



第1回 現象化

1 別のところで何度か同じことを書いたりしゃべったりしているので「またか」と思われるかもしれないが、「現象化」の話である。

もちろん昔から感染症は存在していた。が、昔のそれはすべて「現象」であった。「微生物」の概念はない。

インフルエンザは influenza というイタリア語を語源とする。昔は天体の動きの影響がインフルエンザの発生と流行の原因と考えられたのだ。往時の学問のツートップは錬金術と（占星術を含む）天文学だったのだ。マラリアの語源もイタリア語であり、mala aria, 「悪い空気」という意味だ。昔は空気が悪くなるとマラリアになると信じられていた。そういう「間違った原因」を想定し、感染症は現象として、そして現象としてのみ観察されてきた。

「昔の人はバカだねえ」と嗤うことはできない。東日本大震災のとき、津波のために大量の遺体を長い間埋葬できない状況が生じた。感染症のプロですら、放置された遺体が腐敗して「疫病」が流行したらどうしよう、と懸念していたのだ。腐敗した肉体は異臭を発するが、異臭はメタンやアンモニアなどの化学物質であり、当然感染症の原因にはならない。遺体処理を誤ると B 型肝炎などの血液感染リスクは生じるが、俗な意味での「遺体から疫病流行」は起こらない。21 世紀の現代人でも印象操作には弱いものだ。

読んでない方には全く意味不明な文章になるが、『進撃の巨人』のトロスト区奪回作戦でマルコ・ボットが死んだとき、ジャンは「疫病が流行る」からという理由で長くその場に留まることができなかった。感染症学的にはあれば間違った説明で、マルコから感染症は伝染らないのである。まあ、巨人の唾液に未知の飛行可能な病原体がいたのかもしれないけれど。

2 漢方診療の古典、『傷寒論』が書かれたのは何千年も前の話だ。「傷寒」が何かについては諸説あるが、ほとんどが感染症を指していたことは間違いなからう。「ほとんどが」と書いたのは、当時は病原体の存在が知られておらず、純粋に現象だけで診断と疾患分類を行っていたからだ。漢方の世界では疾患の諸現象を「証」と呼ぶ。同じ腸チフスでも、実証の患者もいれば虚証の患者もいる。同じ証でも原因が腸チフスのこともあれば、成人スティル病のこともあっただろう。つまり、「傷寒」はきわめて現象的概念なのである。

これは、東洋医学が退歩的で、西洋医学よりも原始的だという意味ではもちろんない。なるほど、西洋の医学は東洋のそれよりより病因論的、解剖学的だったかもしれないが、ヒポクラテスの四体液質（粘液・血液・黄胆汁・黒胆汁）とか、ガレノスが普及させた瀉血などが進歩的だとはとても思えない。西洋医学の科学性が突出するのはずっと後のことである。

それに、現在においても証による病態分類は必ずしも間違いではない。分類とは総じて恣意的なものであり、構造主義的にはどのような分類も正しいとか間違っているわけではないからだ。要するに、役に立つ分類法なら何だって正しいのである。

何が言いたいかというと、西洋でも東洋でも、感染症は現象であった。そこには発熱があり、発汗があり（あるいは発汗がなく）、皮疹があり、関節の腫脹があり、咳嗽や下痢があった。医療は現象を観察し、分類し、現象そのものに

対する治療を行っていたのである。

3 17世紀から18世紀に活動したオランダのレーウエンフックが感染症世界に初めて新しい光を与えた。レーウエンフック自身は感染症を研究したわけではないが、そのきっかけを与えた。すなわち、光学顕微鏡の改良によって微生物を初めて可視化したのである。もっとも、当時の学术界はレーウエンフックのスケッチしたミクロの世界を容易に信じなかったそうだが、科学者には現状世界を打破するブレイクスルーが期待されているのだが、多くの科学者は現状世界のパラダイムに閉じこもってしまい、案外、保守的だ。後に話題にする(かもしれない)ゼンメルワイスも、現状世界の重力に縛られてしまったアースノイドたちに理解してもらえなかった。やはり感染症世界の住人たちは宇宙^{そら}に上がらないとだめだ。なにしろコロニーを扱うのだし。

レーウエンフックが可視化したため、微生物の存在は揺るぎのないものになった。この微生物こそが感染症の原因であると初めて看破したのが19世紀から20世紀に活躍した巨人、ロベルト・コッホである。彼は人獣共通感染症である炭疽の原因が炭疽菌 *Bacillus anthracis* であることを実験的に示したのだ。なんとかという病気の原因がかとんとかという微生物だった、という看破の連打は現在でも行われているが、その嚆矢がコッホだったのである。

コッホもすごいが、その弟子たちの業績も見逃せない。まずはベーリングと北里柴三郎だ。この2人は抗毒素を開発し、破傷風やジフテリアといった、毒素性の感染症治療に成功した。

西洋の瀉血にしても東洋の漢方薬にしても、それまでの医療は基本、現象的だったのである。現象に対して現象的に治療していたのだ。しかし、ベーリングと北里は破傷風やジフテリアの毒素そのものをピンポイントで攻撃する方法に出る。病因をやっつければ、病気は治るという根治的な発想だ。あるいは、「現象はどうでもよいのだ」という発想と言ってもよい。

パウル・エールリッヒはこのような治療法を「側鎖説」から応用している。側鎖説はもともと免疫機構を説明する概念だが、要するに「鍵と鍵穴」の概念だ。エールリッヒは側鎖説を応用し、病原微生物にピンポイントで結合し、病原微生物を殺し、よって感染症を治療するという戦略を立て、これを「化学療法 die Chemotherapie」と呼んだ。現在では化学療法といえばがんの薬物療法を意味するが、化学療法の嚆矢は感染症治療にあったのだ。

エールリッヒは日本の秦佐八郎とともに世界初の抗生物質、「サルバルサン」を開発する。この経緯は『サルバルサン戦記』（光文社新書、2015年）で詳しく書いた。

なお、サルバルサンは抗菌薬 antimicrobials であり抗生物質 antibiotics ではない、というご意見を時々聞かすが、ぼくは（構造主義的に）両者の区別を「意味がない」と思っているのです。ここは気にしない。Goodman & Gilman のような薬理学書も新しい版（手元にあるのは12版）では両者の区別を説明すらしていない。ま、コトバは通じればいいんですよ。このへんは池田清彦の構造主義科学論やウィトゲンシュタインの言語ゲームを通じて理解できるが、話が脇へそれすぎるので、ここでは割愛する。

4 ベーリング、北里、エールリッヒ、秦らの活躍は感染症学に飛躍的な進歩をもたらした。これまでは罹患すれば治るか治らないかは半ば運次第だった感染症を計画的に、理論的に、原因的に治癒に導くことが可能になったからだ。もっとも、サルバルサンの治療効果はさほど芳しくなく、毒性は強く（なにしろヒ素が入っている）、臨床的にはイマイチな産物だった。秦佐八郎自身が、サルバルサンは不完全な医薬品であると不満を漏らしている。抗生物質が真に「魔弾 magic bullet」として劇的な効果を発揮するのは、アレクサンダー・フレミングの発見したペニシリンが普及した後のことである。

ペニシリン以降、感染症の予後は劇的に改善した。確かに薬剤耐性菌やペニシリンショックに代表される副作用は問題だったが、そのようなドローバックを考慮しても有り余る絶大な利益を人類に（あるいは他の動物にも）もたらした。抗生物質のない時代に逆戻りするとか、抗生物質なしで診療するなどという乱暴な意見に与する医療者はあるまい。「がんや戦うな」と宣言する近藤誠も、医療不要論を主張する内海聡ですら、抗生物質の価値は否定しない。世に反ワクチン論者は多いが、反抗剤論者は稀有な存在だ。むしろ感染症屋が一番抗生物質のもつダークサイドに意識的なくらいだ。

現存する抗菌化学療法もすべてサルバルサンやペニシリンの目指した治療戦略と根本的には変わらない。病気の現象＝コトではなく、病気の原因物質＝モノをたたき、そのことで現象そのものを治してやろうという発想だ。この発想はがんの化学療法にも受け継がれる。HIV/エイズの antiretroviral therapy (ART) も、C型肝炎をスペシフィックにターゲットにする諸々の（ぼくには

覚えきれない) 治療薬も、あるいはモダンな分子標的薬なども皆同じフィロソフィーで作られている。

5 抗生物質時代が日本医療にもたらした影響は大きい。その影響の多くはもちろん功績である。が、すでに述べたようにダークサイドもある。

ひとつは抗生物質がもたらす副作用と耐性菌だ。それは理解しやすい誰もが口にするダークサイドである。

別のダークサイドもあり、こちらはよりややこしい、より厄介な問題である。すなわち、「現象＝コトと物質＝モノ」の取り違えである。

肺炎球菌感染症という現象を医者はだんだん観察しなくなった。結局のところ、肺炎球菌を殺す抗生物質で治療するのだ。患者の肺からクラックルを聴取したって、しなくなつて、使うのは抗生物質に決まっている。要は患者が治ればよいのだ。

「要は患者が治ればよいのだ」。ぼくはこの意見に全面的に賛成する。ぼくはゴリゴリのアウトカム至上主義者であり、目指すアウトカムが得られるのであればその手段はなんだってよいと極言する臨床屋だからだ。

だが、本当に現象無視はアウトカムを得ているのか？

6 抗生物質に代表される原因をピンポイントで叩く治療が普及し、医者は患者に起きている現象そのものにはどんどん無関心になっていった。そういう現象に関心を持ち続けたのは病歴聴取とかフィジカルにやたらとこだわる臨床オタクだけになった。CRP (C 反応性蛋白) というデジタルな指標ができて、医者はますます患者の現象に無関心になる。患者のベッドサイドで丁寧に話を聞き、診察をしなくても CRP さえ観察していれば使っている抗生物質が効いているのか効いていないのかは判定できるからだ。少なくとも多くの医者はそう信じていた。そう信じている。検査値の定量化は患者のモノ化でもあった。

7 コッホは「一病原体・一疾患説」を唱えたという。結核を起こすのは結核菌だけ。マラリアを起こすのはマラリア原虫だけ、というわけだ。コッホの素朴な信憑は、微生物学黎明期においては妥当性が高く、たいていは正しかった。

だから、結核という現象＝コトと結核菌という微生物＝モノはしばしば混同