

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

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（『経済研究』第181号）

肺癆をめぐる病因学説

- 1 近世の肺癆病因説
- 2 近代の肺癆病因説
- 3 ヴィルマンの結核研究とその波紋
- 4 病原細菌学の確立とその後 - 結びにかえて -
(『経済研究』第187号)

「国民病」としての結核 - 第三共和政前期のパリにおける結核蔓延 -

- 1 風土病化したパリの結核
- 2 結核のトポグラフィ
- 3 19世紀末パリのガルニ

「国民病」としての結核

- 第三共和政前期のパリにおける結核蔓延 -

- 1 風土病化したパリの結核

世紀前半の七月王政期と第二帝政初期に、パリの肺癆は、死亡率（人口10万対）が400を越えこの大都市に定着しつつあったが、広く世に知られることはなかった。第二帝政期については資料不足で結核蔓延の様子が把

握できないが、ようやく第三共和政期にパリ市の統計が整備されその実態が掴めるようになった。この資料に基づき作成したのが、次の表3-1「パリの死因別死亡件数の推移（1875-1912）」である。

この表から窺われることは、第一に呼吸器系疾患による死亡が圧倒的に多いことである。このことが前述したように肺癆だけでなく多くの伝染病が、悪い空気すなわち「瘴気」により起こるとの説の裏づけとされた訳だが、それはとも角、呼吸器系疾患の中でもとりわけ肺結核の死亡は、第三共和政初期から少しの変動を伴ないつつ着実に増大し、世紀末にはついに死者1万人の大台に乗る勢いを見せた。これに結核性髄膜炎などその他の器官の結核死亡を加えれば、毎年1万数千人が結核で命を落としていたとみても大過ないであろう。総死亡件数が分かっている年度から判断すると¹⁾、自殺や暴力による死亡を含めた全死亡に占める肺結核の比率は、およそ20%と見積もられる。前述の如く1840年代に同比率が13~15%であったことからみて、結核が一貫して死因の首座を占めているだけでなく、ますますその基盤を磐石なものにしたと云える。

第二の点は、19世紀を代表する感染症 - ジフテリア、天然痘、腸チフス - による死亡が減少傾向を見せるに対し、癌、心臓病、腎臓炎、肝硬変など現代的な疾患による死亡が増勢を示していることである。19世紀末に「疾病転換」が起きつつあると見られる。

19世紀末の16年間の結核死亡率を行政区ごとに纏めたのが表3-2である。今日でもブルジョワ街区と呼ばれる第8区、9区、16区が平均死亡率を遙かに下回るのに対し、貧しい庶民の多く住む中心部の第4区と5区、さらにパリを外から包み込むように北から東、南にかけて広がる第11区、14区、15区、18区、19区、20区が恐るべき高い結核死亡率を記録

1) 1884年については全死亡が56,970、結核死が10,370だから、結核死の全死亡に占める比率は17.5%、同様に1888年は全死亡53,303、結核死9,743であり同比率18.2%、1902年は全死亡49,230、結核死10,526で同比率21.4%と計算される。[Annuaire Statistique de la Ville de Paris, 1911, p201sq]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

している。パリの各行政区はさらに四つの街区 quartier に分かれるが、結核死亡率の高い行政区には、とりわけ高死亡率をしめす街区があることが判る。例えば、第 11 区にはラ・ロケットやフォリ・メリクール街区、14 区にはプレザンス街区、15 区にはネッケルやジャヴェル街区、18 区にはクリニャンクールやグランド・キャリエール街区、19 区にはコンバ、アメリカ、ラ・ヴィレット街区、20 区にはペール・ラシェーズやシャロンヌ街区などを挙げることができる。そしてさらにその中枢には「オテル・ガルニ」と呼ばれる家具付の簡易宿泊所があるのだが、そのトポグラフィ的考察は次節で詳述したい。

本節では、結核が風土病化したパリからまずその周辺地域に、さらに遠く地方都市へと感染領域を拡大するさまを概観しておこう。フランス全体を人体に、パリを肺臓になぞらえると、肺臓に発症した結核が、あたかも身体の各器官に「転移」したかのようにも見える。もちろん結核は癌と違うから、「転移」という表現が必ずしも適切とは云えないのだが…。

フランス政府は漸く世紀末の 1899 年 11 月に、結核の拡大を食止める方策を探求する委員会の結成を閣議決定し、その取りまとめをパリ大学医学部教授の F. ブルアルデルに委嘱した。この 1899 年は、ヴァルデック・ルソー首相とミルラン商工相の下で、かの 1850 年不衛生住宅衛生化法の見直しが始まる時期でもあり（後述）、また労使関係の上でも新機軸がさまざまに打ち出されてくる労働・社会立法上の一転機でもあるが²⁾、公衆衛生政策の上でも結核防遏が政治課題として取り上げられたのである。

ブルアルデルは結核防遏対策を検討する前提として、フランス全土に拡がる結核を、全国 622 都市を対象とした内務省の調査資料をもとに詳細に考究した。それは結核が徐々にフランス全土に感染していることを窺わせるに足るものだった。ところで、ブルアルデルは「多くの都市で医師は婉

2) ミルラン商工相が主導した労働・社会改革の試みと、その先進的な意義については、[大森弘喜 2006, p68sq] を見よ。

表3-1 パリの

死因 年	腸チフス	天然痘	はしか	猩紅熱	ジフテリア	肺結核	癌	髄膜炎・ 結核性 髄膜炎	脳卒中 脳出血
1875	1,048	253	686	88	1,328	8,010	-	-	2,465
1876	2,032	373	878	133	1,572	8,532	1,929	-	2,456
1877	1,201	136	652	92	2,393	8,246	1,932	-	2,474
1878	858	89	697	60	1,995	8,479	2,020	-	2,462
1879	1,121	911	917	95	2,146	8,528	2,116	-	2,773
1880	2,003	2,158	962	345	2,048	8,639	2,058	-	2,642
1881	1,955	987	897	440	2,211	9,210	2,178	-	2,793
1882	3,214	626	1,005	156	2,244	9,958	2,193	-	2,619
1883	1,880	436	1,043	88	1,781	10,307	2,114	-	2,715
1884	1,503	74	1,501	155	1,928	10,370	2,137	-	2,649
1885	1,320	176	1,524	191	1,655	9,751	2,215	-	2,759
1886	954	203	1,210	403	1,512	10,222	2,269	2,650	2,500
1887	1,385	394	1,628	224	1,585	10,079	2,240	2,417	2,376
1888	756	258	915	193	1,729	9,743	2,301	2,376	2,493
1889	1,008	130	1,190	170	1,706	10,380	2,332	2,420	2,548
1890	656	76	1,495	223	1,668	10,714	2,323	2,576	2,346
1891	476	39	983	202	1,361	10,287	2,413	2,417	2,334
1892	691	42	909	158	1,403	9,975	2,318	2,347	2,415
1893	570	260	677	177	1,266	10,190	2,440	2,242	2,264
1894	697	166	993	151	1,009	9,605	2,531	2,311	2,208
1895	271	17	679	178	435	10,245	2,560	2,388	2,360
1896	262	22	658	170	444	9,765	2,642	2,305	2,367
1897	249	12	821	65	298	9,298	2,719	2,076	2,298
1898	256	5	876	138	259	9,653	2,753	2,147	2,335
1899	803	4	909	208	339	9,897	2,735	2,131	2,344
1900	912	215	854	172	294	10,072	2,740	2,150	2,405
1901	363	418	545	115	736	10,685	2,898	1,978	2,127
1902	359	88	675	132	709	10,526	2,832	2,086	2,298
1903	298	21	446	137	399	10,399	2,836	2,024	2,306
1904	353	65	586	76	260	10,405	2,890	1,993	2,275
1905	240	117	424	43	204	10,348	3,093	2,032	2,266
1906	309	9	572	81	174	10,298	3,129	2,030	2,274
1907	267	45	433	347	219	10,810	3,053	2,049	2,440
1908	227	5	507	226	197	10,492	3,080	2,047	2,348
1909	260	4	498	157	258	9,879	3,050	2,083	2,515
1910	188	18	737	75	288	9,971	3,073	1,898	2,303
1911	371	5	808	111	275	9,764	3,205	1,898	2,451
1912	259	7	925	205	276	9,525	3,230	1,723	2,302

出典 *Annuaire Statistique de la Ville de Paris*, 1911, p. 201sq

原註：「肺結核」については、国際的合意により1901年以降、特段の指示のないものは肺結核と引用者註：1875年から1879年までは、「乳児下痢」の数値は、「先天性虚弱」の死亡を含む。

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

死因別死亡数

心臓病	呼吸器系疾患 (除肺結核)	乳児下痢 (1歳以下)	先天性 虚弱	肝硬変	その他の 肝臓病	腎炎・ 慢性 腎臓炎	暴力に因る 死亡 (含自殺)	死因 年
2,155	8,964	4,765		173	617	316	1,112	1875
2,429	8,697	4,772		228	640	360	1,245	1876
2,425	8,557	4,656		216	602	367	1,343	1877
2,725	8,882	4,859		270	590	471	1,441	1878
2,999	9,890	4,522		235	581	516	1,509	1879
2,594	10,198	4,197	1,488	225	553	492	1,584	1880
2,748	9,396	4,380	1,387	289	558	516	1,533	1881
2,790	9,566	4,510	1,455	313	549	546	1,643	1882
2,809	9,543	4,357	1,270	341	607	531	1,637	1883
2,956	8,501	4,369	1,278	403	637	581	1,607	1884
2,891	9,133	3,715	1,140	375	609	688	1,552	1885
2,923	10,590	4,153	1,120	409	535	708	1,499	1886
3,013	9,217	3,471	1,206	413	500	793	1,607	1887
3,022	9,232	3,396	1,299	379	516	828	1,501	1888
2,933	10,650	3,378	1,297	384	509	876	1,452	1889
2,925	11,213	3,086	1,279	361	458	833	1,513	1890
3,000	10,289	2,950	1,361	443	446	917	1,591	1891
3,185	10,876	3,560	1,392	391	520	953	1,738	1892
3,210	10,770	2,950	1,360	436	485	1,028	1,728	1893
3,016	8,492	2,637	1,285	528	431	1,133	1,819	1894
3,205	10,130	2,971	1,324	485	386	1,146	1,738	1895
3,232	7,824	2,369	1,225	475	429	1,120	1,634	1896
3,172	7,743	2,376	1,208	427	405	1,181	1,899	1897
3,139	8,621	2,854	1,313	512	345	1,199	1,753	1898
3,098	9,278	2,476	1,243	493	368	1,266	1,642	1899
2,405	9,218	2,533	1,279	498	412	1,302	1,677	1900
3,281	8,673	1,975	1,556	507	385	1,250	1,683	1901
3,136	7,984	2,070	1,332	599	477	1,427	1,570	1902
3,129	7,200	1,857	1,330	544	409	1,281	1,649	1903
3,040	7,861	2,174	1,239	503	478	1,341	1,590	1904
3,267	7,875	1,821	1,260	625	419	1,331	1,691	1905
3,455	7,463	1,941	1,164	701	460	1,387	1,668	1906
3,740	8,650	1,812	1,174	744	460	1,511	1,922	1907
3,535	7,792	1,726	1,130	818	443	1,550	1,755	1908
3,515	8,316	1,420	1,132	682	457	1,580	1,710	1909
3,333	6,873	1,276	1,259	629	451	1,548	1,759	1910
3,288	7,546	2,015	1,365	565	475	1,508	1,942	1911
3,381	7,548	1,203	1,289	608	442	1,617	1,979	1912

して掲出することになった。

表3-2 パリ行政区別の結核死亡率（1881 - 1896の平均値）

行政区	人口	結核死亡件数	同死亡率
1	70,302	234	332
2	70,909	277	390
3	89,266	412	461
4	99,349	558	562
5	115,012	625	543
6	97,453	351	360
7	89,703	318	354
8	97,414	174	179
9	118,675	320	270
10	153,393	675	440
11	209,183	1,227	586
12	107,799	578	536
13	101,990	540	529
14	102,461	774	716
15	110,476	683	618
16	76,470	225	294
17	158,009	625	395
18	196,821	1,213	616
19	122,213	746	610
20	134,498	917	682
合計（平均）	2,321,488	11,443	493

出典 [Brouardel, 1900, p14]

引用者註 死亡率は人口10万対

曲的な表現を好むから肺癆を慢性気管支炎として扱う。私が医学の勉強を始めた頃のパリでもそうだった」と云い [Brouardel, 1900, p4], それゆえこの両者の合計が結核蔓延の実態に近い、と考えた。確かに次章で述べるように、多くの医師が患者家族の世間体をおもんばかる気持ちを代弁するかたちで、結核の「届出義務化」に強い抵抗を示したのは事実なのだが、私は肺結核と慢性気管支炎の合計を結核死亡と見なすのには疑問を覚える。というのは、ブルアルデル自身も述べているように、実は慢性気管支炎自体が当時すでに減少傾向にある上に、さらに年間73千件もある「死因不

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表 3 - 3 都市の規模別結核死亡率（1896 - 97）

人口規模	その都市数	人口累計(千人)	結核死亡件数	同死亡率
5千人以下	89	309	756	245
5千~1万人	305	2,095	5,604	267
1万~5万人	197	3,803	11,457	301
5万人以上	31	5,775	23,856	413

出典 [Brouardel, 1900, p5]

詳」にも「多くの都市でこの匿名性のなかに肺癆が紛れ込んでいると考えられる」[Brouardel, 1900, p4] からである。したがって、本稿では、それが実態をかなり過小に評価しているという留保条件のもとで、結核死亡と記されたものをそれと見なす。

対象とした 622 都市の 1896 - 97 年時の総人口は約 1,253 万人、結核死亡は 42,399 件数だから、結核死亡率は 338 と計算されるが、この死亡率は都市の人口規模が大きくなるにつれて漸次高まる傾きを見せる。とりわけ人口 5 万人以上の都市では急速に上昇し、死亡率は 413 に達する。（表 3 - 3 参照）

パリ郊外の結核蔓延

結核の病巣はパリ市内だけでなくパリ郊外のいわば衛星都市にまで拡大していることが、次の表 3 - 4 から明確に云える。とりわけパリに隣接するナンテール、サン・トゥーアン、クレムラン・ピセートル、イヴリ、ジャンティーイなどは、パリ市内の死亡率を大きく上回る水準を示す。今日では殆どパリと一体化しているセーヌ県のこれらの地域は、当時は市壁の外側にあり、パリの仕事場に通う工場労働者や職人たちの居住地域であった。但し、これには次の二つの点を考慮しなければならない。一つは、この表の数値は前述の通り、結核死亡率だけではなく慢性気管支炎の死亡率を含むことである。我々の流儀に従えば、この合計数値から慢性気管支炎の死亡率およそ 80 から 90 程度を差し引かねばならない。それでも事態

表3 4 パリ近郊都市における結核および慢性気管支炎の死亡率(1896 - 97)

セーヌ県		セーヌ・エ・ワーズ県及びセーヌ・エ・マルヌ県	
Nanterre	1678	Étampes	571
Saint-Ouen	875	Saint-Germain-en-Laye	567
Le Kremlin-Bicêtre	774	Poissy	552
Ivry	712	Maisons-Laffite	526
Gentilly	683	Corbeil	515
Saint-Denis	665	Montereau (Yonne)	504
Boulogne-sur-Seine	654	Lagny	487
Clichy	653	Sèvres	432
Auversvilliers	637	Versailles	421
Montreuil-sous-Bois	589	Melun	421
Courbevoie	589	Argenteuil	414
Les Lilas	586	Saint-Cloud	411
Paris	579	Meaux	393
Malakoff	568	Meudon	392
Pantin	564	Pontoise	387
Saint-Maurice	557	Rueil	384
Issy	552	Mantes	361
Suresnes	552	Fontainebleau	346
Gennevilliers	544	Le Rainey	337
Levallois-Perret	539	Essonnes	332
Champigny	534	Provins	309
Villejuif	531	Villeneuve-St-Georges	268
Puteaux	528	Coulommiers	255
Alfortville	520	Rambouillet	184
Charenton	517		
Montrouge	517		
Pré-Saint-Gervais	512		
Clamart	508		

出典 [Brouardel, 1900, p10]

引用者註 セーヌ県で下位の死亡率を示す郊外都市は一部省略した。

に大きな変化はなく、上に挙げた衛星都市の結核死亡率はいずれも600の水準前後である。二つ目は、これらの郊外都市がパリの結核患者を受け容れている事実である。ナンテールの異常に高い結核死亡率は、人生最期の

時をすくすパリの貧しい結核患者を受け容れている家々があるためであり、クレムラン・ピセートルには有名なピセートル病院が同様にパリの結核患者を収容しているためである。³⁾ [Brouardel, 1900, p9]

いまその一例をサン・トゥーアンに見てみよう。パリの北第 18 区に接するこの都市は 19 世紀末に急成長する工場労働者の街だった。その多くはパリ市内の高騰する家賃を逃れて移り住んだ者だった。1888 年のこの街の死因別死亡構成を簡単にまとめれば、肺癆や結核性髄膜炎などの結核死 170 件、小児の無栄養症・コレラ性下痢 122 件、はしか 18 件、ジフテリア 13 件、腸チフス 8 件、百日咳 8 件、猩紅熱・天然痘・破傷風各 1 件、合計 342 件である。[Laborderie, 1890, p507] 病死の実に半分が結核に因るものであり、その死亡率は当時の人口が 21 270 人であるから、実に 799 にも昇る。これは上の表 3 - 4 の数値から慢性気管支炎の死亡率を引いた数値にほぼ合致する。

サン・トゥーアンの結核犠牲者の実に 4 分の 3 は労働者であり、その居住条件は隣接する第 18 区や 19 区のそれと殆ど変わりなかったようである。つまり急増する人口に住宅供給が追いつかず、労働者は狭いところに折り重なるように生活していた。衛生環境はもっとひどく、トイレがある場合もすべて肥溜め式であり、汲み取りが不定期的にしかなされないなど、手入れも悪く不潔極まりない状態であった。加えて中庭や公道にはごみや汚物が溢れていた。上水道の水も水質が悪く、井戸からの給水も依然続いており、その水質も良くなかった。その原因の一つはここにある多くの牛舎とミルク加工工場であり、牛の汚物や工場の加工処理廃液が規則通りになされず土壤に廃棄されたためであるという。[Laborderie, 1890, p504]

結核で命を落とした労働者の 78% が、リームーザン、ブルターニュ、

3) パリからの結核患者の「輸出」は、ワーズ県クレルモンや、パ・ド・カレ県ベルク・シュル・メールなどの「アジール asile」(最期の安住の地)へもなされている。[Brouardel, 1900, p9]

アルザス・ロレーヌなど地方出身の労働者であったという。家族の誰かが結核に罹ると、その狭く換気も採光も良くない部屋での過密居住という条件のため、次々にやがて一家全員が結核に罹り、その犠牲者となったという。これはまさしく後述するパリ貧民の結核感染の構図でもあった。

結核はパリから「転移」するかのように隣接する諸県を經由して北部諸県とりわけノール＝パ・ド・カレ県の工業地帯を侵してゆくが、これは後段の軍隊における結核との絡みで述べることにし、次に結核の農村への波及を簡単に述べる。

結核の農村への波及

ブルアルデルの前記著作では専ら都市における結核が考察され、農村部はその対象外におかれたが、結核が確かな足取りで農村まで冒し始めていることを伝えた論文があるので紹介したい。

エクサン・プロヴァンス在住の医師が、アルプス山中の幾つかの寒村における結核の感染状態を克明に調査した。[Bec, 1894, p1050sq] 煩雑になるので要点のみを記せば次の通りである。バ・ザルプ県ル・ポワル村の事例では、ある19歳の娘が結核を患うマルセイユの叔母の看病に出かけ、不注意にも寝具を共にしつつ看病して結核に感染し、翌年帰村。僅か5ヶ月の闘病の後に死亡。またこの娘の妹も、この娘と親しく交わった友人ら4人も相次いで結核に感染・発病し、1年足らずの間に次々と死亡した。著者は奔馬性結核と診断している。また人口202人のある村(Majostres)では、普仏戦争に従軍し結核に罹って帰郷したふたりの青年が、その看護に当たった兄弟姉妹だけでなく母親、それと親交のあった隣人たちに次々に結核感染させ、結局1873年から76年の足掛け4年ほどの間に12人もの死者をだすことになった。

さらに人口418人の別の寒村(Brunet)では1875年から84年までの10年間に18人の結核死亡を数えた。この著者によれば発端は18歳の娘が工

クサン・プロヴァンスで働いているときに結核に罹患し、帰郷して結核菌をばら撒いたことにある。その看護に当たった夫、それを援助するためにその家を訪れた隣人たち、その親戚縁者らが連鎖的に結核に罹ったという。またマルセイユの農家から 1880 - 81 年の冬季に裁縫の徒弟修業に来ていた 22 歳の娘も結核に罹り、帰郷してから死んだ。もう一つ注目すべきは、兄と弟がともに結核で死亡したため恐れをなして両親の家を出奔した 24 歳の青年も、結局別のところで非業の結核死を遂げたことである。著者は「逃れがたい病の犠牲者」と記している。

著者は、結核に罹患し僅かの間に死んだ農民らの悲惨な運命を総括して次のように云う。「奔馬性結核で死亡した（最初の事例）の 5 人の娘たちは、秣を置く屋根裏部屋で寝ていた。一日の大半は畑仕事に費やされていた。それは、雨露をしのぐのにテントしかもない遊牧民の生活のようだ。

<中略> 農村が結核の被害を免れているなどは戯言であり、肺癆は葬式の列をつくり出している」と。[Bec, 1894, p1058] その対策として著者が指摘するのは、農村住宅の改善であり、初歩的な衛生知識の教えである。

この三つの寒村における結核流行から見えることは、都会や軍隊で結核に感染したものが、帰郷して結核禍を広げるという構図である。⁴⁾

軍隊における結核問題

軍隊における肺癆（結核）の流行とそれによる兵士の「損失」は古くて新しい問題だったようで、すでに七月王政期にかのブノワストン・ドゥ・

4) フランス東部フランシュ・コンテの農村にも結核が波及しているとの報告がある。この地は半世紀ほど前から、背も高く体格も立派な優秀な兵士をフランス軍に供給してきたのだが、19 世紀最後の四半期には「兵役免除者」の割合が、ブザンソンなどの都市部よりも農村・山岳部に増えているという。通説では清澄な空気、針葉樹の香りが結核には効くというのに、現実はその反対だ、とその報告者は云う。この報告者が原因らしきものと示唆するのは次の言にある。「この地は高地で冬がとくに厳しいので、人々は家に閉じ込められている。だから室内の空気は清澄ではないし、その上寒さを和らげるために過度に飲酒する。」と。[Baudin, 1903, p726]

シャトーヌフが論じていた。だが陸軍病院のカルテに病因が明記されたものは、全体の3分の1にも満たず⁵⁾、それ自体が不正確でもあったので、漠然と軍隊で肺癆が流行しているらしい、との印象しか与えなかった。しかし未だ肺癆の病態もはっきりせず、病因も特定できない当時の医学界の状況を考慮するならそれも止むを得ないだろう。

第二帝政期になるとイギリス軍の同種の研究に触発されて、フランス軍医ラヴランが独自にデータを蒐集し、軍隊における幾つかの病気の流行状況を描き出している。我々の関心事である結核に限れば、1832年から59年までの総病死11,545件、うち結核死は2,459件、その割合は24.5%になるというが、[Laveran, 1860, p280] 一見して明らかのようにその数値はいずれも小さすぎる。年間平均病死が412件、うち結核死亡が88件などということは先のシャトーヌフのデータから推測してもあり得ない。またそれに続く「兵営別の病死と結核死亡」の表も、出典も時代の特定もなく殆ど信頼できない。[Laveran, 1860, p281]

第三共和政期になるとこの種の研究は盛んになり、その精度は幾分改善される。その理由は第二帝政期の1862年に軍の医療統計が公表されるようになり、議論がしやすくなったこと、さらに1872年に兵制改革があり、徴兵制が布かれたためである。徴募の際、結核罹患者を排除し、入隊後には徴募された若い兵士を結核被害から守ることが、関係者の大きな関心事となったからである。

さて、医師アルヌーがまとめた1875-76年の「連隊別結核罹患率」が表3-5であるが、リール第一連隊の結核罹患率4.12（兵士千人対）が群を抜いて高いことが知れよう。この医師はリールの連隊がこのように結核罹患率が高い原因を、表題からも窺えるように、動物に起因する発散物に

5) 1820-26年のフランス軍隊の総死亡は17,486件で、うちカルテに病因の記載あるものは僅かに6,000件、そのうち肺癆に因るものは1,300件だったという。[Benoiston de Châteauneuf, 1833, p299sq]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表3-5 連隊別結核罹患状況（兵士千人対）1875 - 76

連隊番号	本拠地	結核で入院した兵士数
1	リール	4.12
2	アミアン	2.20
3	ルーアン	2.87
4	ル・マン	3.30
5	オルレアン	3.21
6	シャロン = シュル = マルヌ	2.92
7	ブザンソン	2.80
8	ブルージュ	1.91
9	トゥール	2.55
10	レンヌ	3.70
11	ナント	1.47
12	リモージュ	2.60
13	クレルモン = フェラン	3.34
14	グルノーブル・リヨン	2.27
15	マルセイユ	2.15
16	モンペリエ	1.52
17	トゥルーズ	2.23
18	ボルドー	2.47
19	アルジェリア	0.91
	(パリ)	2.04

出典 [Arnould, 1878, p411]

よる空気の汚れではないか、と広義のミアズマ説を主張しているが、結核菌発見前のことなのでそれは止むを得ない。

1872年に徴兵制が導入されて、すべての兵士候補は「適性審査委員会 Conseil de Révision」に出頭して検査を受けねばならないことになり、その段階で伝染病罹患者ととりわけ肺癆患者と疑われたものは、「兵役免除者 réforme」として排除された。以後の議論では、多くの軍医が、死亡率のなかにこの「兵役免除者」の割合を加えて議論するようになる。例えば、軍医マルヴォーは1880年の重厚な論文のなかで、普仏戦争の2年間を除いた1862～76年のフランス軍兵士の結核死亡率を150、これに「慢性気

管支炎・肺炎・咯血する人など本来結核に帰せられるべき肺疾患による死亡率」42，肺癆により死亡除隊および兵役免除されたもの120，を加えて，合計312がフランス軍における結核死亡率だろうと推論した。[Marvaud, 1880, p148]

だが私はこれが正鵠を射たものとは思わない。前述した通り，慢性気管支炎などの死亡率を加えたことは実態を曖昧させるからであるが，より根本的な問題は，兵役免除者の割合を死亡率と同列に扱うのは誤りだと考えるからである。云うまでもなく兵役免除者の比率は「結核罹患率」を近似的に示すことはあっても，死亡率と同義ではない。それゆえマルヴォーの労作によれば兵士の結核死亡率はおよそ150になる，と受け取るのがよいと思われる。⁶⁾ その後の論者も結核死亡と兵役免除を厳密に区別せず，両者の合計を「損耗 *perte*」として扱う。例えばこの問題の研究者で名高いDr レオン・コランも然り，Dr レイユも然りである。だが私は縷々述べた理由から，両者を別個に観察するのがよいと思う。

さて，1888年から1900年までのフランス軍隊における結核死亡率は，表3-6に見られる通り118から傾向的に低下し19世紀末には89に至る。ところが「兵役免除者」の割合は反対に430から95年にはピークの834まで上昇したあと，1900年には560に落ち着く。死亡率が漸減するのは理解できるとして，兵役免除者の割合がこのような変動をみせるのは，適性審査委員会の判断基準が揺れているからだという。90年代前半には適性審査は厳しく，どんな結核であれ，それが初期段階でも直ちに兵役免除

6) 医師マルヴォーはさらに1880年当時のフランス軍兵士の結核死亡率を，典拠も論拠も示さずにおよそ410であり，20-25歳の民間人男子のそれ380と左程変わらないと述べている。[Marvaud, 1880, p156]

7) Dr レイユもドイツ軍との比較で次のように云う。兵士の規模ではフランス軍とドイツ軍はさほど変わりなく，共におよそ51万人余だが（ドイツ軍にはバイエルンのバヴァリアは含まない），登録者には雲泥の開きがある，ドイツ軍の120万人に対し，フランス軍は僅か45万人に過ぎない。それゆえ，フランスでは選別の余地はなく，「排除が十分な寛大さをもたずになされるだけである」と。[Reille, 1903, p132, 150]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表 3 - 6 フランス軍の結核死亡率と兵役免除率（1888 - 1900）

年	結核死亡率	兵役免除率
1888	118	430
89	105	494
90	108	570
91	133	610
92	104	655
93	94	633
94	101	655
95	114	834
96	94	734
97	95	784
98	88	713
99	82	606
1900	89	560

出典 [Letulle, 1900; Reille, 1902, p141]

引用者註 結核死亡率、兵役免除率ともに兵士 10 万対。

になったというが、95 年以降は軍の増強政策のもと、同委員会の検査基準が厳しさに欠けるようになったためだという。⁷⁾ [Colin, 1899, p311]

以上を要約すれば、軍隊における結核死亡率は一般的には俗世間よりかなり低かったと云える。それは徴兵制の導入に当たって設置された「適性審査委員会」による健康チェックが、曲がりなりにも事前に結核患者を排除したためである。だが、当時の結核診断技術では感染初期や発症寸前の若者を正確に診断して「兵役免除」にすることは難しかった。そうした若者の多くは、環境の変化、肉体消耗の激しい訓練や軍務で、入隊後僅かの間結核を発症することが多かった。だが、発病すれば軍隊の病院に入院するか、あるいは除隊になるかしたから、一般社会よりも結核死亡率も

20 世紀初頭には軍事的必要からか、体位劣等なものも補助的軍務につけさせる、という方針の下に、審査基準が一層緩和された。その結果肺炎や結核の「今にも発病する潜伏患者 imminentes」が入隊後に発病して兵役免除されるものが増えたという。1907 - 09 年ころのデータでは結核を理由に兵役免除されたものは、通常軍務者で 8 ~ 10%，補助的軍務者で 13 ~ 21% にも達した。[Orticoni & Raoul, 1912, p929]

罹患率も高くはならなかったのである。

それでも軍隊の結核死亡率には幾つの特徴が見出せる。一は、結核死亡率にも軍隊の階級が影響していることである。士官や将校の結核死亡率は軽微なのに、下士官さらに一般兵卒になると結核死亡率は跳ね上がった。⁸⁾ そこには軍務の肉体的疲労度や生活条件の違いなどが作用しているのであろう。二は、兵営の駐屯地により死亡率の差が認められることである。この点は重要な内容を含んでいるので少し詳しく見てみよう。

先にもリールの連隊における結核死亡率が群を抜いて高いことを見たが、19世紀末時点で結核死亡率が高いのは、順に第1軍管区リール、第2軍管区アミアン、第3軍管区ルーアン、第4軍管区ルマン、第7軍管区ブザンソン、第9軍管区トゥール、第10軍管区レンヌ、第11軍管区ナントなどである。[Reille, 1903, p147] フランスでは軍の徴募は地域ごとに行われるから、これらの軍管区の結核死亡率が高いのは、その徴募地域の一般住民の結核死亡率ないしは結核罹患率も高いということではないか、と思われる。これを検証してみよう。

ブルアルデルの先の著作で1887-97年期の結核死亡率(平均値)は、第1軍管区リール:410(その都心部だけでは512)、当該のノール県335であり、以下第2軍管区アミアン:308、ソナム県:323、第3軍管区のルーアン:466、セヌ・アンフェリウール県:442、第4軍管区ルマン:349、サルト県:306、第7軍管区ブザンソン:359、ドゥー県:327、第9軍管区トゥール:412、アンドル・エ・ロワール県:379、第10軍管区レンヌ:317、イル・エ・ヴィレンヌ県:357、第11軍管区ナント378、ロワール・アンフェリウール県:352である。[Brouardel, 1900, p60-65] アミアンとレンヌが622都市の平均結核死亡率338を下回るが、他の都市はいずれも

8) この問題のエキスパートのひとり Dr ケルシュは、フランス軍とドイツ軍の医療衛生条件を比較考究した浩瀚の論文を著した。そのなかで1902年の階級別結核死亡率を、士官将校は90なのに対し、下士官は320、兵士790であると伝えている。[Kelsh, 1905, p656]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表3-7 軍隊駐屯都市におけるフランス軍の結核罹患率

都市の人口規模	設置兵営数	結核罹患率
5千人以下	7	30
5～10千人	17	33
10～15千人	21	33
15～20千人	9	40
20～50千人	51	37
50～100千人	13	51
100千人以上	16	57
合計	134	

出典 [Lemoine & Simonin,1906,p503]

引用者註（1）調査対象年は明記されていないが、1900～04年の間と思われる。

（2）結核罹患率は兵士千人対

平均値を上回る。また軍管区の中心都市とその県の結核死亡率はほぼパレルな関係になっていることが窺える。

これを補強する資料が次の「軍隊駐屯都市におけるフランス軍の結核罹患率」である。（表3-7）上に挙げた軍管区の拠点都市の人口は、リール20万人、ナント12万人、ルーアン11万人、その他はいずれも人口5万～10万人の規模であり、表で見ると人口5万人以上の都市の結核罹患率は人口千人当たり57～51と小都市の2倍程度である。ブルアルデルの分析と併せてみると、都市の人口規模が大きくなるにつれて結核罹患率も死亡率も急速に上昇することが分かる。

以上の分析からフランス軍隊における結核死亡率ないし罹患率は、概ね兵士の徴募地域のそれを反映したものであること、また軍隊の結核死亡率が一般社会よりも低位なのは、その徴募の際の「篩い落とし」作用のためであると云ってよからう。日本のようにフランスでも軍隊が結核感染源だった、とは云えない。

軍隊における結核死亡率が大都市ほど高いのは、そこでは兵士らの一般

社会との交流が比較的頻繁だからではないか、との見方がある。Dr レイユは兵営住まいの兵士は街の飲み屋への出入りを禁止されている訳ではないので、そこで一般人と接触することで感染するのではないかと、いう。これを裏付ける例としてかれは、パリの警察巡査 *gardien de la paix* とパリの親衛隊 *garde de Paris* を比較考量する。共に同じような方法で募集し、25歳から50歳までの年齢構成をもち、同じような仕事に従事しているのだが、唯一の違いは親衛隊が兵舎住まいなのに対し、警察巡査は民間住宅に住んでいることである。両者を比較すると、巡査のほうが親衛隊よりも6分の1程度結核死亡率が高い。その理由を著者は、住んでいる民間住宅の多くが何の衛生規則にも従わない不衛生な状態にあること、そこに住む巡査が街中で一般人と交流があることに求めている。[Reille, 1903, p147]

同じく Dr コランは、1884年のコレラ流行でも、92年のインフルエンザや腸チフス流行の際にも、軍隊で犠牲者となった者の多くは兵営外に住んでいた者だったと述べ、これを結核にも当てはめて云う。「近年兵営内の住宅不足で多くの家族は、例えばパリの共和国防衛軍のように街中での居住を余儀なくされている。そこでは結核に罹る機会が減るどころか増大している。」と。著者は、上水の浄化、規則正しい生活、飲酒の節制など兵営内では生活は、寧ろ街での生活よりも健康的である、と主張する。[Colin, 1899, p324]

もう一例はリヨンの陸軍保健学校の自習監督者が10県、17都市にある兵営44を実際に調査した報告のなかにある。報告のなかで取り上げられた都市は人口77千人、二つの騎兵隊が駐留している。すなわち竜騎兵703人、軽騎兵761人で、食料調達も調理法も食事内容も基本的には同じであり、病人が出たときの入院病院も同一だという。この都市の結核死亡率は、全年齢では471、20歳から39歳までの年齢帯では669と、全仏平均よりも50%程度高い。全仏平均は全年齢の結核死亡率330、当該年齢帯で457

である。さて、二つの騎兵隊のうちA隊は、街中の昔は神学校として使われていた兵舎に駐留し、B隊はその町の郊外の小高い丘の25年ほど前に建築された兵営に駐留している。そこは町の雑踏からは離れている。両者を比較すると、結核や慢性気管支炎・肺炎などに罹患し入院する割合も死亡率も、A隊の方がB隊よりもかなり高いという。[Georges, 1903, p128] その疫学的理由は恐らく居住環境の違い、とりわけ一般民間人との接触の度合いにあると考えられる。上に述べたようにこの街ではパリに匹敵するぐらいに結核が蔓延しているから、兵士が自由時間帯や休日に街中の飲食店、娯楽施設などに入出入りすることで結核感染することは十分にあり得る。⁹⁾

ここまで軍隊における結核問題を見てきたが、これを小括すれば、軍隊における結核死亡率は一般社会よりもかなり低いという事実である。だが、それは次の二つの事実と突き合わせて考えると決して喜べないことが分かる。一つは、隣国ドイツと比べると、兵士の数はほぼ同等なのに、あらゆる病気で患者数と死者が、フランス軍の方がドイツの軍隊を遥かに上回るという事実である。結核だけを比較することは出来ないが、呼吸器系疾患全体をみると、患者数では大きな開きがないのに、死亡者数では3倍近い差が生じている。¹⁰⁾ (表3-8参照) フランス軍の医療保健体制の根幹に関

9) 著者は、私のように一般民間社会との接触よりも、二つの兵営の居住条件の差を重視している。両者の一人当たり居住面積やベッド間の距離には大きな差がないが、容積ないしは換気の違いがあるという。A隊は風通しもわるく、また兵士ひとり当たりの空気の量も13~14 5m³だが、B隊は自然の換気を楽しみ、さらにひとり当たりの空気の量も16~20m³と豊かである。[Georges, 1903, p125]

なお、この騎兵隊が駐屯する都市を当時の人口規模などから推測すると、アミアンではないかと思われる。1901年国勢調査によればアミアンの人口は76,172人であり、この著者の云う数値に最も近い。だが、その結核死亡率は上述したブルアルデルの集計した死亡率308とかなりの隔りがあるので、断定はできない。

10) ドイツ軍における結核死亡率はこの数十年において劇的に減少したという。

表3-8 独仏両軍の罹患・病死(1899年)

	フランス軍		ドイツ軍	
	患者	病死者	患者	病死者
腸チフス	7,535	1,001	921	87
呼吸器系疾患	19,087	895	16,286	307
猩紅熱	4,012	100	421	16
ジフテリア	405	30	221	3
赤痢	4,219	71	110	3
心臓病	1,496	34	34	17
性病	20,770	0	10,220	0
合計	57,524	2,131	28,193	433

原註(1) 両軍の兵士の数は、フランス軍512千人、ドイツ軍514千人であるが、ここでの対象は男子兵士のみ。

引用者註 補足的にいうと、この年の入院患者数は、フランス軍202千人、ドイツ軍107千人である。

出典 [Reille, 1903, p132]

わる深刻な問題がそこにあることが窺われる。

二つは、フランス軍の結核死亡率は低いが、兵役免除者の割合は増大傾向にあるという事実である。それは取りも直さず、徴募の母体である青年男子に広く深く結核が感染していることを示している。それを適性審査委員会の基準緩和のせいだと云うことは妥当ではあるまい。軍隊の脆弱化は取りも直さずフランス国民の体位劣化でもあり、後述の人口危機とも絡んで、ここによく国民全体の健康と衛生が国家的課題として認識されるようになる。先のミルラン改革もその一端だが、本稿のテーマに則して云えば1902年公衆衛生法(「国民の健康を保護する法」)の制定、HBMなど庶民住宅に関わる立法がその現れである。しかしこれらの課題実行には大きな財政支出を含むことが多く、簡単には進捗しなかった。¹¹⁾(後述)

1882-83年には63だったが - この数値も驚くほど低率であるが - 97-98年には24にまで低下した。その理由をこの著者は、早期の結核発見とその隔離、そして適切な手当にあるという。ただドイツでも大都市に駐留する軍隊の兵営では依然として結核罹患は頻繁に見られるという。[Ertzbischof, 1902, p186]

病院における結核

結核は「人が集団生活をする所 *collectivités*」で蔓延する危険性が高いことは今日では常識だが、19世紀末には軽視されていた。学童の結核診断と予防はこの頃から始まるが、病院では結核患者は特別な待遇を受けていた訳ではなかった。

パリでは少なくとも第一次世界大戦まで結核患者は一般病院で、他の病人と同居していた。例えばサン＝タントワヌ病院では1891年に延べ1960人の結核患者を入院させたという。それは入院患者のおよそ5分の1程度を占めていた。入院日数は平均28日とかなり短い。Dr ルテュルは、結核患者と認定され、しかも治癒が見込まれるものは郊外のホスピスに入院させるべきであり、末期の結核患者は病院の特定の場所に隔離し、しっかりと消毒すべきであると主張している。[Letulle, 1892, p634]

1892年パリで開かれた結核会議で主導的役割を果たしたDr プティは、パリにある病院の入院患者のうち少なくとも5分の1、ときには4分の1から3分の1が結核患者である、これは他の病人に結核を感染させる危険が大きいので、都会の外の施設に収容すべきではないか、と提案している。

[Congrès de la tuberculose, 1893, p785]

先にも引用したDr ルテュルはその後この問題を調査し詳しい実態報告

-
- 11) 結核発病が確実に切迫していると認められた兵士候補者、つまり「仮の兵役免除者」を事前に把握して治療するコロニーがこの頃活動し始めている。その主体は「フランス婦人同盟」で、シャラント・アンフェリウール県の田園地帯にコロニーを建設した。そこでおよそ半年間、軽度の農作業などの戸外労働、下士官による軍隊教育などが、医師と看護婦の看護態勢のもとでなされ、回復を待って正式に入隊させるという。これは意欲的な民間主導の取り組みではあるが、そこで救済される若年兵士候補の数は、コロニーの収容人数が20~25名だから余りにも小さい。[Bouloumié, 1913, p727] ついでに云えば、結核感染を理由に兵役免除された者の一部は陸軍病院へ入院するのだが、それも収容能力に限りがあるので、20世紀初頭にこれを国家の費用負担で自治体などの病院に入院させたらどうか、との提案がなされる。だが、それは現行法上の問題があるらしい。というのは1890年3月22日の法で地域の病院を建設・運営する主体が自治体になったからである。[Cilleuls, 1909, p26]

をしている。パリの殆どの病院では、他の病気で入院したのに結核に罹り死亡する症例が増えている、病院が結核感染を拡大する源となっていると警告している。この医師が関わっているパリ最古の病院オテル・デュ Hôtel-Dieu にはオギュスティヌ修道女が看護婦として勤めているが、1876年から99年までの24年間、毎年数人が結核の犠牲となって死亡している。病死総計102人のうち実に82人が結核死だという。[Letulle, 1900, p395] さらにルテュルが、パリの公的扶助機関の総裁ナビアスから得た情報によれば、パリにある20の代表的病院ではどこも男女の結核患者を受け容れている。1900年4月の時点で、20の病院の総ベッド数10,889、うち結核患者が1799(16.5%)を占めている。¹²⁾ 憂慮すべきは大部分の病院が結核患者を他の病人と一緒に病棟や病室に入院させていることであり、例外はラリボワジエール病院とブーシコ病院の二つだけだという。[Letulle, 1900, p397] 結核患者のなかには開放性患者もかなりの程度おり、さらに重症化した患者は、病院から市内や近郊のホスピスに転院させられているともいう。¹³⁾

別の医師は、ある民間病院に入院し、隣人の結核患者から感染した例を幾つか挙げているが、煩雑になるので一例のみ紹介しておこう。神経関節炎で下肢に麻痺のある女性が民間病院に53歳から56歳まで入院していた、そのベッドの隣には結核患者がいたが、8ヶ月の病のあと死亡。当の女性もこの医師が勤務するホスピスに入院後1年半後に咳をし始め、目下右肺上部に組織の硬化が見られ、筋状の血の混じった痰を吐くようになった、

12) なかでも入院結核患者が多い病院は、トゥノン(244人)、サン・タントワーズ(216人)、オテル・デュ(204人)、シャリテ(155人)、ラエンネク(151人)、ラリボワジエール(149人)、ピティエ(134人)などである。男女別では、男1194人、女600人、子ども5人である。[Letulle, 1900, p397]

13) 代表的なホスピスを幾つか挙げれば、前述したピセートル、ラ・サルピエトリエール、イヴリ、ラ・ロシュフコー、シャルドン・ラガーシュなど。パリ市及び近郊のホスピス8つで、さまざまな病気の末期患者や介護する身寄りのない老齢者など約9千人を受け容れており、そのうちかなりの割合が結核患者だとルテュルは語る。[Letulle, 1900, p398]

と。これは明らかに肺結核の症状である。この医師は、今や病院の病室が結核感染の源となっている、不治の病人としてホスピスに移った結核患者がさらにその隣人に結核菌をばら撒いている、と警告している。[Parisot, 1903, p76]

結核が結核菌によりヒトからヒトへと、咳やくしゃみ特に吐痰により伝播することが医学的に立証されてから十数年経っても、パリの名だたる病院ですら、結核患者を一般病人から隔離することも、痰壺をきちんと配置し、毎日これを空け消毒することもなされていなかったらしい。痰の付いた衣服や寝具類を特別な装置できちんと高温消毒している病院は、ラリボワジュール病院とブーシコ病院の二つだけであった。[Letulle, 1900, p403]¹⁴⁾

こうした状況にはどうやらフランス医学界に固有の事情が絡んでいるように思われる。それは「ドイツに発する病原細菌学」、それと不可分のコンタギオン説への消えることのない反発であった。

医学アカデミーは 1896 年の 1 月末から 3 月にかけて断続的に、「肺癆の病院起源について」という論題で議論を戦わせた。[Jaccoud, 1896, p437-442] これは平たく言えば、結核患者を一般病院で他の患者と一緒に収容してよいか、というテーマであるが、賛否は拮抗している。Dr テリエは、一緒に収容する危険を説いた。その論拠の一つが、パリのビシャ病院では 1883 年以降 25 名の看護婦のうち、実に 20 名が結核で死んでいること、いずれも勤務経験の長い看護婦だったことを挙げている。病院には痰壺を設置しているが、その置き方も良くないせいか、結核患者がこれにきちんと痰を吐かない、それが病院で結核感染が起こる原因だと主張する。

Dr ドゥボヴは、長いこと人々はコンタギオンを誤って理解してきた、

14) ルテュルは辛辣に云う、「もし民衆が狂気に駆られてすべての死刑囚を結核で殺そうとして、適当な方法が見つからないときには、死刑囚らを一定期間パリの病院に閉じ込めておけば十分であろう」と。[Letulle, 1900, p407]

もっと驚いたことには、それを知っていながら病院では予防策をまったく講じていないことだ、と云う。ここには、結核がジェルムつまり結核菌により起こることを認めたくない雰囲気フランス医学界にあること、たとい認めざるを得ないとしても、コンタギオン説に固有の予防策である「隔離」は認めがたい、との暗々裡の諒解があることを窺わせる。

もっと直截的にいまだにコンタギオン説を認めがたいという医師もいる。Dr フェランは、人は遺伝の役割を過小評価している、コンタギオンに罹りにくい人もいる、家族の誰かが肺癆で亡くなる場合は、他の者も肺癆で死ぬ確率が高い、と述べる。前章で見たように、ここには肺癆遺伝説の抜きがたい信仰を見ることができるのだが、この観点からこの医師は当然の帰結として、すべての結核患者を隔離することは不可能だけでなく大して意味がない、もし細菌が危険というのなら、病人が痰を吐くときだけ注意をすればよい、と云う。

Dr ケルシュは先の軍隊における結核のときにも登場した医師だが、かれは若者が入隊後に結核感染するのではなく、入隊時にすでに結核に感染しており、それが生活環境の変化で発病するのだ、と独特の説（自動感染論）を説く。それは今日的観点から一面正鵠を射ているのだが、突き詰めてゆくと、この医師も結核遺伝説に傾倒していることが分かる。つまり、子宮内で感染した結核が一定期間潜伏してある年齢に達したときに発症するのだという。この観点に立てば結核患者の隔離などはさほど必要ではなくなる。

このようにフランス医学界では「ドイツに発する結核コンタギオン説」を虚心坦懐に受け容れることへの心理的抵抗があった。それを増長したのが対独復讐熱であることは見やすい論理である。¹⁵⁾ これに加えて、コン

15) 普仏戦争での敗北、プロイセン軍によるパリ占領、アルザス・ロレーヌの割譲、さらにブーランジスムなど第三共和政初期におけるフランスの対独感情は根深い反感と憎悪に満ちていた。加えて20世紀初頭には海外領土をめぐる仏独の帝国主義的争いはモロッコ事件など熾烈を極めてゆく。こうした国

タギオン説に勝利したミアズマ説への固執と郷愁があったように思える。翻って云えば、コンタギオン説のもつ強権的で介入的匂いが、自由主義の思潮を尊ぶフランスでは殊のほか毛嫌いされたのである。コンタギオン説に固有の疫病予防策が「隔離と消毒」だったから、パリの殆どの病院ではこれをネグレクトしたのである。それは医師だけでなく患者の素朴な感情でもあった。こうした医学・公衆衛生学のフランス的状况が、結核防遏の点で英独に後れをとった要因ではないかと思われるが、これは次章で考察する。

- 2 結核のトポグラフィ

19世紀を通じて結核はパリの風土病と化した観がある。

ところで第三共和政が確立するころには、パリの医学・公衆衛生統計がかたちを整え始めたこともあり、漸く結核蔓延の実態が判明し、世人の注目を集めるようになる。これにはさまざまな分野の専門家が寄与したのだが、そのなかのひとりがパリ市統計局の指導的人物 J. ベルティヨンであった。かれは人口学者であった父 (Louis Alphonse Bertillon) の衣鉢を継いで、人口増殖 fécondité の観点から出生・死亡・離婚などを調査研究したが、本稿の文脈から云えば病気死亡率わけても結核死亡率の研究が参考になる。先にブルアルデルの研究からも概観したが (表 3-2), それをさらに詳しく見たのが次の表 3-9「パリの行政区別結核死亡率 (1865-1900)」である。

ここから、結核がパリに深く広く根を張っていること、就中第 4 区、5 区、11 区、14 区、18 区、19 区、20 区などの結核死亡率は、19 世紀最後の 3 分の 1 の期間を通じて一貫して、パリの平均死亡率をほぼ 20% 上回

民感情が学問上の軋轢を生んでいたのである。付言するなら、現在でもフランスの医学史・公衆衛生学史の著作では、バスターール革命には大きく頁を割いても、コッホなどの病原細菌学への記述はかなり少ないように見える。

表3-9 パリの行政区別結核死亡率(1865-1900)

行政区	1865 - 69	1876 - 80	1886 - 90	1896 - 1900
1	358	344	315	264
2	334	389	362	336
3	409	427	450	382
4	518	446	520	481
5	598	498	502	429
6	392	334	314	285
7	407	354	315	246
8	281	211	163	113
9	257	274	253	209
10	482	332	408	342
11	486	465	530	440
12	563	395	475	384
13	500	382	464	428
14	526	477	595	579
15	575	457	508	415
16	240	268	265	159
17	373	355	359	271
18	489	432	524	460
19	521	440	528	517
20	584	562	582	510
平均	453	401	436	377

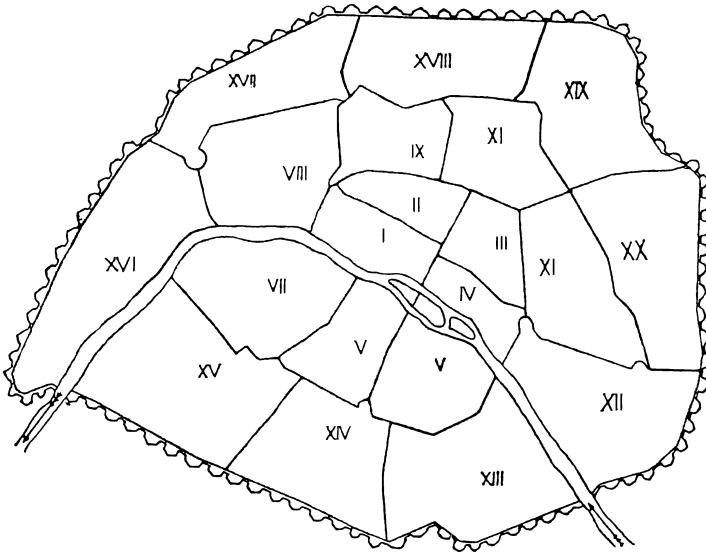
出典 [Bertillon, 1904, p189]

っていることが分かる。これを地図で確認してみると、パリ中心部、および北から時計回りで東、南へかけての一带である。反対にシャンゼリゼのある第8区、オペラ座のある9区、シャイヨー宮のある16区などは平均死亡率を遥かに下回り、結核被害をあまり受けていないことが分かる。その違いをベルティオンは差し当たり「生活の余裕の程度 *degré d'aisance*」に帰している。[Bertillon, 1904, p189]

確かに被害軽微な地区はブルジョワ地区であり、外側の第18, 19, 20区はいずれも労働者の多い地区ではある。だが、第4区, 5区は一部に富裕層が住む都心の一等地であるのに、これ程の結核被害を呈するのは何故か。

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

図1 19世紀後半のパリ行政区



通説では第二帝政期のオスマン知事によるパリの大規模都市改造事業 - とりわけリヴォリ通りやセバストポル大通りとサン・ミッシェル大通りの開鑿、シテ島の再開発 - が、都心部から貧民をその外縁部に追放したと云われるのだが、実際はかなりの数の貧民がこの第4区、5区に留まっているだけでなく、新たに参入してくる出稼ぎ移民がこの地区に一定期間腰を落着けたのである。そこは例えばレ・アル（パリ中央卸売市場）や外食産業、商業施設が蝟集し、多くの雇用機会を創り出していたからである。それゆえ貧富の混在するこの都心部がこのように高い結核死亡率を示す理由を突き止めるには、もう少し細部に分け入る必要がある。こうした関心に支えられて発案されたのがカジエ・サニテールである。

家屋衛生台帳（カジエ・サニテール・デ・メゾン）

ブリュッセルに起源をもつこの制度は、住宅改革運動の指導者のひとり

で市長でもあった G. シーグフリードにより先駆的にル・アールに導入された。1870年代後半にこれをパリにも創設しようとの提案が、市議会議員ラムルーによりなされたが陽の目を見なかった。だが、1880年代初めに腸チフスが猛威を振るい、コレラが再びパリを襲うと、伝染病と衛生への関心が再び高まった。同じ頃コッホやパストールの重要な発見も世人の関心を惹いていた。この機運を追い風にセーヌ県知事ブベルは、この制度をパリにも創設することを議会に提案し、承認された。この制度により住宅衛生化事業のための基礎資料を入手し、併せて住民の伝染病罹患および死亡の情報を得ようとしたのである。1892年にそのための予算が議会を通過し、94年当初からその情報蒐集作業が開始された。その作業を統括したのは、パリの不衛生住宅委員会のメンバーだったポール・ジュイラ Paul Juillerat (1854-1935) である。以後かれはこの情報分析を足場に、住宅改革運動、さらには都市再開発政策に関与し一定の影響力を行使するのである。

ところで、家屋衛生台帳 *Casier Sanitaire des Maisons* には住宅の形態学に関わる調査項目が多く含まれていた。最初の調査票には、建物の所在地、街区と通り、建物の正面幅、奥行き、面積、中庭の形状（面積・土地の性質）、建物内部の給水状況（どこに幾つの流しがあるか）、トイレの設置状況とその形態（肥溜め、可動式、分離方式、水洗方式等の区別）およびその換気状況、建物外部の排水溝の状況（蓋の有無、枝管、排水溜め）、建物の建築年代、各階の部屋数と住民数などの項目があり、次の衛生に関する調査票には、腸チフス、麻疹、猩紅熱、百日咳、結核などの発生状況（患者と死者の数）と、それらに伴う消毒状況（いつ何の病気か）などの項目が並ぶ。建物の建築や形態に関わる質問項目が多いのは、この制度に建築家と道路管理官 *voyer* など工学系の技術者が関与していたからである。その意味で、この制度は医師と公衆衛生家そして建築技師の共同作業の産物だったと云える。[Fijalkow, 1998, p127] だが、医師と公衆衛生家の標的はほ

かならぬ結核であった。

監督者ひとり、聴き取り調査員7名、吏員2名で構成される班が、1894年1月1日以降パリの全家屋の訪問調査にかかった。初めのうちは建物所有者や大家などの同意を得るのに苦労したというが、次第に、調査を拒否することは賃貸住宅の状態に疑問を抱かせることに繋がりがねない、との認識が所有者・大家に生まれ、調査は比較的順調に実施された。¹⁶⁾ [Reille, 1900, p43] 1894年初めから1904年末日まで正味11年で79,982件の調査書が作成された。これを分析したジュイラは差し当たり次のような結論を導き出した。第一に、結核はパリでは家の高さとの密接な関係があること、第二に、パリにはとくに結核が蔓延している区画が6つあることである。かれの第一の結論はなかなかユニークな見解なので、批判的に紹介しよう。

ジュイラは道路幅と中庭の大きさと建物の高さの3点から総合的に判断して、「結核は家の高さに比例していること、すなわち家を取り囲む自由な空間に依存している。」また同じ棟であれば「結核は上層階よりも下層階に多く発生している。」という。[Juillerat, 1906, p39-40] かれの論拠は、結核菌は直接太陽光に曝すと短時間で死滅するが、暗いところでは決して死滅しない、という医学的知識であった。また統計的な支えは、逆説的なのだが、建物の最上階つまり屋根裏部屋に住む召使や下男・下女に結核死が多いということである。かれらは日中は下層階のブルジョワの家の台所などで立ち働くのだが、この台所は暗くて換気がわるく、病原菌のもっとも繁殖しやすい場所なのである。「下男・下女がもし結核の初期患者なら

16) 大家・建物所有者などが調査に協力的態度を示したのは、この調査結果が公表されないことも一因として考えられる。つまり民法1382条は所有者の利益を擁護し、不衛生住宅と断定されたことによる不利益、損害賠償を裁判所に訴えることができるとしていた。もちろんカジエ・サニテルの調査結果を所有者・大家は閲覧できるが、賃貸居住者は閲覧できない。「消費者保護」という現代的な観点からすればこれは明らかに「私的所有権の擁護」に傾いている。それゆえ民法1382条の一般条項を抑制する特別立法が必要ではないか、との議論が起こるのである。[Juillerat, 1906, p77]

台所で咳をし、痰やつばを吐き、無意識のうちに菌をばら撒いている。それが光も入らず換気も悪い台所で繁殖するのだ」と云う。[Juillerat & Bonnier, 1905, p8-9] 後に登場する結核死亡率の抜きん出て高い地区にも共通する特徴は、狭い道路、狭い中庭、両脇の高い建物をもつ居住環境で、空気の流れも悪く、何よりも陽光が入らないことであるとして、ジュイラは「結核は何よりも暗闇の病気 *maladie de l'obscurité* である」と結論づける。[Juillerat, 1906, p61] 私は原資料をすべて閲覧した訳ではないので¹⁷⁾、ジュイラの云うように建物の下層階の方が上層階よりも結核患者も死者も多いと統計上云えるのかどうか、判断できない。しかしもしそうだととしても、それには採光と換気だけではない別の要因も作用しているのではないかと、と思われる。この点はジュイラの第二の結論とも密接に関わるので以下詳しく観察したい。

「健康に害を及ぼす地区」*Îlots insalubres*

ジュイラは、1894年から1904年末までの期間内に結核死亡者を出している家屋を集計し、さらに「とくに結核に感染している家屋」を抽出した。この結果パリに6つの結核死の多い地区があることが浮かび出た。以後これらの地区は専門家の間で「健康に害を及ぼす地区」ないしは「結核の巢窟」とか「住民を殺す家」などと呼ばれることになる。その概要をまとめたのが表3-10である。

これらの地区は結核を除く伝染病死の割合ではパリの平均と大差ないのに、結核死亡率だけが異様に高いのである。同時期のパリの結核死亡率が377であるのに、これらの地区の結核死亡率はその2倍の749を記録している。¹⁸⁾ これら「健康に害を及ぼす地区」をジュイラの叙述をもとに簡

17) カジエ・サニテールのとくに第一次世界大戦前の資料は散逸しており、パリ文書館で私が閲覧できた調査票は100枚にも満たなかった。

18) ジュイラはこの著作のなかで「年平均結核死亡率」の算定の際に誤って10年と考えたようであるが、調査期間は1894年1月1日から1904年12月31

表 3-10 「健康に害を及ぼす地区」の伝染病死と結核死

	平均道路幅 m	建物棟数	住民数	結核に 感染した 家屋数	とくに結 核感染し た家屋数	同左の 住民数	伝染病 死亡者数	内 結核 死亡者数	年平均 結核死亡 率
No.1	10	281	9,715	238	88	3,572	1,368	1,212	1,134
No.2	10	89	4,043	77	16	727	325	264	593
No.3	9	105	4,212	86	36	1,749	525	438	945
No.4	10	599	16,595	389	71	3,187	1,356	1,070	586
No.5	8	182	11,860	143	58	5,838	1,115	849	650
No.6	9	318	12,626	235	72	4,440	1,255	994	721
合計		1574	59,051	1,168	341	19,513	5,944	4,827	749

出典 [Juilletat, 1906; Fijalkow, 1998; L.-Vroelant, 2007]

- 引用者註
1. 建物棟数, 住民数は1904年現在。結核感染した家屋数, 伝染病死者数, 結核死亡者数は1894年から1904年未までの合計。
 2. 年平均結核死亡率は筆者が計算した。原著者はベースを10年間として計算しているが, 正しくは11年間である。
 3. 「とくに結核感染した家屋」の項目は[L.-Vroelant, 2007]に拠る。この定義をジュイラは与えていないのだが, 後掲資料にあるように「結核死亡者10人以上を出した家屋」と推測される。

日までなので11年間である。したがってジュイラの年平均死亡率は9%ほど過大に掲示されている。また「とくに結核に感染した家屋」のデータは, [Faure & L-Voelant, 2007, p208]に拠るのだが, ジュイラはこの語を明確に定義していないという。Ibid., p418, note107 だがパリ文書館資料1427Wでは「結核死亡者10人以上を出した家屋」との分類があるので, そう考えてよさそうである。

潔に紹介し、その後結核が猖獗をきわめた No. 1 地区を詳細に観察する。

No. 1 サン・メリー地区： パリ第4区，4本の幹線道路で囲まれた区画で、なかには12本の細く狭い通りが走っており、当時すでに老朽化した建物が多かった。建物は殆どが4ないし6階建てで換気も採光もよくない。建物総数281棟のうち、85%の238棟が結核に感染している。その年平均死亡率は1,134に達している。これは全市平均の3倍であるが、さらに驚くべきは「とくに結核感染した家屋」が88棟あり、それらは「住民を殺す家」とでも呼ぶべきものである。ジュイラは「身の毛もよだつ高死亡率をだしているのはオテル・ガルニである。調査したある通りの、あるガルニでは死亡率が実に4,263（正しくは3,911）に達している」と云う。[Juillerat, 1906, p42] これは前記脚注14に引用したルテュルの死刑囚と病院との喩えを想起させる。

オテル・ガルニとは家具付の簡易宿泊所で、地方からの出稼ぎ者などが短期間宿泊する安宿である。それは衛生面でさまざまな問題を抱えていた。ジュイラは「これらのガルニは厳しい規制を受けねばならない。採光のない、小さな中庭に面した汚れた部屋は、賃貸許可を諦める必要があろう」と述べている。[Juillerat, 1906, p42] ガルニはレ・アール（パリ中央卸売市場）など雇用機会の多いこの地区に蟄集していた。ガルニについては次節で述べる。

No. 2 サン・ジェルヴェ地区： パリ第4区，セーヌ河の北河岸，パリ市役所の裏手に位置し，6本の通りで区切られた狭い区画。サン・メリー地区ほどの死亡率ではないが，ガルニは例外的に高い結核死亡率を示している（1,858，正しくは1,704）。16世紀末に建てられた古い石組みの家が100棟葬っている。なかには中庭をもつ大きな建物（リセ・シャルマーニュ）もあるが，概して建物が高すぎ，通りも狭く，中庭も狭いので，光も空気も建物内に入らない，という。[Juillerat, 1906, p43]

No. 3 モベール地区¹⁹⁾： パリ第5区，セーヌ河の南岸，大きな道路で

仕切られ9本の通りが通じている区画で、サン・メリー地区に次いで結核死亡率の高い地区である。それはここにもガルニが蝟集し、地方からの出稼ぎ者に宿を提供しているからである。ジュイラは「ある家屋には個人宅とガルニが混在するが、この10年間で実に30人の結核死をだしている。」と云う。「狭い通り、小さな中庭、陽光不足」をかれは判で捺したように指摘している。[Juillerat, 1906, p43]

No. 4 プレザンス地区： パリ第14区、ここは幾分他と様相が異なる。比較的広い区画で建物数も住民数もこれら6地区の中で最多である。建物は概して高くはなく、3階以上の建物は滅多にない。庭園も多く中庭も案外に広いことが結核の猛威を和らげている。それは光と空気を供給し、コッホ菌の増殖を抑えているからだ、ジュイラは主張する。確かに6地区のなかで最も低い結核死亡率を示す。とはいえここでもまたガルニの住民が大量に結核により殺されている。ある袋小路の道幅は3mしかなく、その両側のガルニはおぞましいほどの結核死亡率3,115（正しくは2,857）を示している。[Juillerat, 1906, p44]

No. 5 ラ・ヴィレット地区： パリ第19区、少ない家屋数の割には住民数が多く、全体に過密居住の状態である。ここでも例外的にガルニが結核死亡率を引き上げている。地区全体の平均が650なのに、ガルニの結核死亡率は1,205（正しくは1,105）である。[Juillerat, 1906, p45]

No. 6 フォブール・サン・タントワヌ地区： フォブール・サン・タントワヌ通りを挟んでパリ第11区と12区に跨る地区。高い建物がびっ

19) 「健康に害を及ぼす地区」のNo. 1からNo. 6までに、ジュイラは特別に名前をつけていないようだが、フィジャルコウやレヴィ・ヴロランなど後世の歴史家は上記のように地区名をつけている。ただ地区名が一致しないことがままある。このNo. 3もフィジャルコウは「サン・ヴィクトワール地区」と云い、レヴィ・ヴロランは「モベール地区」と呼ぶ。同じくNo. 5はそれぞれ「コンバ＝ヴィレット地区」に対して「ヴィレット地区」、No. 6は、「サント・マルグリート地区」に対して「フォブール・サン・タントワヌ地区」という具合である。本稿ではレヴィ・ヴロランの使用した呼称を用いる。

しりと建っている。どの建物も道に面した正面の幅が狭いのに、奥行きは深い。一続きの棟は換気のない光も入らない中庭で仕切られている。工場も自由な空間を減じている。この地区でもガルニの結核死亡率は1.97(正しくは1.812)と抜きん出て高い。[Juillerat, 1906, p46]

カジエ・サニテールによりあぶり出された「健康に害を及ぼす地区」の「発見」は、膨大な結核死亡とあいまって専門家の間に衝撃を与えるに十分だった。それは危険地区を一塊として捉えたが、例えば No.4 プレザンス地区のように、地区に包摂された空間にも「無傷の家 maison indemne」がかなりの程度存在する。線引きというか「区画設定」そのものに疑問が残る場合もある。しかし、このジュイラの「発見」は当時は高く評価され、後続の研究により補強され第一次世界大戦後には「健康に害を及ぼす地区」は6つから17にまで増加するのである。それはともかく、ジュイラは結核の罹患と死亡を生み出すのは住環境のせいだと主張して止まない。かれの持論は住宅の形態学とでも呼ぶべきもので、高い建物、狭い中庭、細く入り組んだ通り、これらの相乗効果による陽光と空气の不足こそが、結核を生み出すというのである。²⁰⁾ そうしてその典型としてジュイラに

20) ジュイラは自説を補強するデータとして、マリエ・ダヴィの研究から「戸窓数と結核死亡率」の表を引用している。その概要は、各行政区の住民数、戸窓数、平均結核死亡数が掲示されており、住民ひとり当たりの戸窓数と結核死亡との間に反比例的相関があることを窺わせる。このデータを補正した私の大雑把な試算では、住民ひとり当たりの戸窓数を X、結核死亡率を Y とすると、 $XY=10$ の反比例的相関があるように見える。その限りではたいそう面白い研究であるが、本稿ではこのデータを掲示することは控えたい。というのは、第一に年代の特定がなく、資料典拠が不明瞭であることである。それはとくに各行政区の結核死亡率の数値が、前記した我々のデータと多くの点で合致しない点にも現れている。第二に、住民ひとり当たりの戸窓数の算定、住民千人当たりの結核死亡率の算定などで原表に計算間違いが多すぎるなど、全体に資料への信頼性に疑問が残るためである。なお、付言すれば、上記の反比例的相関が認められるとしても、それは、陽光が結核死亡に関係するというよりは、戸窓の数がむしろ住民の社会経済的状态を映す鏡という風に私は考えたい。周知のように戸窓税はパリでは20世紀初頭においても存在する国税であったから、家屋所有者は節税のために窓の数と大き

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表3-11 「健康に害を及ぼす地区」におけるガルニ

	とくに結核感染した家屋数	同左の住民数	内ガルニ数	その割合 %	ガルニ住民数	その割合 %
NO. 1	88	3 572	61	69	2 209	62
NO. 2	16	727	10	62	379	52
NO. 3	36	1 749	21	58	1 013	58
NO. 4	71	3 187	24	34	766	24
NO. 5	58	5 838	15	26	888	15
NO. 6	72	4 440	14	19	739	16
合計	341	19 513	145	42	5 994	31

出典 [L, Vroelant, 2007, p208]

より「発見」されたもの、それがガルニであった。それは公衆衛生家の間では「結核におけるゲッター」と見なされることになる。

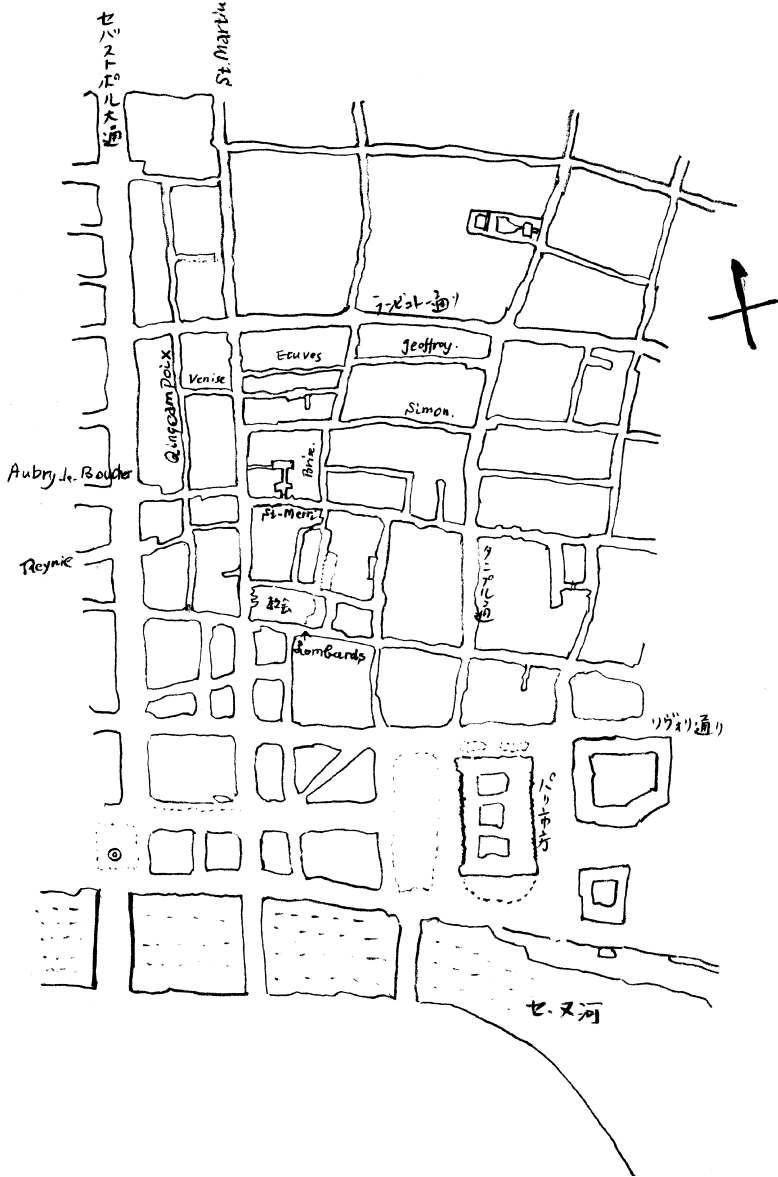
表3-11は、「とくに結核に感染した家屋」数に占めるガルニの数と割合を示すが、「健康に害を及ぼす地区」No. 1からNo. 3までが上位を占めている。ガルニだけの結核死亡率が判然としないのだが、これらの地区では住民の約60%がガルニに住み、そこで結核に罹りやがてそこで死亡する、という構図が確かに浮かび上がる。

No. 1 サン・メリー地区

パリのなかで結核死を最も大量に生み出したのがこのサン・メリー地区である。それは、西はセバストボル大通り、南はりヴォリ大通り、東はタンプル通り、北はランビュトー通り（一部ウルス通り）に囲まれた区画であった。縦500m、横400mの狭いこの地区には、今では存在しない小路が縦横に走っていた。例えば、ジョフロワ・ランジュヴァン通り、シモン・ル・フラン通り、ヴェニーズ通り、エチュヴ通り、オブリ・ル・ブシェ通り、レイニ通り、ロンパール通り、ケンカンボワ通り、ブリーズミッシュ通り

さを抑制したようである。一言で言えば窓は贅沢だったのである。

図2 パリ「健康に害を及ぼす地区」No.1, サン・メリー地区



などは、早くは戦間期に、多くは 1960 年代以降に一部または全部が取り壊され、再開発が進められて、今ではボンピドゥー芸術文化センターの建物とその広場などになっている。かつて、それらの狭い通りの両側には古い建物が肩を寄せ合うように建っていたが、多くは、地上階が商店、カフェ、大衆レストランまたは一杯飲み屋 débits であり、2 階から上は「ガルニ」あるいは「オテル・ムブレ」と呼ばれる家具付簡易宿泊所になっていた。ジュイラの調査とそれを踏襲した第一次世界大戦中の調査から、この地区の幾つかの通りにおける、1894 - 1917 年の期間の結核死亡累計とガルニの蟠踞をしめす資料を紹介しておこう。²¹⁾(表 3 - 12 参照)

ここに掲げた通りは概して夥しい結核死を生み出しているが、なかでもセーヌ河に平行して横に走る小路は、長さ 100m 足らずと短いにもかかわらず結核死を量産している。北から順に、ジョフロワ・ランジュヴァン通り、シモン・ル・フラン通り、ヴニーズ通り、エチュヴ通り、サン・メリー通り、ラ・レイニ通り、オブリ・ル・ブシェ通りなどである。縦に走るケンカンボワ通り、サン・マルタン通りは、かなり長い通りで番地の大きい部分は第 3 区にかかるが - そのためこの表では一部を省略したが - とくにセーヌ河に近い部分は多くの結核死を出していることが分かる。そうして、ジュイラの指摘するように、これらの通りにはガルニが蟠踞し、しかも大量の結核死を排出していることが諒解される。²²⁾ ヴニーズ通り、ジョフロワ・ランジュヴァン通り、ブリーズミッシュ通り、シモン・ル・フ

21) およそ 1 世紀前の現存しない通りと建物および結核死亡に関するデータであるので、本稿で紹介しても元の所有者および住民の利害やプライバシーを侵害することはないだろうと思われる。また、カジエ・サニテールの調査票はかなりの程度散逸しており、そのためケンカンボワ通りの低番地の結核死亡は掲出できなかった。

22) 表 3 - 12 の「参考資料」はパリ文書館にある資料を引用したもののだが、全体に結核死亡の数値は過大に表示されているように思える。我々の「通りごとの結核死亡者累計」にあるサン・マルタン通りのデータがないのも気になる。通りが重なる部分を重複して数えたのがこの過大評価になったのではないかと思われる。

表3-12 サン・メリー地区における結核死亡とガルニ

通りと番地	結核死亡者 累計 (1894 - 1917)	住民数 (1931)	ガルニ	備考
タンブル通り	19	10	54	
	41	11	67	
シモン・ル・フラン通り	8	10	148	
	12	13	81	
	14	20	123	
	26	17	48	
	28	56	65	
	30	38	60	
	34	13	41	
	36	12	71	
	38	33	50	
	40	32	36	
	44	56	30	
	46	28	60	
	5	10	28	
	11	27	20	
	13	31	50	
	15	10		15, 17, 19番地は取り壊し
	25	13	57	
	29	27	68	
	31	26	48	
	33	29	30	
	37	46	48	
	39	23	40	
	41	46	64	
	43	42	20	
	45	32	38	
	47	77	100	
	51	17	43	
	53	51	52	
	57	81	50	
サン・メリー通り	15 19			
	23 25 27			1913年に取り壊し
	31 37			取り壊し
	39	10		1898年に取り壊し
	41	9	30	1914年に取り壊し
	10	10	31	
	16	12	69	
	20 22 24			1899年に取り壊し
	36 38	18	62	
	40	10	122	
	42	16	112	
	48	9	42	
ラ・レイニ通り	9 11 13	17	38	1904年取り壊し 05年新築
	15 17			1901年取り壊し 02年新築
エチュヴ通り	4	19	35	
	7	24	24	
	9	15	31	
	13	11	71	

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

通りと番地	結核死亡者 累計 (1894 - 1917)	住民数 (1931)	ガルニ	備 考
エチュヴ通り	17	17		
サン・マルタン通り	61 79			67,69番地を除いて全てガルニ
	77	48		
	83	20		
	85	238		
	93 101			1933年に取り壊し
	90	82		
	100	8		サン・メリー通り49番地
	108	10	18	
	114	10	53	
	118	9	28	
	120	13		シモン・ル・フラン通り59番地
	122 136			1933年土地収用
	128	24	93	
	132	18	30	
ヴニーズ通り	3	10	22	ヴニーズ通り1 15番地は取り壊し
	13	23	30	1930年に収用
	18	14	34	同 2 24番地は取り壊し
				1930年に収用
ジョフロワ・ランジュヴァン通り				
	3	11	34	
	5	11	36	
	7	10	70	
	15	13	37	
	23	26	32	
	18	17	35	
	26	12	38	
ブリーズミッシュ通り	12	12	51	
	24	15	20	
	26 28	22	32	同通り以下全ての番地の建物が
	13	15	30	1933年に収用される
	15	10	25	(含む11番地)
	19	17	27	
	21	14	30	
	23	21	22	
	25	46	25	
オブリ・ル・ブシェ通り	7	16	37	
	9	15	25	同通り1 15番地の建物は1933年
	11	11	32	に収用の上取り壊し
	29	12	29	
	4	7	20	
	6	4	4	同通り2 22番地の建物は1933年
	8	9	25	に収用の上取り壊し
	10	5	40	
	12	1	15	
	14 16	3	29	
	18			
	20	7	30	
	22	8	24	
ケンカンボワ通り	41	22	32	

成城・経済研究 第190号 (2010年11月)

通りと番地	結核死亡者 累計 (1894 - 1917)	住民数 (1931)	ガルニ	備 考
ケンカンボワ通り	53	10	32	1911年に取り壊し、12年新築
	55 57	11	76	
	63			
	24	147	36	
	26	35	29	
	32	18	35	
	36	65	41	
	40	12	68	
	52	10	36	
	62	14	44	
	67 69	38	66	
	71	5	13	
	73 75	13	69	
	77	1	26	
	79	5	17	
	83	7	21	
	91	1	17	
	99	3	30	
	101	3	44	
	103	9	32	
	105	105	22	
	107 109	1	24	
	68 70	3	36	
	72	4	7	
	74	5	37	
	76	4	33	
	82	1		
	84	1	24	
	86	1	51	
	88	2	13	
	90	7	29	
	92	4	40	
	94	11	36	
	96	4	25	
	98	12	24	
	100	2	28	

(参考資料) 結核死亡者累計 (1894 1918)

ケンカンボワ通り	2,286
オブリ・ル・ブシェ通り	414
ラ・レイニ通り	328
ロンパール通り	481
エチュヴ通り	410
ヴニーズ通り	292
ジョフロワ・ランジュヴァン通り	516
シモン・ル・フラン通り	2,072
ブリーズミッシュ通り	471
ピエール・オ・ラル通り	68
サン・メリー通り	1,251
合計	8,589

出典 Archives de Paris, 1427W

ラン通りなどは、殆ど全ての家屋がガルニを営んでいた。「とくに結核感染した家屋」の69%がガルニである、という表3-11の指摘も頷ける。

サン・メリー地区は第二帝政期のオスマン都市改造事業でもこぼれ落ちたところで、中世末以来の、古びて不恰好な石組みの建物が残存していた。また道幅は10m以下と狭く、地図に表示したようにうねうねと曲がりくねっていた。パリの近代的な建物に特有な広い中庭をもつ建物はめったになく、「空気と光の貯水池」、自由な空気の流通は欠如していたと云える。

「パリ近代化の流れに取り残された」この地区だが、旺盛な労働需要は存在した。目と鼻の先にパリ中央卸売市場（レ・アール）には、鉄道便で、あるいは舟運で全国各地から農産物・畜産物などが毎日山と運ばれたから、その運搬作業に多くの人手が必要であった。労働の多くは日雇いなど不安定就労であったが、口に糊する機会を与えていた。この就労機会を求めて、熟練をもたない労働者が全国各地から、あるいは外国からこの地区に集まった。²³⁾ シテ島再開発、リヴォリ通り開鑿で住まいを追われた労働貧民も、かなりの部分がこの地区に逃れてきた。

これらの住と食の需要に応えたのが、ガルニあるいはオテル・ムブレと呼ばれる家具付の簡易宿泊所であった。それは次節で詳述するとして、当時の識者はこの地区の様子を次のように描いている。

「小路に沿って壁が続くが、それは縁がはげ落ち、しばしばごみの山で覆われ、大きく開けられた窓には金網がはめ込まれている。そこから埃も

23) 第一次世界大戦後の調査だが、サン・メリー地区など都心部には東欧諸国とくにポーランド人とロシア人移民が急増し、「貧民が補填された」という。[Fijalkow, 1998, p168] セーヌ県議会の議員バルテルミ・ロバーリヤは、この健康に害を及ぼすサン・メリー地区の跡地にHBM（低廉家賃住宅）を建てることを1914年に提案している。それはこの地区には、上述のパリ中央卸売市場に関わる種々の労働者のほか、市の事業に関わる道路清掃人や工夫、警察・軍隊の業務に関わる職員、レストランやカフェなど飲食関係従業員、劇場関係者、新聞売りなど、昼夜を問わずに働く人々が大量居住しているからだという。かれらが仕事場と離れて遠くに住むことは、通勤費や外食に伴う費用が高むだけでなく、家族と離れてしまう原因をつくるので、好ましくないと主張している。[Archives de Paris, 1914]

悪臭も汚れも入る。これらの石組みの建物の半分はホテル・ムブレであり、そこには人の出入りが絶えない。建物の地上階には、板張りの古道具店やぶどう酒販売店が肩を並べている。各家の賃貸部屋、酒場、酒店、安食堂あるいはカウンターは、これら貧しき人々にとって憩いの場 *asile hospitalier* となっている。賃貸居住者はそこに一時のねぐらだけを求めてくるのだ。1週間あるいは2週間後には彼らはそこを立ち去っているだろう。就寝用のわら布団と毛布まがいのもの、ぼろの衣服を投げかけておくための穴あき椅子、戸締り用の門、彼らにそれ以外のものが大事だろうか。」

[Cahen, 1906, p216]

さらに1920年代初めの新聞も、「死刑宣告された街区 - 《健康に害を及ぼす地区 No. 1》で目にするもの」というセンセーショナルな記事を、地図入りで報道している。曰く、このサン・メリー地区に結核が我がもの顔でのさばっている、その驚くべき結核死亡率4,263,2軒に1軒の割合で存在するホテル・ガルニ、議会がその取り壊しを決議してやがて消え行く運命にあるこの街、と述べた後、次のように綴る。

「幅2mの道路、この道路の両側に驚くべきことに多くの人々が住んでいる。ここは実はホテル街なのだ。建物の扉には〈ホテル〉、〈家具付部屋〉などの掲示が見える。このシモン・ル・フラン通りにはメランコリックな名前の〈ホテル希望〉がある。ホテルの事務室は酒場になっている。夜になり靴底がひつつくような階段を昇ると、部屋が幾つかある。薄暗い天井の電球がこの狭い部屋の5つのベッドを照らし出す。5つのベッドを！ ひとつのベッド一晩当り2フラン、それが料金だ。2フラン払えば、あなたは見知らぬ4人とここで8時間休むことができる。手洗いはない。だが、ベッドには敷布がついており、30人の旅人と30の夕べに供されている。窓は閉め切ったままだが、朝になってどんなおぞましき中庭に開くとか。真夏でも決して陽が入り込まないというのに…。 <中略>

もしひとりで寝たいのなら階段下の〈押し入れ placard〉がある。そこも家具付だ。その天井は螺旋階段になっており、ドア付近では立っていられるが、部屋全体を占めようとするなら横たわらねばならない。

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

こんな部屋，階段，押入れなどの地獄から逃げたいなら，天国のような光溢れる地上階の酒場がある。きれいで明るくて快活で暖かい。他にどこへ行く必要があるというのか。この貧窮の街に，オテルと同じくらいの酒場がある。癩のようにおぞましい家々と汚い通りと，着飾った美しさと快適な顔つきと，なんというコントラストか。結核は2階から上のすべての階に，アルコールは地上階に。この2匹のトゲトカゲ moloch は互いの顧客を交換している。かれらは毎日每晚パリの健康に害を及ぼす地区で，フランスのすべての都会のそういった所で，これらの獲物を何千と貪り食っているのだ。」 [Le Quotidien, 1923]

ガルニの様子が手に取るように描かれている。ガルニに棲む2匹のトカゲ，結核とアルコールがその居住者の命を貪り食うとは的確な比喻である。さらにこの地区の取り壊し寸前に視察に訪れた医師も次のように語る。

「建物の老朽化は一層進んでいる。ブリーズミッシュ通りやヴニーズ通りを歩くと，吐き気を催す臭いに囚われる。それはじめじめした所で物が腐敗し醜臭した臭いである。大部分の建物の地上階は商品の物置や，四季の行商人の手押し車置き場として使われている。＜中略＞ 廊下や階段は恐ろしく狭く光もなく，まるでトンネルのようだ。それが狭い部屋に続いている。部屋は住人に十分な量の空気を与えていない。とくにガルニは容積が 14m^3 にも達せず，法の定めた最低基準すれすれである。その傍らに，立って歩けないほどの屋根裏部屋がある。＜中略＞ 多くの部屋は間接的にしか光が入らない。開閉できる窓がある部屋も，隣接する建物との距離がないので，窓がないのと同じである。それ故十分な光も空気も取り入れられない。」 [Dr Sieur, 1933, Archive de Paris, 1427W]

- 3 19世紀末パリのガルニ

元来地方や外国からこの地を訪れる者の，便利ないっときの滞在場所であったガルニであるが，19世紀後半にはパリ庶民のひとつの居住形態ともなるのである。これらパリ訪問者は決して不幸な人々ばかりではなく，したがって1等級から5等級あるガルニの上位クラスは，室内調度も贅沢

で豪華な居住空間であった。

ガルニは「家具付賃貸住宅」ないしは「家具付簡易宿泊所」と訳されるが、パリではオテル・ムプレ、メゾン・ガルニなど幾通りにも呼ばれた。²⁴⁾ ガルニは一般には週単位もしくは月単位あるいは四半期単位で賃貸に供されていたが、極端な場合は日単位でも賃貸された。本稿で扱う下級ガルニは4等級および5等級のガルニだが、そこに住まう庶民は、19世紀前半においては治安の観点から常に警察の監視対象となっていた。というのは、前述したように、4等級のガルニには、日雇い労働者、道路清掃人、屑屋、煙突掃除夫、出稼ぎ石工、人夫、路上の呼び売り人、荷物運搬人など、都市雑業 *petit metier* に従事する者が寝泊りしており、5等級ガルニは、主に放浪者、乞食、失業者、無頼漢などがねぐらとして利用していたからである。[喜安朗,1982, p143-144] これらの下級ガルニの居住者は、パリの社会的分業の最底辺を担う庶民およびアウト・ローの人々であり、ブルジョワの規範からみると、L. シュヴァリエの云う「危険な階級」であり、治安の観点からは頻繁に住居を変える「不穏分子」であった。²⁵⁾ パリ警視庁の巡査は毎週ガルニを訪問して大家 = 経営者から、居住者の情報を聞き出して上司に報告していた。

七月王政期のガルニについては拙稿で詳述したように、居住者数 23~40 千人、パリの総人口に占める割合は 2.3~4.3% 程度だった。[シュヴァリエ,1993, p221; 大森弘喜 2003, p297] だが、フランスの産業化が本格化す

24) その他の呼称を挙げると、*hôtels garnis*, *appartements garnis*, *aubergistes et logeurs*, *maisons garnies*, *maisons meublées* などがある。本稿では一括してガルニと呼ぶ。

25) パリの警察官吏であるフレジエは、ガルニを「悪の巣窟」と呼んで憚らなかった。[Frégier, 1840, p22] パリのある種のガルニは「悪の巣窟」というよりも、「不穏分子」のねぐらとなっていたようである。つまり革命家、滞在禁止の処分を受けた者、軽犯罪者、売春婦などがそこに身を潜めていたからである。[Guerrand, 1992, p19] 面白いことに同時期のロンドンにも同種のガルニが存在し、治安警察の監視の目が注がれていたという。スコットランド・ヤードの下っ端の警邏がガルニを定期巡回し、宿泊者などの状況を大家から聞き出していたという。[Cacheux, 1885, p55]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

る 19 世紀半ば以降，鉄道幹線網の完成とあいまって地方からの移入民がパリに押し寄せ，これに照応してガルニ経営も増加の一途をたどった。1851 年に 47 千人だったガルニ居住者数は，わずか 5 年の間に 74 千人に達し，パリの人口に占める割合も 4.5% から 6.3% にまで増大した。[Faure, 2007, p42] とりわけ本稿で考察の対象にすえた第 4 区（旧第 9 区）は，実に 8,600 人余のガルニ居住者を数え，その街区人口に占める割合は 18.1% と例外的な高さに達していた。[Gaillard, 1997, p152]

第三共和政に入るとガルニ居住者はさらに増え，1882 年にはガルニ数およそ 11 千，その居住者およそ 243 千人，パリの総人口に占める比率 10% に到達する。この年がピークで，その後やや安定して第一次世界大戦前夜まではおよそ 8% 台で推移する。[Faure, 2007, p51, 60]

20 世紀劈頭，ガルニ経営は表 3 - 13 に見られるようにパリ全体に広く分布していた。富裕層の多い第 7 区，8 区，16 区，17 区などのガルニは，10 人以下の居住者しか擁していないので上級クラスのガルニであることが窺われる。これに対して 4 区のサン・メリーや，6 区のノートル・ダムやサン・ジェルマン・デ・ブレ，7 区アンヴァリッド，10 区オピタル・サン・ルイ，11 区の殆ど全て，14 区のプレザンス，15 区のサン・タンベール，17 区エピネット，18 区グット・ドール，19 区アメリ・クヤコンバなどの街区は，ガルニ当りの居住者数が 25 人を越えていることから見て，専門のガルニ経営者による賃貸経営であろうと推測される。

第二帝政期にガルニ居住者のパリ人口に占める割合は 6.3% 程度だったものが，20 世紀初頭には平均で 7.8% に達し，なかでも上述した 4 区サン・メリー街区の街区人口比 25% を筆頭に，同区のサン・ジェルヴェ，ノートル・ダム，5 区ソルボンヌ，6 区モネ，オデオン，サン・ジェルマン・デ・ブレ，9 区のショセ・ダンタン，フォブール・モンマルトル，15 区グルネル，16 区バッサンなどは同 12% を越えている。

19 世紀半ばには都心部（第 4，5，6 区）に集中していたガルニは，20 世

表3-13 パリの街区別ガルニとその居住者(1901年1月)

行政区	街 区	ガルニ数	ガルニ 居住者数	街区の 人口	ガルニ当り 居住者数	ガルニ居住者 / 街区人口%
第1区	St-Germain-l'Auxerrois	34	717	7,996	21	8.9
	Halles	194	2,514	29,551	13	8.5
	Palais-Royal	94	1,217	13,493	13	9.0
	Place Vendome	123	1,579	12,469	13	12.6
第2区	Gaillon	65	1,213	7,579	18	16.0
	Vivienne	85	850	10,676	10	7.9
	Mail	83	1,190	16,606	14	7.1
	Bonne-Nouvelle	202	2,107	28,624	10	7.3
第3区	Arts-et-Metiers	121	2,386	24,012	19	9.9
	Enfants-Rouges	89	1,633	20,935	18	7.8
	Archives	40	794	21,969	19	3.6
	Saint-Avoie	119	1,614	21,923	13	7.3
第4区	Saint-Merri	158	6,127	24,332	38	25.1
	Saint-Gervais	316	5,081	41,477	16	12.2
	Arsenal	60	905	19,672	15	4.6
	Notre-Dame	60	1,669	13,701	27	12.1
第5区	Saint-Victor	256	2,448	27,740	9	8.8
	Jardin-des-Plantes	157	2,446	28,434	15	8.6
	Val-de-Grâce	243	2,120	33,781	8	6.2
	Sorbone	323	5,105	27,374	15	18.6
第6区	Monnaie	158	2,415	18,391	15	13.1
	Odéon	153	3,971	21,521	26	18.4
	Notre-Dame-des-Chm.	226	2,726	44,499	12	6.1
	St.-Germain-des-Prés	96	3,418	15,774	35	21.6
第7区	St-Thomas-d'Aquin	114	1,920	26,116	16	7.3
	Invalides	35	1,530	15,624	43	5.8
	École-Militaire	69	948	19,965	13	4.7
	Gros-Caillou	212	2,062	36,795	9	5.6
第8区	Champs-Elysées	148	725	15,012	5	4.8
	Faubourg-du-Roule	176	1,377	24,862	7	5.5
	Madeleine	189	1,860	24,563	9	7.5
	Europe	297	2,386	38,188	8	6.2
第9区	Saint-Georges	400	2,777	36,943	7	7.5
	Chaussee-d'Antin	153	2,767	21,365	18	12.9
	Faubourg-Montmartre	281	3,181	23,201	11	13.7
	Rochecouart	304	2,113	39,333	7	5.3
第10区	St.-Vincent-de-Paul	189	3,337	40,234	17	8.3
	Porte-Saint-Denis	219	2,506	28,830	11	8.7
	Porte-Saint-Martin	254	3,662	40,943	14	8.9
	Hôpital-Saint-Louis	100	2,998	44,686	30	6.7

出典 Archives de Paris, 1427 W Préfecture de Police 1901年人口調査に拠る。

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

行政区	街 区	ガルニ数	ガルニ 居住者数	街区の 人口	ガルニ当り 居住者数	ガルニ居住者 / 街区人口%
第11区	Folie-Mélicourt	161	4,737	57,225	29	8.2
	Saint-Ambroise	94	2,184	48,943	23	4.4
	Roquette	199	6,291	76,170	31	8.2
	Sainte-Margurite	116	3,050	51,359	26	5.9
第12区	Bel-Air	40	759	16,127	19	4.7
	Picpus	109	1,824	55,402	16	3.3
	Bercy	40	542	10,695	13	5.0
	Quinze-Vingts	242	4,404	46,732	18	9.4
第13区	Salpêtrière	69	930	24,613	13	3.7
	Gare	161	2,274	45,564	14	5.0
	Maison-Blanche	101	1,594	38,876	15	4.1
	Groulebarbe	46	791	17,455	17	4.5
第14区	Montparnasse	132	2,625	30,309	19	8.6
	Santé	31	628	11,572	20	5.4
	Petit-Montrouge	80	1,923	32,497	24	5.9
	Plaisance	212	5,964	65,359	28	9.1
第15区	Saint-Lambert	57	1,648	36,784	29	4.4
	Necker	244	4,226	50,277	17	8.4
	Grenelle	287	5,369	41,986	18	12.7
	Javel	101	1,541	23,052	15	6.6
第16区	Auteuil	127	1,353	29,134	10	4.6
	Muette	112	900	30,043	8	3.0
	Porte-Dauphine	153	2,122	24,319	13	8.7
	Bassin	325	5,080	33,591	15	15.1
第17区	Ternes	341	3,502	44,451	10	7.8
	Plaine-Monceau	159	1,641	37,979	10	4.3
	Batignolles	320	5,664	57,946	17	9.7
	Epinettes	187	4,773	68,962	25	6.9
第18区	Grandes-Carrières	288	5,063	68,236	17	7.4
	Clignancourt	305	5,496	106,048	18	5.1
	Goutte-d'Or	154	4,503	47,413	29	9.5
	La Chapelle	84	1,670	25,763	19	6.4
第19区	La Villette	232	4,400	52,879	19	8.3
	Pont-de-Flandre	49	1,075	16,132	22	6.6
	Amérique	83	1,599	27,402	19	5.8
	Combat	147	4,029	46,774	27	8.6
第20区	Belleville	152	4,174	54,272	27	8.1
	Saint-Fargeau	19	249	14,509	18	1.7
	Père-Lachaise	123	3,060	51,832	24	5.9
	Charonne	183	3,330	42,988	18	7.7
合 計		12,660	209,375	2,660,559	16	7.8

引用者註 「ガルニ当り居住者数」および「街区人口に占めるガルニ居住者」は筆者の算出。

紀の劈頭には遍くパリを蔽っていることと併せ考えると、この頃には、ガルニはかつての「出稼ぎ者の仮住まい」という性格に加えて、「低所得層の比較的長い期間居住する場所」となっていたと考えても、あながち間違いではないと思われる。

不健康なガルニ

七月王政期にコレラがパリを襲い、これをきっかけに貧民の住む不衛生な住宅とその境界が、医師や衛生学者の調査対象となり、いくつかのトポグラフィが生まれた。警察官吏フレジエや衛生学者バイヤールは、こうした貧民窟の中核にあるガルニを、コレラの巣窟と見なし、また「悪と貧窮のおぞましい溜まり場」と考えたこと、前述の通りである。第二帝政期になっても事態に大きな変化はなかった。

第三共和政初期に、パリ万博開催のための都市整備事業が大きな労働力需要をつくり出したせいもあって、パリへの人口集中はより激しくなり、庶民の住宅事情はさらに悪化した。住宅需要の急激な増大は家賃の高騰と住環境の悪化を招く。需要の大半が安価な住戸志向ならば、当然に住宅の質は低下せざるを得ない。パリで起こったことは、一般市民の家屋所有者のガルニ経営への参入であり、既存のガルニ経営者によるガルニ増室であった。1876年には9千人程度だったガルニ経営者は82年には11千人に増え、さらに1901年には12千人に達した。ガルニ増室は少し大きめな部屋を分割して増やす方法と、以前からの大部屋 *chambrée* 方式があったが、それは容易に想像されるように、左程良くないガルニの住環境をさらに悪化させることになった。

第三共和政初めから住宅問題に取り組んでいた医師デュメニルは、この頃のガルニの様子を次の如く記した。

「オテル・ガルニを擁する建物の多くは衛生の観点から嘆かわしいことが、どこでも確認された。常に湿気があり、換気も採光も不十分でひどく不潔なこれらの住宅

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

は、しばしば天候不順にも備えが不完全である。中庭は腐敗したあらゆる種類のゴミの堆積で悪臭に満ち、雨水と家庭排水が溜まって淀み、腐っている。便所はあっても数が足りず、その不潔さは胸が悪くなるほどである。」[DuMesnil, 1878, p206]

こうした報告や調査をうけてパリ警視庁とセーヌ県知事は、これまでの治安最優先の態度を変え、協力してガルニの衛生確保に配慮するようになった。まず 1878 年に最初の警察令を発し、部屋の最低容積をひとり当り 14m³、天井高は 2.5m 以上と定め、また直接光の差し込まない部屋は貸し出し禁止とすること、便所は居住者 20 人に 1 つ設置すべきことなどの基準を打ち出した。パリ市議会もこれに関心を寄せ、83 年には独自にガルニの衛生監察制度をつくり、9 名の衛生監察官による特別サービスを開始した。[Guerrand, 1992, p20]

だが通り一遍の命令で事態が改善される筈もなく、1883 年には再び同じ趣旨の警察令が発せられ、さらに、ガルニ経営を職業とするためには、経営者の出生証明書や部屋の数、その広さ、そこに設置するベッド数、などを明記した書類などを警視庁に届け出ねばならないこと、届出の受領証 *récépissé* はその経営者がモラルの点で問題なく、部屋が清潔に管理されていると判定されたときに発行されることなどを定めた。[Raffalovich, 1887, p253]

当時の衛生行政 *police sanitaire* は、部屋の清潔とか衛生を、主に水周りの衛生確保と捉えていたようである。上述の 83 年警察令は、ガルニ経営者に建物を貸す側の責任として、「適当な仕方、十分な量の水」を確保すべきことを要件としていた。当時はパリのすべての住戸内に上水道が引かれていた訳ではなく、したがって水洗トイレは普及する筈もなかった。せいぜい、階段か踊り場、あるいは中庭に共用水道栓がある程度だったのである。それゆえ、「適当な仕方、十分な量の水」の確保も決して義務ではなかったし、近くの公道に共同水道栓があれば、建物の貸主は水の供給義務を免れたという。[Guerrand, 1992, p20]

その後パリ警視庁は85年のアレテで、さらにガルニの衛生行政の監察を強めたので、²⁶⁾ 反発したガルニ経営者や建物所有者の組合は、市議会にこの警察令の廃止を強く求めた。かれらがとくに異議を唱えたのは、部屋の容積ひとり当り14m³、天井高2.5mという基準であった。[Raffalovich, 1887, p259] それは、取りも直さずこの基準以下のガルニが常態であったことを示唆している。

世紀末のガルニの衛生は嘆かわしい状態を呈していた。ジュイラのカジエ・サニテールに先じて不衛生住宅の調査を手がけたデュメニルに抛りつつ紹介しよう。ジュイラの調査が、結核と住戸の形態に主たる関心が置かれていたのに対し、デュメニルは病気への関心は後退し、代わってトイレや上水などの水周り、過密居住、そして居住者の職業と貧困に強い関心があった。

デュメニルが詳述したガルニのひとつに「オテル白馬 Hôtel Cheval Blanc」があった。このガルニはサント・マルグリート通り（現存しない）9番地にあり、ぶどう酒商人の経営になり、4棟、計110室から成っていた。かれは各部屋の広さや天井の高さ、換気や採光、暖房、衛生状況などを克明に観察しているが、これを簡略にまとめたのが表3-14である。上水道は第一棟の中庭にある共同水道栓ひとつだけ、共同トイレは勿論水洗式ではなく、二つ並んで設置されているだけ、という真に背筋が寒くなる

26) 1885年の警察アレテは、パリを10区域に分割し、それぞれにひとりの監視官を割り当てること、監視官は1年に1度はガルニを訪問すること、新設のガルニや経営者が変わったガルニは5日のうちに訪問すべきこと、伝染病が発生したときは直ちに訪問し必要な措置をとるべきこと、訪問したガルニについては、直ちに報告書を作成し警視庁に提出すべきことなどを定めた。興味深いことには、パリに倣って、隣接する郊外都市でも存在するガルニへの訪問監視の体制が取られたことである。パリをぐるりととりまく「小郊外」都市にも、この頃合計3,700ものガルニが存在したのである。前述した結核死亡率の高い郊外都市のひとつサン・トゥーアンとサン・ドニにも927のガルニがあった。[Raffalovich, 1887, p257-58]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

表3 14 ホテル・ガルニ『白馬 Cheval blanc』各室の状況
(数字は部屋の横×縦×高さ=容積を示す)

部屋番号	概況
(1階フロア)	
No. 1, 2, 3	居住者なし 倉庫
No. 4, 5, 6	2m40×2m60×2m22=9.41m ³ うち一室のみストーブあり
No. 7	14.87m ³ 小路に面した小さな窓から光あり
No. 8	2m50×2m70×1m75=11.81m ³ 役に立たない暖炉, 各室とも床のタイルはひどい状態, むかつくような臭さ, 汚さ, ものすごい湿気
No. 9	広さは十分 汚い
No. 10	広さは十分 小路から明かり
No. 11	13.20m ³
No. 12, 13	特になし
No. 14	ベッド三つあり, 十分な広さだが直接光も空気も採れない, 唯一の窓はドアそばの隅にある
No. 15	窓なし 暖炉あり 明かりは透かし格子のドアからのみ
No. 16	手狭な部屋 光も空気も直接採れず
No. 17	1m60×2m70×2m20=9.46m ³
(2階フロア 順不同)	
No. 19, 20, 21	2m20×1m35×1m70=8m ³
No. 32	広さ十分
No. 30, 31	2m20×1m40×1m50=7.60m ³
No. 22	広さ十分
No. 23, 24, 25	各 13.20m ³
No. 26, 27	直接採光 床タイルはひどい状態
No. 28, 29	8m ³ と 9.46m ³
番号なしの部屋	ぶどう販売の少年が居住 1m80×2m20×2m80=10.70m ³
(3~4階フロア)	
No. 38	8m ³
No. 39	16m ³
No. 59	2m60×2m05×1m96=10.39m ³
No. 40	広さ十分
No. 58	3m×2m25×2m=13.50m ³
No. 41, 42	2m35×2m25×2m=10.59m ³
No. 43	2m30×2m40×2m10=11.50m ³
No. 44	2m50×4m45×2m10=23.26m ³ ベッド三つあり
No. 51, 52	各 7.60m ³ } これらの5室はいずれも No.44室に通じている
No. 53, 54	各 4.80m ³ }
No. 55	10.92m ³ }
No. 47, 48, 49, 50	各 11.35m ³ , No.44室の奥の小階段から入る屋根裏部屋
No. 56	1m51×2m10×1m95=6.41m 殆ど採光なし
No. 57	1m60×2m60×2m=8.32m 明るい部屋
No. 60	暖炉なし 1m62×2m90×2m95=13.86m ³
No. 61	大きな部屋 暖炉あり

成城・経済研究 第190号 (2010年11月)

部屋番号	概 況
No.62	1m90×2m95×1m38=7.72m ³ 光・換気なし
No.63	換気の良い部屋
No.64,65	広さ十分 暖炉あり
No.66	1m10×3m×2m70=8.61m ³ 細長い部屋 狭く暗い 階段に面した開口部しかない 居住不可
(4階フロア)	
No.67	10.56m ³ 部屋の勾配の下にある毛虫のような部屋、幅50cmの台形のドアから中に入る、天井は高いところで1m52、最も低いところで1m16、換気・採光は30cm×62cmの開口部から
No.68	2m85×1m55×2m72=11.89m ³ 暖炉なし
No.69	広い 暖炉あり
No.70	狭い 光・換気なし
No.71	健康的で換気よし
No.72,73	11.75m ³ 一部屋には暖炉あり
No.74	1m10×3m01×2m70=8.61m ³ 細長い部屋 ごく狭い開口部あり
(5階フロア)	
No.76	1m70×2m80×2m25=10.37m ³
No.77	12.18m ³
No.78	暗く空気のない部屋
No.79	道路に面している
No.80,81	1m65×2m70×2m10=9.35m ³
(5階建ての別棟)	
No.102	1階の大部屋 湿気・床タイルひどし
2階 No.103	むさ苦しい 屑物納戸の上にある 換気・採光よいが湿気多い
No.104,105	広いが汚い 床下材が天井からはみ出ている
3階 No.106	9.61m ³
No.107,108	特になし
4階 No.109,110	特になし
5階屋根裏部屋	かつては居住していたが今は屑で一杯になっている
No.91	広い 換気よし 窓が屑を選別する部屋に面しているので臭気ひどい
No.89,90	大きな窓で換気よし 湿気なし 不潔この上ない
(5階建ての別棟)	
3階 No.94	湿気なし 不潔極まりない
No.92	ドア・窓枠壊れている
No.93	広さ・換気とも十分 非常に汚い
4階 No.97	床張りすっかり変質している 壁・天井の上張りに穴あき
5階 No.98	屋根裏部屋 4.96m ³
No.99	屋根裏部屋 8.10m ³

出典 [Du Mesnil, Paris, 1890, p 57-76]

衛生状況であった。共同トイレといっても、「ぼっかりと大きな穴が開いているだけの代物で、壁は汚され青黒くなっている。照明も換気も不十分で、換気扇も見出せなかった」[Du Mesnil, 1890, p55] 何よりも住民が少なく見積もっても 100 人はいるのに、トイレが二つだけというのは、83 年の警察令違反を云々する以上に、住人の必要を満たせないのは火を見るより明らかであり、このため信じられないことだが、「中庭や、踊り場の窓など多くの箇所に排泄物が捨てられ、なすりつけられていた」。[Du Mesnil, 1890, p55]

オテル白馬の全体的な印象を云えば、第一に狭苦しいことである。83 年警察令で定められた基準、ひとり当りの容積 14m^3 を満たすものはごく僅かで、 10m^3 程度が多い。これは床面積 5m^2 程度だが、この広さはベッドと椅子一脚を置けば、人ひとりが歩くのさえ困難な空間である。第二に、ガルニ経営者がこぞって反対したように、天井の高さ 2.5m の基準をクリアする部屋は稀である。しかも不思議なことに、天井の高さが同じ建物でも不揃いである。如何に急ごしらえの部屋かが分かる。第三に、採光も換気も悪い部屋が目につく。これらのガルニが、人の生活環境として不適で、健康に良くない空間であること一目瞭然であろう。「ウサギ小屋」以下と云ってもよい。

デュメニルが訪問調査したもので逸することのできないのが、ガルニの「大部屋 *chambrée*」であった。これは G. デュヴォが叙述したように、第二帝政期のパリで盛んに建てられた安上がりのガルニであったが、第三共和政期にも勢いは衰えなかった。大部屋を営むガルニ経営者の数自体は増えていないが、深刻なのは大部屋に詰め込まれる平均ベッド数が増加していることである。1896 年に 1 部屋当り 4 ベッドだったのが、1904 年には 6 ベッド、12 年には 7 ベッドに増えている。それだけ居住環境が悪化したと云える。[Faure, 2007, p96] 大部屋ガルニはとりわけ中心部の第 4 区と 5 区に集中していた。1891 年にはパリ市全体で 385 件の大部屋ガルニ経営

を数えたが、うち実に182件（47%）が第4区と5区にあった。[Préfecture de Police, 1891] 先に引用した『Le Quotidien』紙の記事に登場するのはまさしくこの大部屋であり、さして広くもない部屋に5つのベッドが詰め込まれていた。

デュメニルが調査したのは、同上サント・マルグリート通りの大部屋で、18番地のガルニ5階にある大部屋は天井高2m、床面積14m²の部屋（これで大部屋と云えるのだろうか）にベッドが4つ詰め込まれていたし、同通り36番地のガルニ大部屋にも4つのベッドが詰め込まれていた。「小さなガラス窓がトイレのドアに面して付いており、この大部屋にはその窓からしか空気は入らない。＜中略＞我々はその所に借家人が起床する前に着いたが、鼻の曲がるほどの悪臭がした。これは我々のあらゆる予想を超えるものだった。」[Du Mesnil, 1883, p25]

以上ガルニの衛生状態を述べたが、それは一室住戸であれ大部屋であれ大差なく、人間の生活環境としては嘆かわしい状況であった。ともに単に「寝るだけの空間」であり、上水道も不十分であり、トイレ不足は深刻であり、採光と換気はほとんど確保されず、従って常にじめじめして、悪臭のする空間であった。狭小さと過密さはウサギ小屋以下であったと云える。こうした状況は第一次大戦まで大きく変わることはなかったが、戦間期には水周りの条件は幾分改善されたようである。但し、部屋の狭小さについては、警視庁もパリの住宅関連委員会も寛容な態度をとり、基準以下の賃貸住宅を「お目こぼし」していたので、狭小なガルニは戦間期にもずっと存在し続けたのである。²⁷⁾

27) サン・メリー地区における戦間期のガルニをカジエ・サニテールの調査票から拾い出し、その衛生環境を垣間見てみよう。サン・マルタン通り61番地のガルニは6階建て、11室の一室住戸があるが、うち10室には水道が入っている。トイレも水洗化されているが、個室のトイレは一つだけ、他の二つのトイレは共同使用である。下水・汚水は直接下水本管へ排出される。全体に部屋は狭いが、「天井の高い部屋は6m²でも我慢できる」と調査員の所

結びにかえて

ところで、こうした不健康なガルニと結核死亡との関連性をどう考えたらよいのか。「大部屋」は、明らかに狭い部屋に幾人もが居住するのであり、その過密居住が結核の濃厚感染を惹き起す危険は大きい。もしそこに定住する結核患者がいれば、部屋には常に結核菌が漂い、彼の吐く痰がきちんと痰壺に入り、それが定期的に消毒されていなければ、吐痰の結核菌により同室者が結核感染するのは時間の問題である。フランス人の衛生学者や識者などが口を揃えて難詰する過密居住とその「雑居状態 promiscuité」は、この観点から見ると確かに説得力を有している。

では、ガルニのもう一つの形態、一室住戸は結核蔓延や死亡とどう関わるのだろうか。寧ろ大部屋の雑居と違い、空間は小さくとも他の居住者と「隔離」されている分、結核感染の危険性は小さいとも考えられる。この疑問に私は次のように考える。ひとたび結核患者がガルニに住まいを定め

見にある。同サン・マルタン通り 71 番のガルニは 4 階建て、一室住戸のみ 32 室あり、37 人が居住している。共同水道栓は 4 つ、共同トイレは 4 つ、いずれも水洗化完了。間接照明の部屋や狭小部屋は居住禁止にすべきと、調査員の所見がある。ロンパール通り 6 番地の 5 階建てのガルニは 18 室の一室住戸があり、いずれも水道がひきこまれている。その他に 3 つの共同水道栓がある。トイレは 3 つあり水洗化がなされており、鍵がついている。階段室や屋根裏部屋は換気も採光も悪いので居住禁止にすべきとの調査員のコメントがある。[Archive de Paris, 1427 W 1931, 1942]

ところで、デュメニルは第一次大戦前に第 13 区パワント・イヴリィ地区についても実に詳細な住宅調査を実施しているが、住環境の基本傾向は上述した内容と変わらないので割愛する。ガルニについてのみ云えば、19 世紀末この地区にある年間賃貸家賃 400 フラン以下の住戸のうち、153 戸がガルニである。その衛生状態は基本的には上に述べたものと変わらない。むしろここで注目すべきは、「家具なし一室住戸」409 戸の存在である。これは平均家賃が週当たり 2 フラン 15 であり、ガルニより更に安い。ちなみに「家具あり一室住戸」のガルニの週当たり家賃は平均 3 フラン 80 である。デュメニルはイヴリィ通り 43 番地にある 2 階建ての家にある 24 室の衛生状態をつぶさに観察している。要約すれば、地上階は隣の建物の壁に遮られて光は入らず、じめじめしているが、2 階の部屋は暗くもなく、湿気もない。部屋の大きさは同じ規格で高さ 2.5m、長さ 3.2m、幅 2m、容積は 14m³ である。住人に肩合いが多いせいか、建物は概して臭いという。[DuMesnil & Mangenot, 1899, p45-50]

一定期間滞在するうちに咳をし、痰を吐き、やがて重症化しても、恐らくかれは医師の往診を頼むことはまずあり得ない。それはブルジョワの習慣ではあっても、貧乏人には想像すらできないことだからである。またガルニ経営者が、市の衛生監察官や地区の医師に居住者が結核発症したことや死亡したことを届け出ることはないだろう。というのは、それが衛生行政で義務とはなっていないからである。さらに云えば、結核発症、結核死亡を届け出れば、却ってガルニ経営者には不利益になることは明らかである。そうした噂はガルニの客離れを惹き起しかねないからである。

結核発生と死亡は世間に伏せられたまま、死亡したガルニの部屋は石炭酸消毒もされず、寝具類は日光消毒も熱湯消毒もされずに、ましてや新品のものに取り換えられることもなく、次の居住者に貸し出される。部屋の床にも壁にも、シーツや枕あるいはベッドのあちこちに結核菌を含んだ痰が乾燥し付着しているだろう。ガルニの陽光不足、換気の悪さなど不衛生な環境が結核菌の繁殖に好都合なことは容易に推察される。次の居住者はこれらの結核菌を日常的に呼吸し、一定期間の後に結核を発症し、中には重症化し死に至るものが出てくる。こうして「結核の連鎖」がガルニでは起こるのである。もちろんかれが結核感染し発症するには、この居住環境のほかに、辛く激しい労働、その割に安い賃銀、栄養不足、地上階にある飲み屋での過度の飲酒など、居住者の免疫力の低下も重大な因子であること論を待たない。²⁸⁾ (2010.10.11脱稿)

付記：本稿は平成22年度特別研究助成「19世紀末フランスにおける結核流行と公衆衛生対策」の成果の一部である。また私事ながら本稿を急逝したわが弟啓司の霊前に捧げることをお許し頂きたい。

28) 例えばサン・メリー地区やレ・アール地区には「大部屋」にも一室ガルニにも泊まれない低賃銀の労働者。その多くは日雇いの運搬夫や雑役従事者だが、が大勢いたらしい。かれらは酒場やカフェ、レストランのテーブルや長椅子を寝台代わりにして睡眠をとった。その利用料金は一日当たり10～30サンチームで勿論大部屋などよりも更に安かった。[Préfecture de Police, 1891]

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

§ 本稿で利用した資料・文献（引用順）

- [1] *Annuaire Statistique de la Ville de Paris*, 1911
- [2] 大森弘喜「近代フランスにおける労使関係とディリジスム」成城大学経済研究所『研究報告』No. 43 2006
- [3] Brouardel, *Mortalité par tuberculose en France*, Melun, 1900
- [4] Dubousquet-Laborderie, Causes de décès par maladies épidémiques et contagieuses dans la commune de Saint-Ouen, et mesures de prophylaxie, *Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Paris, Compte Rendu*, 1890, p503-523
- [5] Dr Bec, Epidémies de Tuberculose dans les agglomérations rurales, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1894, p1050-1058
- [6] Dr L. Baudin, La Tuberculose en Franche-Comté, < Revue des Congrès, Congrès régionales antituberculeux à Besançon >, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1903, p723-743
- [7] Benoiston de Châteauneuf, Essai sur la mortalité de l'armée française, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1833, t.X , p299sq
- [8] Dr Laveran, Recherches statistiques sur les causes de la mortalité de l'armée servant à l'Intérieur, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1860, I p241-291
- [9] Dr Jules Arnould, Conditions sur l'atmosphère de la ville de Lille, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1878, I p403-425
- [10] Dr A. Marvaud, Etude étiologique, statistique et critique sur la phthisie dans l'armée, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1880, I p110-159, p213-253
- [11] Dr Léon Colin, La Tuberculose dans l'armée, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1899, t.41 p309-329
- [12] Dr Paul Reille, La mortalité dans l'armée, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1903, t. 49 p132-157
- [13] Dr Maurice Letulle, La Tuberculose dans l'armée, Rapport à la Commission de la Tuberculose, 1900
- [14] Dr Kelsh, De la Tuberculose dans l'armée, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1905, p649-688, 746-850
- [15] Dr Ortoni & Raoul, La tuberculose dans l'armée française et le service auxiliaire, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1912, p925-935
- [16] Dr L. Georges, Tuberculose et casernement, *Annales d'Hygiène Publique et*

- de Médecine Légale*, 1903, t.50, p120-129
- [17] Jean-Luc Pinol (sous la direction de), *Atlas historique des Villes de France*, Paris, 1996
- [18] Dr G.-H. Lemoine & J. Simonin, Les rapports de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1906, p479-509
- [19] Dr P. Bouloumié, Colonie sanitaire pour jeunes soldats en imminence de tuberculose, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1913, p726-745
- [20] Ertzbischof, La tuberculose dans l'armée allemande, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1902, p186-187
- [21] Dr Maurice Letulle, Hospitalisation des phtisiques, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, < Revue des Journaux >, 1892, p634-635
- [22] Congrès de la Tuberculose à Paris, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, < Revue des Congrès >, 1893, p774-789
- [23] J. des Cilleuls, De l'hospitalisation communale ou cantonale des tuberculeux éliminés de l'armée, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1909, II p26-28
- [24] Pierre Parisot, Contagion de la tuberculose pulmonaire dans les salles d'hôpitaux où sont les tuberculeux, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1903, t.49 p75-76
- [25] Dr Jaccoud et al. Sur l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire, discussion à l'Académie de Médecine du 28 janvier au 31 mars 1896, par MM. Jaccoud, Terrier, Debove, Dugué, Tarnier, Nocard, Ferrand, Kelsh etc. *Bulletin de l'Académie de médecine*, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, < Revue des Journaux >, 1896, p437-442
- [26] Dr Maurice Letulle, Les contaminations tuberculeuses à l'hôpital, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1900, p394-409
- [27] Jacques Bertillon, De la fréquence des principales causes de décès à Paris, pendant la seconde moitié du 19^e siècle et notamment pendant la période 1886-1905, *Annuaire Statistique de la Ville de Paris*, 1904, p113-346
- [28] Yankel Fijalkow, *La Construction des Îlots insalubres: Paris 1850-1945*, Paris, 1998,
- [29] Dr Paul Reille, Le Casier sanitaire de la ville de Paris, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1900, p132-157
- [30] Paul Juillerat, *Le Casier Sanitaire des Maisons*, Paris, 1906

フランスにおける肺癆流行と公衆衛生（3）

- [31] Paul Juillerat et Louis Bonnier, *La Tuberculose et l'habitation, Rapport présenté au Congrès International de la Tuberculose*, 1905
- [32] Alain Faure & Claire Levy- Vroelant, *Une Chambre en ville, Hôtels meublés et garnis à Paris, 1860-1990*, Paris, 2007
- [33] Archives de Paris, Services de l'hygiène de l'habitation, 1427 W
- [34] Georges Cahen, Les misères sociales, les taudis parisiens, leur insalubrité, *Revue Bleu Politique et Parlementaire*, 1906, p215-218
- [35] Archives de Paris, Rapports et documents du Conseil Municipal, 1914, Barthlémy Robaglia, 1427 W
- [36] *Le Quotidien*, 1923 déc. 17
- [37] Dr Sieur, Archive de Paris, 1427 W 1933
- [38] 喜安朗 『パリの聖月曜日 19世紀都市騒乱の舞台裏』平凡社 1982
- [39] H.-A. Frégier, *Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes*, Paris, 1840
- [40] Roger H. Guerrand, Aux origines de confort moderne, dans Jaques Lucan, *Eau et Gaz à tout les étages*, Paris, 1992,
- [41] Emile Cacheux, *L'Economiste pratique: construction et oraganisation des crèches, salles d'asile, écoles*, Paris , 1885
- [42] Louis Chevalier, *Classes laborieuses et classes dangereuses*, Paris, 1958 喜安朗・木下賢一・相良匡俊訳 『労働階級と危険な階級』みすず書房 1993
- [43] 大森弘喜 「19世紀パリの『不衛生住宅』問題の発生と展開」成城大学『経済研究』第162号 2003
- [44] Jeanne Gaillard, *Paris, La ville*, Paris, 1997
- [45] Arthur Raffalovich, *Le logement de l'ouvrier et du pauvre*, Paris, 1887
- [46] Octave Du Mesnil, Les garnis insalubres de la ville de Paris, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1878, p206
- [47] Octave Du Mesnil, *L'Hygiène à Paris: l'habitation du pauvre*, Paris, 1890
- [48] Préfecture de Police, 1891 Etat des garnis comportant une ou plusieurs chambrées.
- [49] Octave Du Mesnil, L'Habitation du pauvre à Paris, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1883, p25
- [50] Octave Du Mesnil & Dr Mangenot, *Enquête sur les logements, professions, salaires et budgets*, Paris, 1899