大きかった。

「医療以外の措置」の第2の要因、「宿主（ヒト）の抵抗力を増大させる環境改善」については、これを肯定し評価する学者が優勢である。それは端的に云えば食事など栄養状態の改善であり、その背後にある経済的状態の改善である。グリーンウッドは云う、肺癆は「貧者の病気 morbus pauperum」であり、経済的状態の関数である、それゆえ、病気の予防には経済的水準を上げる以外に重要なものはない、と。[Greenwood, 1935, p358]

スプリングェットも同じく、19世紀後半に人々の生存条件が大きく改善されたことに伴い結核死亡率も低下した、それゆえ、生活条件および労働条件を改善し、大きく引き上げさえすれば医療措置（予防とか手当）がなくても、結核死亡率の低下が起こるかもしれない、と主張する。[Springett, 1952, p579]

マックオウンは、食事と栄養改善がもっとも重要な働きをしたことは疑いを容れない、なるほど、経済史家の間でも生活水準の改善があったかどうかでは、見解が分かれるのだが、1850年代までには生活条件はだいぶ改善された、と強調する。[Mckeown, 1955, p115]

デュボスは先に見たように、自然淘汰説を支持するのだが、栄養や経済

的狀態の改善と結核死亡率との関係も認めて次のように云う。

「結核の場合には、患者の栄養状態が最も重要であるという臨床的見解を支持する理由が、歴史的にも疫学的にも認められるのである。なぜなら、結核は疑いもなく『高級な』食物に乏しい地域、あるいは社会でより広く蔓延し、病状もより激しいからである。低い改善状態からくる栄養の不足には、常に粗末な住宅と多人数の密集生活を伴うことは事実で、栄養不良の影響と貧困に基づく非衛生的な生活の結果とは滅多に切り離せないのである。」[デュボス, 1952, p163]⁷²⁾

とはいえ、彼らは経済史家ではないためか、労働者階級の経済的状態や栄養状態がどの程度改善されたか、については全く叙述していない。私はイギリス経済史の専門家ではないし、このテーマ自体が一個のモノグラフィーを要する課題だから、ここではいくつかの指標と事実を指摘するに止めたい。

ヴィクトリア中期は繁栄の時代であった。大著『イングランド社会史』を著わした A・ブリッグズによれば、1860年の国民一人あたりの収入はフランスよりも50%高く、ドイツのほぼ3倍であった。繁栄の恩恵にあらゆる階層が浴しているかに見えた。物価は緩やかに上昇していたが、それを上回る勢いで賃銀とくに熟練労働者の賃銀が上昇した。[ブリッグズ, 2004, p168]

階級間の格差を度外視した平均賃銀を挙げるのは、実態を隠蔽する怖れがあることを念頭に置きつつ、参考までに掲載する。(表10参照) 19世紀後半に実質賃銀はゆっくりと上昇し、1870年代後半からは小売物価の緩慢な下降と相まって、実質賃銀はこの50年間に2倍になった。

19世紀末に大規模な貧困調査を手がけ、その成果を大作『ロンドン市

72) バーネットは、生活水準の向上や衛生改善などの関与を第3版までは認めていたが、第4版にはこの部分を削除している。[バーネット, 1966, p264-65] 著者たちの考えに何か変化が生じて、自然淘汰同様、社会・経済の改良を重視しなくなっているのかもしれない。

表10 イギリスの平均賃銀指数

	貨幣賃銀		実質賃銀		小売物価	生計費
1850	100		100		100	
1855	116		95		126	
1860	114	58	103	51	111	113
1865	126	66*	117	58*	107	114
1870	133	66	118	60	113	110
1875	154	80**	135	70**	113	115
1880	147	72	134	69	107	105
1885	149	73	148	81	96	91
1890	163	83	166	92	91	89
1895	162	83	174	100	84	83
1900	179	94	883	103	89	91
1914		100		100		100

* 1866年 ** 1874年 B. R. Mitchell, *Abstract of British Historical statistics*. 1962, pp. 343-45.

民の生活と労働』に著わしたチャールズ・ブースは、1850年代にも中産階級と同じような安定した生活を楽しむことができる熟練職人が何千人といたが、19世紀末になるとそうした人々は着実に増えているとして、次のように云う。

「ロンドンで定職を持ち、しかるべき地位にある労働者の家族は、毎日、肉と野菜を食べ、決して飢餓を感じることなく、日曜日の外出のために充分なお金を残している」と。[ヒバート,1988, p301]

確かに、ヴィクトリア中期の繁栄は国民下層にもその余滴を分け与えたようで、この時代を描いた G. M. ヤングは、「リスペクタブルな貧困層の出現」という小見出しで次のように語る。

「労働者がリスペクタブルな人間になったのも、賃銀が上昇し、食費が安くなり、家庭的にはゆとりができ、ひどい状態の不衛生は取り除かれて、新たな自尊心が出てきたからである。もっと厳密に言えば、1830年にはおしなべて無気力で惨めな

状態に陥っていたかに見えていたプロレタリアートが、いくつかの階層に分類されるようになったのである。」と。[ヤング 2006, p115]

ところで 19 世紀第 4 四半期以降の小売物価の低下は、イギリス帝国の世界的覇権（「パクス・ブリタニカ」）の副産物でもあった。資本輸出と工業製品の輸出の見返りとして、イギリスが後発諸国から大量の農・畜産物を輸入するようになったからである。北米大陸からは小麦・とうもろこしなどの穀物、南米アルゼンチンやニュージーランド・オーストラリアからの冷凍肉（牛肉・羊肉）と果物、西インド諸島からの砂糖、中国やインドからの紅茶などが大量に輸入され、庶民の食卓を豊かに変えた。⁷³⁾ 畜肉と並んで新鮮な魚、とくに各種鱈が安い値段で庶民の台所に入るようになった。これもトロール船が冷凍設備を具えたお蔭であるが、新鮮な鱈は「フィッシュ・アンド・チップス」となって、庶民が好むイギリスを代表する食べ物となった。[角山栄・川北稔, 1982, p53；ブリッグズ 2004, p388] 19 世紀末「大不況」期にイギリス国民の食生活は豊かになり、「第二次食事革命」と呼ばれる事態が進行したのである。

ブースの云うように安定した職に就いている労働者・事務職員などは、イギリスの世界的覇権の恩恵に浴し、いまではミドルクラスにも匹敵する食事を楽しむ余裕が生まれてきた。表 11 は、19 世紀末年のある事務員（労働者階級の上層）の 1 週間の食事メニューであるが、その豊かさに眼を瞠ら

73) 19 世紀末農業大不況については「大森弘喜, 1976」を参照されたい。一般に 19 世紀末大不況がいくぶん高い失業率をもたらした反面、安価な輸入食料により、労働庶民に食料品価格の持続的低下という恩恵をもたらしたことは間違いない。ホブズボームは云う、「1870 年と 1896 年のあいだにイギリス人の一人あたり食肉消費量は約三分の一ふえたが、彼ら食べる輸入肉の割合は 3 倍になった」し、労働者階級でもかつては贅沢品であった果物類を口にできるようになった。[ホブズボーム, 1984, p197-98] もちろん労働者の各種貧困調査が明らかにしたように、貧困線以下の赤貧層がかなりの割合。ホブズボームによれば 1900 年ごろで労働者階級の 40% いたことも忘れてはならない。彼らは軍務に適應できる能力を著しく欠いていた。

せられる。ミドルクラス並みに朝食に、ベーコンと卵が登場する。またティーも充実しており、肉、サラダ、サンドウィッチ、スコーン、ケーキの付く「ハイティー high tea」を楽しんでいることが分かる。⁷⁴⁾

このような食生活の改善が死亡率一般、とくに肺癆(結核)死亡率の低下をもたらしたことは充分に考えられる。これを示唆する二つの事実を指摘して小括としよう。ひとつは、表12に示す小麦価格の変動と結核死亡率の変動である。1860-70年代にかけてやや変則的な動きが生じたが、期間全体を通じてみれば両者は並行的に変動していることが覗える。低栄養と貧困からの脱却が結核死亡率を押し下げたことを暗示している。

もう一つは、家庭内における女性の地位向上と結核死亡率の関係である。ヴィクトリア時代のイギリス社会を支配する「家父長的原理」は、職場でも家庭でもなお優勢であったことは確かだが、それでも仔細に眺めれば、19世紀最後の四半期には幾分緩み始めたように思える。家庭における妻の地位の緩慢な向上は、1870年と82年の既婚女性財産所有法と、一定の条件下で離婚を認める1857年婚姻訴訟法で保障されるようになった。さらに、興味あるのは1870年代以降に急速に出生率が低下する事実である。その原因は定かではないが、晩婚化・非婚化と同時に、家庭内での「産児制限」(禁欲的避妊)がミドルクラスを中心に広まったことが主要因と考えられる。[角山栄・川北稔,1982,p56:ブリッグズ,2004,p386-90:ホブズボーム,1984,p204]そして、その主導権を握るようになったのは女性たちであった。それは恐らく家庭の食事のあり方にも影響を与えたのではないか。19世紀半ばまで、労働者階級の家では男たちに優先的に、最も栄養のある食事が供されており、女たちは夫や息子の残したものを頂いていた。牛肉

74) 嗜好品の消費が引き続き増大したことも、イギリス国民の所得水準の上昇を示すものと見てよいだろう。砂糖は年間一人当たり消費量が1801年に22ポンド半だったが、1860年には35ポンド、1899年には54ポンド、1910年には85ポンドへと飛躍した。紅茶のそれも1870年の1.5ポンドから、1899年の4.25ポンドへ、1910年には6ポンドへと4倍に増えた。[川北稔・角山栄,1982,p38:ブリッグズ,2004,p389]

表 11 事務系職員の 1900 年 5 月のある 1 週間の食事メニュー

	朝食	昼食	ティー・タイム	夕食
金曜日	フライド・エッグ, ベーコン,パン, バター,紅茶	スタフフト・ハート, ジャガイモ, ジャム・ブディング	さばの酢漬, パン,バター, 紅茶	ポリッジ(オートミールのか ゆ),パン,バター,ココア
土曜日	かんづめ肉,パン,バター, ティー・ケーキ,紅茶	トマト,ソーセージ, ペストリ,紅茶	ゆで卵,パン,バター, 黒パン,ケーキ,紅茶	ポリッジ,魚のフライ, パン,ココア
日曜日	コールド・トマト, ソーセージ,ゆで卵, パン,バター,紅茶	スタフフト・ポーク, 新ジャガイモ,カリフラワー, ヨークシャ・ブディング, ケーキ,紅茶	パン,バター, ティー・ケーキ, ラズベリー・サンドウィッチ, 紅茶	コールド・ミート, 酢漬のピートルート, パン,ココア
月曜日	フライド・ベーコン, 黒パン,バター, ケーキ,紅茶	スベア・リブ・パイ, ジャガイモ,クエーカー・オ ーツブディング,紅茶	かんづめ肉,パン,バター, ティー・ケーキ,紅茶	ポリッジ, ココア
火曜日	ゆで卵,パン, バター,紅茶	コールド・ポーク, マッシュド・ポテト, ジャム・ロール,ソース	トマト,バター, ティー・ケーキ,紅茶	ポリッジ,黒パン,バター, ココア
水曜日	フライド・ベーコン, 卵,パン, バター,紅茶	ポイルド・マトン,オニオン ・ソース,ジャガイモ,野菜 ブディング,紅茶	パン,バター, スコーン(ホットケーキ), ティー・ケーキ,紅茶	ポリッジ,魚のフライ, パン,ココア
木曜日	ゆで卵,パン,バター, スコーン,紅茶	羊肉のシチュー, レモン・ブディング, ソース,紅茶,ケーキ	ランチ・タング, パン,バター,紅茶	ポリッジ, ココア

出典 [長嶋伸一,1987,p237] 原典は B. S. Rowntree, *op. cit.*, p. 248. J. Burnett, *op. cit.*, p. 272

表12 小麦価格と肺癆死亡率

期間	平均小麦価格 d / qr	肺癆死亡率	期間全体平均を100とした時の指数	
			小麦	肺癆死亡率
1838 42	775 6	388	141	172
1851 55	668 6	285	121	126
1856 60	640 0	260	116	115
1861 65	568 0	253	103	112
1866 70	655 6	245	119	108
1871 75	655 6	222	119	98
1876 80	570 0	204	103	91
1881 85	481 2	183	87	81
1886 90	376 8	164	67	72
1891 95	334 8	146	61	65
1896 1900	343 0	132	62	59

出典 XIIIe Congrès International d'Hygiène et de Démographie, *Compte Rendu du Congrès tenu à Bruxelles du 2 au 8 septembre 1903*, T. VII, Bruxelles, Rapport présenté par Arthur Newsholme p7

引用者註 小麦価格はクォーター当りペンス

肺癆死亡率は原表では人口100万人対比だが、通常の基準である10万人対比に変えた。

は「男の食べ物」と見なされていた。[Mitchell, 1966, p190-91]⁷⁵⁾

もし、結核死亡にもっとも影響を与える要因が栄養状態であるとするなら、19世紀末の「第二次食事革命」でもっとも恩恵を受けたのは、女性たちであったかもしれない。図2に見るように、25歳から55歳までの女性の結核死亡率は、40年前と較べても、同年代の男たちと較べても、顕

75) キリスト教の博愛主義に由来する家父長的家族原理は、もちろん貴族・ジェントルマンに特有のものだが、ヴィクトリア時代には労働者階級の男たちにも影響を与え、家庭の家族関係をも律していた。[角山栄・川北稔, 1982, p 57] 上流階級の婦人たちもディナーでは、牛肉を遠慮して鶏肉、魚、仔羊の皿を取った。また、食欲旺盛な女性への偏見や風潮も若い女性を傷つけていた。[Mitchell, 1966, p191] Y. クニビレールは、娘や人妻たちの病氣とくに肺癆罹患率が男たちよりも高いことをジェンダー論の観点から考察している。裕福な家庭であっても若い娘たちが甘やかされ、大事にされすぎて、淀んだ空気陽のささない部屋に、閉じこもって生活しているために虚弱であること、ある種の偏見から、「娘たちの食事から赤身の肉が遠ざけられていた」ことなどが、肺癆に罹りやすい原因だと指摘している。[クニビレール, 1996, p536-37]

フランスにおける結核流行と公衆衛生

図 2 1 全結核死亡率（男性）

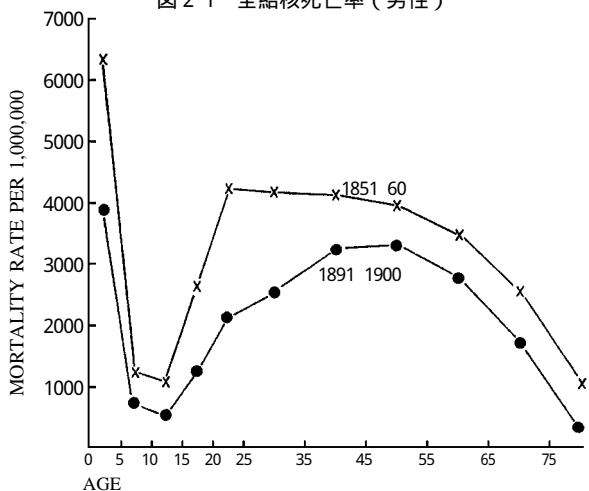
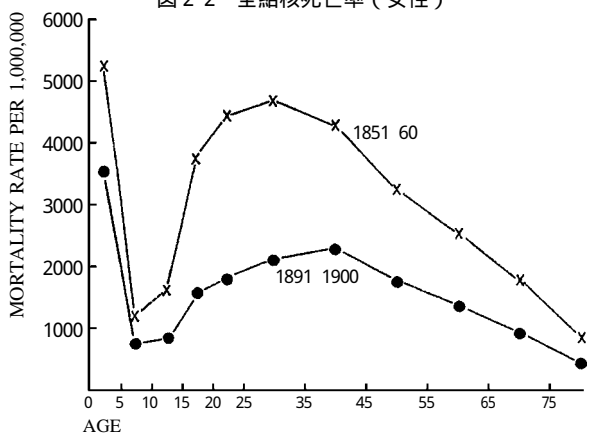


図 2 2 全結核死亡率（女性）



著な低下率を記録するが、その主たる要因はこの年代の女性たちの低栄養からの脱却ではないか、と考えられるからである。

(続く) (2008 4 9 脱稿)

§ 本稿で利用した文献 (本文引用順)

[] 内は翻訳刊行年または復刻年

- [1] W. H. マクニール / 佐々木昭夫訳 『疫病と世界史』新潮社 1976 [1985]
- [2] モニク・リュスネ著 / 宮崎揚弘・工藤則光訳 『ペストのフランス史』同文館 1985 [1998]
- [3] 蔵持不三也 『ペストの文化誌 - ヨーロッパの民衆文化と疫病 - 』朝日新聞社 1995
- [4] 立川昭二 『病気の社会史 - 文明に探る病因 - 』日本放送出版協会 1971
- [5] クロード・ケテル著 / 寺田光徳訳 『梅毒の歴史』藤原書店 1996
- [6] 池田光穂 「病気の文明史」川田順造・石毛直道編 『地域の世界史 8 生活の地域史』山川出版社 2000
- [7] 見市雅俊 『コレラの世界史』晶文社 1994
- [8] 大森弘喜 「1832年パリ・コレラと『不衛生住宅』」成城大学『経済研究』164号 p67-123 2004
- [9] 立川昭二 『江戸病草紙』筑摩書房 1998
- [10] 富士川游 『日本疾病史』平凡社 1911 (明治44) [1944]
- [11] ノーマン・ハワード・ジョーンズ著 / 室橋豊穂訳 『予防医学のあけぼの - 国際衛生会議 (1851-1938) の科学的背景 - 』日本公衆衛生協会 1975 [1984]
- [12] アルフレッド・フラン克蘭著 / 高橋清徳訳 『排出する都市 パリ - 泥・ごみ・汚臭と疫病の時代 - 』八峰出版 1890 [2007]
- [13] ロジェ・シャルチエ 「権力と空間, パリにおける投資」鶴川馨ほか編 『江戸とパリ』岩田書店 1995
- [14] D. A. Enarson & J. F. Murray, Global Epidemiology of Tuberculosis, William N. Rom & Stuart Garay (ed.), *Tuberculosis*, Little, Brown and Company, Boston, New York, Toronto, London, 1995
- [15] 結核予防会 『結核の統計 2005』2005
- [16] F. Haas & S. S. Haas, The origins of *Mycrobacterium tuberculosis* and the notion of its contagiousness, William N. Rom & Stuart Garay, *Tuberculosis*, Little, Brown and Company, Boston, New York, Tronto, London, 1995
- [17] 川喜田愛郎 『近代医学の史的基盤』上, 下 岩波書店 1977
- [18] 岡西順二郎 『人類と結核』医歯薬出版株式会社 1973
- [19] Rene & Jean Dubos, *The White Plague; Tuberculosis, Man and Society*, Boston, 1952, R. & J. デュボス著 / 北練平訳 『白い疫病 - 結核と人間と社会 - 』結核予防会 1952 [1982]

フランスにおける結核流行と公衆衛生

- [20] 小松良夫 『結核 - 日本近代史の裏側 - 』 清風堂書店 2000
- [21] 青木純一 『結核の社会史』 御茶ノ水書房 2004
- [22] 青木正和 『結核の歴史』 講談社 2003
- [23] William Johnston, *The Modern Epidemic; A History of Tuberculosis in Japan*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) & London, 1995
- [24] 島尾忠男 『結核と歩んで五十年』 結核予防会 2003
- [25] J. エリクール著 / 宮崎三郎訳 『社会疾患』 叢文閣 1926 / J. Héricourt, *Les Maladies des Sociétés-Tuberculose, Syphilis, Alcoolisme et Stérilité*, Paris, Flammarion, 1920
- [26] 近藤宏二 『人體と結核』 岩波新書 1942
- [27] 宮本忍 『結核の科学』 岩崎書店 1947
- [28] 木崎国嘉 『結核 - その本態と治療 - 』 創元社 1957
- [29] 森亨 『現代の結核』 ニュートンプレス 1998
- [30] T. ハート著 / 中込治訳 『病原体図鑑』 西村書店 2006
- [31] 森岡恭彦監訳 『ラルース医学大事典』 朝倉書店 1981 [1985]
- [32] 後藤綱 (編集代表) 『医学大辞典』 (第2版) 医歯薬出版株式会社 1996
- [33] Macfarlane Burnet & David O. White, *Natural History of Infectious Disease*, Cambridge University Press, Forth edition, 1972 [1940], バーネット著 / 新居浩訳 『伝染病の生態学』 紀伊国屋書店 1962 [1966]
- [34] 砂原茂一・上田敏 『ある病気の運命 - 結核との闘いから何を学ぶか - 』 東京大学出版会 1984
- [35] C. エルズリッシュ & J. ピエレ著 / 小倉孝誠訳 『<病人>の誕生』 藤原書店 1992, Claudine Herzlich & Janine Pierret, *Maladies d'hier, Maladies D'aujourd'hui*, Payot, Paris, 1984 (原題は『昨日の病気, 今日の病気』)
- [36] Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut ?; les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, Aubier Paris, 1986
- [37] 福田真人 『結核の文化史 - 近代日本における病のイメージ - 』 名古屋大学出版会 1995
- [38] Pierre Guillaume, *Histoire d'un mal, hisotoire globale. Du mythique à l'économique*, J. P. Bardet, P. Bourdelais, P. Guillaume, F. Lebrun et Cl. Quétel (dir), *Peurs et Terreus face à la Contagion*, Fayard Paris, 1988
- [39] ヴィクトル・ユゴー著 / 辻昶訳 『レ・ミゼラブル』 1862 [1987] 講談社
- [40] Jacques Parisot, *La Tuberculose dans la région lorraine*, *Revue d'Hygiène et de prophylaxie*, 1922, p24-35
- [41] Léon et Maurice Bonneff, *La vie tragique des travailleurs*, Jules Rouff, Paris ,

- 1908, E.D.I. Paris, [1984]
- [42] Pierre Pierrard, *La vie ouvrière à Lille sous le Second Empire*, Bloud & Gay, Paris, 1965
- [43] 籠山京 『生活古典叢書 5 女工と結核』 光生館 1970
- [44] 細井和喜蔵 『女工哀史』 岩波書店 1924 [1954]
- [45] 川上武 『現代日本病人史 - 病人処遇の変遷 - 』 勁草書房 1982
- [46] 正岡子規 『子規全集 第11巻(初期隨筆)』(『仰臥漫録』, 『墨汁一滴』, 『病牀六尺』などはこの巻に収められている) 全22巻 別巻3巻 講談社 1975
- [47] 石川啄木 『石川啄木全集 第六巻日記 』 筑摩書房 1978
- [48] 金田一京助編 『一握の砂・悲しき玩具 - 石川啄木歌集 - 』 新潮社 1945
- [49] 立川昭二 『病いの人間史 明治・大正・昭和 』 新潮社 1989
- [50] Trébuchet, Statistique des Décès dans la ville de Paris depuis 1809, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, t42 (1849) p350-387, (1850) p5-49, p70-123, p322-362, p336-386, (1851) p295-336, (1852) p133-170
- [51] Trébuchet, Recherches sur la mortalité dans la ville de Paris , année 1851, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, t50 (1853) p336-379
- [52] Trébuchet, Recherches sur la mortalité dans la ville de Paris , année 1852, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, (1857-1) p5-45
- [53] Lynda Bryder, *Below the Magic Mountain: A short history of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*, Oxford, Clarendon Press, 1988
- [54] 厚生大臣官房統計調査部編 『結核統計資料』 日本衛生統計協会 1951
- [55] 大森弘喜 「19世紀パリの『不衛生住宅』問題の発生と展開」(1)(2) 成城大学 『経済研究』 162号, 163号, 2003
- [56] Eugène Sue, *Mystères de Paris*, 1842-43, Robert Laffont, Paris, 1989
- [57] 小倉孝誠 『『パリの秘密』の社会史 - ウージェーヌ・シュートと新聞小説の時代 - 』 新曜社 2004
- [58] 児玉善仁 『病気の誕生 近代医療の起源 』 平凡社 1998
- [59] Jean-Pierre Gutton, Hôtel-Dieu et hôpitaux à l'âge classique (XVIIe-XVIIIe siècles), Jean Imbert (dir.), *Histoire des Hôpitaux en France*, Privat, Paris, 1982
- [60] *The Lancet*, 1824-, Vol. 1
- [61] Dora B. Weiner, *The Citizen-Patient in Revolutionary and Imperial Paris*, Johns Hopkins University Press, Baltimore & London, 1993
- [62] E. Buret, *La Misère des classes laborieuses en Angleterre et en France*,

フランスにおける結核流行と公衆衛生

2vols, Paris, 1840

- [63] D. ゾラ著 / 田辺貞之助ほか訳 『居酒屋 L'Assommoir』 1877, 筑摩書房 (筑摩世界文学大系 46) 1974
- [64] Erwin H. Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1967. E. H. アッカークネヒト著 / 館野之男訳 『パリ病院 1794-1848』 思索社 [1978]
- [65] Jean Imbert, *Progres limites des structures d'accueil (1796-1941)*, Jean Imbert (dir.) *Histoire des Hôpitaux en France*, Privat, Paris, 1982
- [66] J.-L. フランドラン & M. モンタナーリ編 / 宮原信・北代美和子監訳 『食の歴史』 全3巻 藤原書店 1996 [2006]
- [67] ジャン・ポール・アロン著 / 佐藤悦子訳 『食べるフランス史 19世紀の貴族と庶民の食卓』 人文書院 1973 [1985]
- [68] John Brownlee, *An Investigation into the Epidemiology in Great Britain and Ireland*, London, 1917-18,
- [69] Major Greenwood, *Epidemics & Crowd-Diseases; An introduction to the Study of Epidemiology*, London, 1935
- [70] Thomas Bateman, *Reports of the Diseases of London, and the State of the Weather from 1804 to 1816, including practical remarks on the causes and treatment of the former*, London, 1819
- [71] Thomas Mckeown & R. G. Record, *Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the Nineteenth Century*, *Population Studies*, 1963, p94-122
- [72] M. W. Flinn, *Introduction to The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain by Edwin Chadwick 1842*, Edinburgh University Press, 1965
- [73] Edwin Chadwick, *The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, London, 1842 [1965] 橋本正巳訳 『大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書』 日本公衆衛生協会 1990 (この翻訳書は上記 1965 年復刻版の翻訳である。)
- [74] F. エンゲルス著 / 浜林正夫訳 『イギリスにおける労働者階級の状態』 新日本出版社 1945 [2000]
- [75] 見市雅俊「都市の生理学」 吉田光邦編 『十九世紀日本の情報と社会変動』 京都大学人文研究所 1985 p377-408
- [76] 見市雅俊ほか 『青い恐怖 白い街』 平凡社 1990
- [77] 後藤春美 『アヘンとイギリス帝国 国際規制の高まり 1906 - 43 年』

山川出版社 2005

- [78] アンソニー・ブランデージ著 / 廣重準四郎・藤井透訳 『エドウィン・チャドウィック - 福祉国家の開拓者 - 』ナカニシヤ出版 1988 [2002]
- [79] V. H. Springett, An Interpretation of Statistical Trends in Tuberculosis, *The Lancet*, 1952.3.22, p575-580
- [80] Thomas Mckeown & R. G. Brown, Medical evidence related to English Population changes in the Eighteenth Century, *Population Studies*, 1955, p 119-141
- [81] ピエール・ダルモン著 / 寺田光徳・田川光照訳 『人と細菌 - 17 - 20 世紀 - 』藤原書店 1999 [2005]
- [82] Sally Mitchell, *Daily Life in Victorian England*, Westport, 1996
- [83] W. J. リーダー著 / 小林司・山田博久訳 『英国生活物語』晶文社 1964 [1983]
- [84] エイザ・ブリッグズ著 / 今井宏・中野春夫・中野香織訳 『イングランド社会史』筑摩書房 2004
- [85] 角山栄・川北稔編 『路地裏の大英帝国 - イギリス都市生活史 - 』平凡社 1982
- [86] 大森弘喜 「19 世紀末農業不況とフランス農業の構造変化」『エコノミア』 No.155 1975
- [87] E. J. ホブズボーム著 / 浜林正夫・神武庸四郎・和田一夫訳 『産業と帝国』未来社 1968 [1984]
- [88] クリストファー・ヒバート著 / 横山徳爾訳 『ロンドン - ある都市の伝記 - 』北星堂書店 1969 [1988]
- [89] G. M. ヤング著 / 松村昌家・村岡健次訳 『ある時代の肖像 - ヴィクトリア朝イングランド - 』ミネルヴァ書房 1936 [2006]
- [90] 長島伸一 『世紀末までの大英帝国 - 近代イギリス社会生活史素描 - 』法政大学出版会 1987
- [91] XIIIe Congrès Internatinal d'Hygiène et de Démographie, *Compte Rendu du Congrès tenu à Bruxelles du 2 au 8 septembre 1903*, T. VII, Bruxelles, Rapport présenté par Arthur Newsholme, p7
- [92] Y. クニピレール著 / 内藤義博訳 「身体とところ」G. デュビィ・M. ペロ - 監修 『女の歴史』 IV 藤原書店 1991 [1996]