

ESSAY

感染と人間(連載1)



中田 光

なかた・こう

1954年、東京生まれ。東京大学農学部、京都大学医学部卒業。東芝中央病院内科勤務、米国ニューヨーク大学ベルビュー病院留学などを経て、現在、東京大学医科学研究所微生物保存施設助手。

はじめに

6月に3年間の留学を終えて帰国し、医科学研究所微生物保存施設の助手に就いた。この仕事は、全国の大学や研究所に年間50件ほど、病原細菌を分与する仕事で、それ以外の時間はほとんど自分の研究に費やすことができる。留学前は感染免疫内科の助手で主に感染症の患者を診る立場だったから、臨床から基礎に180度、環境が変わった。

医学部を卒業してから、約半分は臨床にいて、残りも臨床検体を対象にした研究をしながら過ごしてきた。基礎医学のテクノロジーを使って、臨床側の視点から、疾病を研究し、とかく乖離しがちな基礎医学と臨床医学の境界領域で仕事をしたいと思ってきた。

こうして基礎と臨床の間を行ったり来たりしてきた12年間に寄生虫学教室に在席することができ、結核研究所にいたこともあった。東芝病院では様々な呼吸器感染症に出会い、医科研病院ではエイズやマラリアの患者を診ることができ、ニューヨークのベルビュー病院ではエイズと結核の基礎研究に打ち込むことができた。そして今度は、沢山の病原細菌を扱う立場にいる。

気がついてみたら、私は駆け足で感染症の世界をぐるりと一周してきたような気がする。

「感染と人間」—このテーマからは、感染症と人間の長い闘いという意味を想像する人が多いと思うが、私の頭に浮かぶイメージは何よりも出会った患者さんたち、感染症に携わる研究者、医師たち、そして恩師のことである。

悩み多き時代

20歳の頃、私は悩み多き学生だった。大学の教養課程を終えて農学部に進学したものの将来どのように生きるか、何をなすべきか、具体的なビジョンを持っていなかった。努力すれば、いろいろなことが出来るような気もしたし、何もできないような気もした。自分が空虚で、孤独だった。

子供の頃から研究者になるのが夢で、卒業後は大学院進学を考えていたけれども、一方では、このまま、あまりに細分化された専門の世界に入っていくことにためらいも感じていた。他の多くの学生と同様に科学の進歩に対して懐疑的になっていたのである。水に溶けるはずがないと思われていた有機水銀が実は海の複雑な生態系のなかでプランクトンに取り込まれ、魚の中で濃縮されて水俣病を起こした。人間の生活を豊かにするはずの科学がいたるところで不幸を生み出している事実をどのように理解したらよいのか？

幼稚だったが、私はそれが科学があまりにも細分化され、個々の専門分野がひとり歩きしたために全体として調和がとれなくなったためではないかと漠然と考えた。細分化の一方では、個々の専門分野を統合していく学問が必要ではないか？

「君も寄生虫をやらないかい？」

そんな中で、私はある環境問題ゼミで当時問題になっていた都内の神田川のユスリカ大発生を取り上げた。



写真1：タクロバン市内の風景

レポートをまとめていくうちに、いくつもの疑問が湧いて、当時、病害昆虫の世界で有名だった東大医科研の佐々学先生にレポートと一緒に手紙を送った。

しばらくして、「貴君のレポートは大変おもしろいから、いっぺん遊びにきてください」という葉書が届いて、私は喜び勇んで医科研寄生虫学教室へ出かけた。佐々先生は私の話に耳を傾け、質問に答えてくださった。それから、寄生虫研究部の中を案内してくださり、先生の研究の話をわかりやすく説明されたあと、にこにこしながら、「君も寄生虫をやらないかい？」と言われた。

それから、何回か医科研の寄生虫研究部へ足を運んだ。私は、ますます佐々先生の人柄にひかれ、先生の論文や著書を集めて読んだ。その中で、岩波新書の『風土病との闘い』はすばらしかった。1950年代にまだ日本に多くの風土病が残っていた頃、佐々先生自らの足で患者を発見し対策を考えていった記録で、風土病と闘う患者や医者姿が、実に生き生きと描かれていた。また、佐々先生の研究は、熱帯魚のグッピーを池や川に放って、マラリヤやフィラリアを媒介する蚊の幼虫を退治するプロジェクトなど、専門にとらわれない自由さで機知に富んでおり、生物学全般に基礎をおくものだった。

それまで、医学は全く別世界のものとして無関心だった私だが、読んでいるうちに、医学は疾病を究明し、治療法を見つけるということの他に、細分化された科学の諸分野から人間に有益な方法や知識を吸収し、統合していく学問ではないかと思うようになった。そこには私が長く悩んでいたことへの解答があるような気がした。

医学を学びたい。そして、佐々先生のように意義ある生き方がしたい。しかし、もう大学3年の終わりに近づこ

うとしていた。私は焦った。二カ月間、農学部に近い三畳の下宿部屋で考えた末に、私は聖書の「狭き門より入れ」という言葉を文字どおり実行することを決心した。4月になって4年生に進学すると同時に、医学部受験のために予備校の門をくぐっていた。午前中は予備校へ通い、午後は大学に行って卒業研究のために実験をした。そして、夜は滑り止めのために秋にある大学院入試の準備をした。今から思い出しても何故あんなに一途になれたのかわからない。多分、自分の幼稚さ、若さのせいだろう。

「パンツ一丁残ったらまじなほうだ」

こうして、私は昭和52年春に、大学を卒業すると同時に京都大学医学部に入学した。『風土病との闘い』は依然として私の座右の書で、いつかこの目で風土病を見てみたいと思っていた。

そのチャンスは意外にも医者になる前にめぐって来た。5回生になり、公衆衛生の講義が始まると、環境医学レポートというのを課せられた。半年間かけて公衆衛生に関する好きなテーマを選んで調べ、レポートを書けというものだった。私は、風土病についてレポートが書けないかと再び東大医科研の寄生虫学教室に手紙を書いた。教授は田中寛先生に代替わりしていたが、先生は親切に相談に応じてくださり、フィリピン、レイテ島の日本住血吸虫研究所に行きなさいと同教室の松田肇先生と筑波大学教授の安羅岡先生をご紹介くださった。当時、医科研と筑波大学の寄生虫学教室はフィリピンにフィールドを持っており、教室をあげて現地の人を送っていた。

(次ページに続く)



写真2：パロの日本住血吸虫研究所



写真3：パロ川に架かる鉄橋 向うに見えるのが十字架山

マニラに着いたのは夜の10時半を回っていた。税関手続きを済ませてホテルに向かうべくゲートに出た私は、周囲の異様さに立ちすくんでしまった。ゲートを取り囲んだ黒山の人だかり。みんな何か口々に叫んでいる。あとでわかったのだが、荷物を運んでチップを貰うもの、ポンビキの類い、あるいはシロタクの客引きだった。私が途方に暮れていると人込みの中から、「君、中田くん?」と呼ぶ声がした。安羅岡先生だった。

周囲を威嚇するようににらみつけながら、安羅岡先生は私を20メートルぐらい先に駐車してあった車に案内してくださった。そこには、マニラ在住で当時サンラザロホスピタルおごぬきの院長をされていた越後貫先生ご夫妻が待っておられた。車に乗ると、越後貫先生は一言、「君ね、こんなに遅い時間にひとりで来るなんて、パンツ一丁残ったらまじなほうだ」と仰られた。

パロの日本住血吸虫研究所

次の朝、先生に護送されるように空港に着いた私は、レイテ島の首都タクロバンへと向かった。

タクロバンはマニラとは違って、のどかな港町である(P.10写真1)。空港には市立甲府病院の林先生が迎えに来てくださっていた。先生は、神経内科が専門で、レイテには住血吸虫卵が脳血管内に栓塞を起こすことによる脳日本住血吸虫症を調査するために来られていた。林先生のご配慮で、それから2週間、タクロバンで唯一のホテルに滞在して毎日パロの日本住血吸虫研究所へ通うこととなった。

パロはタクロバンから、南へ12キロのところにある小さな町で、ホテルからフィリピンではお馴染みのジブニーと呼ばれる乗り合いタクシーに乗って通った。パロには17世紀にイエズス会の宣教師が建てた教会があり、日本住血吸虫研究所はそこからさらに南に200メートル下ったところにあった(写真2)。

レイテ島について語るとき、やはり大太平洋戦争を抜きにはできない。戦争末期、レイテには7万5千人の日本軍守備隊がいたが、昭和19年10月の米軍の上陸以降、6万5千人が戦死している(といっても、多くは餓死や病死、あるいは、現地人の襲撃にあつて、命を落としたのだという)。パロもマッカーサーの上陸地点に近かったため、有数の激戦地であった。上陸後、米軍はこの教会に本部をおいて、すぐ北にある十字架山に攻撃をしかけた。標高160メートルくらいの丘だが、中部のカリガラ平原に抜ける重要な戦略的拠点だった。米軍はレイテ湾から山の形が変わるほど、激しく艦砲射撃を加え、日本軍も必死で防戦した。3日間の激戦の末、3000人の日本軍戦死者が出たという。

ところで、この十字架山と教会の間には、パロ川という小さな川が流れているが、周囲は深い谷になっていて、米軍は渡河のために橋を架ける必要があった(写真3)。彼らに風土病に対する予備知識があったのだろうか?工事の後、多数の住血吸虫感染者がでた。半年間にレイテだけで1700名もの米軍兵士が患者と診断されたという。戦後、そのことを重く見たWHO(世界保健機関)とフィリピン政府はこの地に住血吸虫コントロールパイロットプロジェクトを設立した。私が訪れた昭和57年頃までには国際協力事業団の援助で、付属病院も建てられ、スタッフも充実していた。私は、スタッフに連れられてジャングルにジープで入り、流行地を見学して回ることができた。その記録については次号に記述したい。(つづく)

日本住血吸虫症

フィリピン、中国、インドネシアなどアジア地域に広く分布し、感染者は5000万人に達する。わが国でもかつては甲府盆地、広島、千葉などで見られた。成虫は8~19mm、雌虫は22mmぐらいで、雌雄抱合した虫体が門脈系に棲み、産卵するため、肝臓、腸などに虫卵が栓塞する。卵周囲は次第に肉芽腫となり、肝硬変と脾腫を起こすようになる。

感染はミヤイリ貝(中間宿主)から水中に出たケルカリア(セルカリア)が経皮的に侵入することによって起こる。