

학회개관

역대 회장 · 이사장 사진 및
회고담

사진으로 보는
대한감염학회 50년

언론에 비친 대한감염학회
50년

● ● ● 역대 회장 · 이사장 사진 및 회고담



전염병과 관련되었던 나의 움직임의 이모저모 : 우리시대 전염병 발생의 野史

*이 글은 작고하신 고 전중휘 교수님께서 '대한감염학회 40년사'에서 남기신 원문을
첨삭 없이 그대로 옮겨온 글입니다.

제 2대~8대 회장 전 중 휘

| 우선 양해하여 주시길 바랍니다. |

학회수뇌부 두분(회장 강문원, 기획부장 김준명님들)의 요청에 따라 곧 출간될 학회창립 40주년사 여백에 正史의 결들임으로 후진들에게 알려줄 만한 사항이나 색다른 흥미 있는 이야기나 기념될 만한 사실들을 자유롭고 가벼운 생각으로 글월을 써 주어야 되겠다는데 우선 응낙하기로 했다.

한편 나는 흔하지 않은 40주년사(50주년사는 많다)를 계획한 학회주역들의 의사도 추정하여 보면서 나오서는 기쁘고 영광스럽게도 생각하였다는 것을 아뢰고 싶다. 그러나 이 글월에서는 학구적이고 체계적인 논리 같은 것보다는 체험적이고 세속적인 사항들, 그리고 현실사항보다는 색다른 옛날 이야기 같은 것들(과거의 우리 현실), 주로 내가 경험한 사연들을 연대순으로 언급하겠음을 이해하여 주시길 바란다.

| 왜 전염병을 전공하려 하였는가? |

이에 대해 좋은 대답이 있을 수 없어서 “운명적”이었다고 표현할 수 없을 것이다. 이제 와서는 잘한 선택이라 할 수도 있고 보람 있는 행보였다고 자랑할 만하기도 하다. 내가 아는 바로

는 나 이전에 우리나라 의료계에서 전염병을 전공한 분이 없었다고 생각된다.

어렵게 의학교를 졸업(1935년)은 하였으나 경제적인 뒷받침이 없으니 어느 임상과에 남아서 어떤 분야의 전공을 위해 교실원이 되려는 생각은 하지 못했다. 취직자리가 있으면 취직하겠다는 생각으로 대기하는 상태로 있을 수밖에 없었다. 성격적으로나 학문적으로는 처음에 내과를 지원하려 하였으나 그때 내과교실에는 교직원이나 교실원들 중 인격적으로 존대할 만한 분이 적어서(나의 성격에 괴벽한 점이 있다) 그래도 내가 존경하는 백인제교수님, 장기려 학형 등이 있는 외과로 지원하여 취직자리를 기다리는 서글픈 처지로서 나의 의사직(외과의)은 시작되었다. 그래도 외과병실과 외래에서의 수련생활은 성실로서 집행하니 열성도 나고 보람도 느껴서 감당할 만 하였다.

한 달쯤 지나 백교수님이 저녁 귀가 전 자기 방으로 나를 부르시더니 오늘 교수회의에서 논의된 바를 알려주는데 경성부립 순화병원장 시이바(椎葉)교수로부터 자기를 도와 연구에 종사할 젊은 학도를 학교에서 한 사람 추천하여 자기에게로 보내 달라는 요청이 있었는데 “자네가 학교성적도 좋고 성실성도 있으니 많은 교수들이 찬성 합의하여 이 요청에 응하도록 회의에서 결정되어 자네를 추천하는 것이니 잘 고려하여 결정지어 가부를 대답해 주기로 하였다”는 것이다. 백교수님 자신도 내가 외과를 전공 못하는 한이 있더라도 이 직장에 가서 공부(연구)하게 되는 것을 장래를 생각하여 찬성하신다고 하셨다. 방에서 나와 나는 곧 장기려학형을 찾아뵙고 이 사연들을 말씀드렸다. 장형은 당시 백교수님의 지도하에 ‘충수염과 충수염성 복막염의 세균학적 연구’로 세균학교실에서 세균을 다루고 계실 때였다. 장형 말씀이 자기가 세균을 다루면서 세균공부를 하게 되었는데 흥미 있는 분야임을 새삼 느끼게 되고 연구할 분야가 많을 뿐만 아니라 자네를 지도하여 주겠다는 시이바교수는 성실한 분으로, 유명한 일본의 세균학자 시가 기요시(志賀 潔, 이질균 발견자)의 제자이고 일본 기다사도연구소에서 많은 연구를 하신 분이며, 특히 요사이 우리나라에서는 원인 모르는 전염병이 많이 발생하는 현실이니 그분에게 가서 좋은 공부를 하게 되면 우리 의학계에 공헌할 수 있는 것이 아니겠는가 하는 식으로 지나칠 정도의 찬성을 하시는 것이었다. 따라서 나는 우연하게 전염병을 공부하는 일꾼(의사)이 되었다고 할 수 있다.

1930년대는 국제적 정세나 국내 정황으로 보아 전염병이 많이 발생하게 되는 시기에 해당

되었으며 또 모든 법정전염병은 서울에서는 부립순화병원(격리병원)과 30여명정도의 환자가 경성제대 병원 격리병동에 수용됨이 허용되었다. 내가 부임한 1935년 초에는 입원환자가 300여 명이 되었으며 의료진은 원장이하 일본인 의사 3명, 한인으로는 나 한사람 외에 정책적으로 한방병실(약 20명 수용)을 개설하여 한의 한 분을 모시고, 약 20명의 간호사(일본인이 대다수)가 병원 업무에 종사하고 있었다. 내가 들어간 이후부터는 전염병환자가 증가추세를 띄게 되어, 신관(현대적 병실형)이 증축 중이었다(다음해부터 신관증축으로 총 500명 환자가 수용될 수 있었다).

원장 시이바교수는 경성제대 의학부미생물교실 조교수로 연구에 몰두하고 계셨는데, 주임 시교수가 경성제대총장이 되면 응당 다음 주임교수를 맡아야 함에도(당시 경성제대 의학부내에는 동경대가 주류를 이루고 있었다) 동대출신이 아닌 시이바교수는 승진은 되었으나 주임교수는 못되고 이곳 순환병원장으로 좌천되어 온 것이다. 이분은 처음부터 나를 다정히 대해 주셔서 공부하는 법, 문헌을 찾는 법, 증례를 보고하는 법, 논문 쓰는 법 따위를 올바르게 가르쳐주었다. 내가 이곳에 있는 2년 동안 진귀하고 흥미스러운 증례 5예를 의학학술지에 발표할 수 있을 정도로 잘 지도하여 주었다(그중 2예는 원장과 공동명의로 발표할 정도였다).

내가 이 병원에 와서 나의 부주의로(원장의 허가로 ‘발진티푸스 환자의 경과에 따른 혈액상의 변화’, ‘회복기 환자 혈액수혈이 발진티푸스 환자 치유경과에 미치는 영향’ 등을 연구하기 위해 환자와 밀접하게 접촉함으로써 본병 이환의 원인이었다고 자인함) 취임 1개월쯤에 발진티푸스에 걸려 생사의 고비를 넘긴 일이 있었다. 그러나 회복 후 병원을 떠나지 않고 열심히 계속 일하였다는 것을 인정하였음인지 원장은 지속적으로 나에게 많은 도움을 주며 성의껏 지도해 주셨다. 그렇기에 위에 언급한 임상증례 5편을 발표하게 되었다.

만 2년이 지난 어느 날 시이바원장은 나를 자기 방에 불러 “자네는 학교도 수석으로 졸업하고 모든 일을 책임지고 잘 이행해 줘 고맙네. 학교에 요청하여 자네를 이곳에 오게 할 때는 자네의 학위논문을 책임진다는 것이 내 포부였는데 나는 관청의 행정을 잘 몰랐네(연구실에서만 지내다 보니). 해서 경성부 당국에 연구시 필요한 기기, 실험동물, 시약품 등을 구매할 비용을 청구하면 이 병원은 연구기관이 아니라는 구실로 병원운영비외의 비용은 주지 않으니 내 계획과는 달리 자네를 더 이상 이 병원에 잡아둘 수가 없게 되었네. 그래서 자네가 원하는 가고 싶은

곳이 있으면 가도 좋은데 혹 경성제대 의학부 기초교실이나 임상교실에 가고 싶은 곳이 있으면 내가 주선해 주도록 하지”라는 말씀을 하셨다. 나는 처음부터 학위를 얻기 위해 이곳에 온 것이 아니라 취직을 위해서였기 때문에 고생은 좀 하였으나 전염병전반에 대한 지식은 얻었으니 일반 내과공부를 하여야 될 시기로 인정하고 이곳을 떠나기로 하였다.

시이바교수의 추천 덕분에 그때 한국에서는 내과의 최고 권위로 손꼽히던 제대의학부 이와 이내과교실에서 몇 년간 수련을 받고, 또 운 좋게 친척(전시예 광업으로 경제적 여유가 생긴 분)으로부터 연구비를 얻게 되어 기초의학 병리교실에서 학위까지 얻었다. 그러나 일반내과의로 활동할 수밖에 없으므로 인해(전염병은 격리병동에 수용) 이제 전염병전공이라는 말도 하기 쑥스러운 지경이 되었다.

그런데 1945년 기다리던 해방을 맞아 경성의전이 서울의과대학으로 발전, 개강함에 따라 교직원 보충이 있었는데, 그 해 10월경에 백인제교수로부터 학교부임 호출이 있어 만나 뵈고(그때 지방체류 중) 다음해 4월에 상경하였다. 바로 그 해 6월 콜레라가 전국에 발생하여 방역반으로 인천지역에 파견되어 10월 초에 귀교할 즈음 그동안 이른바 국대안(國大案) 발현이 추진되었고, 서울대학교 의과대학 내과교실은 5개 아분과(亞分科)로 제정되었다. 그리고 내가 부교수로 책임자가 되어 전염병 전공분야 담당이라는 기쁨이 마련된 것이다. 이때 의대학장은 심호섭 교수(내과), 교무과장은 이종운 교수(생리학)였는데 당시 전염병과 창설은 시대적 상황으로는 큰 의미와 뜻이 있었다고 생각한다. 그 후 나는 전공분야를 바탕으로 지식과 경험을 쌓게 됨으로 보사부의 방역보건위원, 육해공 3군의 방역자문교수, 서울시와 부산시의 방역위원이 되었고, 육군출혈열 연구반 위원이 되어 이제는 전염병전공을 내세워도 자타가 모두 인정하여 주는 계기가 되었다.

그 당시 전염병과가 생겨서 많은 활동과 업적을 남길 수 있었는데 6.25전쟁이라는 역사적(?)인 대 사건이 발생하였다. 이튿날 병원에 나가 보니 조교수와 조수 네명이, 군 소집영장을 받고 출발하기 위하여 나를 기다리고 있는 상황이었다. 법에도 없는 일이 그때 생겼는데 전쟁자체가 법에 없는 일이니 나는 그저 멍하게 서로를 바라보다 악수하고 헤어지는 수 밖에 없었다. 그들은 군에 입대하여 다른 군의관들이 맡을 수 없는 주요한 군대내 전염병 예방정책에 종사하며 다른 이들보다 더 장기간 복무하다가 제대하는 등 나름의 성과를 얻었다.

| 국내에서 만나게 된 전염병(疫病)들 |

발진(發疹)티푸스

졸업 한달 후 전염병전문병원(격리병원)에 취직하여 일하게 된지 1개월쯤 되어 위에서 잠깐 언급한대로 나의 실수(?)로 그때 유행하기 시작한 발진티푸스에 걸려 그날 증으로 원장의 허가를 얻어 입원하였다. 오한, 발열이 있고 두통과 사지통이 심해 보통 감기몸살과는 달라 아마 큰 병에 걸렸구나 하는 생각으로 입원을 자원하였는데, 그 날 밤부터 정신이 몽롱해져 그간(약 2주 동안)의 기억사항이 거의 없었다. 그런데 이상하게도 며칠 간격으로 밤에 찾아오셔서 치유되기를 기원하는 외과 장기려 형의 기도소리는 들을 수 있어 지금까지도 나는 기억처럼 느끼고 지냈다. 회복 후 듣자니 원장이 경성의전학교 당국에 내 예후가 나쁘리라는 것을 알렸다는 것이다.

일본이 대륙침략을 꾀하여 특히 만주지역으로 인원과 물자의 교류가 흥성해짐에 따라 발진티푸스 발생은 기세를 부리게 되었다. 이전에는 장티푸스환자가 많았는데 내가 이 병원에 온 뒤로는 발진티푸스 환자가 각지에 유행적으로 발생하게 되었다는 이야기들이다. 그때 형편에서 우리 임상의들이 이 두 가지 병을 구별하지 않고, 한의원에서처럼 열병, 염병, 티푸스, 상한, 장감 등으로 호칭하면서 몰래 가족의 요청에 따라 집에서 숨겨 가면서 재래식의 자연치유를 기다리고 있는 실정이었다. 열병은 땀이 나는 병인데, 병원에 가면 땀을 낼 수 없으니(얼음찜질) 병원입원을 기피하였던 것이 주요한 이유의 하나였다.

조금 경험이 있는 의사들은 발진티푸스에서 의식장애가 빠르게 오고, 심하면 발진의 모습도 다르며(많고 크고 가끔 출혈성이었음) 가족감염이 흔하면서, 장티푸스와의 감별을 혈청검사 없이도 할 수 있었다고 한다.

이 병원에 와서 원장으로부터 주의받은 이야기인데 “한국에서 열병(상한 傷寒)에는 땀을 내야 낫는다고 믿어 열이 발생할 때 얼음찜질하는 것을 매우 꺼려하니 억지로 시키지 말라”고 하면서 “때해 이 병원은 약가보다 얼음구입 값이(일본인도 많이 입원 수용되기 때문) 많으니, 환자 정신 위생상 강제로 얼음찜질하게 하는 것은 예후에도 나쁘고 옳지 않다”는 교훈같은 이야기였다. 그의 지시대로 얼음찜질 같은 것을 강요하지 않았다. 그런데 넓은 방으로 여럿이 쓰는

병실에서는 어느 사이엔가 한국인 환자도 얼음찜질 같은 것을 처음에는 하지 않다가 며칠이 지나면서 자연스럽게 얼음을 쓰는 환자가 늘어나게 됨을 알게 되었다.

한국인 환자들보다 보기에 얼음찜질하는 일본인 환자들 두통이나 사지통을 호소하거나 의식장애, 헛소리 등을 하는 사람들이 적기 때문에 자신들도 이 방법을 사용하기 시작하였는데 이는 환자들이 좋아하고 또 일본인 환자들의 치유율이 한국인보다 좋기 때문이라는 이야기이다. 나도 발진티푸스를 앓을 때 얼음찜질을 해보았지만 두통의 경우는 훨씬 좋아진다는 것이 경험되었다.

이제 국내에서 발진티푸스 환자를 보기 어렵게 된 것은 유효한 발진티푸스 백신의 덕이 아니고 이를 죽이는 DDT 살포의 효과였다고 믿는다. 그 당시는 의료인이 환자로부터 직접 많이 감염되는 역병이 발진티푸스였는데 내가 아는 범위에서 1942년에서 43년간 서울시내에서 학위를 가진 내과 의사가 9명씩이나 사망한 사례가 있으며, 내가 존경하던 시이바원장도 걸린 이후부터 옮겨진 발진티푸스로 인해 재임시(내가 떠난지 10년 후) 별세하였음은 참으로 애석하지만 그분의 업적으로 볼 때 기념비적인 일이라 생각된다. 또 6.25 전쟁 중 국민방위군 사건이라하여 많은 발진티푸스 사망자가 생겼는데 이 때 모든 경제문제처리 책임자(비리가 있었음)였던 방위군 대장은 사형까지 언도받은 비극적 사건도 있어 애처로움마저도 느낄 정도였다.

여기서 병명에 대해 확실히 알고 넘어 가야 할 사항이 있는데 우리의 티푸스나 콜레라 같은 것들이다. 이것은 일본식 작명으로 장질부사, 호열자(腸窒扶斯, 虎列刺-한자를 많이 써야 유식하다는 일본학자들의 작태)로 써 놓고는 발음은 그대로 쇼우지프스 코레라(チョウチフス コレラ)로 하는 것을, 한국인 중 ‘잘못’ 유식한 분들이 장질부사, 호열자로 호칭하게 되니 난센스의 대표적인 것이었다고 하겠다. 발진티푸스와 함께 많이 발생하던 재귀열도 DDT 등으로 말미암아 없어지고 말았다.

유행뇌염(절지동물매개뇌염, 일본뇌염)

1차 세계대전에서 1930년경에 우리나라 문헌에도 에코노모의 기면성뇌염에 대한 임상증례 보고가 있었다. 1932년에 서울과 두 세 곳 지방 학술모임에서 일본뇌염이라고 생각되는 증례를 1예씩 보고한 제목이 나타나 있으나, 증례의 구체적인 임상상은 발표되지 않았다. 1935년

여름(8, 9월) 유행성뇌막염(수막구균수막염)으로 임상 진단되어 입원한 환자가 23명이 있었는데 보통 유행성뇌막염보다는 수막자극증세가 그리 심하지 않으나 의식장애가 심하다. 또한 뇌척수액은 투명 내지 유백색이며, 세포증가는 주로 림프구이고, 세균은 증명 배양되지 않았다. 이때 신문지상에는 일본 각지에 근년 학계에서 문제가 되는 이른바 B형 일본뇌염이 유행한다는 소식도 있기에 시이바 원장하고도 상의하면서 그 임상상을 잘 관찰하고 그 경과도 잘 검토하도록 하였다. 가을이 되어 알게 된 소식이지만 서울 외에 평강, 평택, 평양 등지에서도 이와 같은 병증이 발생하였다는 풍문이 있어 그 해 가을에 학술회의에 구연 발표하고, 일본전염병학회지에도 “일본뇌염이라고 고려되는 증례”로써 발표하였다. 그 후 이런 증례가 가끔 있었으나 큰 유행적 발생(?)은 없어 의료계의 주의를 끌지 못하였는데, 1949년 여름 서울을 위시하여 국내 각지에 이 유행성 뇌염이 다수 발생하게 되어 보건사회부는 이것을 법정전염병으로 곧 지정하고 서울시내에 발생한 많은 환자는 서울의대병원 내과, 소아과 병동을 개방하여 무료로 치료하는 아우성을 치루었다. 그 총 수용환자는 2개월 동안 500명은 넘었던 것으로 기억한다.

처음 당하는 뇌염 유행(1949년의 20여예) 환자부검에 있어 일본뇌염바이러스의 분리도 처음 있었고, 그 병리조직학적 소견이 일본의 것과 일치함을 알게되었다. 그 임상상을 그 해 가을 의협학술대회에서 특별강연을 본인이 담당하는 영광을 가졌는데, 당시 바쁜 중에도 학술적인 수치를 발표할 수 있었던 것은 서울의대병원 전염병과 조교수 노병호, 조수 김진조, 정희영, 박홍직, 학생조수 이용진의 노고가 매우 컸다. 조수 두 명은 1개월 동안 집에도 못 가고 병원에서 유숙하면서 진료에 분투 노력한 사실이 있다. 그 학술적인 성적의 대략은 6.25 전쟁으로 부산에 피난한 시기여서, 1952년 부산의사회 잡지에 실려 그 기록을 남길 수 있었다. 그 후 1959년의 전국적인 유행은 국내 최대의 것으로 인정되는데 C 6,897 D 2,177로 치명률 31.6%의 놀랄 만한 수치였다.

그 후 이 뇌염은 해마다 발생하였는데(3, 4년에 한번씩 유행이 있었고 당시 2천 내지 3천명씩의 환자 발생이 있었음) 1984년 이후에는 그 발생이 감소하게 되었다.

그러면 ‘왜, 일본뇌염이 1945년대 이후 많이 발생하게 되었는가?’에 대한 추정이 필요하다. 일제 강압으로부터 해방된 후 경제자활에 도움을 주고자 정부, 특히 농림부에서 가축장려에

힘쓰다 보니 농촌은 말 할 것도 없고 도시에서도 양돈사업을 장려, 허용해서 이런 상황이 되었다고 생각한다. 그 전에는 인식하지 못했으나 돼지는 뇌염바이러스의 증폭 숙주가 되기 때문이다.

본 병의 감소는 뇌염매개의 증폭 숙주인 돼지의 부락의 사육만이 허락되고(농촌을 포함) 유효한 마우스뇌백신이 개발되어 돼지에게 접종이 의무화되었기 때문으로 여겨진다(문헌상으로 Sabin이 군산 주둔 미병사 뇌염환자에서 1946년 부검뇌에서 병균을 분리한 사실이 기록되어 있다).

열대열말라리아

본 병은 우리나라의 토착병이 아니고 그 발생 증례의 보고도 우리 때(그 당시)까지는 없었던 것이다. 1935년 가을에 있었던 일이다. 발열이 있고 빈혈이 심한 환자가 간장과 비장이 크게 부어 원외에서 장티푸스로 의심 송원되어왔다. 혈액배양과 혈청검사를 실시하여 그 성적이 나오기를 기다리는 중 다음 날부터 열과 함께 복통(정체불명)을 호소하였는데, 그 원인이 규명되지 않아 진통제를 놓아주면서 경과를 지켜보았다. 입원 3일째 되는 날 검사실에서 혈액도말표본에 이상한 것이 나타났다는 연락을 받고 검사실로 갔다. 참으로 이상한 반월형의 소체가 커진 적혈구내에 보여, 원장에게 알리고 확인을 요청하였으나 자신도 처음 보는 형이라면서 책을 뒤져 이것이 열대열말라리아 플라즈모디움임을 알게되었다. 이 환자가 복통을 호소한 것은 진통제를 맞기 위해 거짓으로 꾸민 것이고, 발열도 체온기 끝을 담뱃불로 데워, 온도를 올려 고열이 나타나게끔 해, 자신의 병이 중태라는 것을 위장한 것이었다. 이 환자는 마약중독 환자들 중에 가끔 발생하는 접종(接種)말라리아의 증례이다. 그 후 2예가 더 첨가되어 학술지상에 발표되었는데 국내에서는 처음 보고되는 증례였고 키니네제제가 효과가 없어 그 때 새로이 임상에 나타난 아타브린과 플라즈모긴을 일본서 구해 완쾌시킨 일이 있다. 이 증례에서처럼 마약환자의 의사 속이기 술수는 훌륭한 연기였음이 기억에서 잊혀지지 않는다. 그 환자의 체온표에는 가끔 고열이 나타남이 기록되었으나 후일 증례보고를 위해 임상차트의 열형을 다시 검토해 보니 열은 높으나 맥박은 정상범위로 빠르지 않게 나타났다(가짜 체온 올리기).

내가 의사가 된 뒤 6.25전쟁 발발 후 수 년 동안은 우리나라 역병 중 삼일열말라리아가 최대의 발생을 보였고 의학의 중대 과제로도 인식되었다. 따라서 나는 기생충학회에도 참여하여 학우들의 많은 도움을 받아 최대 문제였던 삼일열말라리아를 방역하기 위해 국민일체의 협력을 아끼지 않았다. 1983년 이후 국내(남한)에서 그 발생이 없어지게 되었으나 그 후 10년이 지난 현재(1993년 1예, 1994년 20예, 2000년 52예/일반시민, 군인제외)는 전체 1천여명이 발생하게 되었다. 그 발원지는 휴전선 이북이라 인정되며 처음에는 주로 휴전선지역 군인들에게서 발생해 이를 이상하다고 생각해 이 병의 재현이 우리의 새로운 연구과제라는 것을 인정했다.

콜레라

일제강압으로부터 해방되어 경성의학전문학교의 새로운 개교가 논의되면서 심호섭, 백인제, 이종윤, 심상황교수님들이 나에게 학교에 부임하라는 명령(終戰이 가까웠을 때 나는 이북에 있었다)을 내렸다. 이에 가족과 함께 1946년 3월에 서울로 왔으나 거처할 집도 마련하지 못한 상황이었다. 그러던 중 중국에서 해로로 귀환하는 동포(특히 상해, 광둥 지역)들과 함께 콜레라가 국내에 침입했다.

내가 의사가 되어 처음 맞는 콜레라 방역이었다. 그 당시 중국에는 콜레라가 발생한다고 알려진 시기였는데 남한을 관할하는 미군정청은 중국에서 귀환하는 한국동포들을 LST(상륙용 주정)에 싣고 부산으로 오도록 했다. 이때 항만검역관으로 젊은 미육군 중위를 임명하여 놓았는데 후에 알게 된 사실이지만 항만검역에는 초보의 지식도, 검역경험도 없는 인사였다. 일제시대부터 부산에는 항만검역관이 있어 인접국가에 콜레라가 발생하였을 때 외국에서 오는 선박에 대해 반드시 검역관을 상선시켜 승객들을 상륙시키지 않고 콜레라 보균상태를 조사해 음성일 때에만 상륙시키는 것이 절대적인 규약이었다. 그래서 비교적 오랫동안 국내에서는 콜레라의 피해가 없이 지내 왔다.

그러나 미군정시기 첫 귀환선에는 설사환자도 몇 명 있고 항해도중 사망한 환자도 있었는데 일제시대부터 근무한 검역소 조수(검정시험 합격 한국 의사)의 충고에도 불구하고, 경험 없는 미군 검역관은 승선자의 대변검사(직장도찰: rectal swab)없이 모두 상륙시켜, 콜레라가 유

입 국내에 퍼진 사건이 생겼다. 이 유행에서 C15,644 D10,181이고 치명률은 65.1%라는 참담한 상황이 되고 말았다. 이 콜레라 유행 이전의 예방대책은 국제적으로도 보균자를 찾아내 격리시키는 방안을 취하였다. 그러나 현대에는 이런 구식방안은 버리고 환자를 조속히 치료하는, 물치료(水治 또는 水和)요법으로 바뀌었다. 콜레라의 국내발생을 문헌적으로 찾아볼 때 1524년(중종 19년)에서 해방전까지 31회의 국내 침입이 있었고 피해는 너무나 크고 희생자 또한 많았다.

위에서 언급한 바와 같이 환자가 증가하자 보건당국은 각 의과대학에 의뢰하여 방역반을 조직하여 그 확산방지에 노력하였다. 이때 국내에 콜레라 방역의 실제 경험이 있었던 분은 기용숙(경성의전 미생물 교수)교수뿐이었다. 이분이 젊은 교직원과 고급반 의학생들을 동원시켜 콜레라균 배양과 환자 다루는 법, 본병에 대한 지식을 수일간 교육시켜 5, 6개 방역반을 편성하고 각 주요지역에 파견시켰다.

이 때 나는 특수반 책임자명을 받고, 인천 어업조합 건물을 빌려 방역 제 1선 검사실을 만들고 우선은 발생지나 발생 우려지역에서 오는 모든 선박은 인천으로 회항시켜(부산검역소 폐쇄) 모든 승선자는 직장도찰식 균검사를 받게 하는, 이른바 해항검역사업을 3개월 동안 수행하였다. 당시에 다행히도 우리 젊은 요원들이 노력해 주어 성공적으로 업무를 집행할 수 있었다. 이때 여자의전 그룹들도 함께 참여해 모두가 열심히 일할 수 있었던 점이 인상에 깊게 남는다.

결국 우리팀이 직장도찰을 실시하여 음성으로 판명된 예 중에서는 한사람의 환자도 발생하지 않았다. 우리 인천검역검사소에는 공간의 여유가 있어 임무 후반에는 다른 지방에서 감염돼 인천에서 발병된 환자를 수용해 치료하기도 하였다. 그러나 그 때 수액요법이 뜻대로 되지 않아 가끔 오한, 발열이 생기는 환자에게 정맥주사를 투여하지 못하고 피하주사를 주입하게 돼 하루 동안 주입해 봐야 1,000ml를 넘기는 것이 힘들어 효과가 시원치 않았다고 생각된다.

나는 그 후에도 두 번의 고전 콜레라와 7회의 엘토르 콜레라(1963년 국내최초)를 경험하였는데 콜레라 치료가 충분한 물치료(水治 또는 水和)요법으로 바뀐 후에는 콜레라는 이제 무서운 병이 아니고 신속하게 물을 공급하는 노력에 힘써야 하는 병이라는 인식을 갖게 되었

다. 그 결과로 1963년 유행에서 치명률을 5.1%로 낮출 수 있었다(과거 1946년 유행에서는 65.1%). 이 병에서 1960년대 이후로는 구토, 설사하여 3시간 이내에 설사센터(콜레라 치료소)로 환자가 와 주면 모든 환자를 회복시킬 수 있다는 확신이 생기게 되었다.

콜레라 유행에서 이제는 옛날처럼 보균자 검색을 할 생각은 버리고 우선 환자를 설사센터에 수용하여 치료해야 한다. 그리고 그 전파역제는 일반 위생상식과 소독약 사용 등의 일반화된 위생주의 사항으로써도 충분하다는 간단한 결말을 얻게 된 것이다.

마마(痘瘡)

일제시 중두 접종을 의무적으로 실시해 해당 연령이 되면 거의 대부분이 접종을 하였기 때문에 내가 졸업(1935년)한 후에는 임상에서 경험하기가 드물어졌다. 그러나 가끔 만주지방을 통해 환자가 들어와서 지역적으로 발생하는 경우가 있었다. 그런데 6.25 전쟁을 계기로 이 마마 환자가 늘어 지속적으로 중두(접종)를 실시하였음에도 선감(善感)이 되지 않는 수가 경험되었다. 그 때 방역연구소 소장으로서 기용숙 교수가 취임하면서 재래의 이 두묘주(痘苗株)를 미국 것으로 바꾸고 중두를 시행하여 1959년 이후에는 국내에서 이 악역이 잠적하게 되었다. 그리고 우리나라보다 20년 늦은 1980년 5월 8일에 WHO는 본 병의 지구상에서의 근절을 선포하였다. 흥미로운 사실은 6.25전쟁 초반기에 UN군 중에서 의심스러운 마마환자의 발생이 있다고 하여 내가 불러가 진찰을 간 일도 가끔 있었는데 그들은 경증(輕症)환자(중두를 맞은 자)였던 것이 기억난다.

UN군이던 미·영국 군인 뿐 아니라 에티오피아 같은 나라에서(16개국)도 왔으므로 이런 일이 발생했던 것이다. 이 병의 확진은 혈청반응이나 바이러스분리로서 행하는 것이 아니고 시진(視診)으로 발진 발생모습, 경과(同時性) 및 손바닥, 발바닥에 발진이 나타나는 것으로 충분히 수두(水痘)나 다른 피부병과 감별이 된 것이다.

개괄적으로 말하여 1930년대 이후에 많았던 전염병으로는 장티푸스, 파라티푸스, 세균성 이질, 아메바증, 발진티푸스, 재귀열, 마마, 말라리아, 전염간염(A형), 좀 늦게 나타난 유행(일본)뇌염들이었다. 6.25전쟁 시기에는 B형간염과 상기 전염병들이 많아졌고 이른바 유행성출혈열(신증후)이라는 새로운 것이 나타났던 것이다. 경제발전이 이룩되기 시작한 1980년대 이

후에는 들쥐와 관련된 유행성 출혈열, 렙토스피라병(1982년), 쯤쯤가무시병(1985년, 이강수, 경남 진해), 장염비브리오증(비브리오패혈증:1982년경, 전라도 남서부해안지역), 쥐벼룩과 관련된 발진열(정희영·전종휘, 서울, 1959), 여름냉방장치와 관련된 레지오넬라증(冷序病: 1984년 7월 26일, 서울고려병원)들이 우리 임상에서 문제가 되었던 것들이다.

미친개병(恐水症)

나는 이제까지 사람의 미친개병의 4예, 그 예방접종 후 뇌척수막염으로 죽은 7예의 증례(1930~40년대)를 경험한 일이 있다. 요컨대 한때 미친개에 물려 진짜 발병해 죽는 일보다는 공수중에 걸리지 않기 위한 공포증 때문에 불필요한 sample vaccine 예방주사를 21회에 걸쳐 맞고서, 죽는 사실이 더 많았다. 때문에 미친개 예방주사를 함부로 맞아서 안되며, 자신을 문 개가 확실히 미친개병인지 아닌지를 확인하고서 주사를 맞아야 한다는 것을 교육하느라 열을 올린 적도 있었다.

신증후출혈열(한국형출혈열)

본 병은 6.25전쟁이 발발하고 국내에서 그 발생이 시작된 전염병으로 인정하는 것이다. 1951년 봄부터 전선(戰線)이 교착되어 중부전선에 포진을 하고 있던 UN군 병사들에게서부터 주로 발생되었던 병이다. 피부출혈반과 신장기능부전이 특징인데 그 정체가 이제까지 UN군 의무진에도 잘 알려지지 않은 괴상한 병증이었다.

문헌상으로는 1930년대부터 만주와 소련국경지역에 주둔하는 일본과 소련군인들에게 발생하는 이른바 유행성출혈열(일본)과 nephrosonephritis(소련)에 해당함을 알게되었다. 들쥐와 기생진드기가 매개구실을 함으로 이에 대한 방비로써 일·소 군진에서는 여러 가지로 노력을 하였으나 시원한 효과를 얻지 못한 새로운 해괴한 군진병이었다.

남북한 대치 전시 중에는 주로 UN군 특히 미국군진에서 많은 환자 발생이 있었으나, 휴전과 더불어 한국군에서 환자 발생이 많아졌다. 발생지역도 점차 남방으로 확대 이동하여 영남지역으로 까지 남진하면서 1960년대 이후에는 민간인에게 발생하여 군진병(軍陣病)에서 일반 전염병으로 포함되었고, 휴전 후 한국군이 전방 전선을 담당하게 된 이후로는 한국군인에게

주로 발생하는 사태에까지 이르렀다.

미국 의무진은 광나루 가까이의 광장리에 출혈열센터를 건설(1952년 4월 6일)하고 본 병의 환자치료를 전담하는 병원을 세우는 한편, 그 병원체를 규명하는 연구시설도 갖추어 이 전염병 퇴치에 노력을 기했다.

병원체와 감염경로가 아직 미확인 상태여서 우리들(육군 출혈열연구반)도 최다 발생지역인 '철의 삼각지대'(철원·금화·평강지역)와 '인제지역'까지 출장을 나가 역학조사를 실시하는 등의 열의를 보였다. 어떤 지역에서 중국군 시체가 무더기로 가매장된 곳을 정리한 한국군 일본대(一分隊) 전원이 본 병에 이환된 특수한 경우(많은 들쥐가 모여 있었다)도 조사해 낼 수 있었다. 휴전이 성사되기 전에는 주로 UN군들에게 발병하였으나 같은 지역의 한국군에게 발병이 적었다. 이유는 UN군들은 포진(砲陣)을 맡아 보다 후방에서 전투하였으나, 한국군인들은 산정상과 고지를 점령하기 위한 등반 전투에 주력하였기 때문이다. 즉 본 병에 감염되었어도 전투사망자가 많기 때문에 환자로서 병원에 입원하는 수가 적어 전쟁 초기에 발생환자 수가 적게 나타났던 것이다. 전시 중 초기 어느 미국 의학잡지에 본 병이 UN군에 많이 발생하고 한국군에 발생이 적다 하여 한국인은 조금 면역성이 있는 것으로 미루어 짐작하여 본 병이 한국의 토착병이라고 성급하게 추정하기도 하였다. 그러나 그것은 위와 같은 전투실태를 모르는 책방 속 서생의 서투른 생각에 지나지 않는다고 생각되었다. 본 병에 대한 증례에 대한 문헌은 이제까지 국내에서는 전혀 없었던 것이다(뒤에 쓰는 生物戰의 기록을 참조할 것).

기쁘게도 우리나라 미생물학자 이호왕 교수가 1976년 5월 1일 병원체 Hantaan바이러스(병원체규명처인 한탄강에 기원)를 발견하고, 제주도(병균이 오염되지 않은 지역) 들쥐의 폐장을 이용하여, 간접면역형광항체반응으로 혈청진단법을 개발한 것은 노벨상감이라고 나는 믿고 있었다.

내가 혈액투석기(인공신장)를 처음(1952년 4월)으로 출혈열센터에서 보았고, 본 병이 점차 전국적으로 퍼지고 민간인들에게 발생함에 따라 보사부 방역과에서는 그 예방을 위해 널리 그 실태를 교육할 필요를 느꼈다. 이에 방역과에서는 나에게 잡지나 신문에 바른 이해를 위한 글 써 주기를 자주 간청하여 왔다. 일반 사회에서도 내가 육군 출혈열연구반 임원이고 이

에 대해 가끔 글을 쓴 덕택인지 내가 근무하는 명동성모병원으로 민간인 환자들이 찾아오게 되었다. 중환자들의 치료에는 신장기능 회복이 우선이었다. 따라서 그 당시로는 힘들고 어려운 방법이었지만 내가 젊은 의국원들에게 복막투석법을 실시하도록 협력을 구했고, 이들이 힘써 주어 24시간 밤잠마저 자지 못하는 어려운 가료활동을 할 수밖에 없는 상황이었다. 이때 투석액은 상품으로 판매되는 것이 없어, 병원약국의 협력으로 우리 스스로가 조제한 약액을 신중한 주의를 기하여 자작 약품을 사용했었다. 지금 같으면 꿈같은 이야기가 아닌가 생각한다. 여하튼 첫 해 1년 동안 애써 복막투석한 23명의 중증환자는 모두 회복시킬 수 있었고 이것이 신문지상에 보고되니, 일반사회는 물론이고 의료계에서도 우리의 노력에 칭송을 아끼지 않았다. 또 육군의무고문관(미국인)이 퇴임해 한국을 떠날 때, 한국 재입 노고 기념으로, 인공신장기 구입을 허가해 주고 떠나라는 간청을 하였다. 이로 우리나라에서는 처음으로 수도육군병원에 혈액투석기가 설치될 수 있었고, 다음 민간병원으로는 성모병원에 설치하게 되었다. 또 이 괴병의 발생을 계기로 한국신장학회(처음 신장연구회)가 비교적 일찍이 탄생하는 계기가 되었다고 생각한다.

발진열(發疹熱)

본 병의 국내 존재에 대해서는 오래 전부터 논의되어(호남열, 조선티푸스 등) 왔으며, 1958년부터는 임상적으로도 관심 있는 의료인에게 뚜렷한 증세로 자주 경험되었다. 내가 학회잡지에 '처음으로 확인된 발진열의 3예'라는 주제로 정희영 님과 함께 최초로 지상보고를 하였는데, 1959년 10월 병원체가 분리되었기 때문이다.

사실은 발진열의 존재를 확인키 위해 국립보건원 연구원으로 미국 록키산 미생물연구소로 가려는 정씨에게 리케차 공부를 하고 오라고 부탁한 것이 계기가 되었다. 이후 그의 귀국 후 의심되는 환자 혈액에서 뿐 아니라 환자의 집에서 잡은 쥐 및 쥐벼룩에서 리케차가 분리 고 정케 된 것에 연유한다.

임상증세로는 유열성 홍반열로서 피부에는 다수의 홍반이 있을 뿐, 발진티푸스처럼 출혈성 발진은 없고, 의식장애도 없고 예후는 좋아서 관심을 가지고 환자를 보면 찾아내기 쉽다고 인정되었다.

인플루엔자

1918~1919년 본 증의 pandemic 때 우리나라에서도 희생자가 많았다는 것이 고문서(口傳에 도)에 기록돼 있다. 주민의 혈청검사에서도 인플루엔자의 유행이나 세계적인 유행이 있었음이 인정된다.

그간 바이러스의 항원변이가 극심하였으나 1977년 이후로는 A형의 H3N2와 H1N1이 주로 출현하여 고정적인 듯 했으나, 가끔 B형의 유행이 있었다. 인플루엔자 바이러스의 주된 자연 병원소는 나그네물새(철새)로 규명되어 앞으로 그 발생 예방은 쉽지 않을 것으로 생각된다.

또 많은 학자들이 그 병독성이 다시 강화되지 않을까 하는 걱정을 하고 있다.

이제는 이런 이야기도 거리낌없이 말할 수 있는데 지난날에는 전염병이 많이 발생해 그 대다수를 다루는 의료인들에게 전염의 위험을 주었다. 또 실제로 주요한 것 대부분은 법정전염병으로 지정돼 일반의사가 자유롭게 다룰 수 없는 것이었고, 특수병동에 격리 치료하는 경우가 많아 자연적으로 감염병 자체를 전공하려는 의사가 적었다는 것이 역사적인 사실이다.

| 대한감염학회의 탄생 |

대한감염학회는 1961년 11월 1일, 이 분야(전염병)에 관심이 많았던 故 기용숙 교수와 관계 인사들이 모여 발기하였으며, 11월 11일 창립총회(53명 출석, 서울의대 임상 A강당)에서 초대 회장에 임명재, 부회장에 전중휘를 선출함으로써 탄생되었다. 회장 임명재(任命率) 박사는 당시 유일한 관립 경성의학전문학교 출신이었으며 졸업 후 새로 생긴 경성대 의학부 이과내과 교실에서 오랜 수련을 받았다. 그 후 개인진료소를 개원하고(간장질환 관련 학위를 받았고), 해방 이후에는 서울시립순화병원(전염병원)의 원장이 될 만큼 의료계에서 존경받을 정도로 전염병에 대한 관심과 열의가 대단한 분이였다. 학회 창립시 회장의 임기는 2년으로 1대로 끝내셨고 2년간 학회발전을 위해 노력하셨다.

그 다음 전중휘(내가)가 회장에 임명되었는데 선배 회원이신 기용숙 교수의 강압(?) (그는 미생물학과 면역학회 일로 분주하시고 전염병방역에는 늘 선두 주자로 활약)으로 회원수가 적으니 계속 맡아서 일해야 한다고 회의 때마다 주장하셔서 8대까지 연임 14년 간 회무를 집행한 사례를 남겼다. 다음 회장 정희영도 5대 연임 10년 간 회무를 강요 담당했었다.

본회 창립시 학회명을 전염병학회, 감염병학회, 감염학회 중 어느 것으로 할 것인지 상당한 논란이 있었다. 그런데 내과계 의사들이 아닌 비뇨기과, 산부인과, 피부과, 미생물, 면역, 예방의학 관계의 의료인들이 간청해 회원수의 확대와 감염의 진행과정과 결과도 연구하고 예방 등의 문제들을 감안해 감염학회(感染學會)로 명명하기로 했던 흥미로운 일도 있었다. 1969년에 학회 기관지도 창간하였는데 이름을 지을 때 별 논란 없이 [감염]으로 쉽게 만들었다.

| 6.25 한국 전쟁을 계기로 생물전(生物戰)이 발생한 적이 있었는가? |

필자는 생물전 발생의 가능성을 인정하려는 편에 속한다.

국제 조사단의 이른바 ‘검은책’사건

6.25 한국전쟁이 일어난 다음 해 봄 ‘조선인민공화국(북조선)은 국제조사단 이름으로 UN신탁통치위원회에, UN군측이 북조선 여러 곳에 세균전을 감행했다는 고발서를 제출하였다’는 사실이 신문지상에 보도되었다. 나는 그 해 봄 부산에서 개최된 제 4회 대한의학협회 학술대회 석상에서도 이 사건이 비공식 대화제목의 주제가 되었었다는 사실을 알고 있다. 그 고발서를 덮어씌운 책뚜껑이 검은 색이라 하여 이른바 ‘검은책(Black Book)’이라는 명칭이 붙기도 하였다. 이 고발서가 허위라며 그 비판문이 John Clews 저술의 ‘The Communist New Weapon-Germ Warfare’가 1953년 런던에서 발간된 바도 있다.

나는 1955년 가을 미네소타 의과대학에서 연수를 받는 기회를 이용하여 대학원 등록이 끝나는 즉시로 도서관에 가서 이 책을 열람할 수 있는 행운(?)을 갖게 되었다. 이 책의 대부분은 유엔군이 세균탄을 퍼부어 북조선의 많은 지역에 여러 형태의 전염병이 많이 발생하였다고 밝히고, 각종 전염병에 대한 교과서적인 서술은 자세히 기술돼 있으나 실제 환자발생 수나 발생지역은 표시돼 있지 않았다. 단 한곳에 페스트 1예 발생사례를 기록하였는데 「강서지방, 박운호 26세, 농민」으로 되어 있으며 페스트의 미생물학적 성격과 본증 환자의 병리해부의 부검소견을 자세히 기술하였다. 또 부검자 몇 사람의 이름도 나열했는데 나와 면식이 있는 두 분의 이름도 있었다.

페스트는 우리나라 문헌상 이제까지 발생한 바 없는 질환이었다. 여하간 이 1예로 끝내고 그

후의 속발환자 발생했다는 제시가 없는 것으로 판단 북한에 토착(土着)되지 않았다는 것을 알고 다행이라 여겼다. 주지하다시피 이 병이 쥐에 옮겨져 토착되었을 때 그 근절은 거의 불가능하다(예로 미국 캘리포니아 지역의 페스트는 아직도 근절되지 못하고 있다).

내가 이 책을 읽으면서 기대를 걸었던 사항은 그 당시 남한 UN군들에게 발생한 출혈열의 이북 발생여부였는데 'Black Book'에는 그 기록이 전혀 없었다. 이 페스트의 발생에 대한 지적을 어느 정도 내가 긍정적으로라도 고려하는 이유는, 세균전을 생각할 때 그 유명하던 일본 731부대의 이시이(石井)대장이 연상되었고, 종전 후 이시이의 존재가 전혀 밝혀지지 않았던 수수께끼와 관련이 전혀 없었다고 할 수 없다.

신증후출혈열(HFRS)의 발생

위에서 언급한 것처럼 남한주둔 UN군 전투부대에서 전쟁발생 다음해 봄부터 HFRS가 많이 발생한 사실은 생물전을 고려하지 않고는 도무지 이해가 되지 않는 사실이다.

일본의 생물전 담당 이시이(石井) 부대가 유행성출혈열 발생지역(소련·만주 국경지역)의 들쥐 수천 마리를 잡아서 중국 본토의 어느 미 발생지역에 살포한 일이 있었다는 사실을 어느 책에서 읽은 일이 있었다. 그러나 그 결과는 알지 못한다. 이 HFRS는 최근 몇 년까지도 중국 본토가 최다 발생 지역이었는데 이런 이유들과 역시 깊은 관련이 있을 것이라고 생각한다.

KAL기 납치와 C군 이질균

세균전이라고 보는 것은 아니고 이와 관련된 일련의 연구사항이라고 생각된다.

1969년 12월 11일 KAL기(YS-11)가 강릉에서 서울로 오는 중 북조선에 납치되었다가 다음 해 2월 14일 승객중 일부(47명 중 39명)만이 송환된 일이 있는데 승객중 대다수의 검변(통상적으로 이런 경우는 실시하게 돼 있다)에서 국내에서는 분리가 극히 드문 C군(*Shigella boydii*) 이질균이 검출된 사건이 있었는데 이것도 생각하기에 따라서는 괴상한 일에 속한다.

1969~71년 간에 있었던 설사성 복합감염

최초의 발생지역인 전북 군산항외 옥구군 신평리의 피난민촌에서 급성 구토설사증이 최초로

1969년 8월 26일에 발생해 확산되기 시작했다. 환자가 갑자기 증가함에 따라 기용숙 교수가 보사부의 의뢰를 받고 보건원 세균부 부원들과 함께 현지에서 대변검사를 한 결과에 처음 나타난 것이 장염 비브리오균이었다. 따라서 일종의 식중독으로 선언하고 환자발생 억제에 노력하였으나 환자는 늘고 사망자도 여럿 발생해 지속적으로 배변 세균검사에 진력한 결과 놀랍게도 상기 비브리오균 외에 콜레라(엘토르형)균, 그 외 여러 형의 이질균, 살모넬라균들이 한가지 검사재료에서 여러 형태(혼합감염)로 나와 괴상하게 생각하였다. 그래서 이를 후에는 진성콜레라의 발생을 선언하고 그 방역체계로 들어가게 되었는데 방역에 상당한 애를 먹고 당황한 일이 있었다. 그 전파 양식이나 임상증례도 단순한 식중독 형식이 아니고 또 콜레라 형의 모습도 아니었다. 여러 가지 위장염을 일으킬 수 있는 균들의 혼합감염은 처음 겪는 일로, 기용숙 교수마저도 당황했었다.

그 해 10월 15일에 신환자 발생은 없는 것으로 되었는데 이 때 유행은 C1,376 D126명의 불행한 사태를 나타내었으며 콜레라의 확산이 늦어졌다고 사회 일부의 비난도 있어서, 참 어처구니 없는 사태를 당하기도 하였다. 이 사건의 책임을 지고 보사부장관 정희섭씨는 사임하고 기용숙 교수도 그 후로는 방역일선에 나서지 않기로 하여, 보사부 방역과장이 책임지는 형국이 되게 되었다.

다음 해에도 위와 같은 사태(장내 혼합감염)가 경남 창녕군 부곡면 오지에 발생했는데(C758, D60) 이때 기용숙 교수님은 문교부의 연구지원금과 가톨릭의대 미생물교실의 이종훈, 이연태 등의 지원을 얻어 그 학술적 성적을 종합하여 문교부에 제출하였다. 그 10년 후(보관시효가 지난) 이 기록이 대한감염학회 기관지 [감염] 12권 1호에 특별기재로 하여 공개되었다. 그 제목이 「한국 자연환경내 분포한 병원성 비브리오균속에 관한 조사」라는 애매한 연제로 게재, 허용케 한 것도 문교부였었다. 그 논문의 결론에는 '자연발생적인 것이 아니고 인위적인 것 같다'라는 문구가 뚜렷이 적혀 있다.

나도 이 문제에 관심이 많아 박필원을 시켜 '설사변의 세균학적 조사 및 역학적 조사 (1)콜레라·엘토르 유행시(1970년), (2)콜레라 비유행시(1972년, 1974년)'의 학술조사를 하였다. 그 논문을 가톨릭대학 의학부 논문집 27권(p49~68, 1974년)에 게재하였는데 위의 기용숙 교수의 논문과 그 내용은 동일하다고 말할 수 있다.

그간에 일본 신문지상에 북한 공산측 기관에서 일본상사에 몇 가지 전염병 균주를 발주(發注)한 사실이 알려졌다. 또 위와 같은 괴상한 장 혼합감염이 자연적으로 일어날 수 있는 것인가에 대해 한국정부는 WHO 서태평양지구 사무처(필리핀 마닐라에 있음)에 확인조사를 해 달라고 여러 차례 요청하였다. 위 사건의 진상조사를 위해 Dr. Dy(사무처장), Dr. Yen(미생물학자)이 한국에 다녀간 일도 있다. 여러 가지 이야기가 있겠지만 Dr. Yen의 질문에서 “세균전을 가동하려면 굉장한 학식이 있는 학자의 존재가 필요한데 북측에 그러한 학자가 있는가”고 묻기에 우리의 대답(기용숙교수와 나)은 “왜 조선사람만이 이 일을 할 수 있겠는가? 러시아 사람도 함께 할 수 있는 일이 아닌가”라고 대답하여 서로 웃고 말았던 사실도 있다.

| WHO 세미나에서는 어떤 것이 논의되었는가? |

나는 서태평양지구에서 개최된 WHO 전염병 관련 세미나에 세 번 참석한 일이 있었다. 1962년 첫 번째에는 일본 도쿄에서 절지동물매개 바이러스병(arthropod-borne) 특히 그 때 일본에서 크게 번져 학계에 큰 문제가 되었던 이른바 일본뇌염에 대한 토의였는데 보건원의 김경호 과장(국내 뇌염바이러스 분리)과 내가 임상가로서 참석하였다. 일본에서의 연구업적이 많이 소개되었는데 그 부검에 대한 특강도 있었다. 폐렴의 합병이 많았음과 사망원인으로서의 주장에 논란이 있어 내가 미네소타의대에서 수련하고 돌아온 후에는, 무의식 환자의 기도청정에 열의를 다하여 다른 후로는 폐렴합병이 적어졌다. 그리고 본병의 치명률도 그들(일본)의 것보다는 낮아졌기 때문에 우리의 임상진료가 좀 더 앞서 있음을 알리는 성과를 세울 수 있었다. 세 번째 날 여유 시간이 있으므로 그때 한창 학계에서 문제가 되던 출혈열에 대하여 아직 병원체는 규명되지 못하였으나 집회자들의 소신을 듣고 토의하는 시간을 가졌었다. 나도 우리나라에서의 업적을 종합하여 본 병의 발생 상황, 역학, 임상증세와 경과 및 처음 UN군들에 환자가 주로 발생하게 된 사연들을 소개하고 또 들쥐에 기생하는 진드기들까지도 소개하였다.

1930년대 소·만 국경지역에서 본 병을 경험한 일본인 학자가 본 병의 역학 임상상이 한국의 것과 상당히 다르다는 것을 주장했으나 함께 출석한 주한 미국군인 한 사람이 한국 측에서 조사한 모든 사항이 주한 미국 의무연구진에서 정리한 것과 일치한다고 밝혔다. 이는 같은 병

이라도 지역적으로 그 양상이 다를 수 있으므로 일본학자들이 명명한 유행성출혈열을 당분간 한국에서는 한국형출혈열이라 호칭하면서 연구하겠다는 엄청난 발언을 하였다. 그 이후 우리나라와 미국의학계에서는 한국형출혈열이라는 병명이 1986년까지 사용하게 되었다.

내가 참석한 두 번째 세미나는 필리핀 마닐라에서 콜레라를 주제로 토의되었는데 향후 콜레라 대책은 조속한 물치료(hydrotherapy, 水和 또는 水治요법)를 실시할 것이며(설사센터 개설) 예전처럼 보균자 검색을 방역의 방법으로 삼는 어리석은 짓은 하지 말라는 교육적 지도가 주제였다.

우리들은 이 물치료(Philipp요법)를 비교적 일찍 실시하여 그 당시 상당히 높았던 치명률 65.1%(1946년)를 5.1%(1963년)로 크게 낮출 수가 있었다. 이는 설사센터의 조속설치가 필요하고 환자 수송여건이 좋지 않았기 때문에 치사자가 좀 생기게 되었다는 이론이다.

세 번째는 1986년 일본 도쿄에서 열렸는데, 출혈열 주제의 모임이었다. 이호왕교수와 내가 참석하였는데 이교수의 병원체 발견의 노고를 알리는 회고담과 치료에 관한 논의가 주제였다. 중화인민공화국이 WHO 서태평양지역에 예속됨으로 3명의 출혈열 권위자가 참석하였으나 특별한 학문적 발표 없이 자국의 현실(세계 최대 발생지역)을 알리는 자리였다.

나는 한국에서 인공신장기(혈액투석기)가 없었을 때 복막투석 실시를 통한 우리나라 환자치료 실태(1965년에서 66년사이)를 알려 병원균 발견자 이교수가 있는 자리에서 그래도 우리 한국의 체면과 의료계의 활발한 연구성과들을 알릴 수 있는 기회를 만들어 매우 뿌듯했다.

이번 모임의 주된 목적은 출혈열에 대하여 관심이 많고 환자들을 치료한 경험이 있는 권위자들이 모여 그 명칭을 통일하려 했던 것이다. 즉 1930년대 소·만 국경이나 1950년대의 한국전선(6.25 전쟁 당시)에서 뿐만 아니라 동남아, 유럽 여러 지역에서도 발생하는 이 질병을 각기 유행성, 한국형, 중국형 출혈열 등으로 호칭하지 말고 본질이 동일한 병이므로 통일된 병명으로 호칭하는 것이 어떻겠냐는 것이다. 이는 참석자 Gajudusek (slow virus의 권위자)이 제안한 것으로 이 자리에서 이 병명을 신증후출혈열(hemorrhagic fever with renal syndrome)로 통일시키려는 연구집회가 되었다고 생각한다.

1987년부터 우리 의료계에서는 ‘신증후출혈열’로 부르기 시작하였으며 각 나라도 이제는 모두 이에 따르는 듯하다.



대한감염학회 창립초기시대를 회상하며...

제 9~13대 회장 정희영

[대한감염학회 40년사]라는 책자에 대한감염학회의 초창기에 대한 회고록을 쓴 일이 있다. 따라서 이 회고록에서는 되도록 중복을 피하고자 하며 학회발족 이전의 감염학계의 상태와 지난 번 회고록에서 기록하지 않은 뒷이야기를 쓸 생각이다. 그러므로 학회발족 당시와 발족 후의 상황을 알고 싶은 독자께서는 [대한감염학회 40년사]라는 대한감염학회 발행의 책을 참고하여 주시거나 본 책자의 '학회사'를 참고하여 주시기 바란다.

| 전염병과 감염병 |

1950년 전후에 본 미국의서 중에 [Infectious Diseases], [Communicable Diseases], [Contagious Diseases] 라는 책이 있었다. 모두가 전염병 관련서적이긴 한데 제목이 뜻하는 차이가 무엇인지 이해하지 못하고 머리를 갸우뚱한 기억이 있다. 지금 생각하면 infectious disease란 말은 감염되어 생기는 감염병이고, communicable disease는 전파되어 생긴다는 전염병이란 뜻 일 것이다. 미국학자들은 그 때도 전염병과 감염병을 구별하여 저술한 것으로 생각되지만 전염병을 공부하고 있던 필자는 이 두 가지를 식별하고 있지 못하였다.

우리나라에서 감염병이란 말이 사용되지 시작한 것은 1960년

전후이다. 이러한 현상은 한국에만 있었던 일이 아니고 우리에게 현대의학을 전수한 일본에서도 '일본 전염병학회'라는 이름의 학회가 '일본 감염증학회'라고 바뀐 것은 1950년대이며 1940년대 초반에 일본의학교육을 받은 필자도 그 때 감염병이란 말을 들어 본 일이 없었다. 한국에서 감염병이란 말을 처음으로 사용한 분은 전중휘 교수라고 생각한다. 1963년에는 [감염병](전중휘 · 정희영 공저)이란 서적도 선을 보였지만 아주 생소한 술어이었고 무슨 뜻이냐고 문의하는 사람도 있었고 '감염'이란 술어의 사용을 반대하는 분들도 있었다. 여기에서 지적하고 지나가고 싶은 것은 일본에서는 '감염증'이란 말을 사용하고 있고 한국에서는 '감염병'으로 되어 있다는 사실이다.

여기에서 전염병과 감염병의 관계에 대하여 언급하는 이유는 대한감염학회는 1961년에 발족되었지만 그 이전에는 전염병이란 이름으로 감염학계 활동이 이루어졌으며 이러한 활동을 하던 사람들이 대한감염학회 발족의 밑거름이 되었다는 사실을 알리기 위함이다.

| 전염병 시대의 학회활동 |

대한감염학회가 설립되기 이전에도 감염병(또는 전염병)은 있었고, 이때의 학회활동은 대한감염학회가 아닌 다른 학회에서 이루어졌다. 1946년의 콜레라 유행, 1949년의 일본뇌염 유행, 1946년, 1954년경의 두창 유행 또는 토착화한 장티푸스, 이질, 디프테리아 등의 전염병 유행시에 큰 역할을 한 단체로는 다음과 같은 것이 있었다.

• 서울시립 순화(順化)병원

급성 전염병 특히 법정전염병환자를 강제 수용하기 위한 공립병원이었다. 광복당시(1945년)로서는 서울의 큰 병원의 하나였고 일제패망 후에 서울시사단체에서 원장 후보를 추천한 2대 병원의 하나였다(다른 하나는 현재의 국립의료원의 전신인 서울부립병원이다). 이 때 원장으로 추천된 분이 대한감염학회 초대회장인 임명재(任明宰)박사이다.

순화병원은 한국정부의 행정력의 약화로 급성법정전염병 환자의 강제 수용력이 떨어지면서 쇠퇴의 길을 걸어 서울시립중부병원을 거쳐 서울시립서대문병원으로 급성전염병 환자의 강제수용방법이 변경되면서 그 존재가치를 잃게 되고 없어졌다. 그러나 이때까지는 순화병원

이 감염병의 진료와 연구에 기여한 바가 크다. 1945년 이후에 이 병원에서 근무한 의사로는 임명재(원장), 임정섭(원장), 남상호(부원장), 안태희, 채태석, 박이호, 윤희건 등이 있다. 전종휘 회장이 1935년부터 2-3년 동안(?) 이곳에 재직하였으며 후일 서울의대 전염병과 과장이 되는 계기가 되었다. 각 지방 도립병원에도 전염병 격리병실이 있었다.

• 서울의대 전염병과

서울대학이 설립되면서(1946년) 전염병과가 신설되었다. 당시 서울대학에는 각각 독립된 1내과, 2내과, 3내과와 4내과가 있었고, 5내과격인 전염병과는 내과가 아닌 전염병과로 독립하여 출범하였다. 이때의 T/O는 다른 임상학과와 같이 교수 1명, 부교수 1명, 조교수 1명, 강사 1명, 교수 조무원 4명이었으나 책임자가 없어서 부교수 전종휘(과장), 강사 노병호, 조무원 김진호, 박이호(뒤에 순화병원으로 전출)가 임명되었고 이듬해에는 새로운 졸업생인 박홍직, 정희영, 1949년에는 조재승이 입국하였다.

그러나 6.25 전쟁으로 전종휘 교수를 제외한 전원이 군의관으로 전출하였고 한편으로는 6.25전쟁의 여파로 서울대학병원이 기구가 축소되면서 1-4내과와 전염병과가 통합되어 하나의 내과가 되는 바람에 전종휘 교수는 내과교수가 되었고 전염병과는 없어졌다.

전염병과의 단명은 아쉬운 일이었지만 전염병과(감염병과)는 독립된 전공과목이라는 인식을 심어주었고, 과장이었던 전종휘 교수는 국내의 유일무이한 감염병 학자로서의 지위를 굳혀서 후일 감염학 발전에 크게 기여할 발판이 되었다. 그러나 이러한 기여를 한 반면에 감염질환은 감염병전공자만이 일하는 분야이고 전공자 이외의 의학자들은 관계할 분야가 아니라는 그릇된 인식이 생겨서 감염학 발전을 해치는 풍조를 가져온 단점도 있다.

• 방역연구소(국립보건원 전신)

여러 가지 백신을 만들어 전염병 예방에 큰 기여를 하였다. 그리고 미생물학쪽 입장에서 많은 연구가 이루어졌다. 이 기관에서 일을 한 의사로는 기용숙, 유준, 장익진, 김찬수(?), 서인수, 이종승, 김상태, 김용현, 정희영, 유영해 등이 있다.

전염병에는 인수공통전염병이 많아 가축연구소도 전염병학 발전에 기여한 바가 크다.

| 대한감염학회 설립 |

대한감염학회는 비교적 이른 시기에 생긴 학회이다. 1945년 이후 임상, 기초의 각 학회가 먼저 발족하였고 그 다음에 전문분야를 표방한 학회가 생기기 시작했다. 다분히 행정적 요인이 작용한 대한나학회(1958년), 대한결핵학회(1961년)를 선두로 하여 대한순환기학회(1957년), 대한혈액학회(1958년), 대한체질인류학회(1958년), 대한화학요법학회(1958년) 등이 있을 정도로 1961년에 대한감염학회가 설립되었던 것이다.

이 시기는 '감염'이 뜻이 무엇이냐고 질문하던 시대로서 이름조차도 이해하기 어려운 생소한 이름의 학회이었다.

이러한 초창기에 감염학회가 설립된 것은 당시 학회설립의 산파역을 도맡아 하신 전종휘 교수에게 공을 돌려야 한다.

• 학회설립의 시대적 배경

첫째로는 1950년대 말에 시작된 전문별 학회의 설립이 감염학회 설립을 자극하였을 것이다. 더구나 감염학회와는 떼어 놓을 수 없는 대한화학요법학회가 한 발 앞서 설립되었다는 사실은 직접적인 자극요인이 되었을 것이다.

둘째로는 여러 가지의 요인으로 이른바 전염병이 감소되면서 전염병에 대한 관심이 감소되어 가기 시작한 때에 병원감염이라는 새로운 감염질환이 세계적인 관심을 끌게 되면서 감염병에 대한 관심이 높아진 것이 학회설립의 호재로 작용하였을 것이다.

• 대한감염학회 설립

41명의 발기인 이름으로 창립취지서가 발송되었다. 그러나 발기인들이 모였던 사실이 없고 따라서 공적으로 창립총회가 열린다는 사실이 집단적으로 의논된 일은 없다. 환언하면 산파역을 하신 전종휘 교수께서 발기인들과 개별적으로 만나거나 전화로 발기인이 되어 줄 것을 부탁하여 승인을 받고난 다음에 개인적으로 일을 진행시킨 것이다. 발기인 명단을 보면 당시로서는 생소한 말인 감염이란 말을 이해하지 못하였을 것으로 생각되는 분도 적지 않다.

이러한 사실을 기술하는 의도는 당시 학회설립의 산파역을 맡은 전종휘 교수에게 적극적으로

로 협력하신 분은 거의 없었고 전종휘 교수 한 분의 노력으로 만들어진 쓸쓸하고 힘없는 학회였음을 알리고 싶고 만일 이러한 전 교수님의 헌신적인 노력이 없었다면 학회 설립은 먼 훗날이 되었을 것이라는 점을 알리고 싶어서이다. 이 때 적극적인 협력을 하신 분은 기용숙 교수뿐이었다.

• 창립총회

1961년 11월 11일에 서울대학병원 A강의실에서 창립총회가 열리고 드디어 대한감염학회가 출범하였다. 이 때 창립총회는 대한화학요법학회의 총회가 끝난 다음에 계속하여 그 자리에서 개최되었으므로 대한화학요법학회에 출석하였던 사람들이 그대로 대한감염학회 창립총회에 참석한 꼴이 되었고 이 때 그 자리에서 대한감염학회 회원 가입신청서를 작성하여 제출한 분들이 대한감염학회 최초 회원이 되었으니 대한화학요법학회 회원 목록을 대조하여 보면 비슷하리라고 생각된다.

이 때 감염학회가 단독적으로 창립총회를 열었다면 아마도 발기인수보다도 소수의 인원이 참석하였을 것으로 생각되니 대한감염학회는 대한화학요법학회에게 큰 신세를 진 셈이다.

• 창립총회 이후

본 책자의 '학회 개관'을 참고하기 바란다.



한국 감염병 50년 역사에 크게 기여한 분들

제 14~15대 회장 박 승 철

1950년대부터 2011년 현재까지의 60여년간은 전염병 역사뿐 아니라 인류문명사의 큰 전환기다. 전근대적 문명에서 초현대적 문명으로의 전환기에 속하는 시기로서 전염병의 변천도 같은 궤적을 그린다. 그 시기의 초기에는 전쟁, 가난, 무지와 이로 인한 전염병으로 수명이 짧았으며 결핵약과 초기 항생제, 광학현미경 수준의 의학이 있었다.

전염병이 의학의 거의 전부였던 시절엔 예방과 치료는 전근대적인 반면 진단은 오히려 참으로 쉬웠다. 모든 병이 자연경과를 맡기까지 났으므로 모든 증상이 교과서에 있는 그대로 누가 봐도 한 눈에 알 수 있을 만큼 활짝 피어나 있었다. 문진, 시진, 타진, 촉진에 후각까지 이용한 의사의 경험적 전신 감지 기능이 결정적 진단 수단이 되었던 청진기 의학 시대였다.

단순 X-ray, 광학현미경, 빈혈과 간기능 및 widal반응, 매독 검사, 가래, 뇌척수액, 늑막액 검사 등 기초적 수기와 조직검사가 확진수단이었다. 있는 것들은 많았던 반면 없는 것들도 많은 시절이었다. 질병에 대한 지식과 정보 교류 수단이 열악해 우편, 유학 수준이었고 국내외 학회 잡지는 잘 제본해서 많이 가지고 있는 사람이 공부하는 학자 대접을 받았다.

당시에는 전염병이다 하면 국민병 수준의 규모였다. 결핵이 국민병이었으며 기생충 왕국이었고, 콜레라, 장티푸스, 이질,

홍역, 폐렴은 풍토병이거나 수시로 전국을 휩쓸고 지나가서 평균 수명을 50~60세 수준에 머물게 하였다.

이 막막한 시기에 한국의 의학자들, 특히 전염병 분야에서 크게 기여한 분들이 많이 계셨다. 항생제가 모든 전염병을 퇴치할 수 있는 마법의 총탄으로 등장하며 전염병에 대한 중요성이 사라질 듯 했던 시기에 외롭게 그 맥을 잇고 발전시켜 오늘이 있게 한 분은 정희영 교수이다. 더욱이 전염병에서 감염병으로의 시대적 변천을 미리 예견하시고 대한감염학회를 만드신 탁견이 참으로 놀라울 뿐이다. 학회구성원도 의사뿐 아니라 관련 과학자나 보건 행정가들도 널리 포함시켜서 100년 앞을 내다보고 현대적 학회발전의 기초를 닦아 놓으신 분이다. 선생님은 실험실과 임상에서 사실을 근거로 한 연구에 일생을 바치신 학자의 귀감이시다. 1960년 초 국립보건원 전신에 근무하시면서 수행한 인플루엔자 혈청 연구가 2009년 신종플루의 전신이었음을 밝혀내셨으며 감염병학 교과서의 국내 최초저자로서 현재 모든 감염병 학자들을 교육시키신 스승이시다.

한국 결핵 퇴치에 크게 기여한 분은 김기호 교수이다. 국민병인 결핵을 학구적으로 연구하고 임상적으로 진료하며 결핵 및 호흡기학회를 만들고 대한결핵협회를 만들어 정부로 하여금 결핵 퇴치 운동을 벌이게 했다. 연구, 교육, 저술, 임상진료에 헌신하셨다. 국민적 재앙인 결핵을 보통병으로 만든 분이다.

한국을 기생충왕국에서 현대 위생국가로 만든 분들은 서병설 교수와 임한중 교수이다. 모든 질병의 나침반은 역학이다. 전국은 물론 5대강 유역을 발원지부터 강하구까지 샅샅이 누비며 기생충질환의 epidemiology를 완성하셨다. 서병설교수의 사상충 연구와 퇴치, 임한중 교수의 간, 폐 흡충 연구와 퇴치는 국제적 족적을 남긴 큰 업적으로서 지금도 세계적으로 reference가 되고 있다. 기생충박멸협회를 만드셔서 한국에서 기생충질환을 구경조차 할수 없게 만든 것은 물론 북한, 중국, 동남아는 물론 아프리카와 남미까지 기생충 퇴치의 길을 열어주셨다. 의학을 떠나서 Academism이란 무엇인가를 보여 주시며 의업의 사명을 실천하신 분들이다.

이호왕 교수는 유행성 출혈열의 원인인 한탄바이러스를 발견하고 백신을 개발해서 한 병의 원인부터 예방까지 완전히 끝낸 세계 질병사에 보기 드문 업적을 내셨다. 전국 산야의 들판

과 시궁창을 뒤져서 들쥐와 시궁쥐를 잡아 실험하는 힘들고 냄새나는 연구과정에서 콩팥만 뒤져서 안나오니까 엉뚱하게도 폐에서 간접 형광항체로 한탄바이러스를 찾아 낸 발상의 전환이 놀랍다. 이것은 단순한 행운이나 기적이 아니라 치열한 학구적 태도에 대한 보답이라고 봐야 한다. 손에 피를 묻히고 진실을 눈으로 확인해야만 결론을 내시는 이호왕 교수의 학자적 태도를 존경한다. 이호왕 교수는 국제감각이 뛰어나서 연구비를 모두 미군에서 받아냈으며 연구결과를 국제적으로 인정받는 능력이 탁월하시다. 국적이 미국이었으면 노벨의학상은 당연했다.

김정순 교수는 한국의 전염병예방과 발전에 크게 기여하신 분이다. 보건행정에 깊이 관여해서 연례행사였던 장피푸스, 이질, 콜레라 등의 고전적 유행병의 역학조사와 유행제압의 현지 사령관이셨다.

예방접종 심의위원회를 이끌며 국민적 예방접종관련 정책을 만들어 소아감염병은 물론 인플루엔자, 폐렴 등에 이르는 거의 모든 감염병을 백신에 의한 예방이 가능한 나라로 만드신 큰 공로가 있다. 레지온넬라, 렙토스피라 등 신종 전염병의 국내 발생을 발견하셨다. 김정순 교수도 보건행정이 전문인 듯하나 내과전문의와 역학자로서 끝까지 현미경과 씨름하며 실험실에서 손에 물을 묻히며 연구해 온 분이다. 참 공부를 열심히 하는 분이다.

정운섭 교수는 병원균 진단학과 항생제내성 분야에서 WHO Reference 국가로 끌어올린 분이다. 한 길을 평생 진지하고 치열하게 정진해서 국가의 위상을 높임은 물론 한국 감염병 연구와 진단의 튼튼한 기초를 마련하셨다.

김정룡 교수는 집안내력이라고 까지 여겨졌던 B형간염의 예방과 치료에 기여를 하므로써 한국의 바이러스성 간염, 간경화, 간암 발병율을 획기적으로 감소시킨 분이다.

김상재 박사는 진균을 무좀이나 곰팡이가 쓸어서 버리는 것으로만 알았던 황무지의 진균학을 제대로 정립했다. 오늘의 진균질환의 중요성을 일깨워주고 교육과 연구를 본격적으로 한 분이다. 감염병 진단의 발전은 분자생물학의 발달로 분자수준에서 간편하고 신속, 정확하게 진단이 가능하므로 감염병 진료에서 시기를 놓치거나 진료상의 시행착오의 위험을 크게 줄였다. 천경준 박사는 거의 모든 감염병을 간편하고 정확하고 단시간에 진단해 내는 다목적 진단키트를 개발해서 감염병진단에 크게 기여했다.

송재훈 교수는 항생제 내성문제를 세계적으로 부각시킴과 동시에 한걸음 더 나아가 감염병으로 인한 인류의 고통을 해결하는 의지와 열정을 구체적으로 추진하며 실제로 그 열매를 거두고 있는 학자다. 아시아 태평양 감염재단을 설립하고 그 방대하고 치밀한 network를 효율적으로 운영, 발전시키므로써 국제적인 감염병 network를 짜놓고 있으며 ISSAR을 통해서 정보교류와 교육 홍보에 앞장서고 있다. ISSAR는 세계적으로 가장 영향력있는 큰 학회다. I Care 시스템을 통해 아시아태평양 뿐 아니라 전세계적인 감염병 퇴치사업을 이끌고 있는 세계적인 걸출한 학자다.

전염병에서 감염병으로 바뀐 반세기다. 질병의 종류나 유행 진행과정이 달라지기는 했으나 기본이 바뀐 건 없다. "Back to the Basic"이다. 감염병은 사람과 병원체와 그를 둘러싼 여건에 따라 병이 되기도 하고 그냥 지나치거나 면역이란 족적을 남기기도 한다. 감염병을 연구함에 있어서 어느 한 조건만을 과신해서는 안된다. 바이러스가 아무리 독해도 사람이 강해지고 환경, 백신, 진료술이 크게 발달했다. 이 모든 여건들을 전체적으로 파악하고 대응하려는 노력과 자세가 필요하다. 우리 선배들은 정말로 치열하고 폭넓게 공부하는 학자적 정신을 보여주셨다.



감염학회 50주년을 회고하며

제16대 회장 류 지 소

| 개인적인 감회 |

대한감염학회 50주년을 축하 드리며 은퇴한 회원으로 과거를 돌아봄이 감개 무량하다.

나의 감염학에 대한 관심은 의과 대학에서 시작되었다. 1959년 저의 의과대학 1학년 때의 감염학은 전염병학이라는 제목으로 전중휘 선생님께서 강의하셨다. 목청도 좋으시고 명 강 의라서 학생들이 기다리는 시간 중 하나이었다. 그때의 교과서는 큰 종이(지금의 A3용지)에 손으로 쓴 글씨를 프린트기에 넣고 밀어서 인쇄하는 학교에서 자급자족하는 시절이었다. 강의록의 분량도 가장 많아서 150페이지가 넘었고 내용도 그 어느 강의록보다 충실하였다. 그 당시에 의학 지식 중 가장 발달한 것이 감염 질환이었고 다른 내과의 리더노릇을 하는 격이었다. 미생물교실의 기용숙 선생님의 자상하심이 기억에 남아 있다. 그분과 전중휘 선생님을 중심으로 하여 대한감염학회가 시작된 것으로 알고 있고 그 분들께 치사의 말씀을 드리고 싶다.

1967년에 내과수련을 받으러 미국에 가서 1986년에 귀국하였기 때문에 그 공백 기간을 매꿔 나가는 것이 귀국 직후에 쉬운

일이 아니었다. 미국에서 내과전문의를 취득한 후에 한국에서 가장 필요한 것이 감염질환이라는 선배님들의 충고를 받아 하버드의대의 Channing Lab.에서 임상 fellow를 한 것이 귀국 후에 많은 도움이 되었다. 그 것이 인연이 되어서 최강원, 우준희, 정두련 선생이 그곳에서 수련을 받았다. 전종휘 선생님께서는 지방대학에 계셨고 정희영 선생님께서는 가톨릭대학교의 의과대학에 교수이어서 여러 가지의 도움을 주신 것을 감사히 여기고 있다. 박승철, 최강원께서는 대학시절에 구면이라서 학회 일에 참가하는 데 많은 도움을 주셨다. 대한감염학회는 유별나게 회원간의 관계가 좋은 것이 대선배님을 비롯하여 박승철, 최강원, 강문원, 김준명 선생과 좋은 성품을 갖춘 후배 회원들이 많기 때문이라고 생각하며 자랑스럽게 여긴다. 외국학회에서 회원들과 함께한 아름다운 기억들이 아직도 생생하다.

1986년에 학술대회에 참석인원이 50-60명이었고 작은 회의실에서 마이크도 없이 시행하였다. 감염내과를 독립분과로 인정하는 병원도 몇 개 되지 않았고, fellowship도 정식으로 인정하여 병원에서 고용하게 된 것도 근래의 일이었다. 그동안 감염내과의 필요를 인식하게 됨으로서 대학병원에는 필수과가 되었고 환자진료에 많은 기여를 하고 있다. 지금까지 감염학회에서 한 일은 너무나 많으므로 일일이 거론할 수는 없다. [감염학], [항생제의 길잡이], [한국전염병사] 등의 중요한 서적을 간행한 것을 들 수 있겠고, 중요감염질환의 증거중심의 치료지침을 준비하고 있는 것도 대단히 의미 있는 일이라고 생각된다.

그동안 수고해주신 분들께 다시 축하드리며 앞으로 대한감염학회의 발전은 지난 50년 보다 여러 모로 더욱더 발전하게 될 것을 확신한다.

| 대한감염학회 50주년 결핵에 대한 회고록 |

제가 어렸을 때에는 우리나라에 척추결핵에 의한 꼽추환자들이 지금보다 훨씬 많았고 가까운 사람들에서 결핵환자가 다반사로 발생하였다. 학업이나 직장을 중단 하는 일도 자주 있었고 공기 좋은 결핵 요양원에 가서 요양하는 일도 있었다. 영양실조환자에게 영양을 공급하기 위하여 개고기를 권장하는 의사도 있었다. 항결핵제가 나오기 전후에 치료 방법의 대 변환이

왔다. 즉 항결핵제의 장기 투여로 완치가 되는 질환으로 알려지면서 요양원이 없어졌다. 요양원이 활동성 결핵환자를 격리하는 데는 도움이 되었다 생각된다.

1980년도 초기에 AIDS가 퍼지기전에는 미국의 일반병원에서 결핵환자는 거의 볼 수가 없었다. 귀국한 후에 결핵환자가 다수 입원하는 것을 보고 그 실태를 파악하고 싶었다. 1987년에 우리나라의 폐외결핵의 실태를 알기위하여 3개의과대학병원의 퇴원진단을 근거로 하여 조사한 결과로 보면 폐외결핵의 분포는 외국의 보고들과 거의 일치하였는데 3차 진료기관이기 때문에 뇌수막염을 위시한 중증환자의 비율이 높았다. 그리고 대학병원의 폐외결핵으로 입원한 환자가 폐결핵의 입원환자의 2배가 되었다.

나의 의과대학시절에 내과교수의 결론은 “우리나라의 결핵의 상태는 관리를 전혀 하지 않은 상황에서 발생하고 있는 것과 다름이 없다”고 하셨다. 그런 점이 얼마나 더 향상되었는지는 의심스럽다. 지난 40년간 여러 가지의 항결핵제가 개발되었고 반드시 복합요법을 하여야 한다는 것을 알게 되었다. 그런데 여러 가지 요인이 있겠지만 지침대로 시행되지 않은 결과, 우리나라의 결핵균의 내성률이 매우 높아서 치료가 어려운 경우가 종종 있다.

2011년 3월에 보건복지부보고에 따르면 지난해 신고된 결핵 신환자는 3만6305명으로 전년에 비해 460명(1.1%)이 늘었다. 결핵신환자는 2006년 3만5361명, 2007년 3만4710명, 2008년 3만4157명 등으로 다소 감소세를 보이다가 2009년(3만5845명)부터 증가세를 보이고 있다. 인구10만명당 결핵 발생자 수도 74.3명으로 경제협력개발기구(OECD평균 결핵환자 발생률은 13.5명) 국가 중 가장 높다. 이웃 일본과 미국에 비해서도 무려 4.3배, 22배나 높다. OECD자료에 따르면 우리나라는 결핵사망률(2009년 2,292명 사망)이 인구 10만명당 8.3명으로 OECD 평균 0.7명보다 무려 12배나 높다. 우리나라에 결핵균 감염된 잠복감염자 1,500만명으로 추산되므로 이들에게서 활성화된 결핵환자는 앞으로 30, 40년간 우리가 해결해야 할 숙제이다.

이제 보리 고개도 없어지고 국민의 영양상태와 결핵에 대한 지식도 월등하게 좋아 졌으니 예방대책의 효과가 있을 것으로 예상 된다. 특히 올해 3월 ‘결핵의 날’에 정부에서 새로운 결핵 관리정책을 시행하려는 계획이 수립 된 것에 기대해 본다.

▶ 에이즈와의 인연

제 17~18대 회장 최강원

지금 에이즈라고 불리우는 병에 대한 이야기를 처음 들었던 것은 내가 미국 연수중 이었던 1981년 8월의 어느 날쯤으로 기억한다. 당시 Beth Israel병원의 감염 라운드 도중 어떤 감염 펠로우가 젊고 건강한 남자에서 발생한 pneumocystis 폐렴(당시에는 아직 PCP로 불렀다)발생에 대하여 이야기해서 모두들 호기심을 가지고 흥미있게 들었다. 그러나 당시 나는 그리 심각하게 생각하지는 않았고, 이것이 오늘날 세계를 휩쓸게 될 날이 올 줄은 미처 예상하지도 못했다. 건강한 젊은 남자에서 난데없이 PCP가 발생한다는 것을 당시의 의학상식으로는 쉽게 납득되지 않았을 뿐 아니라 gay에서는 B형 간염을 비롯하여 다른 여러 희귀한 감염증이 잘 생긴다는 사실이 당시에 이미 잘 알려져 있었기 때문이다.

그러나 얼마 안 있어 이들 게이에서 세포면역을 비롯한 여러 면역저하가 확인되면서 어떤 외부적 인자에 의한 면역결핍과 기회감염으로 생각되었고, Gay라는 특수한 집단에서만 생기는 PCP나 Kaposi육종은 GRID(gay-related immune deficiency)나 gay compromise syndrome 등의 별명을 얻게 되었다. 그러나 그 원인이 무엇인지는 여전히 미궁에 싸여 있었다.

몇 개월도 지나지 않아 학계는 물론 대중의 관심이 커지면서, 하버드 의대에서 열렸던 초기 연구자들의 특강에는 수

많은 청중들이 몰려왔다. gay의 면역저하 원인을 주로 그들이 사용하던 약물이나 sexual behavior(최음제, 마약, semen 등)에 돌리는 동물실험 결과를 발표하였는데, 대체로 갈피를 잡을수 없고 설득력도 없었던 것이 기억난다.

그러나 이듬해들어 혈우병 어린이나 수혈, 마약 사용자 및 수직감염 사례가 잇따라 나타나면서 B형간염과 유사한 병태생리를 가진(아마도 바이러스) 감염병이라는 것을 알게 되었다. 물론 그 원인인 인간면역결핍 바이러스가 발견된 것은 그 다음해의 일이지만, 그 다음해에 Luc Montagnier가 LAV를 최초로 발견하였지만, 그 공로를 제대로 인정받기까지는 우여곡절과 세월이 필요했던 것은 잘 알려진 바와 같다.

이렇게 하여 에이즈라는 새로운 감염병의 출현을 목격하고, 세계적 확산을 거쳐 우리나라에 유입됨으로써 나는 에이즈와의 오랜 인연을 맺게 되었다. 이 새로운 질병의 갑작스런 출현에 대하여 준비가 안 되어 있기는 세계나 우리나라, 그리고 나 자신도 마찬가지였다. 따라서 뒤따르는 일련의 정책 결정 과정에서 혼란과 시행착오가 적지 않았던 것은 오히려 당연한 일인지도 모른다.

1982년 가을에는 오랜만에 일본뇌염의 전국적 대유행이 있었고, 감염내과나 신경과는 이를 처리하느라 정신이 없었다. 그 이듬해인 83년 봄의 어느 날 안과 입원환자 하나를 협진의뢰 받았다. 30세가 약간 지난 젊은 남자로서 급격하게 진행되는 실명과 고열을 주소로 입원하였던 것으로 기억한다. 환자의 직업은 외항 선원이었고, 고열과 실명이 있었으니 지금이라면 눈 감고도 에이즈로 진단하였을 것이다. 혹시 에이즈는 아닌가하는 의심이 들었지만, 당시에에는 확진할 수 있는 진단적 검사(HIV에 대한 ELISA, 세포면역 등)도 없어서 그냥 의심으로 그치고 말았는데 임상적으로는 에이즈가 틀림없다고 생각된다. 당시에는 전 세계적으로도 에이즈가 아직 소수이었고, 따라서 우리나라에서 귀중한 첫 증례를 놓친 것이 아쉬움으로 남아 있다.

우리나라에서 확인된 첫 에이즈 환자는 2년 뒤에 국내 체류 미국인 교수였고, 우리나라 사람으로서 첫 HIV 무증상 감염자가 발견된 후 곧이어 외국에 (케냐, 미국)살던 우리 교민이 말기증상을 가지고 귀국한 뒤 얼마 후 곧 사망하였다. 그 케냐 교민이던 첫 환자는 서부시립

병원에서 격리 입원되어 있었는데, 입원장소가 언론에 나오면 인근 동네 주민들이 항의 시위를 하는 통에 할 수 없이 시설과 인력도 빈약한 전염병 격리병동에 입원하고 있었다. 따라서 비밀작전을 하듯이 눈에 띄지 않게 그 병원으로 들어가서 환자를 보게 되었다. 그 케냐 국민 환자는 에이즈로 입원하기 약 3개월 전에도 일시 귀국하여 계속되는 설사로 모대학병원에서 입원하여 이질로 진단 받은 사실이 밝혀지면서 해당 병원에서도 뒤늦게 한바탕 소동이 벌어지기도 하였다.

그 이후에 환자들을 서울대학교 병원에 직접 입원하여 진료하기 시작한 이후에도 의료진을 포함한 병원 사람들의 협조를 얻기가 보통 어려운 일이 아니었다. 검체 수집원은 환자의 혈액 샘플의 배달을 거부하는 일이 다반사였고, 단순 흉부 엑스선 촬영조차 거부 당하기도 하였다. 환자가 사망하여도 사체를 영안실로 옮기기를 거부하는 일도 있어서 결국 해당부서의 실무 책임자가 직접 나서서 해결해야 했다.

초창기에는 유명 대학병원조차도 에이즈 환자진료를 기피하는 것이 보통이었으니, 환자들의 분노와 좌절감이 어느 정도이었을지 상상하고도 남는다. 천안에서 교통사고로 팔에 골절상을 입고 인근 병원에 가서 감염사실을 자진하여 밝히자 치료를 거부하여 서울대 병원에게 오라는 환자도 있었다. 침습성 진료를 꺼리기는 의료진도 예외가 아니었지만, 그래도 비장절제, 제왕절개나 분만, 혈액 투석, 부검 등 위험을 감수하는 의료진의 모습에는 저절로 머리가 숙여졌다.

80년대 후반 우리나라 에이즈 감염은 주로 외항선원과 매춘여성들의 강제 검진을 통하여 발견되었다.

초창기 에이즈에 대한 대중의 공포와 불안은 사실 언론이 부채질한 측면이 큰데, 여기에 정치권까지 가세하여 불필요한 인권 침해적 조치들이 입법화되고 한동안 시행되었다. 에이즈가 우리나라에 상륙하여 퍼지기 시작한 시점은 우리나라가 88 올림픽 준비와 개최에 한창 열을 올릴 때였다. 88 올림픽을 즈음하여 많은 외국인들이 에이즈를 가지고 입국하여 우리나라에 퍼뜨릴 위험이 크기 때문에 입국하는 모든 외국인을 김포공항에서 검사하여 양성자를 돌려 보내자는 운동이 국회에서 야당을 중심으로 힘을 얻기도 하였으나 다행히도 마지막 순간에 이런 파국적인 결정은 피하게 되었다. 그러나 모든 감염자를 색출하여 격리하라는 대

중과 언론의 요구는 거세기만 하였다.

따라서 이런 여론에 굴복하여 이른바 “감염자 관리”라는 이름으로 감염자에 대한 감시, 격리를 하는 척 할 수밖에 없었는데, 심지어는 매 감염자마다 담당 공무원(보건소 직원)을 배치할 정도였다. 문제는 공무원이 퇴근한 저녁 6시 이후에는 이들 감염자를 감시할 방법이 없었던 것이다.

소위 위험군에 속하는 외항선원과 매춘여성 등에 대한 강제 검사는 90년대 중반까지도 계속되다가 인권에 대한 논란으로 중단되게 되었다. 인권유린에 관한 논란은 피할 수 없었지만, 그나마 감염자를 조기에 발견하게 된 것은 HIV ELISA 검사의 덕이 아닐 수 없다. 특히 혈액이나 혈액제제의 오염을 통하여 감염되는 사례는 가장 비극적인 일인데, 87년 이후부터 HIV ELISA를 시행한 다음부터는 오염된 혈액이나 혈액제제를 통한 감염을 거의 피할 수 있게 된 것은 그나마 큰 다행이 아닐 수 없다. 나는 에이즈 정책에 관한 정부의 자문위원회에 참여하여 혈액의 HIV ELISA 검사 도입, 고위험군의 강제 검진 정책 등의 결정에 관여하였다. 가장 난감한 것은 대중들의 감염자 격리요구를 설득하고 완화시키는 일이었는데, 최근 들어서야 우리 국민이 격리 문제에 대해 성숙한 태도로 전환된 것 같다.

이와 관련하여 생각나는 것은 혈우병에 사용되는 제8인자(factor 8)의 HIV 오염으로 인한 에이즈 희생자가 미국이나 이웃 일본에 비하여 매우 적다는 점이다. 이것은 독재적인 유신정권의 국산품 전용 정책(국산화된 제품은 외국산의 수입을 허락하지 않았었다)의 뜻하지 않은 (행복한) 부작용의 결과였는데, 10여년 후에는 같은 회사에서 만든 제9인자의 오염으로 인한 HIV 집단감염문제로 큰 논란이 벌어 졌으니 현대판 새옹지마(塞翁之馬)라고나 할까. 지금까지도 논란이 계속되고 있는 이 문제에 대한 최초의 조사위원회에 위원장으로 참여했던 나는 사실을 밝히려는 의지가 의심스러운 조사 진행에 실망하여 중간에 스스로 사퇴하고 말았다.

초기 몇 년간에는 환자도 그리 많은 수는 아니었지만, 에이즈 환자를 진료하는 나에게는 여러 가지로 어려운 시기이었다. 무엇보다도 에이즈를 치료할 약제가 없었다. 1987년부터 AZT (zidovudine)한가지 약이 있었지만, 부작용은 차치하고라도 효과라고 할만한 것도 없었다. 1991년이후 DDI (didanosine)나 d4T를 병합하여 다소 도움이 되었지만, 병의 진행을 바꾸

기에는 역부족이었다. 환자는 별 효과도 없는 독한 약을 먹느라고 고생하고, 결국 병은 진행되어 중증 기회감염으로 사망하는 패턴이 되풀이 되었다. 따라서 이 시기에는 근본적인 치료보다는 기회감염의 예방과 치료에 치중하였고, PCP나 cryptococcal meningitis, 결핵, cytomegalovirus 감염증 등 중증 기회감염을 치료할 기회가 많았고, cryptosporidiosis 나 Kaposi 육종 등 희귀 질환에 대한 귀중한 경험을 얻을 수 있었다.

그러나 병은 진행되고 면역저하는 더욱 심해져서 결국은 사망, 부검, 화장으로 끝을 맺고 있는 하였으니 환자에게는 절망의 시기였고, 에이즈를 진료하는 의사로서도 좌절의 시기가 아닐 수 없었다.

HAART 이전 시대의 에이즈의 문제는 단순히 치료제가 없는 불치병이라는데 그치지 않았다. 이 불치의 병이 전염성이 있으며, 도덕적으로 떳떳치 못한 행동과 연관되어 있다고 느꼈기 때문에 가장 가까운 친구와 가족에게조차 털어 놓고 이야기할 수 없다는 점이다. 질병의 치명성은 제쳐 놓고라도 이러한 심리적 요인은 의료진까지 포함한 주변 사람들에게 공포와 불안을 야기하고 결국 절망적인 선택으로 환자를 몰고 가곤 하였다.

에이즈 치료의 역사에서 가장 극적인 전환점은 HAART가 도입되기 시작한 95-96년에 찾아왔다. 이 병의 세계적 유행이 시작된지 15년만에 마침내 치료에 돌파구가 열리고, 환자에게는 치료와 생존에 대한 참된 희망이 생기는 순간이기도 하였다.

에이즈 환자를 진료하는 의사로서도 오랜 좌절의 시대가 끝나고, 감염내과 의사의 꿈인 질병의 완치라는 목표에 다가 갈수 있는 보람찬 순간이었다.

밴쿠버에서 열렸던 1996년의 국제에이즈학회는 이전과는 달리 단연 열기와 희망이 넘쳤다. PI를 포함한 새로운 병합요법, 이른바 콕테일 요법의 마법에 들뜬 분위기였다. 내가 다녀왔던 여러 학회 중에서도 가장 인상 깊은 학술대회의 하나로 기억된다.

이런 기적의 치료제가 우리 나라에 들어오는 데는 몇 년이 더 걸렸지만, 새로운 밀레니엄은 우리나라 에이즈 환자에게도 희망의 세기로 다가왔다. 초기의 PI제제는 부작용도 많고, 복용에 불편한 점이 많았지만 보다 강력하고 편리한 제품이 뒤를 이었고, 새로운 계열과 제품의 등장으로 환자들이 나아가는 것을 눈으로도 알 수 있을 정도가 되었다. 완치는 몰라도 어떤 환자라도 치료할 수 있고, 건강한 사회생활이 가능하게 되었으니, 감염 내과 의사의 꿈과 보

람을 느낄 수 있게 되었다.

그러나 모든 사람이 혁명적인 새 치료법의 도래를 목격하지는 못하였으며, HAART의 혜택을 보지 못하고 떠나간 환자들에게는 안타깝고 미안한 마음을 금할수 없다.

끝으로 에이즈 예방협회와 관련된 민간단체 활동과 관련한 이야기로 이 글을 끝맺을까 한다. 80년대를 지나 90년대 들어서면서 에이즈의 전 세계적 확산을 보면서 우리나라만 에이즈 유행의 예외가 되는 행운이 찾아오리라고는 기대하기가 어려웠다. 아직 감염자의 수는 다른 나라에 비해 적었지만, 비슷한 상황에 있는 다른 나라에서는 에이즈 예방 및 감염자 인권등 민간단체의 활동이 매우 활발하였다. 특히 1990년에 호주 캔버라에서 WHO가 주관한 아시아 태평양 에이즈학회에는 북한까지 포함한 역내 모든 국가가 참가하였는데, 이 지역 에이즈 확산에 대한 경종을 보내는 계기가 되었다. 미국과 유럽의 활동을 보면서 우리나라도 감염자가 아직 적은 이 때 민간 예방운동을 시작할 때라고 느꼈다.

당시 미국 연수에서 돌아와 의욕적으로 활동을 펼치던 김준명 교수와 함께 대한 에이즈 예방 협회를 만들기로 하였다.

두사람 모두 이런 민간 단체에 대한 경험이 없었으나 이상적인 에이즈 예방단체를 만들기로 하고 최고의 진용을 짜고, 덕망이 높고 존경받던 원로인 강영훈 전 총리를 회장으로 모시게 되었다. 완벽한 정관을 만들기로 하고 저명한 변호사와 법학교수까지 준비위원으로 모시고 너무 꼼꼼하게 일을 진행하다 보니 정관 만드는 일만 해도 몇 개월이 걸렸다.

그리고 있는 사이에 다른 민간단체가 먼저 등록을 마쳐서, 간발의 차이로 우리나라의 첫 에이즈 민간단체의 명예(?)를 노쳐 버린 일은 지금도 아쉽다. 여러 어려운 여건에도 불구하고, 에이즈 예방과 감염자의 인권이나 복지를 위하여 나름대로 열심히 활동하여 에이즈 예방과 감염자 인권 및 복지에 보탬이 되었다고 생각한다.

에이즈라는 새로운 질병의 출현과 전세계적 확산을 현장에서 직접 목격하게 된 것은 보통 인연이 아니다. 더구나 이 병이 우리나라에서 상륙하여 퍼지는 단계에서 환자를 치료하고, 방역 정책을 수립하고 질병의 예방과 확산을 방지하기 위한 전 국민적 노력에 일조하게된 것으로서는 행운이었고, 보람 있는 일이었다고 생각한다.



나의 고향 감염학회를 회고하며

제 19~20대 회장 강 문 원

처음 학회로부터 “Food-borne diseases에 대한 회고담”을 청탁받았으나 이에 대하여 특별히 회고할 만 한 내용이 별로 없어 학회의 뒷이야기를 쓰는 것으로 학회의 양해를 구하였다.

| ‘감염’과의 만남 |

내가 처음 감염이라는 학문과 인연을 맺은 것은 1975년부터로 현재까지 37년이 되었다. 당시 2년차 전공의시절 감염내과를 돌고 있을 때 운이 좋게도 정희영 교수님을 도와 새로운 항생제에 대한 임상시험에 관여할 기회가 있었고, 감염에 관한 논문을 제1 저자로 2편을 써서 [감염]과 [대한내과학회지]에 각각 게재되는 행운이 따랐다. 그 해 가을 대한감염학회 학술대회에 담당 전공의로 학회 진행을 도우러 참가하였는데 그 당시만 하여도 대한감염학회 학술대회는 성모병원에서 열리는 것으로 인식되어 있던 나에게 백병원 강당에서 개최된 학술대회는 충격적인 사건이었다. 초가을부터 고열과 객혈을 동반하는 원인불명의 폐렴환자(1984년에야 Leptospirosis라 밝혀짐)가 충북지역을 중심으로 커다란 유행이 발생하여, 이에 대한 Panel discussion이 진행되었는데 예년에 비하여 엄청나게 많은 사람들이 참석한 것이었다.

| 감염학회 |

군 제대에 앞서 1980년이 저물어갈 즈음하여 감염을 전공하고 싶다는 의사를 말씀드린 후 정희영 교수께서 흔쾌히 거두어 주셨으며, 1981년 5월부터 나의 대한감염학회 사원(?)생활이 시작되었다. 1981년 이전 이야기는 정희영 명예회장님을 제외하고는 학회 사정을 잘 아는 분이 거의 없는 실정이고, 정희영 회장님을 모시고 학회 일을 돕기 시작한 1981년부터 20여 년간은 직접 대한감염학회의 실무를 맡으며 참여하였으니 그 당시 학회의 숨겨진 이야기를 가장 잘 아는 사람 중의 하나일 것이다.

이 당시만 하여도 대한감염학회는 매우 조그마한 학회로, 부회장직은 주로 미생물학 교수가 하였고 그 외 학회 임원이라 해봐야 총무, 학술 밖에 없던 시절이었다.

당시 회장이시던 정희영 교수께서 거의 혼자 학회를 꾸려나가실 시절로 밑에 줄개가 하나 들어왔으니 학회 잡무에서 많이 해방되셨을 것으로 짐작된다. 회장님으로부터 처음 받은 것이 회원카드를 보관하던 나무로 된 box였으며 그 안에는 학회 회원으로 가입할 때 제출하는 회원카드가 있었다. 회원은 종신회원과 일반회원으로 구분되어 있었고 당시 종신회원이 20명이 안되었다. 처음 대한감염학회 임원회의에서 만난 서환조 교수, 박승철 교수 등은 공교롭게도 모두 전공의 시절부터 인사를 드려 알고 있던 분들이었다. 박승철 교수와는 내과 의국장 시절 대한감염학회 학술대회 진행을 보고 난 후에 당시 학회 일을 잠시 도와주시던 우리대학 정규원 교수와 함께 저녁 자리를 갖게 되어 알게 되었고, 서환조 교수와는 우리대학에 계시던 최영길 교수와의 인연으로 몇 차례 인사를 하였던 사이였다. 홍천수 교수가 초반에 감염과 알레르기를 같이 맡아 대한감염학회에 열심히 참석하다가 몇 년 후에 알레르기 쪽으로 자리를 잡게 되었다. 당시 최강원 교수는 재미 유학 중이어서, 귀국 후에 처음으로 인사를 하게 되었으며, 그 당시에 감염을 전공한다고 하는 사람이 회장님 밑에 홍천수 교수를 포함하여 다섯사람뿐이었다. 임원회의 장소는 성모병원 내과 외래에 있는 정희영 회장님 외래 진료실 겸 교수실에서 하였고, 회의가 끝나면 당시 백병원 정문 바로 앞에 있는 “파인힐”이라는 양식당에서 식사를 하곤 하였다.

이러한 열악한 환경 영향으로 비교적 젊은 나이에 학회 일을 빨리 경험하게 되었으며, 이는 향후 대한감염학회 및 타 학회의 임원 및 회장, 이사장 등을 수행하는데 많은 밑거름이 되었다.

당시 대한감염학회의 총무라는 자리는 회장의 지시를 받아 학회의 온갖 업무를 하여야 하는 자리로 8년 간 총무일을 맡았으며, 독일 유학 시절 및 성빈센트병원 파견시절에는 신원식교

수가 많은 도움을 주었다. 당시 임원 중 한 사람이 외국 유학을 떠나면서 회장에게 아무런 연락도 없이 떠난데 대하여 매우 섭섭해 하셨던 기억이 새롭다.

| 학술대회 |

1975년 가을에 충북지역을 중심으로 유행하였던 원인불명의 폐렴양 질환은 1984년 다시 유행을 일으킨 다음에야 렙토스피라병으로 밝혀졌으며, 그 당시 나는 독일 유학 중으로 국내에 있지 않았지만 호텔에서 개최하였는데도 불구하고 학회장에 좌석이 부족할 정도로 많은 분들이 참가하였다고 들었다. 이것을 시작으로 AIDS, 쯔쯔가무시병, 말라리아의 재출현, SARS, 신종플루 등 새로운 감염질환이 발생할 때마다 학회 참석인원이 늘어났으며, 대한감염학회가 한 단계씩 발전할 수 있는 계기가 되었다.

지금도 잊을 수 없는 것은 1985년도에 처음으로 신라호텔에서 학술대회를 하게 되었는데 당시에는 지금처럼 학회를 전문적으로 주관하는 대행사가 없었고 임원이 직접 모든 일을 하던 때였다. 당시 총무를 맡고 있던 때라 준비상황을 점검하기 위하여 아침 일찍 학술대회장에 도착하여 학회장을 둘러보는데 학회장 정면에 걸려 있는 현수막에 “대한감염학회”라고 되어 있어야 하는 글자가 “대한간염학회”라고 씌어 있는 것이었다. 책임자를 불러 추궁하였으나 도저히 다시 제작 할 시간은 안 된다고 하여 현수막을 내려서 “간”자 위에 가필하여 “감”이라고 수정하여 학술대회를 무사히 치렀다. 그 시절만 하여도 “감염”보다는 “간염”이 사회적으로 더 알려져 있어 일어난 사건으로, 이제는 이러한 해프닝이 더 이상은 발생하지 않을 정도로 “감염”도 매우 중요한 분야가 되었다.

| 학회지 |

처음 학회 일을 도우면서 가장 커다란 문제 중의 하나가 학술대회 일반연제 모으기와 학회지 발간이었다. 당시 학회지는 1년에 한번 학술대회 시 발간하였고 투고 논문이 많지 않아 학술대회 심포지움 원고를 포함시켜도 그리 두껍지 않았다. 당시 간행부장이라는 직책이 없었고, 임원회의라야 1년에 1-2번 학회 전에 모이는 것이 전부였기 때문에 당연히 학회지 발간

에 신경을 쓰지 않을 수가 없었다. 덕분에 학회지 두께를 늘리기 위하여서라도 논문을 쓰지 않을 수가 없었으며, 많은 경우에는 내 이름으로 한 권에 5편의 논문을 게재하기도 하였다. 지성이면 감천이라고 논문투고가 점차 늘어났으며, 1984년(제 16권)부터 년 2회 발간을 하게 되었고 3년 후인 1987년(제 19권)부터는 년 4회 발간하였으며, 김민자 교수가 간행을 맡은 시기인 27권(1995)부터 년 6회 발간으로 빠른 성장세를 보였다. 대한감염학회에 간행부가 처음 만들어 진 것은 1992년으로, 류지소 교수가 회장이 되면서 처음 열린 임원회의에서 간행부를 신설하고 당시 화학요법학회 간행부장을 맡고 있던 나에게 감염학회잡지도 맡아서 하라고 하여 공교롭게도 두 학회의 초대 간행부장을 맡게 되었다. 2년 후 간행부장 직을 학회지 발전에 많은 공헌을 한 김민자교수에게 인계하였다.

| 학회 logo 제정 |

1990년 임원회의에서 학회 logo를 만들자는 의견이 있어 logo를 만들게 되었으며 그 해 평의원회를 통과하여 1991년 학회지(제 23권)부터 학회지 앞면에 logo가 실리게 되었다. 그러나 12년 후인 2003년(제 35권) 화학요법학회지와 합쳐지면서 잡지명도 “감염과 화학요법”으로 바뀌었고 학회지에서 감염학회 logo도 사라지게 되었다. 이 logo가 정희영 명예회장의 자부(子婦)의 작품이라는 사실을 아는 사람은 거의 없을 것이다. logo의 의미는 미생물이 인체세포를 침투해 가는 과정을 표현하고 있다.

| 국제학회 참석 |

처음 참석한 국제학회는 1989년 이스탄불에서 개최된 제 16차 ICC로 당시 터키 본고장의 터키 탕을 경험하고 싶은데 혼자 가기가 두려워 박승철 교수를 줄라 동행하게 되었으며 우락부락한 남성들로부터 괴로운(?) 마사지를 속으로 참으면서 받았던 기억은 잊기 어려울 것이다. 그 다음은 1991년 Florence에서 개최된 AIDS학회 직후에 베를린에서 ICC가 개최되었는데 Florence에서 Berlin까지 비행기를 타고 가는 것으로 예약이 되어 있었으나 박승철교수의 제안으로 체코 프라하를 들러 가기로 하였다. 침대열차를 타고 밤새 달려 비엔나를 거쳐 프라하로 가려 하였으

나 비자 없이 체코에 입국하였다고 다시 국경까지 쫓겨나는 사건이 발생되었다. 국경에서 정식으로 비자를 받아 재입국을 하였으나 프라하 도착이 5시간 정도 지연되었고, 예약한 호텔에서는 예정시간에 도착하지 않자 일정이 변경된 것으로 판단하여 이미 다른 사람에게 방을 내어 준 상태로 줄지에 우리들이 잠잘 곳이 없어지게 되었다. 호텔 측에 대하여 항의를 하였으나 대화가 안 되어 이에 흥분한 일행 중 한명이 한국대사관에 전화를 하여 도움을 받으려고 하였는데 이 전화가 북한대사관으로 연결되어 생각만 하여도 등골이 오싹한 경험을 하게 되었다.

| 국제교류 |

1991년도 베를린에서 개최된 제 17차 ICC에서 한국과 일본의 교류에 대한 논의를 하기 위하여 한국에서 정희영 교수, 최강원 교수와 같이 참석하여 Kumazawa, Kobayashi 교수 등 3명의 일본측 대표와 양국 간의 감염분야 학술 교류에 관한 논의를 하였으나 그 이후 진전되지 않았다. 이 후 1996년에는 박승철 교수, 최강원 교수, 김준명 교수 등과 북경에서 중국 전염병학회 임원들과도 모임을 갖고 두 학회의 교류에 관하여 논의하였으나 역시 더 이상의 진전이 없었다. 회장 재임시에는 일본 감염증학회(회장 : Jingoro Shimada교수)의 공식 초청을 받아 제 73회 일본감염증학회에 최강원 전임 회장과 함께 참석하였으며, 그 해 가을 학회에 Shimada 교수를 우리 감염학회에 공식 초청하여 특강을 하게 하였다. 그 후에 Shimada교수와 한.일 학술교류에 대한 논의를 몇 차례 하였으나 이 또한 잘 이루어지지 않았다. 아마도 우리학회와 일본학회와의 system이 다른 것이 가장 큰 원인이 아니었나 생각된다. 일본학회의 초청으로 참석하였던 일본감염증학회에서 인상 깊었던 것은 평의회에 초청받아 참석하였는데 현직 회장이 거의 막내일 정도로 70-80대의 원로회원들이 상당히 많이 참석하여 우리나라와는 대조적인 모습을 볼 수 있었다.

| 학회장 재임 |

첫 사업으로 항생제에 관한 책을 학회차원에서 만들기로 임원회의에서 결정하였으며, 형식은 1983년에 정희영 교수께서 저술하신 “항생제의 길잡이”라는 제목을 이어받는 것으로 하

였다. 우선 정희영 교수께 허락을 받기위하여 설명을 드리니 매우 기뻐하셨고, 초판을 발간하였던 수문사 사장과 예전에 합의하였던 메모지를 주셨다. 그 메모지에는 “수문사와 사전 협의 없이 항생제의 길잡이 새로운 판을 만들 수 있다”는 내용이 적혀있어 먼 훗날까지 후학들을 배려하시려는 모습에 감명하지 않을 수 없었다. 책의 발간은 김준명교수의 책임 하에 많은 분들이 우리병원 의과학연구원 회의실을 빌려 밤 11시까지 일하던 기억이 새롭다. 당시 최영화 교수가 실질적으로 많은 수고를 하였다. 그 결과 2001년 의사협회 대의원총회 석상에서 [항생제의 길잡이;개정판]으로 의료저작상을 수상하게 되었고, 상금(거금 800만원)으로 학회 임원들 및 책 발간에 고생한 위원들과 저녁을 같이 하고, 개인적으로 수상한 것이 아니고 학회를 대표하여 받은 것이기 때문에 나머지는 학회 재정에 보태었다.

또한 학회의 업무가 많이 늘어났고, 의협에서 받은 상금도 있어 학회 총무를 맡고 있던 강진한 교수가 발품을 팔아 양재동 근처에 감염학회 전용의 자그마한 사무실을 구입할 수 있었고, 학회 사무원 제도도 처음 도입하게 되었다. 이는 현재의 넓직한 사무실을 구입하는데 밑거름이 되었을 것으로 생각되며, 현재는 학회 사무원도 3명으로 늘었다.

한편 학회 40년사를 신완식교수 책임 하에 8명의 위원들이 고생한 보람으로 무사히 완성할 수 있었다. 원래 40주년 행사나 40년사는 잘 발간하지 않지만 학회의 여러 상황을 고려하여 계획하게 되었다.

| 학회연수강좌 |

일부 대학에서 1995년부터 감염연수강좌를 개최하기 시작하였으나 결국에는 4-5개 대학에서 각 학교별로 연수강좌를 따로 개최하는 상황으로 전개되었다. 당시 감염을 전공으로 하는 사람도 많지 않은 상황에 강사들은 겹치기 출연을 하게 되었고 청중들 역시 여러 대학의 연수강좌를 참석하는 것이 쉽지 않았다. 1998년까지 각 대학에서 독립적으로 개최하다가 내가 회장이 된 다음 임원회의에서 당시 연수교육부장이던 오명돈 교수가 “사람도 많지 않은 환경에서 각 대학별로 연수강좌를 개최하는 것이 무리가 되고 경쟁심까지 생겨 좋지 않은 모양이니 감염학회 주관으로 개최하는 것이 좋겠다”는 의견을 제안하였다. 이에 각 대학에서 별도로 개최하지 않는다는 전제 하에 모든 임원들의 동의를 받아 1999년부터는 학회 주관으로 1년에 2차례 실시하기로 하였으며, 현재까지 이어지고 있다.



대한감염학회 50주년을 축하하며

제 21대 회장 신완식

대한감염학회 40년사를 편찬하던 일이 엇그저께 같은데 벌써 지천명의 나이가 되었습니다.

대한감염학회 50년의 축사를 부탁 받고 많은 감회와 추억들이 있지만 다른 많은 분들의 말씀이 있을 것이므로 저는 관심이 많았던 면역저하환자와 관련된 일들을 간략하게 회고하고자 합니다.

2009년 자료에 따르면 국내에서 1983년부터 2009년까지 14,075명이 조혈모세포이식을 받았고 2009년에만 43개의 센터에서 768건의 자가이식, 904건의 동종이식을 시행했다고 합니다. 이식의 종류도 다양해져 골수 이외에 말초조혈모세포, 제대혈을 이용할 수 있게 되었고, 국내 공여자 뿐만 아니라 일본, 대만, 미국, 독일 등 많은 나라에서 제공받고 있으며, 60대 이상의 노령층도 성공적으로 이식을 할 수 있을 정도로 많은 발전이 있었습니다. 이식을 시행하는 의료기술이 개발된 것이 가장 중요한 원인이지만 수혈, G-CSF 등의 보조치료법 역시 발전하였고, 특히 감염 합병증을 진단하고 치료할 수 있는 기술과 항생제들이 많이 개발되었으며, 이를 적재적

소에 사용할 수 있게 된 것이 면역저하환자의 생존 및 이식의 수와 성적을 향상시킨 주요 원인 중 하나라는 것을 자랑스럽게 말하고 싶습니다. 제가 근무하던 명동과 여의도의 성모병원에서 만났던 주로 혈액내과 환자들의 항암치료 후 발생하는 호중구감소성 발열, 조혈모세포 이식 환자에서 나타나는 각종 감염성 합병증, 특히 침습성 진균 감염, 거대세포바이러스 감염, 출혈성 방광염 등이 먼저 머리 속을 스치고 지나갑니다. 1983년 국내에서 처음으로 조혈모세포이식을 시행했지만 당시에는 사용할 수 있었던 항생제들은 현재와 비교해 매우 열악했고, 아무도 이런 면역저하환자를 본 적이 없었을 뿐 아니라 어떻게 하면 진단을 빨리 할 수 있는지, 어떤 치료를 어떻게 해야 하는지 많은 고민을 해야 했습니다. 외국의 주요학회에서도 다루지 않는 경우가 많아 ImmunoCompromised Host Society (ICHS), International Symposium on Febrile Neutropenia (ISFN) 등 특수화된 학술대회에 초창기부터 참석했고, 그 당시 같이 만나 고민하였던 몇몇 감염학회 선생님들과는 오히려 깊은 대화를 나눌 수 있는 기회가 되어 그 인연이 지금까지 이어지고 있습니다.

논어 위정편에 나오는 공자의 말에 ‘옛 것을 알고 새 것을 알면 남의 스승이 될 수 있다(溫故而知新可以爲師)’고 하였습니다. 지난 반세기 동안 대한감염학회가 지나온 역사를 돌이켜 볼 수 있는 기회를 가진다면 앞으로 자신이 할 수 있는 일, 또 학회의 미래상 등을 더 알차게 준비할 수 있으리라 생각합니다.

다시 한 번 대한감염학회 창립 50주년을 모든 학회회원들과 같이 진심으로 축하하고 대한감염학회가 진일보할 수 있는 계기가 되길 바랍니다.



감염관리 분야의 지속적인 발전을 기대합니다

제 22대 회장 김준명
제 23대 이사장 김준명

국내에 감염관리가 도입된 것은 미국이나 선진국에 비해 많이 늦었고, 따라서 역사도 길지 않다. 그럼에도 대형병원을 중심으로 이루어진 빠른 발전은 그 어느 나라에서도 볼 수 없었던 우리만의 특유의 노력의 결실이라 아니 할 수 없다. 이러한 발전의 중심에는 대한감염학회의 내과, 소아과, 임상미생물, 역학 분야 등 여러 회원들의 노력과 수고가 있었으며, 그와 함께 현장에서 열심히 임무와 책임을 다한 감염관리간호사들의 열정과 헌신적인 노력이 함께 한 결과라 생각한다.

우리 나라에서는 1980년대 후반부터 감염관리의 중요성을 서서히 느끼기 시작하였고, 그러한 가운데 여러 전문단체가 이에 대해 관심을 갖기 시작하였다. 특히 대한임상간호사회에서는 1987년에 감염관리간호사 연수교육 프로그램을 처음으로 개설하였고, 1990년에는 대한감염학회가 병원감염관리 심포지움을 갖기에 이르렀다.

이렇듯 병원감염에 대한 관심과 함께 그 개념을 어렵듯이 이해하기 시작하던 당시에 웃지 못할 해프닝도 있었다. 병원감염에 대한 관심이 높아지자 1992년 초엔가 보건사회부에서 전국의 대형 종합병원을 중심으로 ‘병원감염관리 실태현황’을 조사하면서 각 병원의 병원감염 발생상황을 수일 내에 보고하라

는 것이었다. 이에 병원감염의 정의나 조사 방법, 발생률에 대한 지침이나 자료도 없었지만 지식도 개념도 전혀 없었던 병원들로서는 적잖이 당황치 않을 수가 없었다. 이에 일부 병원들은 보고할 감염 발생수를 놓고 나름대로 고민하다가 아무래도 수십 명 대로 보고하는 것이 안전하고, 조금 큰 병원이라 할지라도 백 명을 조금 넘는 것이 무난하지 않겠나 하면서 조심스레 보고하였다.

그런데 이러한 보고자료가 보건사회부를 통해 어느 일간지에 유출되어 기사화되었다. ‘병원서 병 옮는 환자 급증’이라는 커다란 제목의 기사에는 다른 병원에 비해 유독 신설 대형 종합병원인 서울 J병원이 6개월 간 입원환자의 3.6%인 560명에서 병원감염이 가장 많이 발생하였다는 것이었다. 사실 당시 그 병원에는 외국에서 병원내 감염관리를 익히 경험하시고 귀국하신 배직현 교수님이 나름대로 모범적인 감염관리를 시행하고 있던 터였다. 심지어 기사에서는 이러한 병원감염 발생이 신설 병원임에도 불구하고 비위생적인 의료기구와 용구, 오염된 세탁물이 원인이라는 것이었다. 이러한 어처구니 없는 기사에 몸 담고 있는 병원에 본의 아니게 누를 끼치게 된 배 교수님의 마음 고생이 아마도 크셨으리라 생각한다.

1990년대 초부터 대학병원을 중심으로 감염관리간호사가 임명되어 활동하면서 이 분야의 발전을 위해서 학문적인 구심점이 필요함을 느끼게 되었다. 이에 1994년 말에 대한감염학회 평의원회에서 관련 학회의 창립이 제안되었다. 당시에 기억하기로는 외국에서 감염관리의 중요성을 이미 경험하시고 귀국해서 같은 병원에 근무하셨던 배직현 교수님과 류지소 교수님이 함께 공감하시고 평의원회 석상에서 배 교수님이 제안하셨던 것으로 알고 있다. 이 제안에 모두가 동의하였고, 다음 해인 1995년 1월에 대한병원감염관리학회(가칭) 창립 준비위원회가 발족되었다. 위원장에 배직현, 간사에 김준명, 위원에 강문원, 김대원, 김용호, 박승철, 박은숙, 오향순, 윤순자, 윤여규, 정재심, 최태열(준칭 생략)이 임명되었다.

1995년 11월 15일 울산의대 아산병원에 모여 창립 총회 및 학술대회를 개최하였고, 학회 이름은 대한병원감염관리학회로 정하였다. 초대 회장에 울산의대 임상병리과의 배직현 교수님

을 추대하였고, 평의원에 내과, 소아과, 진단검사의학과, 간호학과, 보건 분야, 외과, 임상병리 등 다양한 분야의 인사들이 참여하였다. 학회 발족 후 시행한 ‘우리나라 병원감염관리의 실태조사 보고’ 및 ‘국내 병원감염률 조사연구’는 국내에서 최초로 실시한 전국적인 병원감염 조사연구 사업이었다.

이제 감염관리는 환자 안전관리 및 양질의 의료전달에 있어서 매우 중요한 부분으로서, 점차 그 비중이 높아지고 있다. 또한 국내 의료기관 평가나 국제 JCI 인증평가에서도 감염관리는 필수적인 영역으로 자리 잡고 있어, 이에 대한 관련 전문가들의 역할과 책임, 노력과 헌신은 더욱 요구된다 하겠다. 이제 대한감염학회의 창립 50주년을 맞이 하여 모든 회원들과 함께 즐거이 자축하면서 다가오는 미래에도 우리 감염학계의 지속적인 발전을 기대해 본다.



대한감염학회 50주년-폐렴의 연구 역사

제 24대 이사장 우 준 희

대한감염학회가 출발한지 50년이 되는 시기에 우리나라에서 호흡기 감염, 더 정확히는 폐렴의 연구를 되새길 필요를 느껴 정리해 보았다. 이러한 유형의 회고는 의학계에서 학회 창립 후 30년이 지난 시점에서 시행된 적이 있는데, 대한감염학회 심포지움 감염병30년의 변천 (박종무-호흡기를 중심으로, 1986년)이나 대한 결핵학회 30주년 기념의 한국에서의 폐염 연구 실태(변해원, 1983년)등에서 동질의 감흥을 읽어 볼 수 있다.

우리나라가 독립한 1948년부터 20세기 말까지, 아니 현재까지도 가장 중요한 호흡기 감염증은 결핵이다. 그 다음으로 우리 역사에서 상당한 부분을 차지하였던 호흡기 감염증은 기생충성 폐질환이다. 대한감염학회의 잡지였던 [감염]을 중심으로 [대한화학요법학회지], [대한내과학회잡지], [대한의사협회지], [소아과]도 검색대상에 포함하였다.

결핵과 기생충성, 폐질환을 제외한 폐렴에 대한 논문은 대한내과학회 1949년 1권 1호 천성근의 폐괴저의 통계적 고찰에서 처음으로 연구발표되었다.

의학이 발전되어 분화하는 과정에서 볼 때 어느 분야에서나 마찬가지로이지만 연구논문은 초기에 증례보고 또는 종설이 주

류를 이루고, 중기에는 임상적 연구 또는 진단, 치료와 이들의 비교 등이고 발전 이후 시기에 병인론과 새로운 치료제나 치료 방법의 개발 순으로 진행되었다.

폐렴이 제목으로 등장한 연구는 대한의학협회 제2차 학술대회(1948년)에서 수술 후 폐렴의 통계적 관찰(한격부)이 최초의 기록으로 남아있지만 논문은 구할 수 없어 읽지 못하였다. 1949년 제3회 학술대회에 농흉의 통계학적 관찰(이중완 등), 소아 폐괴저 1예(김원 등)이 제목만 기록으로 남아 있으나 논문은 구하기 어려웠다.

6.25 사변으로 인하여 발간되지 못하였던 학술 잡지는 [대한의사협회지]가 제일 먼저 1958년 복간되었고, [결핵 및 호흡기질환]은 1954년 창간되었고, 소아과학회잡지 [소아과]는 1957년 창간되었으며, 대한화학요법학회는 1958년 창립되었는데 학회잡지는 1983년에 창간되었다. [대한내과학회잡지]는 창간 10년뒤 1959년에 복간되었으며 폐흡충증이(강석영, 송선보, 1959년)에 의해 발표되었다.

이러한 시기에 폐렴 연구는 폐염 자체보다는 질환군의 일부로 폐염이 기술되었다.

서울에 유행한 influenza의 임상역학 및 혈청학적 관찰(송영준, 대한내과학회잡지, 1962년)에서 합병증으로 폐렴이 연구 보고되었으며, 대한감염학회 제1차 학술대회에서는 1962년 봄 서울에 유행한 인플루엔자의 임상학적 및 혈청학적 고찰(정락섭, 정희영 등, 1962년)과 중설 세균 감염증의 현황과 항균요법(전종휘, 대한내과학회잡지, 1962년)에서 폐렴이 설명되었고, 폐농양의 내과적 치료와 임상관찰(김병기 등, 결핵, 1961년), 폐농양 75예 임상적 고찰(이복희 등, 대한내과학회잡지, 1968년)은 논문으로 발표되었다.

그리고 항균제 시험 논문에서 폐렴에 대한 임상 효과가 기술되기 시작하여, 예를 들자면 ampicillin 치료 효과(정희영 등, 1968년)보고에서, doxycyclin (이태희 등, 1968년), cefazolin (이문호 등, 1968년)를 포함하여 각종호흡기감염에서 Lincomycin의 효과(김성규 등, 1971년) 논문에서 폐렴의 원인균과 치료 효과가 기술되었다.

10여 년 이 지난 뒤에도 호흡기감염증환자에 대한 cefoperazone 의 임상효과(강문원 등, 대한내과학회잡지, 1982년), 호흡기감염증환자에 대한 ceftriaxone 의 임상적 효과관찰(박순

규 등, 1986년), 호흡기감염증에 대한 flomoxef 의 임상효과(강홍모, 서환조, 1990년), 호흡기감염증에 대한 cefixime 의 임상효과(강문원 등, 1990년), 폐렴환자에서 roxithromycin 의 치료효과(우준희 등, 1990년)에서 하부호흡기감염증의 치료에 있어서 roxithromycin 효과(김우주, 박승철 등, 1991년) 논문은 계속되었고, 폐렴환자에서 roxithromycin (우준희, 1990년)은 태국에서 개최된 서태평양감염학회 폐렴항생제 심포지움에서 초청되어 우리나라 자료를 아시아 학술대회에서 발표하였다. 우리나라 만의 세균성폐렴에 대한 연구가 우리나라에서 개최된 아시아흉부질환학회에서 발표되었다(우준희, Resirology 1996년).

폐렴의 임상적 관찰(이현우 등, 1972년)은 1970년대에 발표되기 시작하였는데, 입원 폐질환 환자의 종류별 조사 성적(1972-1976)(윤광선, 한용철 등, 결핵및 호흡기질환, 1978년)에서 당시 폐렴의 비중, 역할을 연구 보고하였다.

포도구균폐렴의 임상적 관찰(이기항 등, 1964년)은 학술대회에서 발표되었고, 녹농균폐렴(김선우, 전종휘, 1971년), 대장균균 감염증의 호흡기계 감염(한용철, 1971년), 마이코플라즈마감염증(이찬세) 인플루엔자(박승철) 폐렴(한용철)이 이듬해인 1977년 학술대회 심포지움에서 발표되었다. 세균성 폐렴의 임상적관찰, *Klebsiella* 폐렴의 임상적 관찰(이학중 등, 대한내과학회잡지, 1978년)이 논문으로 발표되었다. 서울에서 발생한 Legionellosis의 혈청학적진단(조민기 등, 1984년) 부검과 균배양검사로 증명된 Leptospirosis(이정상, 오명돈 등, 1984년) 마이코플라즈마 폐렴의 임상적 고찰(김기호 등, 대한내과학회잡지, 1985년), *Nocardia* 폐농양(우준희 등, 1987년), 세균성폐렴 원인균및 예후분석(우준희, 1993년) 이 발표되었으며, 이 무렵 원인균에 대한 연구가 관심을 유도하였다.

성인폐렴 원인균에 대한 7개 병원조사(정문현 등, 1996년)가 발표되었고, 보건복지부의 후원과 대한감염학회의 후원으로 시행된 대규모 전향적 연구였던 성인 폐렴 원인 미생물 다기관 연구(우준희 등, 1998년-2001년)가 발표되어 폐렴 연구에 큰 획을 그었고, 곧 이어 단행본 폐렴의 이해(우준희, 1998년)가 등장하였다.

원인균에 대한 미생물학적 연구는 폐렴구균에 관한 연구(유영해 등, 1978년)가 발표되었고,

폐렴구균의 연구는 내성이 유행하던 시기에 국내분리폐렴구균의 항균제내성현황 및 분자역학조사를 통한 내성 전파의 규명(송재훈 등, 1997년), 항균제내성폐구균(이환중 등, 1998년)이 상당한 조명을 받았었다.

각종 폐질환에서 경기관 흡입법에 의한 세균검출에 관한 연구를 보고하였고(홍천수, 김기호 등, 대한내과학회잡지, 1976년), 폐렴의 원인균 진단에 대한 기관지경검사의 가치를 발표하였는데(강홍모, 서환조, 감염, 1986년) 폐렴에서 경기관 흡입술(우준희 등, 1988년), 폐렴진단에 있어서 protected specimen brushing의 역할을(정기석 등, 1997년) 연구보고하였고, 정량적 기관지 세포세척액 배양의 유용성(정기석 등, 1997년)을 잡지에 발표하였다.

신종전염병으로 알려졌던 1976년 집단발병한 속칭 출혈성폐렴 환자 12예에 대한 임상 및 혈청학적 관찰(안상섭, 전중휘, 이호왕 등, 대한내과학회잡지, 1980년)을 보고하였고, 이는 출혈성폐렴 발생 7-8년이 지난 뒤에 leptospirosis 로 귀결되었다.

쯔쯔가무시병에 동반된 간질성 폐렴(이현숙, 이상도 등, 1996년) 새로운 전염병으로 등장한 후천성면역결핍증(박승철, 1983년)을 우리나라에 전달하였으며, 후천성면역결핍증2예(최강원, 우준희 등, 1987년)가 발표되었다. 렙토스피라증에서 출혈성 폐병변의 병인론(우준희, 1989년)이 내과학회잡지에 발표되었다.

노인감염 심포지움에서 호흡기 감염증이(이원영, 1980년) 발표되었으며, 노인에서 원외폐렴 임상상(박승철 등, 1993년)을 종설로 정리하였다.

면역저하환자에서의 폐렴(한용철, 대한내과학회잡지, 1982년), 면역제한환자의 열성폐렴증후군(신완식, 감염, 1985년), 면역기능이 저하된 환자의 급성 폐렴시 개흉생검의 진단적 유용성(우준희 등, 1995년) 등이 면역억제환자에 대한 연구의 출발이었다.

중환자실 환자의 원내감염(정희영 등, 1969년)으로 병원감염이 토의되기 시작하였고, 성모병원에서 정희영 한용철 양용태 박승합등이 좌담회 형태로 병원내 감염에서 폐렴(1972년)이

논의되었다.

원내 폐염의 원인에 관한 연구(신형식, 최강원 등, 1991년), 장기이식환자 기회감염 심포지움에 P. carinii(김민자, 1996년) 인공호흡기연관 폐렴의 원인균 발견을 위한 기관폐포소량 세척 진단 효율성(김원동, 고윤석 등, 1998년)을 논문화하였다.

Quinolone계 항생제 중 호흡기감염증에서 임상효과와 부작용(박승철, 1988년)이 치료제제에 대한 토의를 개방하여, 경험적 항균요법에서 폐렴(최강원, 1992년), 원외폐렴(Community acquired pneumonia) 치료(강문원 등, 1995년)하면서 점차 치료 지침의 개념이 도입되었다.

이는 대한감염학회, 대한화학요법학회, 대한결핵 및 호흡기학회가 중심이 되어 지역사회획득 폐렴의 치료지침 권고안(2009년)으로 결실이 되었다. 그러나 지침제작에 여러 가지 지료가 부족하여 질병관리본부의 연구지원사업에 힘입어 충분하지 않은 자료를 채우기 위하여 1998년부터 2001년까지 3년간 연구결과를 발표하였던 원외폐렴의 원인, 역학의 변화를 지역사회획득 폐렴의 원인 미생물에 대한 전향적 다기관 연구: 세균성폐렴의 원인균분석(정용필, 우준희 등, 2010년)에서 일부 보충할 수 있었다.

후천성면역결핍증환자에서 폐렴, 거대세포바이러스 폐렴, 단순포진바이러스폐렴, 파라인플루엔자 바이러스폐렴, 아데노바이러스폐렴, 사스 폐렴, 범유행인플루엔자바이러스 폐렴 등이 조직검사, 바이러스배양, 검사, 분자생물학 검사 등으로 진단할 수 있을 정도로 기술이 진보하였다.

| 진균성 폐렴 |

*Pneumocystis carinii*가 진균에 속하게 되었으므로 진균성 폐렴에 대한 우리의 연구 역사는 상당히 오래 전으로 거슬러 올라가게 되었다.

한국영아에 발생한 *Pneumocystis carinii* 폐렴증례(김순웅, 대한의사협회지, 1961년)를 보고하였고, PCP의 Lung biopsy 소견과 진단적가치(임숙경, 1962년), *Pneumocystis carinii* pneumonia에 대한 연구(임숙경, 1966년)가 일찍 연구 되었다.

폐 candida 증 2예(김상재 등, 1975년), Torulopsis 에 의한 폐 침윤(김재원, 1975년) 폐 국균증을 의심케하는 환자의 객담으로부터 분리된 Aspergillus phialiseptatus (김상재, 홍영표 등, 1976년), 폐 Petriellidium 증 1예(김상재, 홍영표 등, 1980년), 침습성 Aspergillosis (최강원 등, 정희영 등 1988년) Fusarium species에 의한 폐렴1예(한경자 등, 1990년) 등의 증례가 진균 폐렴의 논문에서 주류를 형성하였다.

| 소아 폐렴 |

한국영아에 발생한 *Pneumocystis carinii* 폐렴증례(김순웅, 대한의사협회지, 1961년)가 처음이고, 소아 폐렴으로는 1961년 대한의사협회지(창간시에는 조선의학회지)에 소아의 급성 호흡기질환(김영택)으로 발표한 논문이 폐렴이 일부 기술되었고, 소아농흉의 임상적 고찰(홍창의, 이용규, 1962년), 뒤 이어 소아폐렴의 진단과 치료(김영진, 1965년)가 발표되었다.

소아과 잡지에서는 정구창등에 의해 1966년 원발성폐렴에 병발된 자기면역성용혈성 빈혈의 증례가 발표된 것이 처음이었다. Friedlander's pneumonia 3례 보고(정우갑 등, 1967년)를 발표하였고, 포도상구균성 폐렴 및 농흉(홍창의, 1968년)이 게재되었다. 소아급성하기도감염 증의 원인 바이러스 및 유행양상 연구(이환중 등, 1994년) 와 항균제내성폐구균(이환중 등, 1998년) 은 주목 받는 연구였다.

검색가능 한 자료가 특히 최근의 놀라울만한 자료 일부가 첨가되지 못한 점은 의욕이 앞섰기 때문일 거라고 스스로 평가하였다. 원래 회귀하였던 자료를 찾아보리라고 마음먹고 합리성이 충분하지 못하였던 자료 검색이 만족스럽지 못 하였지만, 우리나라에서 반세기의 자료를 검색하고 분석하는 기회를 가지게 되어, 비록 원고 독촉에 잠시 머뭇거렸지만, 대한감염학회의 회원으로 즐거웠고, 우리 선배들의 연구에 대한 열과 성을 다시 느끼게 되어서 가슴에 뜨거운 열정이 충만함을 자각하였다.

상대적으로 완전하지 못한 자료를 가지고 대한감염학회 50년을 기념하는 글을 올리려고 하니 과거 선배님의 경구 “행동하기 전에 한번 더 생각해 보렴”이 귀에 쟁쟁하게 들려온다.

▶ 역대 회장 및 이사장

■ 역대 회장(1961~2005)



초대 **임명재**
(1961 ~ 1963. 12)



제 2~8대 **전종휘**
(1964. 1 ~ 1977. 12)



제 9~13대 **정희영**
(1978. 1 ~ 1987. 12)



제 14~15대 **박승철**
(1988. 1 ~ 1991. 12)



제 16대 류지소
(1992. 1 ~ 1993. 12)



제 17~18대 최강원
(1994. 1 ~ 1997. 12)



제 19~20대 강문원
(1998. 1 ~ 2001. 12)



제 21대 신완식
(2002. 1 ~ 2003. 12)

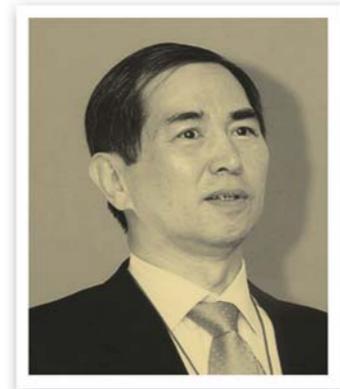


제 22대 김준명
(2004. 1 ~ 2005. 12)

■ 역대 이사장(2006~2011)



제 23대 김준명
(2006. 1 ~ 2007. 12)



제 24대 우준희
(2008. 1 ~ 2009. 12)



제 25대 오명돈
(2010. 1 ~ 2011. 12)