

フランスにおける結核流行と公衆衛生（4）

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 （『経済研究』第 190 号）

結核の予防と治療

- 1 結核の一般的予防法 喀痰の危険 / 消毒 / 牛乳の煮沸
- 2 結核の届け出義務 国際会議に見る結核届け出論議 / 医師会の建前と本音 / イギリスにおける結核届け出義務化とディスペンサリイ
- 3 サナトリウム サナトリウム療法 / ドイツにおける民衆サナトリウム / サナトリウム評価をめぐる国際論議 / フランスにおける民衆サナトリウム建設の遅れ
- 4 ディспанセルと海浜病院 エミール・ルー・ディспанセル / 病院内の隔離 / 海浜病院

結びにかえて 結核とアルコール中毒 （以上本号）

結核の予防と治療

19世紀末から20世紀前半にかけてフランス「社会につきまとう災厄 fléaux sociaux」は、結核と梅毒とアルコール中毒の三つとされ、世紀転換の頃からこの三つに対する戦いが、開明的ブルジョワにより叫ばれるようになる。とくに結核とアル中では互いに密接に結びついているとして、抗結核と抗アル中の戦いではしばしば共通の敵であるかのように論じられた。

結核が結核菌によりヒトからヒトへとうつることは、前述のように一部の医師たちの根強い抵抗もあったが、世紀末には医学界で広く受け容れられるようになり、やがて世間の常識にもなっていた。

- 1 結核の一般的予防法

本稿の趣旨からすれば、結核は「治療できる curable」かもしれないし、「避けられる évitable」かもしれない、との認識が醸成されたことが重要である。当時のフランス医学界を代表するひとり、パリ大学医学部教授 Dr プルアルデルは、パリの屍体検視所で多くの身元不明者の屍体解剖を手がけたが、そのなかに肺結核が自然に治癒している例を幾つか認めて、何人かの解剖医の経験的知見をも踏まえて、結核の自然治癒の可能性を主張している。[Brouardel, 1910, p391]¹⁾

とはいえ抗生物質が発見される半世紀も前のことであり、結核の治療法は確立していなかった。それゆえ予防と治療との境界は判然とせず、治療は医学、予防は公衆衛生という守備範囲もさほど厳密ではなかったから、医師、衛生学者、政治家、ジャーナリストらが結核防遏の処方箋について

1) 1970年代の南インドにおける結核の「自然史」的研究によれば、何の治療もしないと、5年後には結核患者のうち49%が結核で死亡し、18%が「菌陽性」、33%が排菌停止、つまり自然治癒していたという。「森亨,1998 p 144」

自由闊達な論議を繰りひろげた。なかでも結核の予防と治療の有力手段たる「届け出義務」とサナトリウムをめぐる論議には、ある意味でフランスらしいこだわりが窺えた。

喀痰の危険

結核がヒトからヒトへうつるのは、開放性結核患者が吐いた痰に含まれる大量の結核菌が健康者の呼吸器系に取り込まれ、やがて肺やリンパ節などで増殖するからである。したがって予防法は、危険な喀痰をいかに抑え込み殺菌するかが焦点となった。フランス医学会では早くも 1889 - 90 年に「結核から身を守るための公衆への訓示」の作成が議論され、6 つの注意が明示された。中でも最も力点が置かれたのは、床や路上に喀痰しないことである。そのために公衆が集う至るところに痰壺を置き、その中身を定期的に火中に空け、痰壺を熱湯で洗浄すること、決して便所や堆肥や庭に痰壺を空けないように、と説いた。[Académie, 1889, p843]

以後ずっと、「床や地上への喀痰の禁止」は結核予防の鉄則となり、どんな国内外の衛生会議でも必ずそれが決議され、用意された痰壺や携帯用痰壺にきちんと痰を吐くことを、如何に結核患者本人だけでなく、家族、看護人、一般大衆へ周知教育するかが議論されてゆくのである。例えば、1901 年にロンドンで開催された結核会議でも、閉会に際して決議された最初の項目に、結核菌をヒトからヒトへと運ぶ基本的な手段は喀痰であるから、どこでも所嫌わず喀痰する習慣を根絶しなければならない、とある。[Congrès de Londres, 1901, p842]

こうした認識は広く共有されたようで、パリ警視庁は 1893 年に床や路上に喀痰しないように、との告示をだし、バスや路面電車のなかに貼り出した。但しこのときは、地面に吐く代わりにハンカチに喀痰することを勧めたために、それを洗濯した洗濯屋に結核罹患するものが増えたと云われている。[Reille, 1898, p298] このためもあってか、1901 の同趣旨の告示で

は、どんな痰にも菌が含まれている恐れがあるので、結核ならびに他の伝染病予防のために公道上に痰を吐かぬように、衛生的な痰壺に喀痰するようにと指示している。[Chronique, 1901, p566]²⁾

先に院内感染を警告していた Dr ルテュルは、パリのどこの病院でも開放性結核患者による「結核菌の種まき」が常態化していると指摘し、その予防策のひとつとして、廊下・病室・中庭など至るところに痰壺を用意すること、しかも屈んで吐くのではなく立って喀痰できるように高さ1m位に置くこと、個人用の痰壺も各自に与えること、その清掃・消毒のためには、「清掃ボーイ garçons de salubrité」の代わりに、経験豊かな「清掃チーム」を配置することが肝要だ、と提言している。[Letulle, 1900, p408]³⁾

結核菌の撒き散らしを防止する目的で、患者の居住する部屋の掃除は乾拭き掃除が禁止され、水拭き掃除にすることが推奨された。これは床に落下して乾燥した喀痰が、拭き掃除で再び空中に飛散することを防止するためであった。

消毒

結核患者が使用していた衣類や寝具などの消毒、とくに患者が居住していた部屋などの消毒は、結核を健康者に感染させないために不可欠の予防手段であり、この頃には医学界でも公衆衛生学界にも異論はなかった。結核菌が太陽光に殊更に弱いことは周知のことだが、パリジャンは寝具や衣

- 2) 同じ雑報「消息欄」はこの頃パリに「反喀痰者同盟 Ligue des anticracheurs」なるものが結成されたことを伝えている。この同盟は、あらゆる手段を用いて地面に喀痰することの危険を訴えることが目的だという。[Chronique, 1901, p566]
- 3) 日本でも明治末に結核蔓延を直視し始めた政府が結核予防に乗り出すのだが、その手始めに内務省令として制定されたのが、1904（明治37）年の「肺結核予防二箇スル件」であった。これは全13条から成る簡単なもので、公的な場所に痰壺を設置することや、患者の使用した部屋や物品の消毒を定めていた。この条例は政府予算の裏づけもなく警察による取締りを中心としたものだったから、「痰壺条例」と揶揄されたという。[青木純一 2004 p146：青木正和 2003 p139]

類を日光消毒する習慣を身につけてはいなかったようである。それには、高緯度で冷涼な気候、一年の半分近くが曇天の天気、そして建物の構造上および景観上の制約も関わっているかもしれない。だから、ここで云う消毒は専ら化学薬品を用いた方法を云うのだが、それにも種々な方法があったようである。最も普通に用いられたのは、石炭酸 5% 溶液による消毒だった。⁴⁾

ではいつ消毒するか。国際会議や医学アカデミーでほぼ合意に達していたのは、結核患者が死亡するか病院やサナトリウムに入院した後であった。つまり病人が不在になったときに、その居室や居室を消毒するのであり、これは自然なことであった。

次に誰が市当局に消毒を要請するのか。これが次の「結核届け出義務」とも絡む大きな争点であった。1893年の伝染病に関する法でも、1902年の公衆の健康保護に関する法でも、結核はいわゆる法定届出伝染病には入らなかったから、消毒は義務ではなく任意であった。但し、肺結核については当事者間の協議により消毒を行なうことができる、と特別に定めた。つまり、患者を診察していた医師の届け出によるか、家族の要請または公的・私的団体の長の要請を受けて、市当局が消毒を行なうと定められたのである。[Martin, 1905, p638]⁵⁾

コンタギオン説と不可分の施策である「消毒と隔離」が、とくにフランス人患者と医師に嫌われたことは前述の通りであり、1890年にはパリの

4) もっと強い消毒液には塩化水銀 0.1% 溶液（昇汞水）やクレゾール 1% などがある。また室内や喀痰が乾燥しやすい場所の消毒にはフォルムアルデヒドか亜硫酸などのガス状の消毒が効果的だとも云われた。[Rosenau & Allan, 1905, p454]

5) 面白いのは、市当局が結核患者の居室消毒を実施したことを証する証明書を、当事者の求めに応じて発行できるとしたことである。（1902年法第64条）この証明書には病人の名前も、その病気の性質も記載なく、消毒したことのみを示す、という。これはイギリスで始められた制度を模倣したもので、大家がアパルトマンの次の借り手に安心を与えるためのものと解されるが、どれほどの消毒証明書が発行されたのかは分からない。

消毒件数は僅かに652件しかなかった。だが病原細菌説が広く受け容れられてきたためか、次第にパリの消毒件数もふえ、1893年には34千件、1898年に約50千件、1905年には58千件を記録している。[Martin, 1907, p4] その事由は、1890年代初期には、腸チフス、猩紅熱などの伝染病が上位にくるが [Reuss, 1895, p104]、次第に結核が優勢になる。消毒事由の内訳が分かる1905年を例に採ると、結核が首位で10,571件、次いで猩紅熱7,238件、麻疹6,407件、以下腸チフス6,099件、ジフテリア4,202件、天然痘2,572件、百日咳518件、その他の原因20,863件となっている。[Martin, 1907, p7]

同じ1905年のパリの消毒実施状況を、誰が要請したのか、の観点から見ると面白い。最多は「個人から」で20,735件、次いで「警視庁から」と「救急車から」がほぼ同じ10千件、最後に「医師から」が1,446件となっている。「個人から」の中身が病人の家族からなのか、大家など家屋所有者なのかは不明だが、それはともかく「医師から」が消毒要請件数の僅か2.5%という点に、当時のパリの医師たちが結核の届け出にも、さらに結核（を含む伝染病）の消毒にも否定的で非協力的であったことが分かる。

これらは主に結核患者の住宅ないしは居室の消毒だが、かれらが使用した持ち物や衣服などの消毒は殆んど実施されていないようである。パリの大病院で結核患者の寝具類や衣服を特別の高温蒸気で消毒しているのは、前述したようにラリボワジエール病院とブーシコ病院の二つだけであった。[Letulle, 1900, p403] 寧ろカルメットが開設したディスパンセール（結核予防診療所）の方が、特別な高温洗濯室を備えて、結核患者とその家族から結核菌の付着したと思われる衣類などを受け取り、消毒して返すなど、かなり実用的な衛生サービスをしていたのである。（後述）

牛乳の煮沸

コッホの結核菌発見以降、多くの動物とくに獣類に結核が発見され、ウ

シ型結核とヒト型結核との異同が医学会では論議となった。各国の病理学者や医師の目的はもちろん抗結核血清ないしは抗結核ワクチンの発見にあるのだが、この論議の過程ではいくつかの重要な事柄が判明した。

1898年のフランスの結核会議では、結核に罹患した乳牛は腸に限局して結核を発症していることや、牝牛が結核性乳腺炎に罹っている場合、その牛乳はヒトに結核を感染させることがあり得るし、実際にこうした牛乳を飲んで感染した例は多いとの報告があった。それを受けて会議は、結核に罹患した乳牛は屠殺し、その牛乳を消費しないこと、またその牛乳からつくられた乳製品、とくにバターも結核の毒性をもつのでヒトに感染することがあり得るので、バター製造には牛乳を殺菌してから利用すべきこと等を決議した。[Reille, 1898, p298]

ところが1901年のロンドン国際結核会議で、名誉ある開会劈頭の演説を務めたコッホは、「結核防遏の戦い」と題してこの問題に切れ込んだ。コッホは、多くの研究により遺伝性結核は滅多にないことが証明されたとして、一部の研究者のいう結核の遺伝性を否定し、代わって改めて結核菌による感染、とくにヒトの肺こそが結核の源、より具体的には喀痰が危険な源泉であると訴えた。いま問題にしているヒト型、ウシ型の結核については数年間の動物実験を踏まえて、ヒト型結核菌を牛や豚に接種してもこれらの動物が結核に感染して死ぬことはない、ところがウシ型結核菌を牛や羊、山羊に接種すると、例外なく結核を発症し、器官に病巣ができたこと述べた。ウシ型の結核菌をヒトに接種する人体実験はできないが、都会の人間が平常牛乳や酪農製品を摂取しているのは、まさしく望まぬ人体実験である、それらの製品には生きた結核菌が大量に含まれている筈なのに、ヒトが腸に結核罹患する例はこれまで滅多にない、したがって、ウシ型に由来する結核がヒトに現れるという仮説は証明されない、それ故にウシ型に罹患した牛からとった牛乳やバター、肉による感染は、遺伝による伝播

よりも少ないし、これの摂取を禁止する必要はない、と結論した。[Congrès de Londres, 1901, p708-715]

コッホの主張では、とくに最後の論点、ウシ型結核がヒトに感染するかどうかについては、明らかに実証不十分であったから、すぐさま反論が出たが、結局会議はイギリスに調査委員会を設置してこの問題の探求に当たることを決めた。その結論はコッホの主張を覆すもので、60人の結核患者のうち14例がウシ型結核菌に因るものだった、という。[ダルモン 2005, p422 ②] コッホは、結核菌は呼吸気管からしか体内に侵入しないと考えたが、ウシ型結核のヒトへの感染は呼吸気管以外からの侵入を示唆していた。これを証明したのがコッホの門弟だったベーリングで、かれはモルモット実験で結核菌の呼吸器系からの接近を封じても肺結核をひき起こすことができることを1902年に発表した。とくに幼児では結核菌がまだ透過しやすい腸から侵入し、一定期間リンパ節に潜伏して後に肺に達して結核をひき起こすと説いた。[ダルモン 2005 p418 ③]

6) 最近の結核学研究では、ウシ型結核菌の発生がより古く、そこからヒト型結核菌がおよそ5000年から1万年前あたりに分化したのではないかと、という説が有力であるという。ヒト型結核菌の方が遥かに特異性をしめすという事実がその根拠となっている。ウシ型結核菌は酪農製品を摂取する関係から欧米諸国に多く、日本には存在しない。また部位では骨・関節・腎臓などの結核に比較的多いという。[青木正和 2003 p51-53, 59-61]

7) 序に云うと、その後ベーリングは「牛ワクチン」の製造に着手し成功したかに思えた。それはヒト型結核菌を乾燥して粉末にしたもので、実験の結果牝牛には無害であることが分かった。フランスでも同様に実験が行なわれ、1906年頃には牛の結核問題は解決されたかに見えた。ところが、ワクチンを投与された牛が潜伏期を過ぎると次々に結核で斃れたのである。これらの事からヒト型とウシ型の結核は共に交じり合うことが判明したが、抗結核ワクチンの発見は振り出しに戻った。[ダルモン 2005 p422-424]

ところでダルモンは、この問題に関するコッホとベーリングの関わり「時間の序列」を勘違いしているように思える。かれによれば、まずベーリングが1901年12月12日のノーベル賞受賞の席で上記の「牛ワクチン」開発の可能性を告げた。「それからしばらくして、かつての助手の話に顔をひきつけたコッホは、ロンドン会議の席上で、新たな爆弾を破裂させる。」という。だがロンドン結核会議の開催日は、1901年7月22日から26日までであり、ダルモンの記述では時間の順序が前後している。

こうして結核は呼吸器系からだけでなく消化器系からも経口感染することが判明し、またそれを裏づける症例報告も出たので、予防法としては牛とくに乳牛の検査と、結核罹患牛の屠殺、また牛乳の利用と摂取に際しては必ず煮沸するか、一定温度による殺菌を行なうことが求められた。19世紀末から広まり始めた母乳に代わる人工哺乳は、乳幼児に結核感染させる危険を増大させたので、牛乳の殺菌はとくに重視され、内外の結核会議では必ず決議され社会に警告された。⁸⁾ だが、牛類の全頭検査は事実上不可能であり、また公的な屠殺場も十分には整備されておらず、酪農製品によるウシ型結核は両大戦間期にも見られた。⁹⁾

- 2 結核の届け出義務

一般に伝染病（感染症）予防の観点からは、伝染病がどの範囲にどの程度流行しているのかを把握することは、予防措置を講ずる上での基礎的前提であろう。このため近代国家はおしなべて19世紀後半以降に伝染病予防法を制定し、その公的機関への届け出を義務化するのである。ところが、結核については「届け出義務 *déclaration obligatoire*」の論議はしばしば紛糾し、合意形成に至らなかったところも多い。結論を先取して云えば、フランスでも医師とくに開業医が執拗に異論を唱え、結局届け出義務は実現しなかった。

前述のカジエ・サニテールは、パリでの結核猖獗を見事に浮き彫りにし

8) ドイツでは社会医学者や公衆衛生学者が厳しい食品衛生を提言した。つまり結核性乳腺炎に罹患した牛から取られた牛乳はたとえ煮沸しても販売してはならないし、加工にまわしてもならないこと、また結核罹患者が牛乳加工、肉屋、パン屋など食品の製造・販売業務に関わることの禁止などを求めた。この提言は、結核罹患した牛などの家畜を屠殺し流通させない場合、酪農業者への補償などをどうするか、その財源をどう捻出するのか、などの論議を呼んでいるという。[Verhaeghe, 1904, p719-720]

9) 例えば1930 - 35年にコペンハーゲン国立血清研究所が調査したところによると、結核患者5,430例のうち、654例（12%）がウシ型結核菌に因るものだったという。[青木正和 2003 p60]

たが、それは主に結核死亡の記録であり、生きている結核患者の実態把握ではなかった。だからこれ以上の結核蔓延を阻止したい医師や公衆衛生学者は、結核の届け出義務化を求め続けたが、主に開業医らの利害とフランス社会のエゴイズムに阻まれた。これを主に医学アカデミィと国際会議での論議を軸に考察しよう。

1889年 - 90年頃の医学アカデミィには、先の病因学説史で述べたように、結核のヒトからヒトへの伝染性に疑問を抱き、結核の遺伝性に固執する勢力が抜き難い力をもっていた。かの結核の接種可能性（伝染性）を証明したヴィルマンが座長を務めた委員会が、「結核予防に関する実用的注意事項」を起草して、喀痰の危険や牛乳の煮沸などを世に訴えようとしたのだが、冷たい視線ないしは黙殺的態度に逢着し、ヴィルマンは耐えかねて委員会提案そのものを引っ込めてしまった。[Letulle, 1912, p435]¹⁰⁾

1890年に再び届け出が議論になるが、その義務化を求める声はか弱く、あるメンバーは結核の伝染性は認めるものの、医師がそれを患者本人に云うのは勿論、当局に告げることも断じてならぬ、と主張した。U. トレラが、これは個人の患者を対象としたものではなく、国家が管轄する高等学校や兵営、事業所・工場などにおいて結核調査を行ない、状況が許す予防策を講ずるように要望する趣旨だ、と修正意見を述べたが、頑迷な保守派たちは、結核の届け出は「陶片追放」であり、激しい反発を招くだろうと応酬する。結局、医学アカデミィは、権限をもつ当局に結核が及ぼす危険について注意を喚起する、という温和な決議に落ち着いたのである。

10) モーリス・ルテュルの結核届出義務に関するこの長大な論文は、下院に創られた結核防遏委員会の座長 J. レイナックから医学アカデミィ宛の手紙に応えたものである。その手紙でレイナックは、近隣諸国には結核届出義務を採用する国にもあり、この災厄に立ち向かう武器となっている、然るにフランス医学界にはこれに根強い異論があることや、賛成論者もそれなりにいるとも聞いている、それ故法制化する前に、医学アカデミィがもう一度この問題について議論し、根拠のある諮問をお願いする、と述べている。ルテュルの本論文はこの問題の沿革を辿り、主要な節目における有力な論者の意見を紹介したものでたいそう有意義な仕事である。

[Letulle, 1912, p436]

1892年11月30日法はフランス最初の伝染病予防法と云えるが、その制定は公衆衛生と衛生住宅の普及を目指すストロースやシーグフリードらの尽力によるもので、医学アカデミーの面々は概して覚めた目で眺めていた。ここで伝染病 *maladies transmissibles* と指定されたのは、腸チフス、発疹チフス、天然痘、猩紅熱、ジフテリア、粟粒熱、コレラ、ペスト、黄熱、赤痢、産褥熱、新生児膿状眼炎であり（結核は入っていない）、これらの伝染病が発見されたときには医師が市当局に届け出なければならない、とされた。但し産褥熱については、本人から妊娠の秘密保持の要求がなければ届け出るとされた。だが同法が施行されても、医師の大半は届け出義務を誠実に遵守していないという。その理由について、医師レイユは、殆どどの医師が伝染病の届け出の義務は医師にあるのではなく、専ら家族にある、と考えているからだ、という。[Reille, 1898, p327]

フランス医学界の重鎮ブルアルデルも、同じく伝染病届け出の義務は第一義的には家長にあり、医師には副次的な義務しかないと主張した。かれによれば、これにより医師は職業上の秘密を漏らす不安と心配から解放され、義務と利益との板ばさみ状況から解放されると云う。「しばしば患者はそうした疫病罹患が噂になるのを好まない。患者家族も医師に届け出ないように頼み、医師は顧客に不満を抱かせないようにその要求に応ずる」とブルアルデルは述べている。[Brouardel, 1903, p164] だがここには論理のすりかえがある。届け出の主体が医師ではなく家長になれば、伝染病罹患の噂が広まらない、という保障はない。そもそもプライバシーを守りたい患者家族に届け出義務を押し付ければ、届け出は実行されにくいだろう。ブルアルデルの主張は、届け出義務の医師から家長への転嫁であり、畢竟届け出自体の不実行を想定している、とも見える。私には、医師が「職業上の秘密厳守」という大義名分の下に、その社会的責務を忘れていると思えるのだが、この点は後段でもう一度考えたい。

1892年法が届け出義務伝染病から結核を除外したことに對して、当然ながら医学アカデミ内部にも疑問の声がでた。1893年10月の會議でダランベールは、「今日肺結核は医者が認めた伝染病のなかで一番目に位置する病なのに、このリストから結核を外せば、オテル・ガルニの經營者らは消毒などの予防措置を拒否するために、この適用除外を間違いなく利用するだろう」と警告した。これに對し、ブルアルデルは、「市長あるいは県知事がオテル・ガルニ經營者に衛生措置を課することができる。」と官僚的コメントをして論点をずらした。[Letulle, 1912, p439]

1894年には、ル・アーヴル、グルノーブル、リヨン、サン・テチェンヌなどの都市衛生事務局の監督責任者らの要望を受けるかたちで、この問題が医学アカデミの議題となったが、大勢を覆すことはなかった。さらに1896年にも、1900年にもこの問題の議論は再燃した。医学アカデミの内部につくられた結核専門委員会の座長であり、後述するサナトリウム建設を通じて結核撲滅運動に指導的役割を果たすグランシェ教授は、1900年の医学アカデミの會合で、ずっとこの論議に関わってきたが二度ほど躊躇した、と述懐めいていう。一度は93年当時、衛生諮問評議會が指定伝染病のリスト見直しを始めたときで、かれは「そこに肺炎と肺結核を加えるべきだと望んだが、大多数のメンバーの反対を察して、敢えてそれを提案しなかった。私は誤りを犯した」と。もう一度は1898年医学アカデミの結核専門委員会の會合のときで、結核についても届け出義務を、と発言したが、「ただひとりルー氏のみが私と同意見であった。病院の醫師たちにも私は常々全員一致の反対を感じていた。私は報告書を纏めたが、届け出義務については結核を排除せざるを得なかった。」と。そうした反省の上に立ち、1900年のこの會合では、グランシェ教授は、開放性結核患者については届け出を義務化するよう、政府に法改正を求めるべきだと主張した。[Villin et al, 1902, p465: Letulle, 1912, p447] だが、反対陣営を代表してルルブレは「もしそうしたら、不幸な結核患者はこの恐ろしい病が

続く限り、上級の衛生警察の監視下に置かれねばならない。」と述べ、結局グランシェの提案は再度却下された。

1902年には「公衆の健康保護に関する法」が制定されたが、ここでも結核は「届け出を義務とする伝染病」には加えられず、「届け出を任意とする伝染病」というジャンルに入ることになった。医学アカデミーの大勢は、さすがに真っ向から結核の病原細菌説を否定はしないが、「届け出義務の伝染病リストに加えるには荷が重しい、実際の困難に満ちている」と判断して [Letulle, 1912, p450]、曖昧な「任意届け出」というジャンルを設けたのである。これは都合のいいことにはイギリスに先例があったのだが、イギリスではこれを実質的に義務に導く工夫がほどこされていたのである。（後述）

国際会議に見る結核届け出論議

19世紀末から20世紀初頭には保健衛生と住宅改善にかかわる国際会議が頻繁に開かれ、各国の経験と意見の交流が行なわれ、政策立案に影響を与えあうこともあった。ヨーロッパを席捲した結核は勿論そうした国際会議の最重要議題であり、その席上この届け出制も何度も議論された。

1899年のナポリでの結核会議は、不治の結核患者のための隔離病院と回復見込みのある結核患者のためのサナトリウム建設の必要では合意がなされたものの、結核患者の届け出については慎重な意見が支配的でとくに何の決議もしていない。[Congrès de Naples, 1900, p542]

翌1900年のパリの衛生・人口会議は、包括的な保健衛生の問題が討議されたが、焦点の結核については開放性結核患者の危険性についてはほぼ合意が得られ、そのうち貧しい病人のサナトリウムへの隔離が急務であるとの認識も共有された。但し伝染病の届け出には相変わらず根強い反対論がくすぶっており、医師に届け出義務を課すのは、「利益と義務の板ばさみ状態」に置くことであり止めさせるべきだ、医師ではなく家長や大家な

どがその義務を果たすべきだ、とフランス代表は主張している。最後の決議では、開放性結核患者については、その喀痰が周囲に危険を撒き散らしているので、当局へ届け出るべきこととしたが、結核を届け出義務の伝染病とするかどうかは、賢人たちと衛生当局とにより決められるべきこと、また衛生当局への届け出は医師の配慮、両親や大家の配慮でなされるべきこと、などと折衷的な見解を採用した。[Vallin, 1900, p1022-1027]

1901年ロンドン結核会議は前述のコッホの演説で有名なものだが、第一部会が結核届け出を論議している。アメリカのH. ビッグスが報告を寄せ、ニューヨーク州衛生評議会が1897年に、「結核は危険で伝染する病であるから、診察に呼ばれた医師はすべての肺結核患者を衛生当局に通知すべきこと」を決議し、必要な衛生措置がとられた結果、結核死亡率は30%も減少したことを明らかにした。これが正式な結核の届け出義務の嚆矢であり、ミシガン、バッファロー、フィラデルフィアなどの州もこれに続いたという。[Congrès de Londres, 1901, p801-802] 続いてイギリス「マンチェスターにおける肺結核の任意届け出の実績」が医師マクダガルにより報告された。

その後討論に移り、届け出義務賛成と任意の方が良いとの意見が拮抗した。賛成派は、義務とした方が医師が顧客の意向に左右されず、すべての医師に同じ仕方で行動させるので、成功しやすいだろうと述べた。かのニューシームは患者の把握には届け出義務がよいが、医師の職業上の秘密保持などの事情を勘案すると、或いは行政による医療への予防的介入を容易にするには、ブライトンで実施しているような任意届け出の方がよいかもしれない、と述べた。部会としては、どちらが良いかの決を採らないことで終了した。[Congrès de Londres, 1901, p803-806] ロンドン会議におけるこの議論にフランス代表の発言は見られない。

次の1903年ブリュッセルの国際衛生・人口会議は、第1問題から第6問題まで広範な課題を議論したが、その第3問題が「結核防遏における公

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

権力の介入」であり、報告に関して熱い討論が交わされた。フランス代表のブルアルデルとモニが、自国における結核防遏は間接介入を原則としているので、結核患者の届け出も消毒も任意としている、届け出に限定すれば、アメリカのいくつかの州やノルウェイが届け出義務を採っていること、多くの学者が国際会議の席でそれを原則にすべきだという主張をしているのは承知しているが、フランスでは実施が難しいだろう、なぜなら輿論がこれに難色を示すからだ、と報告した。[Brouardel et Mosny, 1903, p15]

次いでまたもイギリスのニューショームがイギリスの事情を報告する。イギリスでは感染症届け出法 Infectious Diseases Notification Act により、診断医または家長もしくは病人の近親者が、猩紅熱や腸チフスなどの七つの感染症を診察し、或いは看護していたときには、これを衛生当局に届け出なければならない、と定めている¹¹⁾だが中央政府当局はこのリストに、地方の衛生当局が肺結核を付け加えることを頑なに拒んでおり、そのためブライトンやマンチェスターなどの地方都市の医師たちは、結核の任意届け出を要請されているという。[Newsholme, 1903, p10]

しかしニューショームは、イギリス政府がなぜ結核の届け出義務を頑なに拒否しているかについては、何の解説もしていない。またかれは、結核の任意届け出については患者の同意なしに届け出をすべきではない、と主張しているのだが、実際問題として患者本人から同意を得るのはきわめて難しい、とりわけ救貧法の適用を受けている貧しい結核患者や、ホスピスや病院にやむを得ず入院している貧しい患者からの同意取り付けは難しい、と述懐している。この点についてもニューショームは立ち上った説明をしていないのだが、結核罹患を届け出ることによる処遇上の不利益ないしは社会的差別を、患者とその家族が恐れているのかどうかは、定かではない。

11) ほかにはジフテリア、発疹チフス、コレラ、天然痘、丹毒である。これに衛生当局は麻疹、百日咳、水痘を付け加えることもできるという。これらは前記のフランスの指定伝染病と大部分重なるが、フランスより幾分少ない。

ただかれの報告で面白い事実は、イギリスにおける結核死亡率の低下の一要因が、この救貧院での結核貧民の事実上の隔離によるものではないか、との指摘である。¹²⁾

それはともかく、イギリスでは肺結核は届け出義務の伝染病ではなかったもので、医師や患者家族からの届け出が余り履行されなかったようだ。とはいえ後段で見るように、イギリスでは第一次世界大戦前夜には、結核届け出義務の仕組みが出来上がってゆくのである。

これらの報告のあと、活発な議論が展開されるのだが、その論点は次のサナトリウムをめぐる評価に集中しており、届け出義務については見るべきものがない。

1907年9月のウィーン結核防遏会議でも結核届け出義務が真剣に討議されたが、7年間の実績があるノルウェイ代表が、職業上の秘密をかざしてこれに反対する論を批判する。届け出は衛生当局に対してなされ、そこで厳重に管理されているのであれば、医師が職業上の秘密を漏らしたことにはならないし、患者も届け出により不快な思いをすることはあるまい。なるほどその後には予想される諸々の衛生的な処置、例えば消毒や入院搬送などで患者や家族が不利益を受けるかもしれないが、これらの措置は届け出義務と必然的に結びつくものではない、要は開放性患者と感染した人間を特定し、公権力が盲目的かつ専制的に衛生行政を実施しないように、こ

12) 周知のようにイギリスでは19世紀後半の半世紀に、結核死亡率（人口10万対）が388から132へと三分の一にまで減少したのだが、ニューショームはその要因のひとつに、貧窮民のうち結核患者しかも回復の望みのない患者が救貧院内の医務室 infirmary に移されたこと、これが事実上の隔離の作用を果たして、公衆への感染を防止したのであると述べている。

救貧院に収容されている貧窮民 interns（流浪民と精神病者を含む）の割合は、イングランドとウェールズで1849年が7.7‰、69年5.9‰（これが最低値）、1902年が6.9‰であるが、この間の人口増大を考慮すると絶対数では減っていない。他方救貧院に入らない貧窮民 externs の割合は、1849年の55‰が1902年には17.7‰にまで減少したという。[Newsholme, 1903, p 18-20] これはイギリス庶民の生活水準の飛躍的向上と病気への抵抗力の向上を示唆している。

れを利用することが狙いなのだ」と述べた。[Conférence, 1907, p817]

オーストリア代表の医師は貴重な証言をした。オーストリアでも1902年7月の条例で結核患者が死亡したときや転居したときには、医師が当局に届け出ねばならないと定めたが、統計を見ても結核による届け出件数は取るに足りない、またボヘミア互助組合が管内のすべての医師に診療した結核患者数を報せるように、調査票を配布するが記載はほとんどない、と云う。この医師は、それは大衆の抵抗ではなく、医師の不同意か無関心によるものだ」と述べている。[Conférence, 1907, p820]

ドイツの医師はこぞってドイツには結核届け出義務の制度はなく、実施は難しいが、いまの強制保険制度があれば労働者は罹患してもさまざまな保障を受けられるので殊更届け出を義務化することもない、と云う。[Conférence, 1907, p821]

会議は中庸をとり、すべての肺結核患者と喉頭結核患者が死亡したときは診断医が届け出ることを義務と考える、望むらくはすべての結核罹患者の届け出を漸次的に実現すること、との要望を決議した。[Conférence, 1907, p822]

医師会の建前と本音

保健衛生や結核の国際会議で結核届け出の義務はたびたび討議されたが、各国に特有の事情と思惑が絡んで容易に合意形成はならなかった。フランスの医学アカデミの現状もさして変わらず、1906年時点では届け出義務についていえば、賛成派と反対派が拮抗していた。¹³⁾

13) 賛成派はコルニル、ダランベール、バンジャマン、ランドウジー、そしてグランシェであり、反対派はシュヴェル、ケルシュ、ルルブレ、ラヴラン、ランスロー、ユシャル、ブルアルデルなどであり、中間派にアンリ・モノとヴァランがいた。1906年1月の会議では上記メンバーがそれぞれこの問題に関して持論を述べた。そして長い討論の後に、「届け出義務は医師にあるが、同様に家長、大家、集合的家屋や団体の責任者にもある」との妥協的な表現に落ち着いたのである。[Letulle, 1912, p451-459]

結核届け出義務に拒絶反応をしめず医師たちの本音は、結核罹患を当局に届け出ることになれば、患者は医師の診察と手当てを敬遠し、往診を頼まなくなるだろう、長患いの顧客喪失は収入減をもたらすに違いない、という心配であった。当時、開業医の診察を受けるもの、或いは往診を頼むものは、ミドルクラス以上の富裕層であったから、その顧客喪失は開業医の死活問題になる筈だった。ブルアルデルらがしばしば口にする「義務と利益の板ばさみ」という表現はその辺りの事情を指している。¹⁴⁾

だがその本音が公式の場で聞えてくることは稀で、届け出義務反対を唱える医師たちが初期の頃に盛んに口にしていたのが、「職業上の秘密」という原則であった。だがそれは、特定の個人の結核罹患を世間に公表する訳ではなく、都市の衛生当局へ届け出るのであるから、「職業上の秘密」を漏洩したことにはならない。医師の社会的責務のひとつ、と法律で定めれば済むことであろう。

次に結核届け出に難色を示す医師が常套的に用いていた理由が、「輿論がそこまで至っていない」、「公衆の精神は未だそれを認めるほどには覚醒していない」、「それはまだ我々の『生活習慣 moeurs』になっていない」など、きわめて漠然とした表現だった。「輿論」とか「公衆の精神」の中身を私が忖度すれば、結核の伝染性、とくに喀痰の危険性の理解、結核の

14) 我が国でも結核の扱いは起伏に富んだ経緯を辿った。初期の「悪性流行病」や伝染病にはもちろん結核は指定されていなかった。結核を対象にした最初の法律が1901年の畜牛結核予防法であり、次いで1904年のいわゆる「痰壺条例」である。本格的な予防法は1918年の結核予防法だが、その制定を最初に求めた明治医会の原案は、その後これを審議するなかで、削除・変更を加えられてゆく。

いま本稿の論点である届け出義務に限れば、明治医会の原案には明記されていたものが、一旦は「医師の指示を遵守しない患者については、医師が官吏に申告すべし」と修正され、さらに最終案ではこれも削除されたという。つまり1918年の結核予防法には届け出制度に関する規定はどこにもない。それは開業医とその団体の医師会が、上客である結核患者を失う惧れのある「結核届け出」制に執拗に反対したためであった。[青木純一 2004 p146-158]

治療可能性と回避性の理解、消毒や隔離の必要性の理解と受容などである。

だがそうした事情を斟酌した上で、届け出義務反対論の核心にあるのは、公権力による医業への介入の怖れではないか。自由診療をおこなう開業医にとって、それはまさしく「営業の自由」への侵害に他ならなかった。好意的に見れば、19世紀前半までの衛生警察は疫病流行に際して、隔離と消毒という手法で市民生活に強権的に介入してきた、その記憶が20世紀初めの医師にあったと云えるかもしれない。だがそのことを認めたくらんで、フランスの医師とくに開業医は公権力の介入を極度に警戒して、職業上の秘密や民衆意識の遅れを口実に、結核届け出義務に抵抗していた、と云えるだろう。

だが、民衆の現実認識は実は開業医の「心配」より遥かに先に行っていたように見える。先に引用したパリの消毒実施状況を見ても、医師は取るに足らないほどしか消毒要請していないのに、パリ市民はすすんで消毒要請をしている。またこの頃加盟者500万人を数える共済組合は、毎年のように地方大会を開催して、宿痾とも云うべき結核への戦いを訴えているし、とりわけ学校教職員組合は独自にサナトリウム建設に着手している。[Letulle, 1912, p513] 労働組合も同じく結核の脅威とその防遏に高い関心を寄せ、その撲滅には労働者階級の労働・社会環境の根本的改善が必要だと訴えている。¹⁵⁾ こうした輿論の覚醒に、労働者住宅の改善に尽力した

15) フランス社会党北部連盟の機関紙『Le Travailleur (労働者)』1905年10月10日号は、「結核防遏」の見出しで長い記事を掲載している。それは同じ頃パリで開催された国際結核会議を報じ、この会議ではブルジョワジーが社会問題に有効な方策を提示しえてない、と批判している。だが同時に、サナトリウムでの治療実践の原則（休養、十分な栄養、大気療法）には多大な関心を示し、翻ってそうした条件を欠く労働者の日常、過度の労働、栄養不足、換気・採光のわるい住環境がいかに労働者を結核罹患させているか、を具体的な数字を挙げて告発している。そうした労働者の経済的・社会的条件を根本的に改善する方向性をもたない「見せかけの手段」を、「細菌撲滅の予防法」と断じ、「一時的なしのぎの手段 demi-mesures」でしかない、と批判し

医師ドゥメルや、子どもの結核予防に取り組んだグランシェ教授、ディ
スパンセルの普及や BCG の開発に専念した医師カルメットなど、良心
的医師の果たした役割は大きい。だが、医学アカデミヤや医師会は伝統的
権威や現実的利益に囚われて、社会を主導する役割を果たせなかった。よ
うやく大戦直前に、アカデミヤは、開放性結核患者の衛生当局への医師に
よる届け出義務を諒承したに過ぎず、さらに踏み込んだ予防策や治療方策
を提示できなかった。[Chronique, 1913, p571]¹⁶⁾

イギリスにおける届け出義務化とディスペンサリイ

19世紀後半から20世紀前半にかけて、欧米諸国でも日本でも結核は「国
民病」的な広がりを見せ、社会にその対応を迫ったのだが、その防遏策は
各国それぞれの事情から一様ではなかった。だが公平に見てフランスの結
核防遏策は、イギリスやドイツに較べても生ぬるくあまり効果的とは云え
なかった。結核届け出の義務化ひとつ取ってみても、医学アカデミヤは小
田原評定を繰り返したただけであった。この間、ノルウェイとスイスはいち
早く届け出義務を実現し、それに基づく予防策の実施に乗り出していた。¹⁷⁾

ている。

もちろんフランス社会党の機関紙だから、ブルジョワジーによる搾取の廃
絶を最後には訴えるのだが、本稿との関連では、結核治療におけるサナトリ
ウム方式をそれなりに評価している点が注目される。

- 16) これが医学アカデミヤにおける結核届け出に関する締めくくりの論議となっ
た。そこでは上記の開放性結核患者の届け出義務のほか、予防的措置や重症
患者への治療、家族への援助などは公権力がなすべきである、との答申が、
賛成 56、反対 21、白票 8 で可決された。[Chronique, 1913, p572] 一歩前進
かもしれないが、結核蔓延という切迫した事態への取り組みとしては、腰が
引けているとの印象は拭いきれない。
- 17) 1903年にブリュッセルで開催された国際衛生・人口会議で、スイス代表の
医師シュミットが、同国では開放性結核患者の当局への届け出義務が実施さ
れていること、これらの患者が転居したときも届け出義務があること、また
患者が死亡するか、転居したときにはその居宅などを消毒すること、さらに、
結核死亡が頻出する場所については原因調査をすべきことが定められた、と
報告している。[Conférence, 1903, p35]

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

ノルウェイは1900年5月8日の結核予防法（施行は翌年1月1日）で、医師が肺結核患者を診察したときにはこれを市当局に届け出ることを義務とし、開放性結核患者が死亡もしくは転居したときにも、その旨を当局に届け出ることと定めた。届け出を受理した市当局は、感染予防のため患者に必要な衛生的措置をとり、患者にもその遵守を求め、違反すれば患者を施設に入院させることもできるとした。さらに結核患者が死亡もしくは転居したときは、滞在していたすべての場所を消毒すること、また結核患者が感染を起こすかもしれないすべての職業（子どもの世話、乳母、病人看護、食品の製造販売など）に就くことを禁じた。[Chronique, 1901, p463]

翌1902年にベルリンで開催された国際結核会議で、ノルウェイ代表は自国で取られたこの制度を報告し、国民の満足を得て順調に実施されていると述べ、[Critzman, 1902, p540] さらに1907年のウィーン国際結核会議では、7年間の実績のうえに、この制度が人間性の求めるものと見事に合致しているとの評価を得て、今のところ患者からも医師会からも抗議の声は聞えてこない、と述べている。[Conférence, 1907, p817]¹⁸⁾

ところでイギリスは経済生活や社会生活の部面に国家が介入しないことを原則にしてきたから、医業でもこれが原則とされ、結核届け出も任意性を採用してきた。だが1908年以降はその見直しが始まり、徐々に届け出義務の領域が拡大されてゆく。まず救貧院に入院している結核患者および医務官 medical officers の手当て・治療を受けているすべての患者について、届け出義務が適用された。1911年にはこれが、病院や施療所 dispensary で治療を受けるすべての入院・外来患者に適用拡大された。但し病人自身が費用を負担する病院患者は除外された。

さらに1912年には肺結核患者を診察したすべての医師に、病院医であ

18) ノルウェイでは1902年から05年までに、毎年平均6,700人もの新たな結核患者の届け出でがあり、大部分の開放性結核患者の届け出は実現したという。ノルウェイ代表は、そのことで国民のなかに「結核恐怖 tuberculophobia」が広まることはなかった、と述べている。[Conférence, 1907, p819]

れ開業医であれ、書面で健康医務官 medical officers of health に届け出ることを義務づけた。届け出を実施した医師には一件当たり3フラン10の報酬が与えられることになった。健康医務官はこれらの届け出を登録し、その秘匿管理に当たる。この情報を閲覧できるのは学校監督官や都市当局の医師だけである。健康医務官は、患者とその家族などに強圧的にならないように十分配慮しつつ、結核防遏のすべての処置を実施し監督する任を帯びるとされた。自宅療養を選ぶ結核患者には看護婦を派遣して必要な衛生的な処方箋を説明し、貧困の結核患者には薬剤や生活援助をするなどの権限が与えられた。

さらに1912年7月16日の法では、疾病・失業の強制保険により、すべての結核患者に無料の診察・薬剤支給、サナトリウム入院、その間の失業補償などが保障された。また互助組合と救貧事業との連繋の下に結核家族への生活支援も始められ、政府も少なからず財政支出を認めたという。

[Letulle, 1912, p461-463]

任意届け出を採っていたイギリスがこのように急展開をみせ、届け出義務化に舵を切ったのには、エディンバラにおけるフィリップ博士の豊かな経験と実績があったと云われている。かれは1887年にエディンバラにデイスペンサリイ（施療所）を設けた。同時に各種の慈善団体の協力を求めて、施療所の医師と看護婦による結核患者家族宅への訪問と支援を始めた。貧しい結核患者には援助を与え、とくに重症患者は特別病院への入院を、治る見込みのある患者はサナトリウムへの入院を手配するなど便宜を与えた。サナトリウムでの療養を終えた回復期の患者には農業コロニーでの生活を斡旋した。フィリップはこうした結核患者家族への具体的な支援を通じて、結核罹患の届け出が如何に大事かを説いた。届け出により、病人本人の治療が開始され、貧しい家族は必要な援助を受給でき、重症患者であれば相応の病院や施設に入所でき、ひいては健康な者への感染を防げるとというのが、かれの考えであった。この啓発活動のお陰で、エディンバラ施

療所は 1903 年から 05 年までに開放性結核患者 900 人の届け出を実現し、この実績を踏まえて、1907 年にエディンバラ市では結核届け出義務が制度化され、大方の賛同を得て施行された。フィリップの先駆的試みの成功が、イギリス政府に決定的な政策転換を促し、上記の結核届け出義務化が実現したのである。[Letulle, 1912, p464]

エディンバラ発祥のディスペンサリイは、やがてその後継者を大陸に見出す。カルメット博士が 1901 年にフランス初のディスパンセルを開設する。リールはパリに次いで結核が猖獗を極めていく大都市で、貧しい労働者階級のなかに多くの結核犠牲者を生んでいたからである。カルメットのディスパンセル活動の成功が、やがて戦間期フランスにおける結核防遏の主要な手段になってゆく。（後述）

- 3 サナトリウム

コッホによる結核菌発見以降、細菌学者はその病原菌を弱毒化し、死滅させる方法の発見に力を注ぎ、血清療法、毒液療法、ワクチン療法などを試みたが、いずれも思うような成績を残せなかった。1890 年ベルリン国際医学会議の席上で、コッホは、結核菌の培養濾液から「ツベルクリン」を創製し、結核の特効薬になるかもしれないと発表した。結核の病魔に苦しむ世界はこの朗報を昂奮と熱狂で迎え、多くの医師と報道陣、さらに結核患者がベルリンに殺到した。だがツベルクリンは十分な治験を経たものではなく、治効は不確かであった。やがてツベルクリンを接種した治験患者が次々と重症化し、なかには死亡する例も報告され、コッホ自身もその治効を否定せざるを得なくなった。コッホの名声が大きかっただけに、世間の幻滅も、コッホ自身の傷も深く大きかった。¹⁹⁾ [川喜田愛郎, 1977, p

19) コッホのこの「最大の錯覚」は確かにヒトの結核には殆んど治効がなかったが、その後研究が進められて、1895 年には動物に対して適切に接種されれば、結核に冒されたことを発見することもできるようになった。さらにヒトに対しても 1907 年には、ウィーンの医師フォン・ビルケ (1874-1929) が、

902: ダルモン 2005 p374sq] コッホの弟子ベーリングによる結核「牛ワクチン」も同様の運命を辿ったこと、前述の通りである。20世紀半ばの抗生物質の発見と化学療法の確立まで、結核の効果的治療はなかったのである。

こうした治療法の手詰まり状態のなかで、次第に医師たちの評価を得てきたのがサナトリウムである。サナトリウムは、医師の指導の下に、大気療法、安静療法、食事療法の三つを実践する結核療養所である。その起源は比較的新しく、前述したようにイギリス人医師ジョージ・ボディントン (1799-1882) が、1840年にパーミンガム近傍に Driffold House Asylum をつくったのが始まりである。かれは、結核患者に新鮮な空気と良い食物を十分に与え、脈を少なくするために少しのぶどう酒と、夜の睡眠のためにアヘンの丸薬を与えること、また戸外の空気を十分に呼吸するために朝の散歩や騎乗散歩をすることなどを説いた。これらの処置により肺の空洞や腫瘍を小さくしようとするのがかれの狙いであった。だが、この試みは評価されるどころか、イギリスの権威ある医学雑誌『ランセット』は、何の根拠もない乱暴な方法だとかれを非難したので、ボディントンは失意のうちに医業を止めてしまった。[岡西順二郎,1973 p124: 大森弘喜,2010 p83-84]

その後ドイツ人医師ヘルマン・ブレマー Hermann Brehmer (1826-1889) が、1859年シュレジエンにゲルベルスドルフ肺結核療養所を創設し

ごく少量のツベルクリンを皮膚下に注射する経皮反応を発見した。いわゆるツベルクリン反応である。ピルケの発見の翌年には、フランスのマントゥーとドイツのメンデルが独立にツベルクリン皮内反応を発表した。その後改良を加えられて、ツベルクリン反応検査は結核初感染の診断技術として広く使われるようになった。[岩崎龍郎,1988 p39sq: ライザー,1995 p86: ダルモン 2005 p389sq] ツベルクリンを同じ集団に継続的に実施し、その陽転率に着目することで、伝染源すなわち開放性肺結核患者の存在をつきとめることにも応用できるといふ。[宮本忍,1947 p20]

19世紀末にはレントゲンによるX線の発見とその医学への応用、とくに胸部疾患の撮影の成功があった。この両者があいまって結核診断が飛躍的に精度を増し、結核の早期発見、ひいては結核死亡率の顕著な低下が達成されるのである。

た。かれは、肺が大きく心臓が小さく血管が狭い体質が結核に罹りやすく、また慢性の栄養失調や種々の外界の有害な影響が肺結核に罹る素地をつくると考えた。そうした体質を改善するために、結核患者に清浄な空気、十分な栄養、適度な運動を与えることを三つの柱に据えた。[木崎国嘉,1957, p126] また患者が平熱に戻ったら心臓の力を強くするためと称して、毎日6kmの散歩や登坂運動を課した。ブレーマーは気性の激しい信念の人で、単なる転地療養ではなく、医師の厳しい監督下で規則正しい生活をおくることをサナトリウム療法の基礎にしたという。[岡西順二郎,1973 p126]

ペーター・デットヴァイラー Peter Dettweiler (1837-1904) は、軍医として普仏戦争に従軍し結核に感染し、この療養所でブレーマーの療法を受けていたが、師の運動療法に疑問を覚え、戸外運動の代わりに青空の下で静臥することを始めた。これが好結果をもたらしたので、彼は肺結核に運動は有害だとして、徹底した静臥療法を説いた。かれは1876年ドイツ西部のファルケンシュタインに新しい結核療養所をつくり、「開放静臥療法」を実施した。つまり一日7~10時間、雨の日も風の日も、雪の日も、患者をベッドか静臥椅子に座らせて、安静のうちに清浄な空気に慣らさせるというものだった。[岡西順二郎,1973 p127] サナトリウム療法の三要素という観点からするなら、ファルケンシュタイン結核療養所が真の意味でサナトリウムの嚆矢かもしれない。

同じ頃アメリカでエドワード・トルドー Edward Trudeau (1848-1915) が肺結核に罹り転地療養を繰り返していたが、1882年にイギリスの医学雑誌に掲載されたブレーマーとデットヴァイラーの療養法に関する論評記事を偶然眼にした。[トルドー,1943 p170]

かれは既に1873年からニューヨーク州の北方アディロンダック山地の寒村で、狩猟を楽しみながら療養していたが、好きな狩猟を楽しんだ翌日はひどく疲れを覚える経験を重ねていた。かれはこの論評記事のとりわけ安静療法に心を動かされ、「財布の軽い労働階級の患者達」にも利用でき

るサナトリウムの建設を思いついた。1885年に「400ドルの小病舎」が竣工し、肺結核と脊椎カリエスに罹った二人の女工姉妹を住まわせて大気療法を施した。これが後のアディロンダック・サナトリウムの原型であり、アメリカにおける最初のサナトリウムであった。[トルドー、1943 p183sq]

日本でこのプレーマー＝デットヴァイラーの療法に早い時期に着目し、サナトリウム療法を導入したのは医師鶴崎平三郎であり、かれは1889年(明治22)兵庫県に須磨浦療病院を建ててこれを実践した。その後明治末期まで、風光明媚な場所、須磨や湘南海岸などの沿海部に十数か所の私立結核療養所が建設されるようになる。その入院費は決して安くなかったから、私立サナトリウムで長期療養できる患者は、経済的に余裕のあるブルジョワに限られたのである。²⁰⁾ こうしたなか、政府は別の観点から公立サナトリウムの建設の必要性を自覚し、大阪市立刀根山療養所を皮切りに、全国の主要都市に療養所を設置させたのである。内務省衛生局の「別の観点」とは、私立サナトリウムが主に療養と治癒を目指したのに対し、公立療養所では「周囲に危害を及ぼす恐れのある結核患者を隔離すること」に力点があったという。[青木純一 2004 p200]

サナトリウム療法

この療法は大気療法、安静(静臥)療法、食事療法の三要素から成る。

20) 1910年代に相次いで建設された私立療養所の入院費は、安いところで一日当たり1~2円、高いところで同4~5円だったという。同じ頃の公務員の初任給が75円程度だったから、私立サナトリウムでの療養は贅沢だったといえる。[青木純一 2004 p202] なかでも富士見高原療養所は1926(大正15)年、日本初の高原サナトリウムとして建てられた豪勢な私立サナトリウムのひとつだった。画家の竹久夢二が1934年に入院した特別室は、間取りも広く設備も完璧であり、ハヶ岳一帯を眺望できたので、入院費は一日当たり25円もしたという。[立川昭二、1989 p242-245] 夢二と相前後して堀辰雄も当サナトリウムに入院している。

ところで青木純一氏が「欧米において結核療養所が発達したのは19世紀中頃であり」[青木純一 2004 p217]と記すのは誤りで、本稿に見るように19世紀末から20世紀初め、フランスでは1920年代とかなり遅いのである。

大気療法は、煙や塵埃、細菌、ガスなどを含まない清澄な空気を呼吸することで、気道の炎症を鎮め、病気の治癒を促進し、他方、紫外線や冷涼な大気による皮膚や粘膜への刺戟により自律神経の働きを活発にし、ひいては身体機能の回復を促すことを目的とした。[木崎国嘉,1957 p128] 結核患者に急激な変化を与えないために、最初は病室の窓を全開して外気を取り入れる「室内開放療法」を施し、やがて夜間にも、冬季にも窓を開けておいてベッドに静臥しても耐えられるようになったら、戸外での大気、とくに冷気に当たるようにする。この療法により症状が軽快し、とくに寒い季節には著しい効果が得られるという。[近藤宏二,1942 p100；木崎国嘉,1957 p127²¹⁾

こうした環境を得るために、フランスのサナトリウムは、人里離れた樅 sapin の森林内に建設されることが多い。サナトリウムの構造はその地形にも左右されるが、共通するのは南向きに長い回廊 galerie を備えていたことであろう。いま平面図を入手しえたブリニィ Bligny サナトリウムを例に引いて説明しよう。（図1参照）このサナトリウムは庶民の結核患者のためにパリ郊外の森林の中に建設されたもので、男女各一棟があるが、基本設計はほぼ同じである。平面図が見やすい婦人棟を見ると、左翼に病室が連なる。病室は費用とサービスの関係から3人で一つの室を占有し（病室面積は72m²）、ベッド間にはカーテンがあり、一人になりたいときは

21) トルドー博士が1873年に、転地療養先としてアディロンダックを選んだのは、その大森林と自然環境に憧れ、狩猟を楽しむことができると考えたからで、「その地方の気候が多少でも療養上効き目があるなどと考えたからではない。〈中略〉その気候は極めて険悪な酷寒の地として知られていた」という。[トルドー,1943, p85] だが、大自然の清澄かつ冷涼な空気を吸い、心も体も平穏安静を得たため、トルドー博士の病状は眼に見えて回復する。「環境と生活の変化、よみがえる希望の刺戟、引きつづく外気生活は私の健康に驚く程の効果を與えた。暫くのうちに食事は進み、睡眠も十分取れるようになり、さうして発熱もなくなった。當時誰も安静の重要価値に氣のついたものはなかった。」[トルドー,1943, p98] これはかれが晩年に回想して記述したもので、この時点ではまだプレーマーやデットヴァイラーのサナトリウム療法、ことに安静療法を知らないままに実践していたのである。

図1

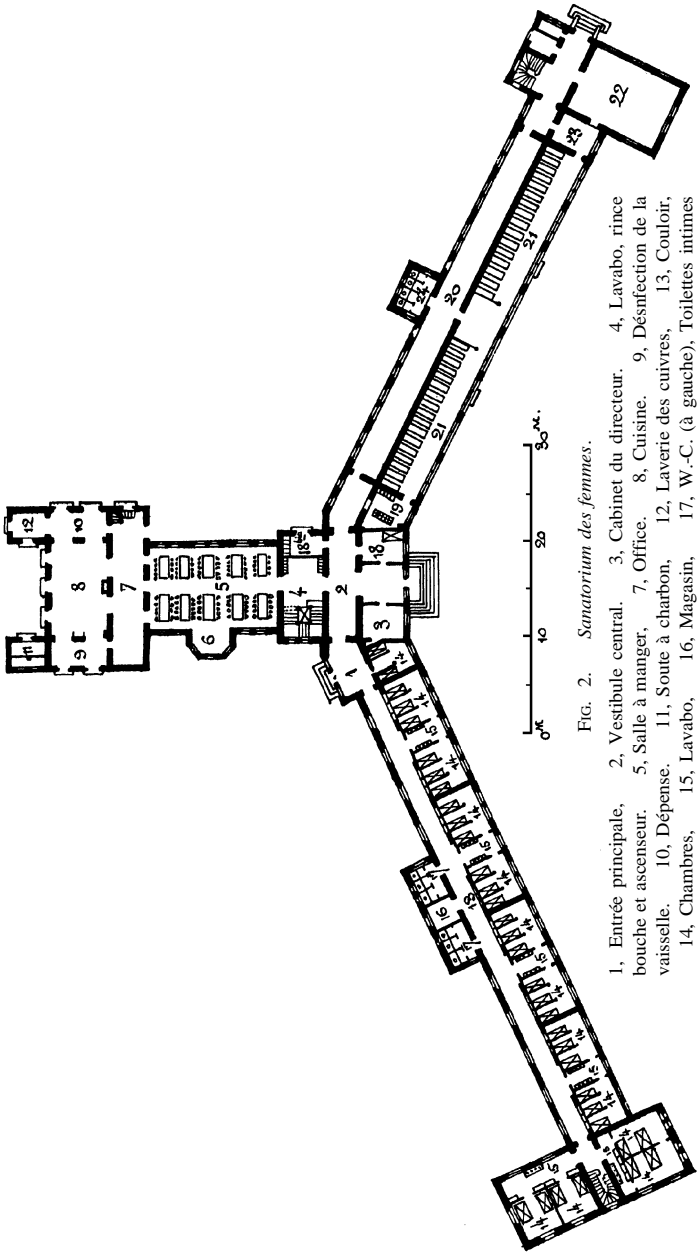


FIG. 2. Sanatorium des femmes.

- 1, Entrée principale, 2, Vestibule central, 3, Cabinet du directeur, 4, Lavabo, rince bouche et ascenseur, 5, Salle à manger, 7, Office, 8, Cuisine, 9, Désinfection de la vaisselle, 10, Dépense, 11, Soute à charbon, 12, Laverie des cuivres, 13, Couloir, 14, Chambres, 15, Lavabo, 16, Magasin, 17, W.-C. (à gauche), Toilettes intimes (à droite), 18, Surveillante, 18 bis, Brosserie, 19, Yestiaire, 20, Promenoir, 21, Galeries de cure, 22, 23, Personnel, 24, W.-C.

出典 [Guinaud, 1909, p1065]

閉めることができる。病室にはドアはない。また病室と病室の間には洗面所がある。サナトリウムの特徴である回廊は右翼にある。そこに籐製の長椅子が一定の間隔で置かれ、患者は午前と午後、決められた時刻に、この長椅子に半ば寝そべて、新鮮な外気を呼吸する。直射日光や気象の急激な変化を避けるために、長椅子は開放窓からかなりの距離をとって配置されている。回復の顕著な患者は、戸外の緑陰に置かれた長椅子で外気療法を受けることもできる。[Guinard, 1909, p1066]²²⁾

安静（静臥）療法は上記の長椅子を利用した長時間の大気療法と重複するせいか、管見の限りでは当時の医学論文などにも詳述されてない。その後の結核医の研究によれば、身体の安静は新陳代謝を低下させ結核菌や結核病巣からの破壊産物が他の器官に移動することを妨げ、肺内伝播の機会も減り発熱や頻脈などの中毒症状が軽快し、病巣の治癒が促進される。また呼吸が減ることは酸素を必要とする結核菌の活動を抑制するから、空洞を小さくする効果もあるという。[木崎国嘉, 1957, p130]

安静の程度も病状により異なり、絶対安静、比較的安静、軽度の安静に分かれる。例えば、「絶対安静の場合には、食事はもちろん横臥のまま看護人の手を煩わし、大小の便用も床上で済ませ、顔や身体を拭うのも人手によらねばならない。」²³⁾ [近藤宏二, 1942, p102] 身体の安静と並んで精

22) ドイツ人が地中海沿岸のゴルピオに建設したサナトリウムは、電気照明、水洗トイレ、清潔な上水設備を備えた近代的なサナトリウムだが、ここにも長く大きい回廊が設えられ、そこにドイツ規格の長椅子が設置されていた。患者は一日中そこで大気療法を受けることができ、また医師の許可を得れば散歩ができる、ゆったりとした起伏の道がつけられていた。[Deschamps, 1902, p145]

トルドー博士のアディロンダック・サナトリウムにはこの回廊はなく、広大な敷地に独立の小舎（コテージ）が点在した。かれがヨーロッパの情報を得られず独力で設計したためである。かれは、見ず知らずの患者同士の雑居による刺戟を避けるためと、患者が新鮮な空気を十分に得られるため、さらに寄付者からの寄付を受けやすくするために、小舎方式を採ったという。[トルドー, 1943, p186]

23) 例えば日本の結核予防会は、「仕事を休み、病院または家庭で療養する患者」について、安静度を1から5段階に、「仕事に就いてよい患者」は安静6か

神の安静も大事であること、云うまでもない。病状の変化や治癒への疑いなど病人の悩みと不安は計り知れないが、こうした個人の事情を度外視してフランスの結核患者につきまとう不安は、サナトリウム入院に伴う経済的な事柄と家庭生活の心配ではなかったか、と思われる。この点は後述する。

サナトリウム療法の三つ目の要素が食事(栄養)療法である。肺結核(肺癆)は「消耗病 phthisis, consumption」と云われてきたことから窺えるように、衰弱をきたす病だから栄養補給はことのほか重視された。近年では、結核患者の食事療養は健康人の食事よりも総熱量で幾分多く、動物性タンパクや脂肪は十分に取り、且つ偏食に陥らないように新鮮な野菜や果物を加えることが良いとされている。また患者の食欲を刺激するように、調理に工夫を凝らし、消化吸収のよい食事がよいとされている。[木崎国嘉, 1957 p131-139; 近藤宏二, 1942 p103] デットヴァイラーのサナトリウムでの食事療養は次のようなものだった。[Brouardel, 1910, p415]

朝7時から8時の朝食：コーヒー 茶またはカカオ バター付きビスケットを好きなだけ 或いは小さなバター付きパン 柔らかく油の少ない菓子 コップ1杯の牛乳を数口に分けて飲む

午前10時：コップ1~2杯の牛乳 バター付きパンと一緒に小瓶のクミス(中央アジアの馬乳発酵飲料) 時には鶏卵入りブイヨン 或いはバターつきパンと冷たい肉とぶどう酒1杯 できれば牛乳コップ1杯

午後1時昼食：炙った肉料理 野菜 デザート 鉱水で割ったぶどう酒

午後4時：新鮮な牛乳1杯かクミス 小さなバター付きパンと一緒に

夕方7時から7時半の夕食：ジャガイモ・コメ・麵添えの温かい肉料理

ら8度の段階に区分して、それぞれの日課、食事・用便・面会・歩行・清拭と入浴・禁止事項などを事細かに定めている。[木崎国嘉, 1957, 巻末別表]

また呼吸器系の安静も不可欠で、ことに咽頭結核患者は、談話を避け、用事は筆談で済ませ、無言の行を行なうべしと云う。[木崎国嘉, 1957 p131; 近藤宏二, 1942 p102]

冷たい肉 ソーセージ 鶏肉サラダ・コンポート添え ぶどう酒
夕方晩く：コニャックを数滴たらした牛乳 1 杯

ここから伺えるようにデットヴァイラーは結核患者の牛乳摂取を重視していた。一人一日 1 杯を数回に分けて患者に飲ませている。余り牛乳が好きでない者にはコニャックやカカオを入れる工夫が見える。どうしても受け付けられない患者にはクミスを与えている。全体に十分なタンパク質と脂肪が確保されている。その一世代後に建設された前述のゴルピオ・サナトリウムでは、食事内容がより充実しているように見える。²⁴⁾

サナトリウムはどこでもそうかもしれないが、とくにドイツの私立サナトリウムでは、この療法に確信と信念をもつ医師がきっちりと患者の生活を監督している。かれらは「サナトリウムの価値はその医師によって決まる」と考えているという。[Deschamps, 1902, p147; Brouardel, 1910, p416]

ドイツにおける民衆サナトリウム

トーマス・マンの『魔の山』は、スイスのダボスにあるサナトリウムで話したが、風光明媚で空気も清澄なスイス山岳地帯には私立サナトリウムが建てられ、著名な文人たちが結核療養生活を送った。そのゆったりとした敷地で、大気・安静・食事療法を享受するには、かなりの療養費を要したことは云うまでもない。だが縷々述べてきたように、結核の惨禍は国民一般、とりわけ労働者階級に広く深く及んだのであって、結核防遏の観点からは、財産をもたない労働者階級のための療養施設をつくるのが肝

24) ゴルピオ・サナトリウムの食事療法は、決まった時刻に適度の量の食事を与えるというもので、その内容は次の如し。朝食 8 時：デンブン質を含むスープ、コーヒー、茶、ショコラ、牛乳、パン、バター、蜂蜜。おやつは 10 時から 12 時の任意の時間に牛乳とパン、昼食 12 時半、4~5 皿の料理とデザート、おやつ午後 4 時 茶・ショコラ・牛乳・パン・バターのどれでも。夕食 7 時、料理 3~4 皿。飲み物は医師が決めたものを決めた量だけ、食事のときに許される、という。[Deschamps, 1902, p146]

要であった。それが民衆サナトリウム sanatorium populaire であり、その範例を示したのがドイツである。

ドイツにおける結核の蔓延とその土壌をなす不衛生住宅や貧困などの考究は、ドイツ史の専門家に委ねることにし、私はフランス側の文献や資料に依拠しつつ、民衆サナトリウムに関わる事柄だけに言及する。ドイツにおける民衆サナトリウムは1890年代から20世紀初めにかけてドイツ各地に相次いで開設された。1903年ブリュッセル国際衛生・人口会議の報告では、ドイツ帝国全体で私立サナトリウムを20、民衆サナトリウムは65を数えるという。²⁵⁾ その2年後には、建設中のものを含めるとおよそ計100施設を数えるまでに増える。そのベッド数は1902年時点で私立サナトリウムがおよそ1,800床、民衆サナトリウムが5,000床、合計で5,800床であるが、1904時点では私立サナトリウムが不明だが、民衆サナトリウムが5,800床だから、ざっと見積もって7,500から8,000床はであると推定されている。[Santoliquido, 1903, p12: Verhaeghe, 1904, p701] その分布は人口稠密な西部と南部に多いが、必ずしも人口密度に対応している訳ではない。

結核患者は民衆サナトリウムで平均ほぼ3ヶ月、大気・安静・食事療法を受けている。その結果、およそ70%の結核患者が「治癒 guéri」もしくは「症状改善 amélioré」して退院しているという。しかし、再入院する患者が無視できないほど存在するという事実から、後に見るように「治癒」や「改善」が疑問視される。²⁶⁾ それはともかく、これら民衆サナト

25) 1903年ブリュッセル国際会議の議事録の巻末には、ドイツで稼働している民衆サナトリウムのリストが掲載されている。建設・運営主体、開設年、男女のベッド数、治療費、1902年の治療者数などの項目があり、貴重な資料であるが、煩雑になるので引用は差し控える。

26) 1900年に開設したベルツイヒ Belzig サナトリウムは、男女合せて119のベッドをもつが、その入院患者は男では商人、職人、職員が多いのが特徴である。患者の約80%が入院日数半年未満であり、およそ80%が「治癒」・「顕著に改善」・「改善」して退院する。「元のまま」と死亡は合せて20%である。だが注目すべきは、一旦治って退院した患者が、5ヵ月後もしくは10

リウムの利用者は、ひとりの入院期間が平均3ヶ月であることから、20世紀初めころはおおよそ30千人と推定されている。その一人当たり療養費は一日平均3.5マルクである。私立サナトリウムのそれがおおよそ5ないし12マルクだから、民衆サナトリウムの経費はその30~70%程度に当たる。

民衆サナトリウムの建設・運営には多くの団体が関与していた。1892年に最初の民衆サナトリウムを建設したのはフランクフルト・アム・マインの福祉団体であったが、このように、都市自治体あるいはその地域連合が民衆サナトリウムを建設・運営する例も目に付く。先に紹介したベルツイヒ・サナトリウムの建設主体は、ベルリン・ブランデンブルク・サナトリウム同盟であり、フォーゲルザング Vogelsang サナトリウムはザクセン地方の連合体の建設・運営になる。ドイツ赤十字の貢献も見逃せない。民衆サナトリウムの代表的事例としてしばしば引き合いに出され、カルメットも訪れたベルリンのグラボーゼー Grabowsee サナトリウムは、赤十字民衆サナトリウム同盟の建設・運営になるが、ドイツ赤十字の役割はむしろ自ら建設主体になるというよりも、民衆サナトリウムの建設を後援し、ときには建設費の補助を与えることであった。[Savary, 1904, p27]

その他目に付くのは、保険会社の地域連合体が関与する例 - ベーリツ Beelitz, コトブス Kottbus, ケーニヒスベルク Königsberg サナトリウムなど - またヨハネ騎士修道会など宗教団体によるもの - ゾルゲ Sorge サナトリウム, ヨハネ派ホスピス, アルテナ・ヨハネ派病院など - もある。20世紀初頭には民衆サナトリウムの建設団体は33団体も存在していたという。[Savary, 1904, p27]

民衆サナトリウムといえども、その建設にはかなりの資金が要ることは

ヵ月後に再入院するものが一定数存在することである。[Moeller, 1902, p 761] この Dr. Moeller の定義によれば、「治癒」とは、「検査の結果肺に何らの病理学的病変も認められず、また咳や喀痰中にも結核菌が完全に消滅したもの」指すというが、それでもこれは相対的な治癒でしかない、と云う。

容易に想像される。広大な山林などの敷地，男女別の病棟，大気療法のための長い回廊，厨房や食堂，医務室と喀痰などの検査室，高温蒸気設備をもつ洗濯室や娯楽室，職員のための宿泊所などが必要だからである。²⁷⁾ また，医師・看護婦・従業員などスタッフへの給与，上下水処理，暖房そして食事などの運営費も嵩む。この頃開催された国際会議でもそのコスト比較がたびたび論議されているが，サナトリウムの立地や規模，設備の充実度合いなどで大きく変わるので単純な比較は意味がない。私立サナトリウムのように，いわば市場経済システムに則って建設・運営されるのと違って，非営利を建前とする民衆サナトリウムは，費用を受益者である患者にすべて転嫁することはできない。

この点でドイツのいわゆるビスマルク社会保険制度が果たした役割は大きい。その内容の立ち入った考察は私の能力と本稿の枠組みを越えるので，略言すれば，ビスマルクの社会保険制度は，1883年の疾病保険法，翌84年の労災保険法，89年の廢疾（障害）・老齡保険法の三つを構成要素として成り立っており，それらが相互に連繋して，病氣・労災・老齡などを事由とする「労働による稼得不能」に対処したのである。一旦制定されたこれら三法は，その後改定を加えられ適用範囲が拡大された。いま本稿に関連した疾病保険に限定すれば，制定の2年後の1885年には賃銀労働者の40%，全人口の18%がその給付を享受していたが，第一次世界大戦開戦時にはその加入者は賃銀労働者のすべて，職員の一部，就業者の半分，全

27) 前記のグラーボゼー・サナトリウムは，1895年にベルリンから1時間ほどの縦の森林内に開設されたもので，ベッド数は男子用に189しかないのだが，その建設費用は当初の5万マルクから，次々と施設の拡充が図られた結果，計30万マルクに膨らんだという。[Critzman, 1899, p98]

パリの公的扶助機関 Assistance Publique が，縦の森林内に建設中のアンジクール・サナトリウムは，当初50床の規模で建設費70万フランだったが，パリ市議会はそれでは余りにも少ないのでその2倍の病床を造るために，追加予算で50万フランを議決し，1900年の開設をめざしたという。[Reille, 1898, p513] また前記のプリニィ・サナトリウムは，120人の結核患者の療養のために，建設費用150万フラン，運営費年間18万フランを要するという。[Suffit, 1905, p312]

人口の 37% にまで拡大したという。併せて給付対象も被保険者の家族にまで拡大され、給付金額も 1885 年の被保険者一人当たり 11 マルクから、1914 年には 28 マルクにまで増加したという。[木下秀雄 ,1997 p217-220]

ドイツにおける民衆サナトリウムの唱道者のひとりであるパンヴィツ博士が、ある標準的労働者が結核に罹り、サナトリウムで療養するときどのような社会保障を受けられるか、を物語風に記述したものがあるので紹介しよう。

労働者 D 氏は、既婚、子ども 5 人、夫人も働いている。子どもの面倒は祖母が看ている。この祖母も咳をしている。かれはある日、赤十字の婦人の訪問を受け、医者への健診を受けることを勧められ決意する。検査の結果かれは気管支カタルに罹っていることが判明し、赤十字の経営するサナトリウムに入院し、大気療法を受けることにする。この 2 週間の療養費は疾病保険金庫から支払われ、家族には現金で生活費の援助がある。というのは、D 氏は、疾病保険と廃疾・老齢保険に加入しているからである。

かれは更に精密検査を受けたところ、結核の疑いがあるので、喀痰検査をうける。検査の結果第 1 期の結核に罹患していることが判明、サナトリウムでの療養が必要であると宣告される。この間、疾病保険の検査官がかれの自宅を訪問し、衛生状態などをチェックする。大勢の家族が寄り添うように暮らす過密居住の実態が分かるが、差し当たり検査官の指示で、市当局による住宅の消毒が行なわれる。

やがて D 氏はグラールボゼー・サナトリウムに入院できた。その療養費の一部は疾病保険により、他の一部は廃疾・老齢保険により支払われる。家族にもこの廃疾保険から D 氏の賃銀の一部が給付される。新たに診察を受けたところ、かれは去年打撲傷を負い、それが因で結核に罹ったことが判明したので、労災保険の適用も受けられた。

このグラールボゼー・サナトリウムは赤十字の建設・運営になるものだが、

その看護婦が彼の自宅を訪問し、家族の生活状態などを質問表に記入する。彼女はまた、かれの家族が窮迫しないように牛乳や食料品などの金券を配布し、必要ならば家賃補助などの支援を手配する。廃疾保険からの給付では十分な生活費が得られないときに、このように民間の慈善や福祉がカバーする。

この間、赤十字がかれの家族の健康状態を調査する。すると祖母はかなり重症の結核に罹患していることが判明し、直ちに病院へ、その後アジル(末期患者療養施設)に入院する。8歳の子どもの結核に罹患していると判明、赤十字の経営する子ども専用のサナトリウムへ送られる。こうした調査結果と処置はすべて市当局へ報告される

D氏はその後症状が改善し、咳も出なくなり、痰も減り、体重も増加し、労働可能となる。何よりかれはサナトリウム生活で自分の病気をよく知り、周囲への感染防止の術を心得る。息子も程なくサナトリウムから戻る。かれもまた結核の注意事項をよく理解し、体力も回復した。疾病保険は、必要ならばかれがさらに数週間大気療法を続けることを許可する。また保険会社は、かれの家族に数週間分の食事券を配布することもある。この食事券で、福祉団体が実施する病人への食事サービスを受けることができる。その後も、引き続き赤十字がこの家族を監視し、看護婦が時々母親を訪ね、助言と援助を与える。例えばフランス流の「労働者の菜園 *jardin ouvrier*」なども貸与する。

パンヴィツ氏はこれが結核防遏のための官民協力体制であり、D氏に与えられたような援助が国民全体に給付されることが理想だと締め括っている。[Pannwitz, 1903, p1005sq]

サナトリウム評価をめぐる国際論議

ドイツの民衆サナトリウムの経験は折々の国際会議の席で報告され、各国代表もそれぞれの立場でコメントした。1897年のモスクワ国際医学会

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

議ではベルリンの医師ライデンが、ドイツでは120万人の肺癆患者がおり、うち18万人が毎年死亡してゆく、治療法は幾つか推奨されているが、いずれも限界があり、コッホのツベルクリンもこれまでの観察では大して希望が持てない、それに対してプレーマーのサナトリウム療法では、患者の3分の1が治癒または改善するという効果を生んでいる、富者は自宅で療養できるが、そうした条件を欠く中産層や労働者階級にはサナトリウムは必要である、と述べている。[Leyden 1898, 92]

1901年ロンドン国際結核会議の第1部会では、ドイツのビーレフェルトが先述の労働者保険制度との関わりで、民衆サナトリウムで大気・食事療法や衛生教育を受けている結核患者が、1897年から1900年までに21,176人に昇ることを挙げてその効果を訴えた。会議は全体にサナトリウムには好意的評価を下し、イギリスのJ. C. ブラウン卿が、結核の治療とその減少のためにはサナトリウムの建設が不可欠であり、とりわけ最も患者の多い貧困層のためには民衆サナトリウムの建設が必要である、そのために都市自治体はその建設が確保されるように尽力すべきである、と発言した。[Congrès de Londres, 1901, p820-824]

1903年のブリュッセル国際衛生・人口会議では、第6部会の第3問題が「結核防遏に関わる公権力介入について」議論を戦わせ、先述の結核届け出と並んで民衆サナトリウムも俎上に乗せた。イギリスのニューショームは、サナトリウムにおける患者の躰効果を評価しているのが注目される。つまり結核患者への注意義務などを書面にして配布しても、何の効果もないのであり、身をもって教えることが重要だという。かれは長年の経験から、地面や床への喀痰禁止を何度云っても守れない患者たちの中から選抜して、ブライトン市のサナトリウムへ送り込み矯正すること、その間にかれの自宅を消毒すること、サナトリウムでは有害な塵埃から解放され、栄養ある食事を取り、戸外での大気療法をうけて、それなりに健康を回復できると述べる。実際毎年100ないし120人の結核患者を送り込んでおり、

結核死亡はかなり減ったと報告した。[Newsholme, 1903, p15]

ドイツのパンヴィツは淡々と結核防遏の一般的原则を述べ、サナトリウム療法の受益者については治癒の可能性のある患者に限定し、症状が進んだ患者は別の隔離施設を用意すべしと云う。また結核防遏は公衆の利益であるから、結核患者が困窮に陥らないような対策を採らねばならない、現にドイツでは三つの保険基金残高は10億マルクに達し、これを原資として病院、サナトリウム、労働者住宅の建設が進められている、財産を持たない労働者30千人が毎年民衆サナトリウムで療養している、と報告した。[Pannwitz, 1903, p7-15]

だが会議では、民衆サナトリウムの赫々たる成果と効用を説くドイツ代表に対して、批判的な声も上がる。まずイタリアの医師サントリキードが口火を切った。かれは、ドイツで民衆サナトリウムがかくも設立された背景には、労働者強制保険制度の確立が貢献していると正確な事実認識を示した後に、しかし民衆サナトリウムの建設開始は1892年以降であるのに対し、ドイツにおける結核死亡率の低下は寧ろそれ以前から顕著に認められる、それゆえサナトリウムの貢献は疑わしい。実際、ドイツ全体で結核患者は100万人も数えるのに、年間のサナトリウム利用者は25~30千人に過ぎない、さらにその問題点として、(1)最も危険な結核患者はそこに入院が認められない、たとえ入院しても回復不可能と判断されると退院させられる。(2)入院期間が余りも短いので完全回復が得られない。(3)如何に建設・運営にカネを掛けたとしても、結核患者数に比してごく少数のものしか手当てできない。(4)どんな患者もそこに入院し窮屈な思いをするのは好まない、などを挙げ、サナトリウムの効果を過大視してはならない、国家を挙げての結核防遏の戦いで、サナトリウム建設だけを推奨することはできないと主張した。²⁸⁾ [Santoliquido, 1903, p38, p93]

28) サントリキードは、ドイツにおける結核死亡率の低下要因をサナトリウムではなく、かれがイギリス方式と呼ぶ一連の施策に求めている。つまり安価で

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

会議ではこれを支持する意見が、フランスのアルマンゴーとサヴォワールから表明される。かれらに共通する疑問は、僅か3ヶ月のサナトリウム滞在で70%もの患者が治癒し、改善するというのは本当か、さらに、治癒を「病人が労働能力の3分の1を回復した状態」、つまり「経済的回復」と定義することは妥当かと疑問を呈す。そのような好成績は、恐らく事前の検査で、結核が殆んど進行していない者だけを入院させ、重症患者は家に送還しているのではないかと述べる。サヴォワールは真の回復率は精々10%程度だろうと云い、さらにサナトリウムにおける患者教育にも、遅すぎる、大人に教え込んだところで、サナトリウムを出たら直ぐに忘れてしまうだろうと、悲観的である。[Congrès de Bruxelles, 1903, p42-49]

これらの民衆サナトリウム批判にドイツ代表は当然ながら反撥した。ベルリンの医師 P. ヤコブが、唐突なサナトリウム批判に驚きを禁じえないとして、毎年30千人の結核患者をサナトリウムで療養させ、うち7千人が完全に回復して社会復帰しているこの実績を、取るに足らないと云えるのか、確かに残り50~60%が一旦社会に復帰しながら、数年のうちに再発・死亡するが、それはサナトリウムのせいではなく、戻った職場や家庭環境が良くないからだ、と反論する。更に、確かに我々は嗜痰していない患者を主に受け容れているが、ツベルクリン反応検査などをきちんと実施している、費用対効果の点では、7千人の完全復帰と20千人の1年ないし2年の延命は社会に大きな富をもたらしている、と反論する。[Congrès de Bruxelles, 1903, p75]

ベルリンの医師グリュンベルクも、プロイセン鉄道従業員の疾病・廃疾

清潔な庶民住宅、工場での労働条件や労働衛生の改善、都市の衛生化事業、個人の衛生意識の向上、スポーツ振興と免疫力の向上、生活水準、とりわけ栄養条件の向上などである。[Santoliquido, 1903, p38] 私はここでかれの所説を実証的に検討することはできないが、参考までにドイツ帝国とプロイセンの結核死亡率を掲げておく。1880 - 86年：帝国 343, プロイセン 311, 87 - 93年：帝国 239, プロイセン 271, 94 - 97年：帝国 242, プロイセン 226。[Santoliquido, 1903, p15]

保険基金は毎年かなりの結核患者をサナトリウムに送り込んでいるが、80%以上が1年間の療養を終えて職場復帰している。もっとも長期間サナトリウム生活を送る者もいる、と反論する。またベルリンの医師ベッカーは、民衆サナトリウムができて初めて貧しい結核患者は、富裕層が享受していた利益を受けることができたのだ、医師もそこで病人の指導者になれたのだ、とサナトリウム方式を高く評価している。[Congrès de Bruxelles, 1903, p78]

次の1905年のパリ国際結核会議でもっと辛辣なサナトリウム批判を展開したのは、フランスのC. シュフィとCh. ロブリである。かれらは、世間は結核が社会的病であることを忘れて、サナトリウムに入院すれば治癒するのだ、と誤った認識をもつようになっている、僅か3ヶ月の逗留で75%もの治癒・改善率は得られる筈もないし、もしそうだとするとそれは一時的な現象でしかない、結核治療は2年、3年と続く長く困難な闘いであることを知らねばならない、と云う。だから、たとえ治癒・改善して労働に復帰するにしても、元の職場で疲労を伴うような仕事に戻るの厳禁であり、これを軽視するならサナトリウムや病院へ再入院することになる。そのときサナトリウムや病院は「死の控えの間、社会的条件が許す最後の休息の場」になる。「サナトリウムが結核を治すことはないし、労働者がそこで元気を回復するエネルギーの貯蔵庫とも云えない。それは只、かれの生活を変えることによって致命的な終末を遅らせるだけだ」と結論する。

かれらはまた、民衆サナトリウムの建設と運営に費用が高みすぎると批判する。それくらいなら労働者・庶民の結核患者に十分な施しを与え、農村での休息と豊かな食事を与える方がまだ、ともいう。そして根源的には、労働者の待遇改善、居住環境の改善、疾病・廃疾への扶助が必要で、サナトリウムはその補完物であると主張した。[Suffit, 1905, p504-518]

この報告に続く討論で、シュフィ報告を全面的に支持したのは、前回と

同じフランスのサヴォワールだけで、会議の基調は民衆サナトリウムの役割を留保付きで承認する傾きを帯びている。デンマークの医師 S. バンは、貧しき労働者がよい食事、衛生教育、労働免除などを受けられるところが民衆サナトリウムであるとするなら、その有効性は否定できない、と述べる。またベルギーの医師 E. ベコモサナトリウムは特別の入院施設であり、自宅での療養が難しいが回復可能性のある患者を収容する機関であるべきだ、と云う。エディンバラの医師フィリップは、サナトリウムは万能ではない、併せてディスペンサリも、不治の患者用のアジールも、或いは回復期にある患者のためのコロニーも造るべきだと云う。

民衆サナトリウムの擁護者もシュフィの報告に反撥する。ベルリンの医師フロイントが、今や労働者自身が廃疾年金を受け取ることよりも、サナトリウムでの療養生活を望んでいるとシュフィに反論する。またフランスのアンジクール・サナトリウムの医師キユスも、民衆サナトリウムの誹謗者らは、サナトリウムの成績について悲観的すぎるようだ、大事なことは、治癒可能性の高い結核患者だけをサナトリウムに送り込んでないかを良く見ることだ、と微妙な見解を述べる。

以上の民衆サナトリウム論議から分かることは、サナトリウムが結核療養と結核予防という二つの役割を、暗黙のうちに担わされていることである。それは結核治療法が確立する以前にあっては止むを得ない状況であった。

まず療養機関としてみると、ドイツの民衆サナトリウムが療養期間を平均3ヶ月としていたことが、疑問の根底にあったように思う。その期間で本当に治癒できるのか、その割に、治癒・改善率は高すぎるのではないか、という疑問が生じるのは当然であった。ドイツの社会保険制度の恩恵を受給できる期間の上限が13週であるところに、根本的な制約があったと思われる。上記のプロイセン鉄道従業員のように1年以上のサナトリウ

ム療養なら、確かに好成績を収めることができよう。

それと関連して、民衆サナトリウムはどの段階の結核患者を受け容れるべきか、についても議論が分かれた。この当時はドイツの民衆サナトリウムに共通する方針はなかったようで、上記のヤコブやパンヴィツは、自宅での療養が難しい回復可能な患者を主に受け容れるべし、と云う。ところが、先に引用したベルツィヒ・サナトリウムでは、1901年時に318人入院させたが、症状の第1段階の患者94人、第2段階116人、第3段階108人という内訳であり、3分の1が重症の結核患者であった。[Moeller, 1902, p761]

だが国際輿論は、民衆サナトリウムには、軽度の回復可能な結核患者を入れ、療養後に社会復帰させるべきだ、という合意を次第に形成する。

民衆サナトリウムが軽度の結核患者を専ら受け容れるという方向は、民衆サナトリウムの予防的役割からすると別の問題を生じさせる。つまりある人々にとって、サナトリウムは結核患者を健康者から引き離す「隔離」効果が期待されていたからである。²⁹⁾ その喀痰が周囲に感染危険性をつくる開放性結核患者は、どこに収容すればよいのか、という新たな難問が生まれてくるのである。

とはいえ、民衆サナトリウムのもうひとつの予防的役割はそこで十分に果たされる。前述のニューショームが述べるように、喀痰の危険を徹底的に教え込み、大気・安静・食事の療法の意味を身を以って学ぶことは、たとえ成人になってからも必要であり、可能なことである。だが、医師が指導するサナトリウムを、専制的だと反発するフランス人医師がいることも事実である。³⁰⁾

29) 日本の公立療養所は、大気療法や安静療法、食事療法が実践されていた点では、ヨーロッパの民衆サナトリウムと同類と考えられる。例えば、食事はカロリーも十分で栄養のつく献立が用意されていたようである。[青木純一、2004 p243] だが、内務省による公立療養所開設の意図は患者の療養にあるのではなく、危険な患者の隔離にあったという。[青木純一 2004 p201]

30) サヴァリは、ドイツにおけるサナトリウム療法と民衆サナトリウム建設にお

フランスにおける民衆サナトリウム建設の遅れ

20世紀初頭ドイツ帝国が私立サナトリウムを含めて100以上のサナトリウムを数えるとき、フランスには民衆サナトリウムと呼べるものは、パリの公的扶助機関が創ったアンジクール・サナトリウムなど、片手で数えるほどしかなかった。ではフランスの医学・公衆衛生学界がこぞって民衆サナトリウムに批判的だったか、と云えばそんなことはなかった。1896年にグランシェ教授と医師トワノが、サナトリウム療法の価値を認め、それを実施しているドイツのファルケンシュタイン・サナトリウムに倣って、アンジクールでも貧しい結核患者にこの療法を早期に実施すべきだと説いている。[Grancher & Thoinot, 1896, 538-540]³¹⁾ また1898年には医師レイユは、ドイツにおける民衆サナトリウムの発展に注目し、その発想を評価している。つまり、民衆サナトリウム建設の発想は、治る者を死なせることは社会的損失であり、民衆サナトリウムの建設は高価だが、かれらを早期に治療し労働に復帰させてその損失を取り戻してもらうことにある、とかれは理解している。その上でアンジクール・サナトリウムの建設に期待を寄せるのだが、次のような心配も口にする。フランスの民衆はたといサナトリウムが無料だとしても尻込みするだろう、引越しはカネがかかるし面倒だし疲れる、家族と離れて暮らすことはモラル上も良くないことをよ

ける国家の役割をそれなりに評価し、それは西欧国家の役割について再考を促すものだと云うのだが、他方では、民衆サナトリウムは医師が統率するホテルであり、あまり素直でなく慎重でもない患者を、常時監視する空間だと批判的でもある。患者は、さまざまな医療プログラムを一日中実行してゆかざるを得ないし、今までの環境や習慣の変更で心理的な負担や不安を募らせる、と述べる。[Savary, 1904, p25sq] ここには、ラテン民族に共通する自由で開放的な気質が、ドイツ流の徹底した管理体制を嫌う一面が覗いている。

31) グランシェ教授も民衆サナトリウムに入院させるのは、軽度の治癒可能性の高い結核患者にすべきで、その選考は別の委員会で行うのがよい、という。またアンジクール・サナトリウムの建設を急ぐ理由のひとつに、かれは先輩医師たちが肺癆は不治の病であるという信念を広めたことへの贖罪意識もあるという。その誤った信念を人々から取り除くためにもこのサナトリウムが必要なのだ、という。[Grancher & Thoinot, 1896, p541]

く知っているからだ, と。[Reille, 1898, p517]

さて, フランスの医学界を主導する立場にあるブルアルデルは民衆サナトリウムをどう見ていたのだろうか。1899年ベルリンで開催された結核防遏会議にフランス代表として参加したかれは, ドイツにおける民衆サナトリウムの建設ラッシュを目の当たりにして, フランスにおける結核防遏の方途に思いを致したようだが, 「自ら治療しうる, また治療を望む者にとって, サナトリウムが決して唯一の方法ではない」と語っている。

[Brouardel, 1899, p150]

その2年後1901年ロンドン結核会議で, かれはフランスを代表して「国際的な結核防遏の戦い」と題する報告を行う。そのなかでドイツの民衆サナトリウムの実態を紹介しているが, その評価については沈黙している。³²⁾

さらにその2年後の1903年ブリュッセル会議では先にも引用した通り, 「結核防遏における公権力の介入」という枠組みで, 結核届け出やサナトリウム, ディスパンセルなどが論議され, ブルアルデルはモニと共同報告をしている。「今や結核の被害は深刻度をましている。結核防遏が喫緊の課題であることに異論はあるまい。だがその手段となると不一致がある。その固有の才能と気質, 習俗, 立法を以って各国は独自の戦いを進めている。とりわけ公権力の介入の仕方はさまざまである。」と述べ, フランスでは間接的な介入が原則であるという。焦点の民衆サナトリウムについては特に言及せず, ただ共済組合の保険基金や老齢廃疾年金制度が, 強制的になるような「国家介入があれば結核防遏の戦いはもっと勢よく進み, はっきりとした成果に結びつくに違いない」とコメントする。[Brouardel & Mosny, 1903, p22]

32) ブルアルデルはこの時点でドイツには83箇所のサナトリウムがあり, 12千人が療養していること, その平均入院期間は3ヶ月で, 健康を回復して職場復帰する患者の割合は着実に増えていること, またフランスにも同種のサナトリウムがいくつかあること, を述べるが, 評価も批判もしない。[Congrès de Londres, 1901, p739]

1905年パリ会議のサナトリウム論議では、ドイツのビーレフェルトの「結核防遏における労働者保険制度」報告に対して、ブルアルデルはごく短いコメントを発する。疾病と廃疾とを混同してはならない、結核は現実には臨床的多様性を含むのだから、それが提示する複雑な問題を解決するのに、一義的な処方箋を与えることはできない、と。つまりドイツ方式以外に結核防遏策はない、という押付けに反撥したのであるが、サナトリウム方式そのものへの言及は避けている。³³⁾ [Bielefeldt, (Discussion), 1905, p 425]

1910年のナンシィ講演でブルアルデルは、サナトリウムでの三つの療法を説明しつつ、サナトリウムに入院する患者は、その敷居を跨いだときから自由な意思をもたない存在として扱われる、かれは手当てをする医師のものである、その規則は極めて厳しいものにならざるを得ない、またそこは結核菌との戦いの場であり患者は常に痰壺を持ち歩かねばならない、この規則を破ったなら厳しい叱責処分を、2回目には即刻退院処分を受けると、幾分聴衆に恐怖感を与えている。だがその後で、サナトリウムの効能を、ドイツの民衆サナトリウムにおける治癒・改善率などのデータを引きながら説く。その効能が口コミで伝わるようになれば、若い人も家族もちも田舎のサナトリウムに入院するだろう、という。これまではサナトリウムへの入院が遅すぎた、それは人々が結核が遺伝性で不治の病だと思っていたからだ、医師は患者に病状をきちんと説明し、適切な処置を施せば治ること、反対にそのまま放置すれば周囲に感染させる危険があるという

33) パリの国際結核会議には下院の「社会保障・保険委員会」の議長を務めるミルランも参加して、この報告を聴いてコメントを寄せている。ドイツのように保険の諸形態を集中化するのは、また病人への援助と高齢者への援助を同時に実現するのは時期尚早であり、慎重さにも欠ける。ドイツ人から学ばべきは、かれらの保険基金の用途についてであり、予防事業の構築である。労働者や経営者から徴収した資本を社会事業に活用しなければならない、その機構の中で互助がもっとも重要な役割を果たすことが求められる、と。[Bielefeldt, (Discussion), 1905, p425] ここにはフランスの公権力の間接的介入重視の姿勢が看取される。

ことを伝えなければならない、と述べる。そうして最後に、民衆サナトリウムの建設は誰が主体になるのか、についても一歩踏み込んで大都市がそれぞれサナトリウムをつくるべきだという。その財源は疾病・廃疾保険基金であり、個人や民間のイニシアティブであるという。[Brouardel, 1910, p 413, 429]

恐らくこれが、第一次世界大戦前のフランス医学界・公衆衛生学界を主導する人々の到達点ではなかろうか。

このようにサナトリウム療法と民衆サナトリウムへの理解が得られない状況下では、民衆サナトリウムが建設される筈もなく、パリ周辺で言えば、アンジクールとブリニの二つだけ、リヨン関係ではひとつだけしかなかった。³⁴⁾ たといその価値を認めるにしても、その建設費用と運営費を捻出する枠組みが、第一次世界大戦前のフランスには欠けていた。「イニシアティブ・プリヴェ」に依存するには建設費が巨額すぎたし、公権力の介入には、医師たちが強く反撥し、また国家や自治体も社会生活への介入を好まなかった。さらに民衆サナトリウムがたとい建設されたとしても、運営は難しかったと思われる。なぜなら、労働者・庶民には、そこで長期療養する経済的余裕はないからである。疾病・廃疾・休業などの社会保障の仕組みが整ってはいなければ、たとい一日当りの入院費が3フランだとしても、これを長期間支払うことは困難であった。また休業補償がなければ、遠からず家族生活が崩壊するのは誰の眼にも明らかだった。

34) リヨンでも結核が猖獗を極めており、この頃結核死が全死亡の20%余を占めていた。医師アルロワンと医師会会長らは、この町の大物フェリックス・マンジニらの後援を得て、「困窮結核患者支援事業 (Euvre lyonnaise des tuberculeux indigents)」なる組織を結成した。この組織は市民から出資を募り、当初は80万フランの支出でアン県オート・ヴィルに、110床の民衆サナトリウムを建設した。ここに貧しい労働者階級の結核患者らを送り、サナトリウム療法を実践させた。この組織は、「結核患者は死ぬためにオート・ヴィルに行くのではなく、回復するためにゆくのだ」とその効果をアピールした。[Reille, 1898, p528] これもまたイニシアティブ・プリヴェによる事業であった。

- 4 ディспанセールと海浜病院

こうした事情を考慮するとき、もっとも現実的な結核防遏の手段はディспанセールであり、一般病院内部に結核患者だけを収容する区域や専用棟の設置であったかもしれない。また世代間の結核伝播を予防する方策として価値が認められたのが、子どもたちの海浜病院である。

エミール・ルー・ディспанセール

エディンバラのディспанサリイはフランスでも試みられた。その記念碑的な事業が、カルメット博士によりリールに開設された「エミール・ルー・ディспанセール」である。

カルメットは、1898年に竣工したリールのパストゥール研究所の所長に抜擢され、この地に赴任したが、直ぐに北部一帯に蔓延する結核にいたく心を痛めた。³⁵⁾ 当時のリールの人口22万人のうち、毎年1,000人から1,200人が結核で死亡していたからである。その多くは労働者であり、結核を患う貧しい患者は約6千人と見積もられた。それは遠からず結核に命を奪われる結核死予備軍であった。だが、前述の通り、医学界では効果的な方法について意見が岐れて、民衆サナトリウムについては賛否が拮抗し、有効な対処策を提示できなかった。

こうした事態にカルメットは拱手傍観していることはできなかった。かれは、この結核死予備軍たる貧しい労働者家族の援助のためのセンター設

35) 本稿は、カルメットが著した以下の論文や挨拶、講演を利用したが、その内容とくにディспанセールの記述には大きな違いがないので、いちいち出典を挙げるのを差し控える。[Calmette, 1901; Lavarenne, 1901; Calmette, 1909] なお2番目の[Lavarenne, 1901]は、1901年12月22日の開設祝賀会におけるカルメットの挨拶全文を掲載している。この祝賀会には地元の政界・産業界・医学の名士たちのみならず、遠くパリからはブルアルデル、ランドウージ、ルテュルなどの医学者や、ベルギーからも親交のあるマルヴォなどの医学者が大勢参加して、かれの事業を祝った。

立を思い立ち、友人や新聞界に協力を求め、募金活動を始め僅かの間
に46千フランを集めた。折からリール市議会もかれの試みに賛同し、30千
フランの予算をつけた。かれは、この資金でパストゥール研究所の傍らに、
平屋建てのディスパンセールを竣工し、かれの最も尊敬し、かれを最も理
解してくれたエミール・ルー Emile Roux の名をこれに冠した。ディスパ
ンセールは1901年2月1日に活動を始めた。³⁶⁾

カルメットの考えるディスパンセールは、決して結核の治療機関ではな
く、結核予防の機関であった。つまり結核治療は民衆サナトリウムで三つ
の療法を受けることであり、ディスパンセールはその補助的役割と患者家
族の支援を担うものとされた。サナトリウムへ送る患者を選考し、その間
留守家族が生活に困窮しないよう、福祉事務局と共にさまざまな支援を行
なう、さらにサナトリウムへ行けない重症患者の自宅療法を応援する、こ
れが活動目的であった。カルメット自身の言葉で表現すれば、「捜すこと
rechercher, 惹き付けること attirer, 引き留めておくこと retenir」である。

ディスパンセールではヴォランティアの医師が押し寄せる患者を診察し
た。労働者らは軽い咳でも風邪引きでも、或いははっきりと分かる結核患
者も受診にきた。ディスパンセールは結核患者だけを診察すると宣伝して
いたが、かれらはそれを嫌がる様子もなく進んで受診したという。だが一

36) エミール・ルー・ディスパンセールはその歴史的使命を終え、現在は博物館
としてその活動の歴史を展示している。筆者は2011年6月に当博物館を訪
問したが、館の正面には「結核予防のためのエミール・ルー・ディスパンセ
ール1901」と刻印された白亜のプレートが埋め込まれている。カルメット
はゲランと共に1906年から23年までの長期にわたり、結核菌の累代培養に
取り組み、ついにその弱毒化に成功し、かのBCG (Bacille tuberculeux bilié
Calmette et Guérin)を開発したが、館内にはその実験装置の一部やゲランの
書斎などが展示されている。カルメットはまたリール市の生活・工業排水浄
化に取り組み多大な貢献を成したと記されている。

しかし、地元医師会は当初パストゥール研究所の若き所長に敵意を示した
だけでなく、このディスパンセールの設立にも激しく反対し、誹謗キャンペ
ーンを展開した。それはこのディスパンセールが結核患者を治療することへ
の惧れと敵意からであり、カルメットは繰り返し治療行為を控える旨を表明
したという。[Musée, 1911, pl0]

度目の来診で直ぐに医師の診察を受けるのではなく、まずポケット痰壺が渡され、喀痰検査を受ける。その後患者は家で「訪問調査員」の来訪をうける。これがカルメットの「隅の首石」であったという。調査員は患家の住宅環境、とくに衛生情況、経済情況を細かく聴き取り調査し、これをディスプレイに報告する。例えば、家賃の支払いは滞っていないか、公益質屋に家具や衣類を質草に入れていないか、患者はひとりのベッドで寝ているか、採光・換気は充分に確保されているか、過密居住などはないか、等が問われた。

後日改めて来診した患者は、医師の問診や身体検査を受ける。喀痰検査や聴診などで結核に罹患していると判明すると、喀痰が如何に危険かを説明され、幾種類もの痰壺が与えられ、その使い方を教授される。投薬はしないが、時に鱈の肝油や消毒薬が与えられることもある。予防機関として大事な役割は、患者が自宅療養するときの事細かな注意事項を説明し手渡すことである。³⁷⁾ ここが肝腎だが、こうした注意義務がきちんと遵守されているか、訪問調査員が事前連絡なしに患家を訪問し、チェックし、併せて主婦には掃き掃除ではなく湿った布での拭き掃除が薦められ、床や地面への喀痰禁止などが教え込まれた。

訪問調査員の得た情報と医師の診断とが突き合せられ、この患家への扱いが決められる。最も緊急に必要な物、例えば衣類とか寝具、石炭などは供与され、家賃滞納のときにはその補助を与えることも行なわれた。患者が休養を要するときには、雇用主へ休業を要請する段取りをし、余りにも劣悪な住宅の場合にはその転居も斡旋したという。カルメットはこの訪問調査員に、元巫麻梳きの労働者で、フラマン語とフランス語を話し、医師の処方箋や注意義務などを解して、それを労働者に分かりやすく伝える能

37) それはサナトリウム療法を自宅で実施するための注意であり、例えば、ひとりで寝ること、窓は昼も夜も開け放つこと、牛乳はたくさん摂取すること、アルコールとタバコは厳禁などである。

力をもつ助手を採用した。というのは、恩着せがましい福祉事務局職員の態度ではなく、労働者と同等の立場で、その習俗や考えを理解し、その心情を汲み取ることの大切さをかれは理解していたからである。その意味で、この訪問調査員はカルメットのディスパンセルの「chville ouvrière」 「隅の首石」であった。

カルメットのディスパンセルでもうひとつ特色ある事業は、洗濯業務であろう。ディスパンセルの広々とした奥の間には、高温蒸気洗濯装置と乾燥機が設置されていた。患者は、1週間または2週間に一度、自分と家族の衣類や寝具を、蓋のついた金属製の箱にいれてここに持ち込み、洗濯してもらうのである。喀痰がこびり付いた患者の衣類などは、結核菌を増殖させ、辺りに撒き散らす危険が高かったからである。当時の労働者の家には勿論今日のような洗濯機がある訳はなく、手洗いで生乾きの洗濯物は危険なものには違いなかった。勿論洗濯代は取らなかった。

カルメットは祝賀式の挨拶で、「結核患者を賤民視せず救いの手を差しのべよ。治る見込みのある者にはサナトリウムの扉を開けよ。死が近いものには病院のベッドを与え、家族が困窮に陥ることはないという慰めを与えよ。」と述べている。この人間愛に満ちた言葉は参会者の胸に響いたに違いない。

その実績は十分な資料が得られないので過大視はできない。カルメット自身が云うには、開設当初の4ヵ月間に236人の患者を診て、うち157人が結核に罹患していた、さらにこのうち67人が直ぐにでも何らかの物質的援助を必要としていた、という。洗濯、石炭、寝具などの物質的援助の平均額を、一人当たり月額80フランだと見積もっている。³⁸⁾

38) クリッツマン医師はベルリンで開催された国際会議で、このエミール・ルー・ディスパンセルの事業を誇らしげに紹介しているが、1902年当時で一日約120人の患者を診察し、それぞれの貧窮の度合いと病状の程度から三つのカテゴリーに分類して、さまざまな援助を与えている、と述べる。しかし、カルメットが挙げる本文中の実績 - 一ヶ月当りで約60人の診察と援助 - から余りにもかけ離れていて俄かには信じられない。常勤医師ふたり、訪問調

ところで同じ頃、カルメットと親交の厚いベルギー・リエージュ細菌学研究所所長マルヴォ Malvoz も、リエージュに貧しい結核労働者を援助し結核予防のためにディスパンセルを開設した。これがベルギーにおけるディスパンセルの嚆矢であり、これに続いてベルギーではモンス、アンヴェルス、ヴェルヴィエなどでも、ディスパンセルの開設が続いた。

カルメットのディスパンセルはフランス国内に共鳴して、パリやナント、リヨンでその開設があった。例えばパリ第 15 区ガリバルディ通りに開設したディスパンセルは、全くの民間人の医師・弁護士・建築家などの運営になるが、カルメットのそれと同じように結核患者を探し、その本人には医学的検査を行なったうえに食事療法や薬剤の投与を行ない、その家族に対しては調査員が出向いて、家屋・住居の衛生状態、過密居住などの調査とともに、衛生教育を施している。このディスパンセルは主にセーヌ左岸の 15, 6, 7 区の街区を受け持っていたが、そのプレザンス界限もまた先述した結核蔓延区域で、多くの労働者は貧しく、不衛生な住宅に過密居住していた。ここの専属医師ブーレイユは 169 家族、275 人の病人を診たが、うち 200 人が結核に罹患し、うち 59 人が第 2 段階以上の症状を呈していたという。その居住環境のひどさは筆舌に尽くしがたいようで、息も十分につけない空間で、ひとつのベッドに同衾するのが常態であったという。かれは、26 家族には引越しをさせ、31 人の結核患者を田舎へ転地療養させたという。³⁹⁾ [Bourelle, 1904, p1008sq]

シュフィは、民衆サナトリウムは建設にも運営にもカネがかかり過ぎる

査員若干名で一日 120 人の診察や調査は不可能であろう。「フランスの発明」としてのカルメットのディスパンセルを、国際会議の場でひけらかそうとしたように見える。[Critzman, 1902, p541]

- 39) そのほかモンマルトルには医師ボネの尽力でディスパンセルが開設された。界限の労働者は来診することを厭わないらしく、早期の結核患者の発見などに実績をあげているという。[Congrès de Londres, 1901, p738] またベルヴィルの労働者街にも同様のディスパンセルが開かれ、結核予防と併せてアル中防止の活動を展開している。[Lavarenne, 1901, p193]

と非難したが、ディスパンセールも建設費は軽費だが、援助物資の購入などそれなりに運営費が入用であり、また巧みな運営能力も求められるので、やはり「個人の自発性 l'initiative privée」だけに頼るには限界があった。⁴⁰⁾

病院内の隔離

この頃院内感染が問題となっていたことは前述した。それは一般病棟にさまざまな病気の患者を一緒に収容していたからである。だが結核の感染源が、頻りに痰を吐く開放性患者であることが判明してきたので、これを隔離することの必要性が認識されるようになった。1890年代半ばには医学アカデミーの主要メンバーは、「結核と戦いそして治療する最良の方法は結核患者を隔離することであり、こうすることで感染を避けることができる。また専門病院のなかでかれらは最良の治療をうけることができる。」という合意の下、結核専門病棟の建設をパリに進言した。[Reille, 1898, p442]

これをうけてパリ公的扶助機関 Assistance Publique の病院部局は調査をし、パリにある病院内に結核専用棟を建築することを議会に提案し、600万フランの予算を得た。だが、その後の調査で、ネッケル、ボージョン、シャリテの3病院は、中庭も手狭で増改築の余地がないことが判明した。差し当たり次の3病院が新たな結核病棟を造ることになった。それぞれの増床は、ラエンネク病院 240床、トゥノン病院 240床、ラリボワジエール病院 162床であった。これに続いて、コシャン、サン・タントワヌ、ラ・ピティエ、プルセ、ピシャなどの病院も結核専用棟を造ることになった。それらが完成した暁には、パリの結核患者の専用ベッド数は計1,100～

40) カルメットは、民衆サナトリウムやディスパンセールは個人の自発性で始められたとしても、それを財政的に支援するのは国家の役割だと強調している。[Congrès de Bruxelles, Discussion, p421]

1 200 床と予定された。[Reille, 1898, p455: Grancher & Thoinot, 1896, p541]
それらは病院では、廊下や中庭に幾つも痰壺を設置し、その喀痰の消毒と殺菌のための特別室を備え、病室も消毒がしやすいように設計されていた。

興味深いことには、ブシコ病院ではサナトリウム療法が実施されていることである。この病院の医師ルテュルは、かねてより結核重症患者の他の病人への感染防止を主張し、結核患者のための専用施設の設置を訴えており、またサナトリウム療法にも強い関心を抱いていたので、新しい結核病棟でそれを実現しようとした。[Chronique, 1899, p567]⁴¹⁾ 中庭に張られたテントの下に長椅子を並べて、患者は大気療法を受けていた。食事療法もサナトリウム同様に重視され、その時間とメニューが決められ、とくに女子は牛乳摂取を、男子は新鮮な食肉の摂取を薦めた。特に摂取が推奨される食品（例えばバターやチーズ等）、絶対に摂取してはならない食品（例えば海老やアルコール類）等が、きめ細かく定められている。[Reille, 1898, p453]

臭気が漂い塵埃に満ちた当時のパリ市内で、大気療法が効果あるとは思えないのだが、ともかくも一般病院内にこうした結核患者だけの空間ができたことは一歩前進だった。

海浜病院

民衆サナトリウムで後れをとったフランスだが、海浜療法は比較的早く導入した。この療法は 18 世紀末のイギリスにまで遡ることができるが、それがやがてイタリアに伝わり、その後 19 世紀半ばフランスに入った。

41) ブシコ病院には 1898 年時、結核患者を 207 人収容していたが、その年度に 61 人が死亡した。なお、ブシコ病院は 21 世紀初めにその歴史的活動を終え、2011 年現在取り壊しがなされている。その活動は新たに設立された G. ボンミドゥー病院センターに移管され、跡地は「エコ・カルティエ」として開発されるという。

またラリボワジエール病院では、1898 年時の結核患者の入院数 1 329 人、うち年度内死亡 448 人を数えた。ともに死亡率は 30% である。[Chronique, 1899, p567]

海浜療法というのは、療癩性腫脹（腺炎）や骨・関節・脊椎などの結核症、リンパ腺炎、貧血症、くる病などの子どもを、清らかな海風のなかで治療するものである。フランスでは、主に療癩性・結核性の子供たちの治療のために、海浜病院や海浜サナトリウムが開かれた。父母のどちらかが結核死した場合には、その子どもは結核に罹りやすいので、その兆候が現れたときには、直ちに海浜病院で治療を受けさせるのがよいとされた。大体1歳から6歳くらいまでの間に、結核を発症する比率が高いことが臨床事例から判っていた。[Marfan, 1905, p255] ドルフュスの海浜病院では、療癩性とともに脊椎カリエスの子どもを1年間、海浜療法で治療して目覚しい成果を挙げたと報告されている。[D'Espine, 1905, p368]⁴²⁾

20世紀初め頃、この種の海浜病院は全国で15箇所ほど開設されていた。大西洋岸ではダンケルク近傍からビアリッツ近傍まで広く分布し、ごく少数のものが地中海沿岸に開設されたが、このうち最も世に知られた二つを紹介しよう。

ひとつはパ・ド・カレ県ベルク Berck 海浜病院である。これはフランスにおける最古の海浜病院で、パリの公的扶助機関が1861年に計画し69年に開設した。ドーヴァー海峡に面した砂浜に2棟の建物が造られ、リンパ性あるいは結核性の骨炎、関節炎、慢性骨膜炎、狼瘡などの子どもたちが療養した。主にパリとセーヌ県在住の子どもと、少数の地元パ・ド・カレ県在住の子どもが受け容れられた。子どもらは海水浴や屋内のプール・体育館で運動し、栄養ある食事を取り、規則正しい生活を送った。

一日の日課は、6時起床、7時朝食、7時半ミサ、8時～9時半授業、10時～11時温浴、11時昼食、11時半～3時浜辺での遊び・運動（雨天時は屋

42) アルザスの綿業資本家ジャン・ドルフュスは、1881年カンヌに50床の海浜病院 Asile Dollfus を開き、スイスやフランス東部の療癩性の子どもらを療養させた。1882年から1902年までに延べ792人の子どもが療養したが、40%が脊椎カリエスを病んでいた。中には膿を出すほどに症状の進んだ子どももいたが、半分が治癒、40%が改善した、という。[D'Espine, 1905, p350, 362, 368]

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

根付きの中庭散歩), 3時おやつ, 3時半~5時授業, 5時~6時遊びと運動・包帯替え, 6時夕食, 6時半~8時本の読み聞かせと合唱, 8時就寝である。食事はたっぷりのパンの他, 朝食はミルクスープ, 日曜日はカカオ入りミルク, 昼食と夕食はかなり変化に富む内容で, 肉入りのスープ, 牛肉などの炙り焼き, 卵や各種野菜, 魚, シチュー, ジャガイモなど, おやつにはチーズ, バター, ジャム, 新鮮果実などが出された。海水浴は子どもの年齢と健康状態に応じてきめ細かになされ, ポット病や結核性関節腫脹の子は外された。こうした海浜療法はかなりの好成績を収めたようで, 70%の子供が治癒したという。[Reuss, 1888, p553]⁴³⁾

この好成績に気を良くしたパリの公的扶助機関は, 同地にもう一棟別の海浜病院を建てた。同じくこれに触発されて, パリのジェイムス・ロスチャイルド家はユダヤ教信徒の子どもの療養のために, ロスチャイルド海浜病院をこの地に開設した。それはモデルともなりうるほどの立派な設備をもつ病院で, 最初は40床, 後には100床をもつまでになった。[D'Espine, 1905, p349]

その20年後, ジロンド県にアルカシオン Arcachon 海浜病院が開設された。この海浜病院を開設したのはボルドー大学のアルマンゴー教授だが, かれは昔から結核・リンパ腫・瘰癧の患者がこの地を訪れ療養しては, 幾分なりとも症状が軽快になるということを知り及んでいた。冬にもミストラルと呼ばれる冷たい強風も, 大西洋の風浪も入り込まぬこの入り江の気候が, そうした病気療養に効果ありと悟ったかれは, 療養所の設置を構想した。かれの独自性は, その必要性を医師会や医学界, 都市当局などに求

43) 1869年から82年までにベルク海浜病院で療養した子どもは, 延べ5,747人に昇った。うちくる病や麻痺性の子ども731人を除く, 瘰癧性・結核性の子ども4,692人が, 当病院で平均427日療養した。死亡339人を除く大半のものが症状改善を認められ, その治癒率は70%だったという。[Reuss, 1888, p554] その後もパリと近郊の結核性の子どもが大勢この地に送られ, 海浜療法を享受した。アルマンゴーは, 20世紀初めには毎年1,500人がベルク海浜病院に派遣されていると述べている。「Armaingaud, 1905, p330」

めず直接大衆に訴えたことである。やがてポルドーの二つの新聞、プロテスタント系教会、大学の同僚、地元名士たちもかれの訴えに共鳴し協力を始める。建設費を寄せる寡婦、土地を提供する資産家なども現れた。こうして1887年にはひとつの病舎と浴室棟ができ、7歳から12歳までの少年20人を受け容れた。その殆んどは療癩症の子どもたちだったが、3ヶ月の海浜療法が功を奏して、大部分が回復または改善して退院していった。その後の調査でも、17人の健康が確認されたという。[Reuss, 1888, p555-558]

ここでも海浜療養の内容はベルクと同様で、寒くないときや天気の良いときは、海浜で遊び潮風をたっぷり呼吸した。それができないときは、森の中で森林浴を享受した。

アルカシオンには1894年に特別棟が建設された。ここには2歳から4歳までのくる病の子どもや、結核の両親から生まれたが未だ発病していない幼児が収容された。これもアルマンゴーの構想の一環だったという。このときは、貧者の家庭だけでなく裕福な家庭の幼児らも受け容れるとした。[Chronique, 1894, p181]

アルマンゴーの先駆的試みに触発された幾人かの医師は、世紀転換ころから海浜病院の開設に努力を傾けた。自治体はその建設に協力する見返りに、その行政区域の子女をそこに送り込んだ。例えばパリの公的扶助機関は、前述のベルクの他、スペイン国境近く大西洋岸アンデイ Hendaye と、同じくスペイン国境沿い、地中海沿岸バニユル Banyuls-sur-Mer に海浜病院を開いた。⁴⁴⁾ リヨンの公的扶助機関も、医師ヴィダルの尽力や、

44) アンデイ海浜病院は1899年に開設され、パリの病院から回復期にある結核の子どもたちが大勢送られた。ここは400床をもつ大海浜病院であった。バニユル海浜病院は1888年に開設されたが、これにはアルマンゴーと医師ルルーの尽力があった。かれらは県知事にも働きかけ協力を仰いだ。篤志家の大口寄付もあって、合計で200人の療癩性の子どもを受け容れることができた。この地は温暖な気候のため通年で海水浴や砂浜での遊びを楽しむことができるという。パリだけでなく、近くの4県も子どもを送り込んでいる。[D'Espine, 1905, p351; Reuss, 1888, p558]

リヨンホスピス協議会理事サブランの寄付をうけて、地中海沿岸にイエール＝ジアン Hyères-Giens 海浜病院を建設した。⁴⁵⁾

以上の簡単な紹介からも窺い知ることができるように、海浜病院の建設と運営においても、パリやリヨンを除けば公権力の関与は極めて弱く、開明的で先駆的な医師たちの努力に負うところが大きかった。かれらの尽力は世間の人々に理解され、大戦間期には自治体がこぞって、学童・生徒のために海や山に「コロニー colonie de vacance」を設置することになるのである。

ところで海浜病院は結核治療にどの程度効果があったのだろうか。この方面の第一人者アルマンゴーは、これらの海浜病院に子どもを送り込んでいる大都市の結核死亡率が漸次低下している事実をもって、確かに効果があったと推論するが⁴⁶⁾、それにはデータが不足しているだけでなく、結核死亡率の低下にはさまざまな要因が作用しているので、単純に海浜病院の寄与とは云えない。確かに脊椎カリエスの子どもには海浜療法は一定の効果はあると思われる。だが肺結核に罹り始めた子どもには効果がないどころか、逆効果だとの説もある。⁴⁷⁾（表 1 参照）

とはいえ、都市の不衛生な住環境にある労働者家庭の子ども、とくに親が結核罹患・死亡した家庭の療養性の子どもたちを、空気のよい海浜で、

45) イエール＝ジアン海浜病院は、ヴァール県地中海沿岸の陸繋島ジアンの中に、1891年に開設された。医師ヴィダルが各方面に粘り強く働きかけ、ヴァール県議会やリヨン医師会の賛同を得ることができた。同病院には男女各50人のベッドが用意され、リヨン公的扶助機関が選別した療養性の子どもたちが、海水浴や森林浴を享受した。[D'Espine, 1905, p350; Reuss, 1888, p560]

46) アルマンゴーは、パリは年間2千人余の子どもを海浜病院に送り込んでいる、その効果が出て1890年頃から全ての結核で死亡率が7%低下している。またリヨンでも結核死亡率が1888-95年の390から1896-1904年の350への低下した、これらは海浜サナトリウム療法の効果ではなかるうか、という。[Armaingaud, 1905, p328-331]

47) アンデイ海浜病院では肺結核の子どもを受け容れているが、アルカシオン海浜病院やドイツのノルデル二海浜病院では、肺結核の子どもに海浜療法は効果が疑わしいとして、受け容れていない。[D'Espine, 1905, p365]

表1 海浜病院における療養性・結核性子どもの治療

海浜病院	期間	治療を受けた 子ども(人)	内脊椎 カリエス%	治癒 %	改善 %	改善せず・ 死亡%
Asile Dollfus	1882 1904	792	39	52	41	7
Grand Hôpital Berck	1869 82	4692	59	71	3	26
Hôpital Rothschild	1872 82	315	22	73	22	5
Hôpital Berck	1872 99	2430	40	(94)*		6
Banyuls	1888 1903	1321	28	68	17	15
Saint Trojan	1897 1903	570	30	57	21	22
Pen-Bron	1900 04	1511	62	76	12	12
Arcachon	1887 96	446	7	75	16	9
Cap-Breton	1889 1904	386	17	72	14	14
Roscoff	1901 03	123	39	70	21	9
Saint Pol	1902 04	415	52	48	25	27
Hendaye	1900 01	744	0	81	17	2
Hyères-Giens	1891 1903	2939	23	34	47	19

出典 [D'E spine, 1905, p363]

引用者註 1. 原資料には%の小数点以下まで記載があるが、煩雑になるので四捨五入して引用した。

2. Hôpital Berck については治癒と改善の内訳がなく、その合計のみが記載されている。

栄養を十分に与えつつ規則正しく療養させることは、長い眼で見れば結核の世代間感染を予防する上で多大な貢献をなしたと思われる。

結びにかえて

19世紀末から20世紀初めにかけて、アルマンゴーやカルメットのような知的で精力的な医師が登場して結核の予防と治療に取り組んだ。かれらは何よりも民衆生活の現実を直視し、その救済に何が最も必要なのかに想到した。医学アカデミィはさすがに結核の遺伝説からは抜け出て病原細菌学説を認めるようになったが、結核防遏を今度は「結核菌との戦い」のみに矮小化するところがあった。政治はようやく労働者階級の境遇に思いを致すことになるが、社会保障の枠組みをいかに構築するか、その青写真を欠いていた。結核について云うなら、「自助」を基本とし、「共助」を頼みとする方針に変わりはなかった。

こうした方針に転機を迫ったのが第一次世界大戦である。戦争遂行のためには国家が結核と真正面から取り組まざるを得なくなったのである。まず前線で結核に罹患した兵士を、家に帰す前に療養させる保養施設 *station sanitaire* を創設し、さらに結核を理由に兵役を免除されていた者を、再び兵役に呼び戻すための療養施設を造る必要に迫られた。政府はこれらの施設建設を各県に働きかけ、新たに 11 千のベッドを結核患者のために用意することができた。[Faure, 1994, p215]

この不足を補うための枠組みは、戦前のディスパンセルと民衆サナトリウムであった。レオン・ブルジョワは、カルメットの構想を踏襲して、各県に最低一つの公立ディスパンセルの設置を提案した。こうして制定されたのが、1916 年 4 月 15 日法で、かれの名を取ってブルジョワ法とも呼ばれる。こうして誕生したディスパンセルは明らかに結核防遏を目的としたので、「プレヴァントリウム *préventorium* 無料結核予防保健所」と云われる。

このプレヴァントリウムは、エミール・ルー・ディスパンセルの業務内容をそっくり踏襲するもので、個人の善意や寄付を仰ぎつつ、結核患者の民衆サナトリウムへの入院斡旋、その間の患家宅の消毒、痰壺の処置など衛生教育、困窮家庭への物質的支援などを内容とした。そうした民衆の生活状況を把握するために、訪問調査員の配置を義務づけたのも同じであった。

次いで戦争終結直後に、レオン・ブルジョワの構想よりも更に遠くまで影響力を及ぼすことになる制度が生まれた。それが 1919 年 4 月 7 日のオンノラ法である。同法は、各県に対して 5 年以内に、すべての困窮結核患者をサナトリウムに入院・加療させるように義務づけたのである。前述した通り民衆サナトリウムは殆んど無いに等しかったから、結局はサナトリウムを新設する必要があった。政府は、県当局にその建設費を補助し、患者入院費の一部を負担することにした。ここに、「自助」と「共助」を財

政的に支援する「公助」の仕組みができ、結核防遏体制が構築されたのである。確かにオンノラ法が完全に遵守された訳ではないが、かつてない程の大規模な公衆衛生投資の結果、120ほどのサナトリウムが建設され、17千の新たなベッドが付加されたことは、[Faure, 1994, p217] 大いなる前進であった。民衆はようやくサナトリウム療法の恩恵に浴する機会を得たのである。ブルジョワ法とオンノラ法が、戦間期以降のフランスにおいて結核防遏の道筋をつけたといえる。

結核とアルコール中毒

ところで、この結核防遏体制の構築に先立って、ふたつの「社会的災厄」、結核とアルコール中毒の排撃キャンペーンが、連繋して進められたことを付言したい。

19世紀後半までにも「過度の飲酒」への攻撃はあった。それは新たな工業化社会、とくに機械制工場制度の稼働に、「聖月曜日」など労働者の飲酒癖が障碍になってきたからである。⁴⁸⁾ つまり給料を受け取った後に仲間でやる酒宴、朝の出勤前の一杯、勤務時間中に持ち場を離れての一杯、こうした飲酒慣行は「機械のリズム」に合わないとして、経営者の批判を浴びようになる。労働者の過度の飲酒癖は、モラルの上からも問題視された。労働者は貰った給料を一晚のうちに吞んでしまい、家計が火の車になり、家庭生活が破壊されるという非難であった。また、酒場（キャバレー）には多くの場合「奥の間」が付いており、酔った労働者がそこで買春をし、拳句には性病に感染することもあった。

ところが19世紀後半になると、飲酒癖への攻撃は「新たな装い」を伴って登場してきた。つまり、過度の飲酒がある種の病気の原因・素因をつ

48) フランスの炭鉱業や鉄鋼業における労働者のこうした飲酒慣行と、それに伴う欠勤・遅刻、売買春と性病蔓延、経営者の「時間管理」の導入などについては、差し当たり[大森弘喜,1996]を参照せよ。

くる，という主張である。スウェーデンの医師マグヌス・フスは，慢性的なアルコール摂取が血液中に中毒症状を起こし，次いで神経組織の病変をもたらすことを 19 世紀半ばに明らかにした。アル中が精神病を惹き起こす原因のひとつである，というこの研究はフランスにも紹介され，多くの医師がそれを裏づける研究をなした。⁴⁹⁾ [ヌリッソン ,1996 p171sq]

アル中が精神病だけでなく結核の原因でもあるのではないかと，との考えが医学者の心を捉えたようである。だが管見の限りでは，フスのそれに匹敵するような病理学的研究は見当たらず，専ら疫学的な観察に留まった。しかもそれは科学的な考察からは程遠いものが大半であった。最も激越にアル中撲滅を唱えたのが医師ランスローである。かれは，結核菌はそれに好都合な「土壌 terrain」を備えたものにしか発芽しない，我々の知る限り，結核において「土壌」の圧倒的役割を疑うものはいない，と述べ，「土壌」を準備する環境を列挙する。かれは 40 年間に結核の臨床例を 2,192 件蒐集したが，その 56% がアル中に因るものだと云い，「病気の発症に好都合な要因がふたつある。ひとつはアルコールとりわけ蒸留酒の過度の摂取であり，もうひとつが過密居住もしくは換気不足，或いは座りきりの生活である。」と断定する。[Lancereaux, 1901, p453] だがかれはアル中と結核との関連性について，病理学的仮説すら述べていない。全くの推論的独断でしかない。かれの「土壌」論の強調は，アル中の遺伝的体質を受け継いだ子どもらは結核に罹りやすい，という推論を生み，一部の医学者に結核遺伝説を復活させるきっかけを与えた。⁵⁰⁾

49) 精神病院に入院している患者の一定の割合がアル中であるとの報告がなされた。例えば上院議員クロードの 1887 年の報告では，1861 - 65 年には精神病院の入院患者のうち凡そ 10% がアル中であったが，1881 - 85 年には 14% を越えたという。また内務相 G. クレマンソーの 1907 年の調査でも同じく 13.6% がアル中の患者だったという。[ヌリッソン ,1996 p175]

50) 1905 年パリの国際結核会議でフランスの医師は，結核とアル中との実態調査を報告した。それは，イタリアのニース在住の 350 家族を対象とした疫学的な調査であるが，結論だけを紹介する。

子どもが幼児期に結核に罹患した家庭の両親はすべてアル中である。こ

同じ頃、住民のアルコール消費と結核死亡率との相関を観察する研究が現れた。そのひとつがラヴァレンヌの研究である。かれは結核死亡率の高い上位6県(セヌ, ローヌ, ドゥー, オート=ヴィエンヌ, ロワール=アンフェリユール, アルデーシュ)のうち, セヌ, ローヌ, ドゥー, ロワール・アンフェリユールの4県では, 住民一人当たりの年間アルコール消費量が最も多い区分(アルコール度数100度に換算して21~31%)に属しているため, アル中との相関が認められる, オート=ヴィエンヌとアルデーシュの両県は県単位では相関が薄い, その主要都市リモージュとアノネにおけるアルコール消費量は高水準なので, 相関が読み取れる, と云う。

次にかれはもっと細部の事例を幾つか紹介するが, 煩雑になるので一つだけ引用しよう。パリ第19区ベルヴィルにあるディスパンセルの事例がそれである。そこで診察された50人の結核重症患者, 男32人, 女18人のうち, それぞれ26人, 2人がアル中だった, 男たちは20歳から40歳で職業はさまざまだが, いずれも大酒飲みであり, 朝からワイン, アブサン, ラム, ブランデー, アペリティフなどを空きっ腹で飲んでいる, ある男は地方からパリに出てきて先輩や仲間に飲み屋に連れてゆかれて酒の味を覚える, 最初はアペリティフだが次第に強い酒に変わり, アサブサンに行き着く, 雇われ先の家の婦人から結核をうつされ, やがて重症化したと云う。ラヴァレンヌは, かれは決して生まれつき結核に罹りやすい体質ではなかったが, アルコールに親しむうちに, 体をこわし結核に感染したという。[Lavarenne, 1901, p205-212]

アルコール消費と結核死亡率との相関を疫学的に証明しようとしたのが

の家庭の両親のうち半分ほどは肉体的・精神的に衰弱している。両親の関節症的土壌と子どもの結核に罹りやすい体質との間には何らの矛盾もない。

父親がアル中で結核に罹患している家庭の子どもは結核に罹患する機会が多い。父親がアル中の場合, 息子よりも娘の方に結核発症することが多い。アル中の両親から生まれた子どもは, そうでない両親から生まれた子どもより遥かに死亡率が高い。両親のアル中は墮落であり, それは乳幼児の最も高い死亡率として現れる。[Halberstadt (Achar), 1905, p391-392]

J. ベルティヨンである。かれは得意とする統計的手法により、県別のブランデー消費と肺結核死亡率とを対照して、両者の間には密接な相関があると主張した。結論を要約して云えば、ブルターニュからパリを経てミューズ県に至るラインよりも北側の地帯は、リンゴ酒やビールの産地だが、酒飲みはそれでは強い刺激が得られなくなり、ブランデーに手を出し常飲するようになる。すると肺結核に冒され死亡する事例が多い、他方、上記のラインより南に位置するぶどう栽培地帯とくにブルゴーニュやミディでは、酒飲みの常飲している赤ワインには人を元気づける風味があり、ブランデーを呑むまでもないので、肺結核死亡は少ない、と云う。[Bertillon, 1910, p258]

ここでは、ワイン一般ではなくブランデーやアブサンなど蒸留酒が攻撃の対象に変わってきている。私には赤ワインは健康に害を与えず、ブランデーやアブサンなどの蒸留酒は害があるという説の当否を判断できないが⁵¹⁾、ラヴァレンヌやベルティヨンの主張は、アルコール中毒がストレートに結核死亡を高めるというもので、その前段階の結核罹患との関連性を説明していないし、また、その結核死亡との疫学的な関連性も十分な説得力をもってはいない。

だがここで注目したいのは、こうした安易で粗雑な推論が多くの医学・公衆衛生学者に支持され、国際会議や講演会で取り上げられ、「アル中は結核の温床である」とか、「肺結核は酒場のカウンターで感染する」など

51) ある医師は、ワインは身体を温め刺激を与え、リフレッシュし、強壯にしてくれるので、労働者には欠かせないという偏見が強い、これを打破する必要があるので、それは学校教育という場だけでは限界があるので、労働現場で大人たちに教え込むことが効果的ではないか、と説く。[Rome, 1905, p405] 赤ワインは身体によい、というのは労働者階級だけの「偏見」ではなく、医師の中にも支持者がいる。ボルドーの医師は1900年パリ国際衛生・人口会議の食品衛生部会で、良質の自然ワインを適量飲むことは良い効果をもたらす、日常的飲み物としては白ワインよりも赤ワインがよい、それはアル中に何ら関係ないどころか、それは健康に良いし、活力を与える、と述べている。[Congrès de Paris, 1900, p1021]

の警句として、世間に発せられていることである。例えば、1900年パリの国際衛生・人口会議の都市衛生部会では、閉会に際して要望を採択したが、その中に、「アルコール飲酒は結核の最大の原因なので、職場に貼り紙をして、勤務中は酒場に行くことを厳禁すると掲示すること、アルコールを控えた従業員にだけご褒美や昇進を与え、確信犯的なアル中従業員には厳しい措置をとること」という驚くべき項目があった。[Congrès de Paris, 1900, p343]

また1905年のパリ国際結核会議でも、学校での結核予防を報告したメリーは、学校の衛生教育のなかで、「反アル中教育と反結核教育は一体化してなされるべきだ。なぜならアル中はしばしば結核のベッドだからである。」と述べている。[Méry, 1905, p310]

影響力のあるブルアルデルは、結核は遺伝性の病気ではないが、そうした土壌を持って生まれてくることはある、これに後天的な要素が加わり、肉体的な衰弱により病に罹ることはありうる、そうした外部的要因の一つがアル中である、と指摘した上で、次の如く語る。「大都会或いはアルコール消費の際立って多い県では、アルコール消費と精神病への入院、結核死亡率と出生率の低下には、強い相関があることが分かっている」。それゆえアルコール消費を制限する方策が必要だと述べる。[Brouardel, 1910, p 395]

ブルアルデルはさすがに他の医師ほど粗雑ではなく、説得力ある物言いではあるが、当時の医学水準の限界ゆえに、アル中と結核罹患の病理学的な因果関係を抜きにして、結核死亡率と出生率の低下までもアル中の影響だというのは、勇み足であろう。

慢性的飲酒が人の健康に害を与えること、とりわけ肝臓・腎臓の機能障害をもたらす、病気への抵抗力を弱めることは今では常識である。⁵¹⁾ 当

51) フランスの医師トリプレは、ベルリン国際衛生・人口会議で、飲酒が肝機能障害を引き起こし、通常の関節病体質を悪化させ、やがてそれぞれの器官の

時の労働者がワインだけでなく、刺戟の強いアブサンや安ブランドを常飲していたとするなら、それがかれらの健康を害し、免疫力を低下させ、結核に罹りやすくさせたとは云えるかもしれない。だが、禁酒同盟を結成し、酒類販売の規制を図り、アル中予備軍の収容などを叫ぶアル中撲滅運動は⁵²⁾、結核や梅毒などの宿痼を医学的に治療できない社会の苛立ちの表明であり、その苛立ちや不安をアル中排撃に転嫁しようとする邪道にほかならなかった。（2011 5 21 脱稿）

§ 本稿で利用した資料・文献（引用順） [] 内は翻訳刊行年

- [1] Brouardel, Prophylaxie de la tuberculose et sanatoriums, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1910, p385-434
- [2] 森亨『現代の結核』ニュートンプレス 1998
- [3] Prophylaxie de la tuberculose, Discussion à l'Académie de Médecine, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1889, p841-848
- [4] Congrès de Londres contre la tuberculose, Compte Rendu des sections, 1^{er} séance: Rôle de l'Etat et des Municipalités, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1901, p707-845 この議事録の中にコッホやブルアルデルの演説が収められている。
- [5] Dr. P. Reille, La prophylaxie de la tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1898, p289-344
- [6] Chronique, «Lutte contre la tuberculose», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1901, p566

機能障害と衰弱をもたらし、結核へと導くだろう、と幾分合理的な仮説を述べている。[Triboulet, 1907, p859] 20世紀初めのパリの死亡構造で、肝硬変や腎炎・慢性腎臓炎による死亡が増えているのは、アル中の影響かもしれない。[大森弘喜 2010 p4-5] 表3-1 参照。

- 52) レオン・ブルジョワやシーグフリード、医師ミルマンなどが幹部を務める「社会衛生同盟 L'Alliance d'Hygiène sociale」は、1909年の会議で次のような政府への要請を決議している。地酒・蒸留酒製造者への特権の廃止 フランス国内でのアブサンの製造と消費の禁止 酒類販売店の制限 度し難い酒飲みの収容を可能とする法の制定 労働監督官による製酒工場への立ち入り許可。[Drouineau, 1909, p920-932]

- [7] Dr Maurice Letulle, Les contaminations tuberculeuses à l'hôpital, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1900, p394-409
- [8] 青木純一 『結核の社会史』御茶の水書房 2004
- [9] 青木正和 『結核の歴史』講談社 2003
- [10] Dr J. Rosenau & F.-J. Allan, Desinfection dans les maladies transmissibles, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1905, p454-472
- [11] Dr A. J. Martin, Desinfection de logement du tuberculeux-Réglementation administrative et mesures pratiques, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7oct. 1905, Paris, 1905, p626-640
- [12] Dr A. J. Martin, La défense sanitaire de la ville de Paris, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1907, p1-24
- [13] Dr L. Reuss, L'Hygiène urbaine à l'Exposition Internationale d'Hygiène, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1895, t. 34, p97-113
- [14] «Revue des Congrès», Congrès Britannique, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1901, p707-845
- [15] ビエール・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]
- [16] Dr D. Verhaeghe, Etat actuel de la lutte contre la tuberculose, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1904, p699-737
- [17] Maurice Letulle, «Bulletin» Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1912, p431-468, p513-559
- [18] Brouardel, La protection de la santé publique; loi du 15 février 1902, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1903, p157-177
- [19] Dr Villin, Berthod, A. J. Martin, L. Martin, Letulle et Drouineau, Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1902, p460-472
- [20] Congrès de Naples contre la tuberculose, «Revue des Congrès», *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1900, p542-548
- [21] E. Vallin, Le Congrès d'Hygiène de Paris, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1900, p769-782, p1022-1027
- [22] Brouardel et Mosny, L'Intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre la tuberculose: il y aura lieu de distinguer les pays dans lesquels existe l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, et ceux où elle n'existe pas, *Compte Rendu du XIIIe Congrès International d'Hygiène et de*

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

Démographie de Bruxelles en 1903, t. VII, 1ère division-Hygiène, section VI, Hygiène administrative, 1903, p1-23 なおこの大会議事録は報告ごとにナンバリングが付されている。次のニューシヨームの報告も同じである。

- [23] A. Newsholme, *Ibid*, 1903, p1-29
- [24] VIe Conférence internationales de la tuberculose réunie à Vienne en 1907 «Revue des Congrès» *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1907, p781-829
- [25] フランス社会党北部連盟機関紙 『Le Travailleur (労働者)』 1905年10月10日号
- [26] Chronique, «Déclaration obligatoire de la tuberculose», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1913, p571-572
- [27] Chronique, «Mesures sanitaires contre la tuberculose», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1901, p463
- [28] Dr. Critzman, La Conférence Internationale contre la tuberculose tenue à Berlin en 1901, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1902, p 539-548
- [29] 川喜田愛郎 『近代医学の史的基盤』 上下 岩波書店 1977
- [30] 岡西順二郎 『人類と結核』 医歯薬出版社 1973
- [31] 大森弘喜 「フランスにおける肺癆流行と公衆衛生」 その(2) 成城大学 『経済研究』 第187号 p75-117
- [32] 木崎国嘉 『結核』 創元社 1957
- [33] 岩崎龍郎 『日本の結核 - 流行の歴史と対策の変遷 - 』 日本結核予防会 1988
- [34] 宮本忍 『結核の科学』 岩崎書店 1947
- [35] S. J. ライザー著 / 春日倫子訳 『診断術の歴史 - 医療とテクノロジー支配 - 』 平凡社 1978 [1995]
- [36] エドワード・トルドー著 / 茂野吉之助訳 『療魂記』 新潮社 1916 [1943]
- [37] 立川昭二 『病いの人間史 - 明治・大正・昭和 - 』 新潮社 1989
- [38] 近藤宏二 『人體と結核』 岩波新書 1942
- [39] Dr. L. Guinard, Les sanatoriums populaires, construction, installation, fonctionnement: les sanatoriums de Bligny, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1909, p1057-1100
- [40] Dr. E. Deschamps, Le sanatorium de Gorbio, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1902, p133-147
- [41] Dr. Santoliquido, *Compte Rendu du XIIIe Congrès International d'Hygiène et*

- de Démographie de Bruxelles en 1903*, t. VII, 1ère division-Hygiène, section VI, Hygiène administrative, 1903, p1-14
- [42] «Revue des Journeaux», Rapport du Moeller, Directeur du Sanatorium de Belzig, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1902, p759-762
- [43] Robert Savary, La lutte contre la tuberculose en France, *Annales des Sciences Politiques*, 1904, p19-30, 487-506
- [44] Dr. Critzman, Les sanatoriums et l'hôpitalisation des tuberculeux indigents, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1898, p433-456, 511-537
- [45] 木下秀雄 『ピスマルク労働者保険法成立史』有斐閣 1997
- [46] Dr. Critzman, Le congrès de Berlin contre la tuberculose pulmonaire, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1899, p82-101
- [47] Dr. Pannwitz, Les divers modes d'assistance et de prophylaxie sociale en Allemagne contre la tuberculose, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1903, p1005-1008
- [48] Leyden, Les sanatoriums pour phthisiques, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1898, p92-94
- [49] Dr. Pannwitz, *Compte Rendu du XIIIe Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Bruxelles en 1903*, t. VII, 1ère division-Hygiène, section VI, Hygiène administrative, 1903, p1-14
- [50] *Compte Rendu du XIIIe Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Bruxelles en 1903*, t. VII, 1ère division-Hygiène, sectionVI, Hygiène administrative, «Discussion», p32-113 文中では「Congrès de Bruxelles」と記す
- [51] Courtois-Suffit & Ch. Laubry, Rôle des sanatoriums et des dispensaires dans la lutte anti-tuberculeuse, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7oct. 1905, Paris, 1905, p503-518
- [52] J. Grancher & Thoinot, Hôpitalisation des tuberculeux; Rapport général au nom de la commission de la tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1896, p535-557
- [53] Dr. P. Reille, Les sanatoriums et l'hôpitalisation des tuberculeux indigents, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1898, p433-456, p511-537
- [54] Brouardel & Landouzy, Le Congrès de Berlin, Pour la lutte contre la tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1899, p143-157

フランスにおける結核流行と公衆衛生（４）

- [55] Bielefeldt, Les assurances ouvrières dans la lutte contre la tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1905, p423-425
- [56] A. Calmette, Le dispensaire antituberculeux Emile Roux à Lille, *La Presse Médicale*, no. 58, 1901. 7. 20 p29-34
- [57] E. De Lavarenne, La lutte contre la tuberculose: Inauguration officielle du Dispensaire Emile Roux à Lille, *La Presse Médicale*, no. 103, 1901. 12. 25, p206-208
- [58] A. Calmette, *La lutte contre la tuberculose à Cambrai*, Cambrai, 1909
- [59] Musée, *Histoire de l'Institut Pasteur de Lille de 1894 à 1918*, Lille, 2011
- [60] Dr. Critzman, «Revue des Congrès», La Conférence internationale contre la tuberculose tenue à Berlin, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1902, p539-550
- [61] Dr. Boureille, Le dispensaire antituberculeux, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1904, p1008-1018
- [62] Chronique, «Les parisiens tuberculeux», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1899, p567
- [63] A.-B. Marfan, Préservation de l'enfant contre la tuberculose dans sa famille, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7 oct. 1905, Paris, 1905, p255-276
- [64] A. D'Espine, Sanatoriums maritimes pour enfants, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7 oct. 1905, Paris, 1905, p347-368
- [65] L. Reuss, Les sanatoriums maritimes d'Arcachon, de Banyuls et d'Hyères, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1888, p542-562
- [66] Dr. Armaingaud, Sanatoriums maritimes et defense sociale contre la tuberculose; thalassothérapie-thalassophylaxie, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7oct. 1905, Paris, 1905, p325-346
- [67] Chronique, «Le Sanatorium d'Arcachon», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1894, p181-182
- [68] Olivier Faure, *Histoire sociale de la Médecine (XVIIIe-XXe siècles)*, Anthropos Paris, 1994
- [69] 大森弘喜 『フランス鉄鋼業史』ミネルヴァ書房 1996
- [70] ディディエ・ヌリッソン著 / 柴田道子・田川光照・田中正人訳 『酒飲みの社会史』ユニテ 1990 [1996]
- [71] Dr. Lancereaux, Sur la prophylaxie de la tuberculose, *Revue d'Hygiène et de*

Police Sanitaire, 1901, p453-455

- [72] Dr. E. Lavarenne, Alcoolisme et tuberculose, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1901, p193-220
- [73] Halberstadt, Congrès International de la tuberculose tenu à Paris, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1905, p387-490
これは1905年パリ国際結核会議の総括的報告であり, この中に脚注で紹介した次の調査報告がある。「Communication», Ch. Achard & L. Gaillard, L'Influence de l'alcool sur la marche de la tuberculose expérimentale
- [74] J. Bertillon, Fréquence de la phthisie dans ses rapports avec l'alcoolisme, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1910, p244-259
- [75] «Revue des Congrès», Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Paris, *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1900, p289-386
- [76] Dr. H. Méry, Prévention scolaire contre la tuberculose, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7 oct. 1905, Paris, 1905, p294-314
- [77] R. Rome, Les conditions économiques dans l'étiologie sociale de la tuberculose, *Rapports présentés au Congrès International de la Tuberculose de Paris*, 2-7 oct. 1905, Paris, 1905, p393-412
- [78] «Revue des Congrès», Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Paris: Tuberculose: maladie populaire: propagation et prophylaxie, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1900, p1022-1027,
- [79] «Revue des Congrès», Congrès International d'Hygiène et de Démographie de Berlin.: la question de l'alcoolisme, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1907, p1830-982
- [80] Dr. D. Drouineau, Congrès de l'Alliance d'Hygiène sociale à Agen, *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1909, p920-932