

病院医学と研究室医学

病院医学と研究室医学についての学問的な定義はすでになされており、もともと歴史的なある発展段階の医学につけられた呼称らしいが、ここではそれほど厳密な意味ではなく、病院医学と研究室医学にそれぞれ現在の臨床医学と基礎医学に近い意味をもたせて論を進めたい。一応ここでは、患者を直接的な対象として、病気を予防、治療する現実的な医学を病院医学と称し、医療の現場からある距離を置いて、疾病の原因や予防法を実験的に追求する医学を研究室医学と称することにする。

この小論では、病院医学と研究室医学とが歴史的にどのような関わり方をしてきたのか、またこの両医学がどのような関わりかたをしたら医学、医療の進歩に好ましいのか、について考察してみたい。

1. アメリカにおける病院医学と研究室医学

二十世紀に入って医学が国際的になると、アメリカの医学ががぜん国際舞台の前面に現れてきた。この華やかなアメリカ医学の展開の前には、しかし植民地時代からの長い苦難の道があったのである。

川喜多愛郎によると、アメリカ医学の発展は、ヨーロッパからの病院医学の導入とそれに続く研究室医学の逐次的導入にあったという。つまり両医学をヨーロッパ医学の発展史にしたがって順序よく輸入した点にあったというのである。このことについて以下簡単に眺めてみたい。

アメリカ大陸への植民が増えるにしたがって、僅かではあるが母国イギリスから医師が渡来してきた。そして彼らは診療に従事するかたわら、開拓民

中の優秀な若者に簡単な医学を教え込んだ。これがアメリカにおける医学教育の最初の姿であったといわれる。徒弟期間は二年から六年くらいで、修業が終わると師匠は弟子に医師免許証を与えた。

アメリカ最初の病院は、フランクリン大統領の肝いりで1752年にフィラデルフィアにつくられた。また1765年には最初の医学校が設立された。これもフィラデルフィアであった（フィラデルフィア医学校である。1792年にペンシルベニア大学医学部になる）。

医学を志す優れた青年や医師たちの多くは、しかし医学の勉強、研修のために母国イギリスのエジンバラに留学していった。そしてやがて医学の中心がイギリスからドイツに移ると今度は留学先をベルリンに変えていった。留学生たちは帰国すると留学先の大学の学風を大いに伝えたため、ヨーロッパ医学の趨勢はそのままアメリカに強く残ることになった。始めに伝えられたのは従ってエジンバラの伝統的な臨床医学であり、冒頭に述べた病院医学の典型と云ってよいものであった。

エジンバラ留学時代

エジンバラの医学は当時（18世紀後半）世界医学の中心であった。そしてその源流は18世紀最大の臨床医学者であり、ライデン大学（オランダ）の教授であったHermann Baerhaave（1668-1738）の学統を継ぐものであった。言うなればエジンバラの医学は、臨床観察と検屍解剖を柱とするオランダの医学、つまり病院医学であった。

エジンバラの医学が盛んになったのは18世紀に入ってからであるが、すでに17世紀頃からイギリスの医学生も多くはライデン大学に留学していた。この中に、エジンバラ医学校を創設したJohn Monro（?-1737）やRobert Whytt（1714-1766）らがいた。John Monroの息子Alexander Monro primus（1697-1767）も若くしてエジンバラ医学校の解剖学・外科学教授になり、その子Alexander Monro secundusも、またその子Alexander Monro tertiusもその父祖の職を継いだので、Monro一家がエジンバラ医学校の教授職に

あったのは実に126年に及んだといわれる。

一方の Robert Whytt も同医学校の基礎医学・臨床医学の教授を兼務した。彼は「反射」とショックに関する貴重な研究をしたことでよく知られている。

エジンバラで Monro primus の講義を聞いた著名人に産科学者、解剖学者 William Hunter (1718-1783) がいる。またイギリスの傑出した外科医として知られる John Hunter (1728-1793) はその William Hunter の実弟であり、また弟子である。さらに、牛痘接種法で知られる Edward Jenner (1749-1823) はこの John Hunter の弟子である。

エジンバラの医学の名声をあげた人々にはさらに、スコットランド第一の外科医 Benjamin Bell (1749-1806)、同じく外科医 Alexander Wood (1725-1807)、衛生学者 Francis Home (1719-1813) らがいる。またロンドンの著名な病院、ガイ (Guy) 病院にも多くのエジンバラ出身者が活躍していた。グレーブス病 (パセドウ病のこと)、アディソン病、アダムス・ストークス症候群、ホジキン病、パーキンソン病、ブライト症候群などの名前で知られる Robert Graves (1796-1853)、Thomas Addison (1783-1860)、William Stokes (1804-1878)、Thomas Hodgkin (1798-1864)、James Parkinson (1755-1824)、Richard Bright (1781-1858) らが活躍していた。

アメリカ医学の初期に活躍した医学者のほとんどがエジンバラに留学した人々であり、またその多くが臨床医で、しかもメスをにぎる外科医であったことは大変興味深い。当時のアメリカ医学の状況を知るため、その著名な人たちの履歴を簡単に追ってみたい。

John Morgan (1735-1789)。エジンバラ医学校では William Hunter, Monro 一家, Whytt らに教育を受け、1763年に卒業した。ヨーロッパで見聞したような立派な医学校をアメリカにも設立したいと思いながらフィラデルフィアに帰った。幸いこの想いはかなえられ、1765年にフィラデルフィア医学校を創立した。Morgan は医学校創立と同時に教授に就任したが、これはアメリカ人としては最初の教授であった。アメリカ独立戦争のときには(1775)、ワシントン軍の外科軍医総監として活躍した。

William Shippen (1736-1808). フィラデルフィア生まれ。医学勉強のためロンドンに渡り、上述 Hunter 兄弟に教えを受けたのち、エジンバラ医学校を1761年に卒業した。Morganと一緒にフィラデルフィア医学校を創立し、自ら外科学、産科学、解剖学を講義した。また Morgan の後任として軍医総監になった。

Benjamin Rush (1745-1813). アメリカの医学教育はこの Morgan と Shippen によって始められたわけであるが、それをさらに充実させた功労者はこの Rush であった。彼は Morgan や Shippen から一通りの医学知識を得てからエジンバラに留学した。1769年に故郷ペンシルベニアに帰り、一旦は開業したが、1789年に Morgan の後継者としてフィラデルフィア医学校の教授に任ぜられた。そして44年間この職を勤めた。

彼の診療の特徴はシャ血や下剤を多用することであった（しかしこの処置は実のところ殺人的であったといわれる）。また1793年の黄熱病流行の際には、感染説に反対し、むしろコーヒー豆から発散する一種のミアスマによると考えた。

Philip Syng Physick (1768-1837). ロンドンに渡って、John Hunter に師事し、さらにエジンバラ医学校を卒業した(1792)。フィラデルフィアに戻ったが、当地の黄熱病の流行のため多忙をきわめ、身命を賭して患者の救済に当たった。病源の探究にも懸命になり、ために彼自身も同病に感染した。1800年にフィラデルフィア医学校(その頃はペンシルベニア大学医学部になる)ではじめて外科学の講義を行った。1805年に同大学の外科学の教授となり、1831年までその職にあった。かたわらペンシルベニア病院の外科医として数々の功績をあげた(砕石手術、白内障手術、扁桃腺摘出術、人工肛門手術など)。

このようにアメリカ合衆国の初期(18世紀後半)の医学はフィラデルフィア医学校、ペンシルベニア病院を中心に栄えたのであるが、それに尽力したアメリカの医学者の大半がイギリスで医学教育を受け、しかもほとんどがエジンバラ医学校を卒業した者であったことは注目すべきである。アメリカ医学

の伝統となっているその実用性・実際性の中核はイギリスの経験主義からきていることは明らかである。

フィラデルフィアの医学校の他にハーバード大学やコロンビア大学も少し遅れて同じような医学系譜で医学の中心になっていったのであるが、ここには略す。

パリ留学派

19世紀にはいると留学生の多くは、新しい医学の都パリに出立することになった。彼らの人気の中心は Philippe Pinel (1745-1826) や Marie Francois Bichat (1771, 1802), Piere Louis (1787-1872) らの「病理論」であった。しかしこのフランス留学生たちは、その前のイギリス留学生ほどの影響をアメリカに与えることはできなかった。おそらくこれはフランス医学が示す診断や治療にたいする理念主義的(懐疑主義的)傾向のためではなかったかといわれる。恐らくアメリカ人一般の実際主義的姿勢と相容れなかったためであろう。

19世紀前半におけるアメリカ医学の成果

19世紀に入るとようやくアメリカから優れた研究業績が現れるようになった。いずれも臨床的・実際的なものであるが、その中でも次の三つは画期的であった。第一は婦人科医 Ephrain McDowell (1771-1830) の世界最初の卵巣摘出の成功であり、第二は歯科医 William Thomas Morton (1819-1867) らの麻酔法の発明であり、第三は外科医 William Beaumont (1785-1853) の胃瘻患者についての胃の生理学的研究であった(腹部銃創の回復から胃瘻を残して全快した患者について胃の消化過程を肉眼的に観察したものである)。これらの業績は冒頭の定義からいって病院医学の範疇にはいることは言うまでもない。

南北戦争と医学の低迷

19世紀前半のアメリカの医学は、このように卓越した業績を挙げていたにもかかわらず、全体としてみると次第に不満足な状態に落ちていった。一つには、アメリカ医学がまだ蓄積した医学課題を解決する力をもっていなかったためであったが、もう一つは、南北戦争が医療の徹底的な荒廃をもたらした上に、さらに国家全体の急速な西部への拡大とそれに伴う医療法規制の空白化のために、医学（教育・研究）水準が大きく低下したためであった。医師不足のために雨後の筍のようにつくられた私立医学校の短期コースが、医学・医療の質を著しく低下させたのである。ピーク時には医学校が400校以上もあり、ここで濫造された医者が悉く商業主義に走ったのであった。

これに対して良心的な医師たちは医界の徹底的な肅正を希望してアメリカ医学協会を設立した（1847年）。そしてこの設立によってアメリカの医学教育・研究はようやく復興の方向に向かったのである。

医学の復興とドイツ医学派

この19世紀後半に始まるアメリカ医学の復興は、実はドイツで教育され、ドイツ医学の影響を受けた医師たちの努力によってなされたのであった。ドイツで発展した力強い研究室医学がアメリカに導入され、基礎医学的教育・研究が次々と充実、刷新されていったのである。それまでの病院医学では解決できない臨床医学的課題、宿題がすでに山積みされていたのであるが、それらを解決すべき研究方法がやっと導入されたのである。

この復興の先頭にたったのはボルチモアのジョーンズ・ホプキンス大学のグループ、とくにその四大指導者といわれた人たちであった。すなわち内科学者・病理学者の William Osler、外科学者・病理学者の William Stewart Halsted、病理学者の William Henry Welch、婦人科学者の Howard Atwood Kelly らである。

そもそも19世紀中期までの、臨床観察と検屍解剖を柱とする病院医学なるものは、すでに行き着くところまで行き着いていた。それまでの研究者なる

ものは、実地医家または富裕なアマチュアといったタイプの人たちであったが、このような研究者のあり方ではすでに発展の限界が見えていた。新しい発展のためには新しいタイプの研究者、すなわち全日制常勤の、研究を専門とする科学者が必要になっていたのである。つまり基礎医学者とよばれる新しい研究者群が臨床医から完全に分離・分業する必要があったのである。

ドイツでは、すでに大学の近代化に成功しており、このような科学の発展を可能にする状況がすでにできていた。病院医学を変革させる新しい医学は、実にこうしてドイツで生まれた研究室医学だったのである。19世紀中期以降の世界の医学界におけるドイツの指導的役割はこのようにして可能になった。

ドイツでは、19世紀初頭の数十年間はロマン主義自然哲学に禍いされて、一方のイギリス医学が冷静な観察を通して進歩していたとき、ここでは生命と病気の本質とか、極性とか、大宇宙、小宇宙との関係についてとかいった実りのない思弁に耽っていた。

このようなドイツ医学を毒してきた哲学的要素をふりはらって、新しい時代の先頭にたったのは実験・観察を中心にした大生理学者 Johannes Mueller (1801-1857) であった。彼はボン大学で医学をおさめたのち、ベルリン大学の教授となり (1833)、解剖学、生理学、病理学の広い分野の教育・研究を行った (研究業績の中には、発生学の Mueller 管のように名前を残すものもある)。Mueller 一門からはドイツ医学、とくに基礎医学を築いた多くの大家たちが育っていった。当時のドイツ医学界の状況を知るためにその何人かの名前をここに列記する。

Theodor Schwann (1810-1882)、細胞説を樹立。Jacob Henle (1809-1885)、著名な組織学者。Emil du Bois-Reymond (1818-1896)、神経、筋肉生理学の開拓者。Hermann von Helmholtz (1821-1894)、物理学者、論文「エネルギー恒存について」は有名。Rudolf Virchow (1821-1902)、著名な病理学者、「細胞病理学」を著す。

Mueller 一門ではないが細菌学の確立者 Robert Koch (1843-1910) も同時代の基礎医学者である。

ドイツ医学の強い影響を受け、19世紀後半のアメリカ医学に大きく貢献した何人かの医学者についてその履歴をここに簡単に述べる。

William Henry Welch (1850-1934). 1875年にニューヨークの医学校(コロンビア大学)を卒業したのち、ドイツに留学し、病理学者 Cohnheim (Virchowの弟子)に師事した。1884年にジョンズ・ホプキンス大学の初代病理学教授に任命されたが、さらに細菌学を研究するため再びドイツを訪れ、Kochについて細菌学を学んだ。帰国後は50年間ジョンズ・ホプキンス大学で教鞭をとった。この間、ドイツ医学の特徴である研究室の整備に努めた。彼はまたロックフェラー基金の設立(1901)やその運営にも力を注ぎ、アメリカ全体の医学研究の発展ならびに研究の助成に大きな役割を演じた。そして長い教授経験から、医学校の維持・発展のためには一般財団、教育病院、医学研究所が不可欠であることを強調した。病理学の彼の研究業績としては梗塞に関するもの、糸球体腎炎、肺炎、ジフテリアに関するものなどがある。

William Stewart Halsted (1852-1922). コロンビア大学を卒業したのち(1877)、ヨーロッパに渡り、ウイーンの Billroth(ビルロートの胃切除術で知られる)、ヴルツブルグの von Bergmann に師事して外科学を専攻し、1880年に帰国した。Welch に招かれてジョンズ・ホプキンス大学の病理学研究室に入り、次いで外科学の教授となり(1890)、32年間その職にあった。この間、ホプキンス大学やその病院、さらにはアメリカ全体の医学教育に全力を傾注した。業績としては伝達麻酔の開発や(手術時)ゴム手袋着用の奨励から、乳癌の根治手術法の開発、甲状腺、副甲状腺の実験的研究まで幅広い。

Harry Gideon Wells (1875-1943). ニュー・ヘブレン出身。アメリカの医学校を卒業後、ベルリンに留学(1904)、病理学を専攻。帰国後、シカゴ大学病理学教授、30年間この職にあった。各種の学会・協会(アメリカ医師協会、癌研究学会、シカゴ病理学会、生物化学会など)の役員として各会の発展に寄与した。とくに化学病理学を専攻し、中でも結核の化学病理学的研究は有名。

John Jacob Abel (1857-1938). クリーブランド出身。ミシガン大学で PhD を得たのち、ドイツの大学(ライプツヒヒ、ハイデルベルク、ストラスブルグ、ヴルツブルクなど)に留学した。帰国後、ジョンズ・ホプキンス大学の

薬物学初代教授に任ぜられ(1893), 40年間その職にあった(余談であるが, 本学の永山武美(医化学教授)は1919年頃, Abelのところ留学している)。研究面では, アドレナリンの分離, インシュリンの結晶化が有名。臨床的研究では人工腎臓の試作がある(面白いことに, この人工腎臓は後に慈大式人工腎臓に発展する)。

William Osler (1849-1919)。カナダのマックギル大学を卒え, ヨーロッパに渡り, ベルリンのVirchowに病理学を学んで帰国, フィラデルフィア医学校(当時はペンシルベニア大学医学部)の臨床教授となる。1884年ジョンズ・ホプキンス大学が創設されるや招へいされ(教授, 付属病院長), その設立, 発展に大きく寄与した。アメリカで彼ほど高名な医学者は古今を通じていないとされる。内科医として, また教師, 研究者, 著者, 学者, 書籍愛好家として著名であり, その人間的魅力は他に比すべき人がいないといわれる。彼の血小板の研究は有名。

以上19世紀後半に活躍したドイツ留学派の医学者を紹介したが, その多くは実験病理学を学んで帰国した人たちであった。

病院医学と研究室医学の逐次的導入とその統一

19世紀末ごろからのアメリカ医学の驚異的な発展は, 100年以上続いた病院医学の十分な成熟, 発展に続いて, その最も相応しい時期に研究室医学が導入されたことにあった。病院医学において解決すべき臨床的課題が蓄積し, 何とかこれを解決せねばならない時期に, それに相応しい力強いドイツの研究室医学が導入されたことである。それまでアメリカの医学校が病院のほかにもったことのなかった研究室ないし研究所なるものをこの時期(19世紀中期)から整備することになった。

研究室医学は病院医学を栄養として吸収し, よく成長した。そして病院医学の方は研究室医学を助っ人にするることによって, より基本的な新しいアメリカ医学に変身したのであった。この止揚・変身したアメリカ医学なるものは, 実際面においても理論面においても, この両医学をはるかに凌駕するものであった。

こうしてジョンズ・ホプキンス大学から始まったアメリカ医学の発展は、生理学、生化学、薬学、解剖学、発生学、病理学、細菌学、さらに臨床科学のすべての領域に波及し、まもなくドイツの医学者でさえこれら領域の研究にははるかに及ばなくなったのである。

2. 日本における病院医学と研究室医学

第二次世界大戦において日本とドイツは敗れた。そして戦勝国アメリカの医学教授団は、日本の医学教育の復興のために、東大講堂で講習会を開いたことがあった。占領軍の Sams 准将（教授団最高責任者）は戦勝者の余裕をもって次のように述べた。「日本は医学の範をドイツにとった。アメリカ合衆国も同じ頃ドイツ医学を導入した。しかしこの大戦前に合衆国の医学ははるかにドイツの水準を越えていた。医学のみならず、文化のあらゆる面で、経済でも軍事でも合衆国は世界のトップに立っていた。日本の朝野はこの現実を理解することができず、最後までドイツに追従していたところに今日の不幸の原因があった」と。

勝者の気負いといったものは多少感じられるものの、当時の医学水準をほぼ客観的に評価している点では間違いないであろう。戦後、アメリカの医学に接して、その驚異的な発展ぶりに驚かなかった人はいない筈である。

しかし、このアメリカの医学もその歴史は（先に見たように）そんなに古くはないのである。19世紀前半に外科手術や麻酔法の発見などで少しばかり名をなした人はいたものの、本当に立ち上がったのはようやく19世紀末であった。しかもドイツ医学を導入したのは（Sams もいっているように）19世紀中期、つまり日本がドイツ医学を範とした時期とあまり変わらないのである。

にもかかわらず、アメリカ医学が先頭にたち、そのはるか後方を日本の医学が走っていたというのはどういうことであろうか。しかもその隔たりは、21世紀になろうとする現在でも詰まりそうもないのである。その隔たりは、アメリカに向かう留学生の数と向こうからくる留学生の数を比較しただけでもほぼ明らかであろう（アメリカへ/日本へ＝80/1。ただこの留学生の数の隔た

りには日本人特有の奇妙な欧米コンプレックスに由来するものも少なくないのではあるが)。

日本におけるエジンバラ医学の流産

明治維新当時、日本にもエジンバラ医学が導入され、アメリカと同様に、病院医学が成熟するチャンスはあったのである。エジンバラ医学校出身の William Willis (1837-1894) がすでに医療活動をしていたのである。彼は、戊辰戦争(1868)の際、軍陣外科医として縦横に活躍し、維新後はその功績によって医学校兼大病院(東大医学部の前身)の長としてすでに診療や教育に関わっていた。そのころ維新政府は日本の新しい医療体制について、どの国の医学に範を採るべきか考慮中であつたが、政府の要人のなかには、この戊辰戦争で功績をあげた Willis を迎え、彼を中心にイギリス医学を手本にすべきではないかと考える人も少なくなかつた。

しかし、医学校取調御用掛の相良知安と岩佐 純は、この考えに反対して、政府にドイツ医学の採用を強く要求した。彼らはドイツ医学がヨーロッパで優位になりつつあることをすでに知っていたのである。政府は彼らの建言にしたがってドイツ医学を採用することに決定した(1869, 明治2年7月)。こうして、エジンバラ出身の Willis の医学は日本の病院医学になる可能性は消え去つた。

Willis は鹿児島に去り、鹿児島医学校(鹿児島大学医学部の前身)で小さいながらイギリス医学の火を点しつづけた。面白いことに、慈恵医大の創設者・高木兼寛(1849-1920)はその医学校で Willis に師事してエジンバラ医学を勉強していた(後述)。

ドイツ医学派と観念主義

このように明治政府は医学の範をドイツ医学に採り、エジンバラ医学は鹿児島へ疎外・排除した。東大医学部(医学校兼大病院は次々と名前を変えるが、ここでは東大医学部に統一する)では Willis にかわつて早速ドイツ人教師 Leopold Mueller (1822-1893, プロシヤ陸軍軍医少佐)と Theodor Hoffman

(1837-1894, プロシャ海軍軍医少尉) を招へいした(明治4年, 1871)。

彼らに続いてドイツ人教師が次々と招かれ、また医学部卒業生の優秀な者は次々とドイツに留学していった。こうしてこの医学部は間もなく完全にドイツ医学のメッカに変わっていった。そして明治政府は、この医学部に日本医学の最高の権威をもたせ、そこで育った人材を次々と地方の医学校の教授に回すという方法をとったため、ドイツ医学(厳密には東大のドイツ医学)は間もなく日本全土に波及・浸潤していった。

このように日本では、病院医学がほとんど定着するいとまもなく、その否定者としてドイツの研究室医学が導入されたため、この両医学の歯車がかみ合うことはほとんどなかった。研究室医学は、病院医学から難問解決の力を期待されることもなく、また病院医学から生き生きとした栄養分を吸収することもなかった。研究室医学は、アメリカでは病院医学と結合・融合して十分目的を達成したのに、日本では結び付くべき病院医学を見付けることができず、反対に一人歩きを始め、目標を見失っていった。

そのため日本では、ドイツ医学のなかに萌芽のかたちで隠れていたいくつかの欠陥が拡大され、アメリカでは見ることのできなかつた弊害として残ることになった。その弊害の代表的なものに研究至上主義と権威主義とがある。

研究至上主義とは(ここでは)研究を診療より上位にみる思想のことであり、極端な場合、診療を蔑視する思想にも増幅する。東大に招へいされたドイツ人教師 Mueller はもともと、病院で診療するより大学で研究する方が好ましく、また崇高であると思っていたらしい。自分のつごうで患者を選別し、患者が懇願しても「研究時間がきたから」とか「自分の研究対象でないから」という理由で診療を中止したといわれる。東大医学部にみられる研究至上主義は、Mueller のこのような考えからきたのではないか思われる(患者を研究材料(モルモット)と看なす思想は、この研究至上主義から派生してその後長く続くことになった)。

同じような思想のもち主に東大医学部のスポークスマン・森 鷗外(1862-1922)がいる。彼は若くしてドイツに留学し、ドイツの実験的医学に心酔して帰国した(1888)。彼は、臨床を重視するイギリス流の実学的医学を蔑視し

て次のように述べている。「今の医界の重鎮には、なほ英米医業の弊害を受けて、而して自らそれを悟らず、漫に英米医の実学を称揚する者あり(高木兼寛らのこと一筆者)。彼らの所謂実学は自然科学とその方法論に何の関係かあらん」と。「英米医の実学」つまり病院医学なるものは単なる医学的経験の集積に過ぎず、ドイツ流の実験的医学つまり研究室医学には方法論的にはるかに及ばないというのであろう。

現在でも基礎医学者のなかに「臨床医学とは単なる基礎医学の応用にすぎない」と主張する人がいるが、これなども医学は研究室医学の存在だけで十分というこの思想に近いものであろう。

実学的医学を軽視するもう一つの例に、緒方正規(1854-1919、東大衛生学教授、高木兼寛の「脚気栄養説」に「伝染病説」をもって反対した人)の場合がある。伝染病研究所(現・東大医科学研究所)は当時はまだ独立した研究所であり、東大とは無関係であったが、1914年に突如、東大に移管され、その配下に入るようになった(そのため所長・北里柴三郎以下技師、技手ら全員が辞職するという大事件になった。そして北里らは新たに北里研究所を設立した)。移管前の伝染病研究所では創立以来、免疫治療血清の製造などその実学的傾向の強いことで高い評価をうけていたのであるが、東大移管にさいして緒方正規は、この血清製造部門の移管にはあくまでも反対で、とうとうこの部門だけは陸軍軍医部に依頼するしかなかったといわれる。緒方にとっては、研究者たるものは、患者用の治療血清を造るなどという実際の問題はやるべきではなく、もっと純粋で、もっと程度の高い問題をこそ扱うべきであると云いたかったのであろう。

しかしこのような研究の純粋性をまもり研究至上主義に徹しているうちに、研究の社会的意義までも捨ててしまった例がある。橋田邦彦(1882-1945、東大生理学教授、第二次大戦中の文部大臣)の場合がそれである。橋田は道元(曹洞宗の禅僧)の仏教思想に深く傾倒し、研究行為そのものをも仏教の「行」のように考えていたらしい。「研究者は研究して有名になろうとか、金儲けをしようとか考えてはならない。科学的真理を発見しようなどという野心をいなくことさえ邪道である。ただひたすら研究のために研究すればよいのだ」と

いうのである。この考えは道元の言葉「仏法の行者、名誉のために仏法を修すとおもうべからず、果報を得んがために修すべからず、靈験を得んがために修すべからず、ただ仏法のために仏法を修す、すなわちこれ道なり」からきていることは明らかである。研究室がこのような雰囲気にあったため、研究者としては論文を発表するときにも、なにか邪道をやっているような気がして気まずい思いをしたといわれる。

しかしそもそも、医学研究なるものは宗教の「行」とはことなり、一方では人類社会の要請でもあるわけであり、研究成果を発表し、人類社会の共通の財産にするべきことは当然のことと思われる。

ここから日本の医学のもう一つの弊害、権威主義について考えてみたい。

権威主義とは(言葉は悪いが)「虎の威をかるきつね」の思想のことである。明治、大正期、ドイツに留学した者の中には、ドイツ医学の優秀さに眩惑されて、帰国後もドイツ医学の威をかりる者が多かったといわれる。

森 鷗外が、高木兼寛の脚気栄養説を批判した場合にもそれがみられる。当時、ドイツの Wilhelm Pflueger (1829-1910) は高木説に矛盾するような論文をだしたが、森はこの論文を楯にとり、「日本食改善論者(高木兼寛のこと一筆者)の最堅最牢なる城壁は、かくて既に Pflueger らによりて破られたり、また何の根拠によりてこの強敵と戦わんとするぞ」と論難した。〈高木の主張はこれで完全に破られたのだ。一体、高木はこの権威ある Pflueger に勝るとでも思っているのか、相手は Pflueger なんだぞ〉と言いたげである。Pflueger の名前を聞いただけで高木らはひとたまりもなく引き下がると思っただけなのである。

これと同じ批判の仕方に田沢鐮二(1883-1967、東大薬物学)の場合がある。彼はある学会で、都築甚之助(1869-1933、高木の栄養説を発展させた人)のつくった脚気治療剤アンチペリペリンが効かないということを、ドイツの医学者 Schauman の名を借りて、このように批判するのである。「都築君のアンチペリペリンについては、世界第一の白米病研究者であるシャウマン氏が『アンチペリペリンは脚気に効くことはありえない』と述べている。このとおりこの本に書いてある」と云って、そのドイツ文を読みはじめたというのであ

る。

しかし他人の業績を批判する場合には、やはり自分の研究データを提示してから行うのが科学者としての態度であろう。

権威主義ではなく嗜好の問題かも知れないが、青山胤通（1859-1917、東大内科教授）にこのような話が残っている。「青山先生のドイツびいきは極端なほどであった。……[第一次世界大戦のとき(1914)] ドイツからドイツ軍進出を跡づけた地図でも届くと、先生はこれを医局に持参され『どうだドイツは偉いだろう』と自分の国の勝利でもあるかの様に得意顔でよろこばれるのが常であった」というのである（このときの大戦では、ドイツは日本の敵国であったのであるから尚さら妙である）。

権威主義には自分の属する大学を「虎の威」にするものがある。日清戦争では、多くの陸軍兵士が脚気で病死したが、これは東大・陸軍の学者グループが、海軍が称揚する麦飯を摂らせなかったためであった。このことを海軍軍医の石神 亨が批判したとき、同グループは匿名をつかって次のように論駁した。「医学のことに於いては、我々の最も信用を置き候東京大学にて脚気には一方ならず研究なられ候えども『いまだ一定の病原・病理相分ならず』と申され候に、石神様はその病原・病理をご発見に在りなされ候ことに御座候や、かつその発見は現今世界の学者仲間にて承認を得られたものに候や」。「東大で分からないことが、君などにわかる筈がないではないか。学会で承認される筈もないのだ」というのである。しかも同グループの森 鷗外などは、東大を出た者しか学会で発表する資格はないとまで云っていたのである。

明治政府は、日本の医療を東大医学部を中心に中央集権化していったために、このようなかたちの権威主義はますます増強、増幅されていった。

以上のように日本では、イギリス流の病院医学が定着するいとまもなく流産してしまったために、後続するドイツ流の研究室医学はその目標を見失い、空回りして、その力を発揮することができず、ある者は研究至上主義に走り、

ある者は権威主義に落ちこんでいったものと考えられる。

3. 慈恵医大における病院医学と研究室医学

慈恵医大は明治14年(1881)高木兼寛によって創設された。

高木は、鹿児島医学校で Willis からエジンバラの医学を学んだのち、ロンドンのセント・トーマス病院医学校に留学し(1875)、さらに5年間イギリス医学を学んだ(そしてこのセント・トーマス医学校で学んだ疫学、病理学は、帰国(1880)後の脚気の研究に大いに役立った)。

高木兼寛の脚気の研究と病院医学、研究室医学

高木の医学業績のなかで最大なるものは、何と云っても、国民病といわれた脚気の原因を明らかにし、その予防、治療に成功したことであろう。

彼はすでにイギリスに行くまえに4年間(1872-1875)海軍病院で脚気患者に接していた。そしてその治療法のまったく無いことにひどく失望していた。当時、海軍では兵士1,500人のうち年間延べ6,300人も脚気患者をだしていた。これは同一人が年間4回以上もこの病気にかかることを意味していた。高木は、この脚気の治療法を発見するためには、西洋の医学を基本から勉強し直さねばならないと考えた。彼はある講演で昔を回想しながらこう述べている。「脚気の原因とその治療法を発見することが、私の強い願望になりました。……この目的のためには、どこか外国で医学を基本から勉強し直さねばならないと考えました。それからというもの、この外国で勉強したいという望みは一瞬も私の脳裏を離れたことはありませんでした。ようやく1875年6月、この望みがかなえられ、英国に旅立つことになりました」と。

セント・トーマスでは Simon 教授の疫学的病理学や Parkes 教授の衛生学(とくに栄養学の部分)が大変興味深く、この勉強が帰国後の脚気の研究に大いに役立った。高木は、海軍兵士の疫学的調査を行ない、脚気の原因と考えられる要因を一つ一つ吟味していき、けっきょく食物の欠陥以外に考えられないところまで追い詰めていった。そしてこの欠陥にもとづいて海軍の兵食を

改良し(蛋白質を多く、糖質を少なくして)、遂に海軍の脚気を絶滅させたのである。

筆者はここで、高木が海軍病院で脚気患者の治療で苦勞したことを病院医学と考え、セント・トーマスで学んだ疫学的病理学や栄養学をひとまず研究室医学と想定してみたいのである。アメリカ医学の発展が、病院医学と研究室医学の系統発生的結合*にあったとすれば、高木の脚気に関する研究の成功は、この両医学の個体発生的結合*にあったのではないかと考えたいのである。病院医学と研究室医学の好ましい関係については、彼も一つの見識もっていたらしく、次のような言葉を残している。「臨床家には病者を救う研究こそが本義であり、学理的研究の要があれば、それぞれの専門の基礎医学者の指導の下になさるべきである」と。ここの「病者を救う研究」を病院医学に、「学理的研究」を研究室医学に置き換えれば、この見識はそのままこの小論で主張する意味内容と一致するのである。またここでいう「基礎医学者」とは、先述した「全日制常勤の研究を専門とする科学者」に相当することはいうまでもない。実際にこの見識は、慈恵医大においては彼の没後も継承され、敗戦後、日本の医学制度がアメリカ風に塗りかえられるまで続いた。

慈恵医大の医学史とアメリカの医学史の類似点、相違点

高木は1920年に逝去した。そして幸か不幸か、彼が創設いらい30年以上続けてきたイギリス流医学教育、研究、診療もここで変節することになった。そして日本全土を支配していたドイツ医学が漸次この医学校にも導入されはじめた。卒業生のなかの秀才たちは、このころから早速ドイツに留学していった。永山武美(1885-1974、医化学教授)、寺田正中(1892-1976、細菌学教授)、矢崎芳夫(1894-1972、衛生学教授)らである。

ここで気がつくことは、慈恵医大は他の医学校と異なり、前半をイギリス流の病院医学に学び、後半をドイツ流の研究室医学になじんだ医学校であっ

* 発生学の領域には「個体発生は系統発生(進化過程)を繰り返す」という経験則があるが、ここではそのことをもじったのである。

たということである。すなわち慈恵医大は時間間隔、規模こそ違うもののアメリカの医学史、医療史とまったく同じ道筋をたどったのである。

しかしながら(少なくとも筆者には)、慈恵医大がこの有利な条件をもちながら、他の医学校より格段に優れた業績を挙げたようにはどうも思えない。高木が実学的医学を称揚し、患者のための医学の発展を期待していたわりには、その後継者たちが病院医学と研究室医学を強く結びつけ、これを飛躍的に発展させたようには思えないのである。どうしてこの二つの医学を強く結びつけることができなかったのだろうか——じっくり考えるべき問題である。

その理由についてははっきり示すことはできないが、ここにはひとまず筆者なりの考えを述べてみたい。

まずその理由の一つは、病院医学、研究室医学になじむ期間が短かすぎたためではないか。アメリカの場合は、病院医学が約1世紀、研究室医学がやはり約1世紀、計2世紀もかけているのに、慈恵医大の場合にはそれぞれ約30年ずつ、計60年を費やしているにすぎないのである。この短い期間では、それぞれの医学の特徴を十分に熟成させることはできなかったのではないだろうか。解決すべき臨床的課題を整理するには30年は短かすぎ、また基礎医学的研究方法をわがものにするにも30年は短かすぎたのではないだろうか。

理由の二つめは、ドイツ留学生の帰国後の研究が、ドイツ医学に眩惑されて、向こうでの研究テーマをそのまま続けるかたちをとったためではないか(いまでも留学者が向こうでやった仕事をそのまま続ける例は多い。テーマを変えるにしても世界で流行しているテーマを追うことが多い)。少なくともドイツ留学者に、この地元(慈恵医大)で生じた臨床的課題に立ち向かったという例はほとんど見られないのである。

理由の三つめに、研究体制の問題、学位制度の問題がある。敗戦(1945)までの学位制度は、その中心が基礎医学教室にあったわけであるが、その基礎医学教室の人的構成をみると、教室員(教授、助教授、講師、助手)とその数倍する研究生から成っていた。研究生というのは、臨床医として働きながら(研究費をまかないながら)教室員の指導のもとに学位をとる人たちのことである。学位をとるのが主目的であるから、とればもとの臨床医にもどるわ

けで、先程の研究室医学の研究者の定義、「全日制常勤の研究を専門とする科学者」からはほど遠い存在である。この研究生のことをふくめて当時の学位制度は、病院医学と研究室医学を結びつけるには弱体であり、本質的に不向きだったのではないだろうか。

A 医師（研究生）の回想録の中にその辺の事情を示す興味深い文章がある。

「教授から仰せつかった研究テーマは〇〇〇の問題であった。私には B 講師の指導をうけて実験するようにとの事であった。講師に研究の方法を相談すると『A 君、もう実験はすんだも同じだ、自分と同じ方法でやっておれば一年間で実験はすむ。ただ余り早く完成すると教授からまた次のテーマがでるから、要領よく少し時間を延ばした方がよい。さらに患者についての同じ〇〇〇の問題も面白いだろうが、深みに入りこむだけで論文完成がおくれる危険性がある』という貴重なご意見をいただいた」というのである。

教授、講師、研究生の各々はそれぞれ自分の思惑で懸命ではあるが、しかしこのような状況からは、病気の本体、治療、予防といった難問題を解決する力が出てくるようには思えないのである。ここには人間の病気からはなるべく遠ざかったほうが得策だという反医学的姿勢さえ見うけられる。

以上 1945 年ころまでのことについて、筆者なりに感じたことを乱雑に述べてきたわけであるが、この最後の慈恵医大の問題については資料は豊富であるから、もっと地道に解析する必要がある。何れにしろ、高木が脚気の研究で示した「実学的医学」「病者のための医学」を慈恵医大の伝統的思想とするならば、(将来のことを含めて)問題は病院医学をいかに力強く、しかも効率的に研究室医学に結びつけるかにあるように思われる。そのような視点からみるならば、研究業績の評価にしても、その研究によって病苦を如何に軽減しうるか、病気を如何に予防、治療しうるか、といったより実学的な物指で評価すべきではないだろうか。そしてそれを可能にするのは、やはり病院や研究室のシステムの問題であり、同時に研究者の意識の問題であるように

思われる。

参考図書

- 1) 大鳥蘭三郎. 近世医学史から. 東京: 形成社, 1975.
- 2) 東京大学医学部生理学同窓会. 追憶の橋田邦彦. 東京: 鷹書房, 1976.
- 3) 川喜多愛郎. 近代医学の史的基盤 上・下. 東京: 岩波書店, 1977.
- 4) 飯田広夫. 西洋医学史. 東京: 金原出版, 1981.
- 5) アッカークネヒト. 井上清恒, 田中満智子 訳. 世界医療史: 魔法医学から科学的医学へ. 東京: 内田老鶴圃, 1981.
- 6) 小川鼎三. 医学の歴史. 東京: 中央公論社, 1982.
- 7) 板倉聖宣. 模倣の時代 下. 東京: 仮説社, 1988.
- 8) 井上清恒. 医学史ものがたり 医人の探究 1, 2, 3. 東京: 内田老鶴圃, 1991.
- 9) 川喜多愛郎, 佐々木力. 医学史と数学史の対話: 試練の中の科学と医学. 東京: 中央公論社, 1992.