

日本醫史學雜誌

第 23 卷 第 4 号

昭和 52 年 10 月 30 日発行

原 著

- 医学者としての建部清庵……………山 形 敏 一…(429)
鈴木祐一とその著書「義手足纂論」……………武 智 秀 夫…(444)
南海寄帰内法伝にみられる医学
——特に個人衛生について……………杉 田 暉 道…(460)
岡本一抱子年譜……………土 井 順 一…(467)
「瘍医新書」の研究(2)……………大 鳥 蘭三郎…(481)
Social Relations of Curing in Traditional China:
Preliminary Considerations……………Nathan SIVIN…(532)

資 料

- 堀内文書の研究(11)……………片 桐 一 男…(486)
例会記事……………(497)
雑 報……………(497)

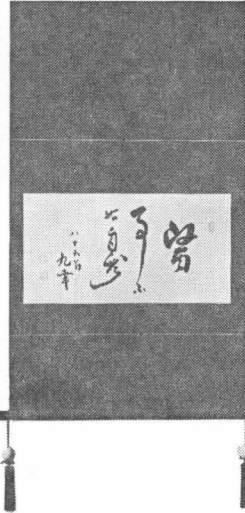
通 卷 第 1408 号

日 本 医 史 学 会

東京都文京区本郷2-1-1
順天堂大学医学部医史学研究室内
振替口座・東京15250番
電話03(813)3111 内線544

(財)日本医学文化保存会版 限定豪華復刻版

杉田玄白書
医事不如自然 八十五翁九幸
頒価六万円(送料500円)



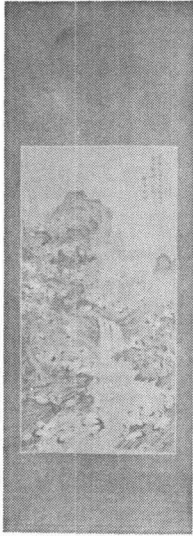
巧芸版・紙本軸装(59×29cm)／桐箱入・
東京大学名誉教授緒方富雄先生箱書／製
作所 大塚巧芸社／限定五百幅

聖醫像 渡辺華山筆
頒価参拾万円(送料800円)



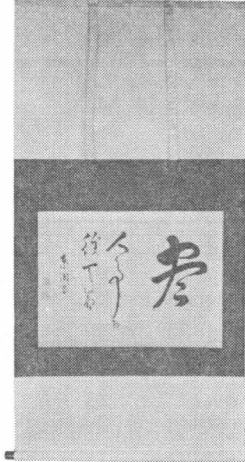
巧芸版・絹本極彩色軸装(114×43cm)／桐
箱入・東京大学名誉教授緒方富雄先生箱
書／製作所 大塚巧芸社／限定二百幅

百鶴図 杉田玄白筆
真政壬子六十初度日製百鶴図與児孫
頒価参拾万円(送料1200円)



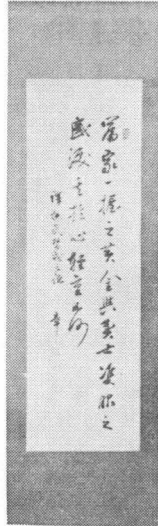
巧芸版・絹本極彩色軸装(107×54cm)／桐
箱入・東京大学名誉教授緒方富雄先生箱
書／製作所 大塚巧芸社／限定二百幅

吉益東洞書
頒価五万五千元(送料750円)



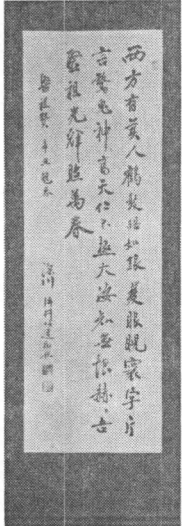
巧芸版・紙本軸装(124×63cm)／桐箱入・
東京大学名誉教授緒方富雄先生箱書／製
作所 大塚巧芸社／限定参百幅

緒方洪庵書
頒価四万円(送料750円)



巧芸版・絹本軸装 紐表装(104×32cm)／
桐箱入・東京大学名誉教授緒方富雄先生
箱書／製作所 大塚巧芸社／限定参百幅

坪井信道書 医祖贊
頒価六万三千元(送料800円)



巧芸版・軸装明朝仕立(125×42.5cm)／桐
箱入・東京大学名誉教授緒方富雄先生箱
書／製作所 大塚巧芸社／限定参百幅

医学者としての建部清庵

山形 徹 一

一、まえがき

仙台藩における洋学の発達は藩祖伊達政宗の支倉常長の歐洲派遣に胚胎しているが、大槻玄沢らの蘭学者を育成して、わが国の洋学の興隆に貢献した建部清庵の存在を無視することはできない。

建部清庵は杉田玄白との和蘭医事問答によって蘭学事始のなかに紹介されているが、医学者としての建部清庵についてはこれまで余り知られていなかったように思う。

それで、ここでは建部清庵の著書を検討し、医学者としての建部清庵について述べることにする。

一、建部清庵の経歴

黒江寛保の関藩列臣録によれば、江州人建部左衛門尉は豊臣家に仕えていたが、大阪役後伊達政宗の招きによって江戸に出て、鍼灸科を業として清庵と改称した。その子清元は堀長門に客臣として仕えたが、清元の子清庵元水は瘍科を学び、江刺郡岩谷堂に僑居しているうちに、元禄中田村侯に召し出されて一関に移り、宝永五年（一七〇八）十人扶持を賜わ

り、享保二年（一七一七）堀家を離れて一閑藩医となり、十五人扶持、御相伴格に列せられた。したがって清庵元水が元祖とされている。

建部清庵について、関藩列臣録には次のように記されている。

二代清庵由朴、幼名元竹、改称寿達又元策、延宝四年八月八日嗣。初メ業ヲ宗藩松井寿哲ニ受ク、後蘭方ヲ江戸富永從意ノ門ニ学ブ。元文二年特旨ヲ以テ一人扶持金ニ歩葉資金ニ兩ヲ賜フ。延享中列御取次並ニ昇ル。寛延中業ヲ石港ニ修ム。嘗テ明師哲直ニ訪ヒ多ク禁方秘訣ヲ得、内外兩科大ニ行ハル。名四方ニ播シ弟子益多シ。宝曆凶荒ノ時、方ヲ製シ以テ食毒ヲ救フ。又備荒録ヲ著シテ封内ニ頒ツ。公之ヲ賞シ列御目付並ヲ賜フ。尋テ又御相伴格ニ昇リ御奉業トナル。安永中改テ穀禄百拾石ヲ賜フ、列御小姓頭並ニ昇ル。其ノ蘭方タルヲ以テ杉田玄白ニ交リ其贈答之書名蘭学問答ト曰フ、上木世ニ行ハル。

また、建部家の菩提寺である一閑の祥雲寺にある濟世軒諦道清庵居士碑文は天明二年（一七八二）七月清庵の嗣子三代清庵由水が建立したものである。

先生姓建部諱由正字元策、清庵者襲家之号也。翁元水君、母四竈氏。王父清元君游干東都、客一諸侯、生元水君、後病歿邸。君稍長而去邸、来奥假寓一閑。侯厚遇焉、終屈節為臣矣。正徳壬辰七月先生誕。幼而穎敏、已長孝友、讀書無倦。

比及弱冠、涉獵博洽。家翁瘍科、家学具奉訓。享保庚戌年甫十九、更受業宗国松寿哲、居五年、去省桑梓。同甲寅陪述職侯賜資、放使講業。西邸東邑相阻千里、来往累歲皆盡成就。宝曆乙亥奥地大荒、製神方普救斃、改更撰備荒録、上公。教

萬世千民免窮餓。於先生區々方技云乎哉、可謂能医国也。從志学之初、疑和蘭流。不真遍訊同業之人、研窮終無中窺、最後憤懣著書而萃疑問數条。至誠所感天假良縁、有人示其書於小浜侍医杉田君。君材器傑出千古、通曉蘭学之人也。一閑而大感其志、為之所答甚詳審矣。宿昔之惑義解漸尽。自是存問不絶、使長子受業、季子應請而為之嗣、終為通家之好。希世奇遇可謂不人為矣。其他言行垂竹帛而爭先日月者別録焉。天明壬寅三月八日卒、為年七十一、葬大慈山。人々哀感猶失侍

怙。初配上野氏、生一男字三省、俱先卒。後娶菅野氏、亦先歿、生一女三男。女適佐藤孔昭。次男由誼嗣叔父守正之家。三男由水為先生之嗣。季子伯元出冒杉田翁之姓。玉林受先生之思遇有年矣。誼不能辭請為之銘

天興之年 亦授之才 有年成才

有才全天 斯是美人 邦家至珍

天明壬寅七月 孝子由水泣血痛哭謹而營焉

これらの記録を要約すると、建部清庵の経歴は次のようになる。清庵は正徳二年（一七一二）七月一閏で生れ、享保十五年（一七三〇）十九歳の時仙台に遊学して松井寿哲より漢方医学を学ぶこと五年、さらに享保十九年江戸に出て富永從意より蘭方医学を学んだ。延享四年（一七四七）家督を嗣ぎ、宝曆五年（一七五五）の飢饉に際して民間備荒録を著して封内に頒布し、次いで奉業（侍医）に進み、安永年間百拾石を賜ったが、天明二年（一七八二）三月八日、七十一歳で歿した（写真1）。



写真 1

建部清庵は幼名を元竹といい、のち寿達と改称しているが、これは仙台の松井寿哲に從学した因縁によるものと考えられる。田辺希績修纂の伊達世臣家譜続編および田辺希道修纂の伊達世臣家譜乙集によれば、仙台藩の内科医員には幕府医官今大路家を世師とする松井文達昌晟を始祖とする松井家と、森仲和より意斎流鍼術を受けた松井等儀正信の嗣子で、森雲竹より五雲子流医術を受けた松井雲亮興之を始祖とする松井家とがあった。

それでは建部清庵が享保十五年（一七三〇）から十九年まで仙台で従学したのはどちらの松井家かというところ、後者の始祖松井雲亮は宝永六年（一七〇九）伊達吉村に任えて江戸に住み、享保十九年十一月元亮之廉が家督を嗣いだとき仙台移居を命ぜられたが、医業修業のため江戸転移を請うて許されているから、清庵の従学したのは松井玄達を始祖とする松井家と考えられる。

松井玄達は貞享三年（一六八六）伊達綱村に任えて江戸に住んだが、元禄四年（一六九一）奉業に進んで三百石を賜わると同時に仙台に移居し、次いで宝永九年（一七二二）百石を加えられて四百石の禄高となった。玄達の子玄水（初称玄徳）昌謙は元禄十二年（一六九九）七月番医師、享保五年（一七二〇）九月近習組となっているが、玄水の子女潤昌胤は正徳五年（一七一五）に生れ、享保十七年（一七三二）三月、十八歳で京師に遊学している。なお、文化十四年（一八一七）五月、仙台藩医学校助教となり、詩医として有名だった松井梅屋（玄輔長民）は玄潤昌胤の孫である。

したがって、建部清庵が従学した松井寿哲とは松井玄水昌謙のことではなかったか考えられる。

松井寿哲に次いで、清庵が蘭学を学んだといわれる富永從意については徴すべき文献がないが、これに示唆を与えるのは和蘭医事問答にみられる明和七年（一七七〇）閏六月十八日の清庵の問書である。

「日本ニテ阿蘭陀流ト称スル者皆膏薬油薬ノ類バカリニテ腫物一ト通りノ療治ノミスルコト不審ナリ。長崎奉行へ従テ往ク鎗持ノ八蔵、挾箱ノ六助モ一ケ年彼ノ地ニ居テ帰レバ外科ニナリテ八安、六斉ナドト名ヲ付キ阿蘭陀直伝ト称スルハ心得ガタキコト也。長崎へ往タリトモ阿蘭陀医ノ弟子ニナリ療治ヲモ見習ヒ、彼ノ国ノ医書ヲモ習ハズニハ成ベカラズ。但シ長崎へサへ往ケバナナル事ナリヤ。」

この記載より考えられるのは、富永從意という蘭学者というのは、この問書にある八安、六斉の類だったのでなかったかということである。建部由水の建立した清庵居士碑文のなかに富永從意の名の見えないことも、このことを示唆しているのではあるまいか。

因みに、建部清庵の五男一女のうち、長子由巳三省は、明和二年（一七六五）七月二十七歳で夭逝し、二子由誼安平は叔父建部善蔵守正の養嗣子となり、三子彦輔は寛延二年（一七四九）二月早逝したので、四子由水亮策は天明二年（一七八二）五月二十八日建部家を嗣いで清庵（三代）と号し、奉業（侍医）となったが、天保三年（一八三二）閏十一月六日、七十七歳で歿した。なお、五子由甫少輔は天明二年（一七八二）五月十五日、清庵由正の歿後杉田玄白の養嗣子となり、伯元と改名、紫石と号したが、天保四年（一八三三）五月二十一日、七十一歳で歿した。

二、建部清庵と和蘭医事問答

わが国の医学史上建部清庵の名声を不朽にしたのは和蘭医事問答によるといっても過言ではあるまい。本書は建部清庵の問書と杉田玄白の答書を衣関甫軒、安東子蘭、大槻玄沢が輯録し、杉田伯元が校正して寛政七年（一七九五）出版されたものである。

本書には宇田川槐園と大槻玄沢の序文、杉田伯元の巻頭附言が記されているが、玄沢の序文により出版の経緯が明らかにされている。

江戸遊学中の門人衣関甫軒より江戸に蘭学者の現われたことを聞いた建部清庵は明和七年（一七七〇）六月十八日付で和蘭医学に関する問書を書いたが、要領を得ず、三年後に漸く杉田玄白に質問し、安永二年（一七七三）正月初めて答書を得たので、同年四月九日再び問書を玄白に送り、同年十月五日これに対する答書を得た。これらの往復書翰を前述の玄白門人三人が輯録して、蘭学問答或は瘍医問答と名付けたが、杉田伯元が家兄の清庵由水と相談して和蘭医事問答と改題して寛政七年（一七九五）に出版したのである。なお、明和七年には清庵五十九歳、安永二年には清庵六十二歳、玄白四十一歳である。

本書巻之上の清庵建部先生問書により清庵の蘭学に対する関心と見識とを知ることができる。

「愚老阿蘭陀伝書といふもの拾四五部取集め見たるに薬名いろいろ違ひ有。元来阿蘭陀の医書といふものを伝授せず、膏薬油薬計を習ひてそれで一流を建立したる故なるべし。日本にも学識ある人出て阿蘭陀の医書を翻譯して漢字にしたらば正眞の阿蘭陀流が出来、唐の書をからず、外科の一家立ち、その外婦人小児科杯の妙術も出べし」という明和七年の清庵の問書は、解体新書翻譯の意義を予見したもので、杉田玄白が文化十二年（一八一五）に筆録して大槻玄沢に授与した蘭東事始（後に蘭学事始と改題）のなかで清庵の見識を次のように称揚している。

「解体新書未だ上木の前なりしが、奥州一ノ関の医官建部清庵由正といへる人、はるかに翁が名を聞伝へて平生記し置たる疑問を送りし事あり。其書に記せし事ども、我業に就きては感嘆する事多く、これまで相識れる人にもあらず、翁と志を同じうするも千里一契なり。実に其見解感ずるも餘あり。はからずも翁其人にあたりしを抑躍し、吾等の知己千載の一奇遇なり。」

本書卷之下の問書は安永二年（一七七三）四月九日付で、清庵六十二歳であるが、「唐流は内薬計を主にして外治之術は拙く御座候得共、内の事は唐流随分精と今日迄も存居候処、先生和蘭内景の書御覽被成御不審に思召、刑人屍を剖せ御覧候得者漢人之凶説は大差異にて和蘭人の所凶毫厘の違無之、其所説も甚精密なるに付ても思召立御翻譯解体新書御述作の由逐一明細御示教被成候趣擊節服膺仕候。御患与被下候約図拝見、不覺狂呼口喏而不合、舌舉而不下、瞠若たる老眸ニ感泣仕候。解体新書ハ近々御開板被成候由、拝見可仕折角相待大悦仕候。ヘーストル外科書御成就迄は存命難計候。御出来次第四五枚成共存命中拝見仕度念願仕候」と述べている。玄白が清庵に千年の知己を見出したことも当然である。

解体新書は安永三年（一七七四）八月の出版であるから清庵は当然入手している筈であるが、ヘーストル外科書は、清庵・玄白の門人大槻玄沢が瘍医新書と題する誘導編を寛政二年（一七九〇）、玄沢の嗣子大槻玄幹が外科収効と題する繙帯篇を文化十一年（一八一四）、要術知新と題する尻腎部手術篇を文政六年（一八二三）、清庵由水・玄沢の門人佐々木中沢が増訳八刺精要と題する刺絡篇を文政五年（一八二二）に訳述しているのも奇縁である。以上述べたように、建部清庵の子

に清庵由水と杉田伯元、門人に大槻玄沢と衣関甫軒、清庵由水の門人に佐々木中沢らが輩出したことは建部清庵の和蘭医学に対する傾倒が基礎となり、ことに和蘭医事問答を介する杉田玄白との親交が基礎になったものと考えられる。

四、民間備荒録と備荒草木図

建部清庵が家業の外科だけでなく、内科や蘭学にも関心をもっていたことは、前述の関藩列臣録の経歴からも知ることができるが、民間備荒録の後書に門人曾根意三が、「先生業外科而非世俗所謂外科者流之比、至湯液鍼灸之術活人無算」と述べていることから明らかである。

また、前述の和蘭医事問答の問書のなかで、「阿蘭陀本草ノ書有コトハ聞及タレドモ僻邑ニテハ見ルコトナラズ。右ノ書ヲ見レバ草木ノ気味功能トモニ本草綱目ナドノヤウニ知ルルコトナリヤ」と質問していることから知られるように、清庵は本草学には深い関心を持っていた。

このことは平賀源内宛建部清庵書翰（一関市立図書館蔵）の文面からも推察されることである（写真②）。

未貴意得候へ共一筆致啓上仕候。秋冷無御障倍御壮健可被成御座奉恭喜候。兼而御賢名承及仰慕之情難止候得共無介招憂罷在候処幸ニ衣関甫軒御門下に折々参上仕候由申越候に付不耐雀躍、即同人江相頼薬品追々申上候処御丁寧御示教被下千萬忝仕合奉存候。拙者儀寒郷之貧医、乏書無良師友、薬品眞偽弁正可致様無之、纔ニ貝原翁大和本草ヲ師トスル外無之候。乍然此書モ東西風土異ニ方言不同、東奥之方言西京東都之人如不通、似隔靴搔痒処多御座候。追々可申上候間御開示奉希候。先生御著述火浣布略説巻尾ニ御書目数多見得申候。何レ茂御開板被成候哉承知仕度候。御繁多之中乍御面倒御手透次第被仰下度奉願候。扱又些少之至御座候へ共当地製煎茶一箱致進上候。御笑納被下候ハバ本望奉存候。恐惶謹言

九月十六日

建部 清庵

平賀源内様

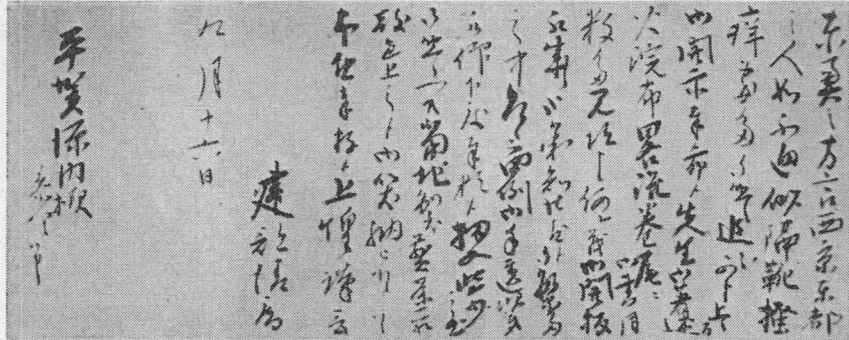


写真 2

参人々御中

平賀源内の火流布略説は明和元年（一七六四）二月に刊行されているから、この書翰は明和初年のもので、和蘭医事問答の問書を書いた明和七年（一七七〇）以前のものと考えられる。

民間備荒録は建部清庵の代表的な著述で、医学者としての清庵の見識を知ることのできるものである。清庵の序文と凡例によると、宝暦五年（一七五五）十月の飢饉に際し、荒政要覧、斉民要術、農業全書、三才図会、本草図経、大和本草、救荒本草、救荒野譜などの諸書を参照し、飢民救済に有用な草根木葉などについて記載し、一閩藩の肝入や組頭に頒布したものである。清庵は宝暦五年十二月、本書を編纂して、同邑の志茂玄寿の序文を求めたが、次いで常州小田侯源成朝（宝暦七年五月）、延寿院道三（宝暦十年二月）の序文、井戸玄医（宝暦十年三月）の跋文を得て、明和八年（一七七二）七月漸く出版された。すなわち、本書の編纂から出版まで十六年の年月を要したが、本書巻之上の巻首には建部元策著、建部三省、建部亮策校、伊藤松台、衣関甫軒校梓と記し、巻之下の巻尾には同校、同藩門人曾根意三、大槻玄梁、結城升育、高橋時義と記されている。なお、大槻玄梁の嗣子が大槻玄沢である。

本書巻之上は備荒樹芸之法と備荒儲蓄之法、巻之下は療垂死饑人法、救水中凍死人法、食草木葉法、食生黄豆法、食生松栢葉法、辟穀方、米糝味噌之法、風犬咬傷治法、附諸虫獸傷、食木葉解毒法、祈禱について述べている。

卷之上では棗、栗、柿、桑、油菜の栽培法を記し、それらの果実を凶年に食べ、豊年には売って麦、粟、稗を買って貯えるようにすすめている。また卷之下では飢饉のとき食用に供される葛粉、蕨粉、からすりの根、とちのみ、いちののみ、どんぐり、かやのみなど八十七種類の木の実や山菜、野草の調理法と塩や味噌による解毒法を述べている。さらに、風犬咬傷（狂犬病）や諸虫獣傷（毒蛇など）について、多数の患者に奏効した独自の療法を記載している。その原則としては、まず瘡口の周囲を鍼で刺して瀉血し、熱人尿または味噌汁で洗ったのち、人糞を入れた胡桃殻または桃核で瘡口をおほい、その殻の上から艾の大灸を一日に百壮ずつ三―五日つけ、瘡口より血水が出なくなったら膽礬末を塗り付けるのである。

このような治療法は、狂犬病や蛇毒の血清療法法の完成する以前としては止むを得ない処置とも考えられるもので、むしろ清庵の経験を重んずる科学者としての実證的精神をうかがい知ることができる。

備荒草木図は建部清庵が宝曆飢饉のとき飢民の食用とした草木百余種を識別し、江刺郡岩谷堂の遠藤志峯の荒歳録を参考として、自分で写生した備荒草木図百余種を一関藩の北郷元喬に浄写して貰い、民間備荒録に次いで出版する予定であったが、果さずに歿した。それで清庵の嗣子清庵由水から出版依頼を受けた弟の杉田伯元は和漢名称を訂正し、図の一部を改写して貰って卷之上と卷之下の二巻とした。ところが伯元の歿後、冷害に際会したので、杉田立卿は伯元の遺志を継承し、その草稿を伯元の嗣子白玄から入手し、大槻玄沢の嗣子茂楨とともに考訂し、石阪宗哲と石阪圭宗の序文を得て、天保四年（一八三三）十二月に出版した。したがって、建部清庵が本書の編集を終えて題言を記した明和八年（一七七一）八月から実に六十二年を経過している。

本書の卷之上には、はこべ、あけび、わさび、すみれ、おにゆり、ひるがほ、はぎ、をみなへし、たんぼぼ、はすのみ、きぎやう、へちま、やまぶき等四十三種、卷之下には、いたどり、つゆくさ、けいとら、からすり、ははこぐさ、ゆきのした、ひし、しゃうぶ、ぎぼうし、ほうづき、おほほこ、うつぎ、のばら、くこ、とちのき、さいかち、ねぶの

き、はちす、くぬぎ等六十一種、計百四種の草木を図示し、その調理法を述べている。これらの草木の調理にあたって、殆どすべてに塩や味噌を用いているのは、民間備荒録と備荒草木図の両書に共通してみられる清庵の根本理念である。これらの草木はカリウムを多く含み、体内にカリウムが蓄積されると有害となるが、カリウムの体外排泄には食塩を必要とするから清庵の調理法や解毒法は合理的であったと考えられる。

五、建部清庵と癩風秘録

建部清庵が癩病や梅毒の治療にもすぐれていたことは、民間備荒録の後書に門人曾根意三が、「黴瘡癩風医家所難。嘗論之曰、黴瘡是傷濕、癩風概多傷寒。乃処方投藥奇驗隨手、故疲癯殘疾者無日不至」と述べていることから推察される。

和蘭医事問答の卷末に載っている紫石斎蔵刻目録のなかに、「癩風秘録 和漢諸名家及ヒ西洋ノ諸法方ヲ録ス 紫石斎著近刻」と記されているが、紫石斎は建部清庵の五男で、杉田玄白の養嗣子となった杉田伯元の号である。

東北大学医学部図書館には癩風秘録（仙台藩医学校初代学頭渡辺道可の後裔渡辺博氏寄贈）、慶応大学図書館には厲風秘録が所蔵されているが、両者ともに天明二年（一七八二）六月建部由道子直の輯録したもので、序文の冒頭には次のように記されている。

癩風古ヨリ治シ難シトス。先大人清庵建部先生ハ奥州一閔ニ在テ瘍科ノ一家ナリ、且ツ癩ヲ治スルニ名アリ。奥羽ノ地遠近癩ヲ患ヒ来テ治ヲ請フ人絡繹トシテ絶ス、実ニ門外市ヲナスニ至ル。其治ヲ受ルヤ篤ク先生ノ戒ヲ守リ能ク其薬ヲ服スル者悉ク治セズト云コトナシ。余少小ニシテ膝下ニ侍スルノ日全愈スル者ヲ目撃スルコト枚挙ニ暇アラス。今其語ヲ録シテ上巻ト為シ、又但州ノ名家四宮氏ノ秘冊ヲ附シテ中巻ト為シ、旁ラ諸名家ノ秘方ヲ探テ下巻トス。因テ名ケテ癩風秘録ト曰フ。

関藩列臣録によれば、二代建部清庵（由正元策）は天明二年三月八日、七十一歳で歿し、その嗣子三代清庵（由水亮策）

が天明二年五月二十八日に建部家を嗣いでいるから、天明二年六月本書序文に記された先大人清庵建部先生というのは二代清庵由正であることは明らかである。

建部家略譜（清翁餘薫、昭和十五年西替井郡医師会版）によれば、建部由道とは四代清庵由章（二代清庵由水の二男由詮の二男で、三代清庵由水の養嗣、嘉永五年三月二十六日卒）の養嗣となった五代清庵のことであるが、その幼名元策は二代清庵由正と同名であるから、由道というのは、天保四年五月二十一日歿した杉田伯元の諱を襲用した可能性も考えられる。前述の杉田紫石齋（伯元）の蔵刻目録に癘風秘録の著書のあったことから考えて、建部由道子直は杉田伯元と同一人物であると考えるのが妥当であるが、いづれにしる、癘風秘録上巻は二代建部清庵由正の口授と考えてよいと思う。本書の冒頭には、「予此症ヲ治シ経験得効アルコト数十年、故ニ臆度ヲ以テ議論ヲ立テ居恒從遊ノ者ニ口授スルコト左ノ如シ」と記されており、清庵の多年にわたる臨床治験から帰納された意見であることがわかる。また、「癩風、厲風、大麻風、大癩、疥癩等ノ名アレトモ一病ナリ。私ニヲモヘラク、癩ハ癩ナリ、天籟暴怒爾殺ノ厲氣ニ侵サレ、其殺氣内ニ蘊蓄シ歲月荏苒シテ生スル病ナリ。概シテ傷寒ノ別症ト名ツクベシ」という記載は、前述した曾根意三の民間備録後書と一致しており、本書を口授した建部清庵が二代清庵由正であることは明らかである。

癩病の症状と予後については、「其患先ツ手足面部ニ発シ後チ胸背腰腹等ニ及フ。先ツ頭面四肢痒ク、次ニ麻木不仁シ、或ハ紅斑ヲ発シ、或ハ頑肉疣瘡ヲ生シテ赤癩トナル。年月ヲ積ムコト十年ニ及フモノハ難治ナレトモ五敗症備ハラサルモノハ十ノ五ヲ治スルナリ。此症手掌足裏ノ皮色変セス穿破セサルモノハ治スベシ。発シテ四五年ナルモノハ全ク快復スルナリ。七八年以上ハ治シ難シ。十五年以上ハ不治ナリ。赤癩ハ治シ易シ、十全ノ効アリ。烏癩ハ赤癩ノ年月久シキナリ。煉丹二十劑ヲ盡ササレハ治シ難シ。白癩ハ肌肉消瘦シテ屈テ伸ヒス、是レハ不治ノ症ナリ」と記しており、また癩病の治療法として、当時わが国で広く用いられていた湯治を禁じたのは清庵自身の経験に基づいたもので、実証医家としての清庵の面目を知ることができる。

「湯治ヲ禁スルハ先師ノ伝ニハ非ス、余カ經驗ヲ以テ言フノミ。仙台ノ温泉ハ皆硫黃明礬ノ出ル温泉ニテ腠理ヲ閉ツルユヘ害多シ。熱湯ニテ発汗スル温泉ハ害アルマシケレトモ仙台ニハ無シ。濕瘡ニ効アル温泉ハ甚タ害多シ、最モ禁スヘキナリ。」

さらに、癩病にしばしばみられる失明については、「大楓子ヲ多ク服スレハ失明スルト云フ説アリ。是偽ナリ。余数十年大風子ヲ用タルニ未タ曾テ失明スル者無シ。失明ハ大風子ノユヘニ非ス。腹内ノ炎熱腦中ヲ薰蒸スル故ナルヘシ」と述べているが、癩病パンヌスによる失明を大楓子中毒でないと主張したのは卓見である。

癩病の原因については、「孫真人四百人ヲ治スルニ止タ一貧婦人ヲ愈シ其餘ノ三百九十九人ハ皆治セスト。故ニ已ムコトヲ得ス天刑病ナレハ治法ナシト云ヘルハ眞人技窮リ一時ノ遁辭ニテ滑稽ナルヘシ。然ルヲ牛山先生其説ヲ主張シ、天ヨリ罰セラレタル病ナレハ治法ナシ。天命因果ノ引処ノ悪業病一度著テハ離レヌホトノ天刑病ナレハ傍人ニモ妻妾ニテモ其血脈ノ家ニ生レヌ者ハ傳染スルコトナシ。如是ノ悪業病ナレハ一度煩ヒ出シテ後ハ全快ト云コトナシト知ルベシ。伯牛サヘモ斯ノ人ニシテ斯病アリト孔夫子モ嘆シ給ヘタル也。古今婚姻ヲナスニ其ノ家ヲ擇ヒ世々悪疾アル家ノ女ヲ去ルト云フ掟モ此ノ悪疾ヲ厭ヒ畏ルルノ義ナリト云ヘリ」という孫真人や香月牛山の天行病説や血脈説を反駁して、「孫真人ノ郷里如何ナルユヘニ悪業ノ人多クアリテ天刑ノ者夥シキヤ。伯牛ハ孔門ノ大賢ナルニ何ノ陰惡ヲナシテ天刑ヲ蒙リケルヤ。伯牛ノ大賢スラ免レ難キ天刑ヲ貧婦イカナル大善根ヲナシ免レタルヤ。癩病血脈ノ類ナラテハ此病ナシト云ヘルモ亦不通ノ説ナリ。伯牛癩病ノ血脈有リヤ。若シ血脈アリテ此病アラハ孔夫子ノ命矣夫トハ宣給ハサル筈ナリ」と述べ、さらに数十年の治験例から次のような自己の説を主張している。「今癩病ヲ患フル人ヲ見ルニ皆血脈ノ人ニ非ス、血脈アル人却テ此病ナシ。黴瘡は濕邪ヨリ来リ成ル所ノ瘀血ユヘ妻妾ノ類ニ伝染シ子孫三五代モ遺毒アリ。癩病ハ火毒ナレハ其子モ遺毒無ク、妻妾モ傳染セサルナリ。ママ傳染シタルト見ユル者アレトモ実ニ傳染シタルニ非ス。是其人タママ寒邪或食毒等ヨリシテ発シタル者ナリ。悪業感スル所ノ天刑ナル故ニハ非スト知ルヘシ。」

瑞典人 Hansen が癩菌を初めて発見したのは明治十二年（一八七九）であるから、天明二年（一七八二）の頃としては寒邪や食毒によって発病すると考えたことは止むを得ないことであって、当時の権威であった孫真人や香月牛山の天刑病説や血脈説を排斥して外界の刺激に原因を認め、次のような積極的な治療を行ったことは、むしろ卓見といつてよいのではないかと思う。清庵が好んで用いた薬物療法は、麻黄、葛根、桂枝等の諸湯を用いて経絡を疏通し、家方の煉丹を用いるのであるが、煉丹の主剤は大楓子であるから、当時としてはきわめて妥当な治療法であつたと考えられる。

六、むすび

建部清庵由正は一関藩外科医員建部清庵元水の長子で、正徳二年（一七二二）一関に生れ、享保十五年（一七三〇）十九歳の時仙台の松井寿哲より漢方医学を学ぶこと五年、さらに享保十九年（一七三四）江戸に出て富永從意より蘭方医学を学んだ。延享四年（一七四七）家督を嗣ぎ、宝暦五年（一七五五）の飢饉に際会して民間備荒録を著して封内に頒布し、次いで奉養（侍医）に進んだが、天明二年（一七八二）三月八日、七十一歳で歿した。

清庵は門人衣関甫軒の江戸遊学の際に杉田玄白と明和七年（一七七〇）から安永二年（一七七三）にかけて蘭学に関する問答の書翰を交換したが、これは和蘭医事問答という題を付けられて、清庵の五男で玄白の養嗣子となつた杉田伯元によつて寛政七年（一七九五）に出版された。

清庵は宝暦五年（一七五五）十月、飢饉の時に食用となる草根木葉などについて記載した民間備荒録と備荒草木図を著わしたが、前者は明和八年（一七七二）七月出版されたのに対して、後者は伯元の弟杉田立卿によつて天保四年（一八三三）十二月漸く出版された。

清庵はこれらの山菜野草の調理にあたって、ほとんどすべてに塩や味噌を用いてゐるが、これらの草木に多く含まれるカリウムの体外排泄には食塩を必要とするから、清庵の調理法や解毒法は合理的であつたと考えられる。さらに民間備荒

録には清庵の狂犬病や蛇毒に対する独自の療法を記載している。

清庵は家業の外科だけでなく、癩病や梅毒の治療にもすぐれていたが、天明二年（一七八二）に杉田伯元の輯録した癩風秘録には清庵の癩病に対する見解が述べられている。清庵は癩病の原因を天刑病または血脈遺伝病とする従来の学説に反対し、外界の刺激により発病すると考え、大楓子を主剤とした煉丹を用い多数の患者に対して治療効果を挙げている。

これらの著書を検討してみると、建部清庵は科学者としての実証的精神を堅持し、経験を重ねずる臨床医家であったことが知られる。

建部清庵の蘭学に対する理解は杉田玄白との親交によってますます高められ、五男由甫は玄白の養嗣子に迎えられて伯元と改称し、玄白の長女せんを娶った。また、四男亮策（三代清庵由水）と門人大槻玄沢、衣関甫軒は杉田玄白に蘭学を学び、清庵由水の門人佐々木中沢は大槻玄沢に蘭学を学び、さらに、大槻玄沢の長子玄幹、杉田伯元の嗣子白玄らの著名な蘭学者が輩出して、わが国の蘭学の主流となったのは建部清庵の識見が基礎となったものと考えられるのである。

追記、本稿の要旨は第七十八回日本医史学会総会で発表したのが、本稿を草するにあたり、小野寺栄一氏「一関藩医建部清庵由正に就いて」（昭和十二年三月）と西磐井郡医師会版「清翁餘薫」（昭和十五年八月）を参照した。

“Seian Takebe, a Skilled Clinician and Experimental Scientist.”

by

Shoichi YAMAGATA

Seian Takebe was born in 1712 in Ichinoseki as the eldest son of Gensui Takebe, a member of the surgical staff of the Ichinoseki clan. Having studied Chinese medicine under Jutetsu Matsui, a member of the medical staff of the Sendai clan

from 1730 to 1734, he went up to Edo to learn the Dutch medicine from Jūi Tominaga in 1734. In 1747 he succeeded as the head of the family, became a member of the surgical staff of the Ichinoseki clan, promoted to the position of court physician of the lord of Ichinoseki clan and died in 1782 at the age of 71.

Seian Takebe lived in Ichinoseki all through his life and kept up enthusiastic correspondence with Gempaku Sugita who resided in Edo and through this correspondence, which was later published under the title of "Oranda-ijimondo" dealing with many problems of the Dutch medicine in Japan, the name of Seian Takebe remains important in the history of Japanese medicine.

In 1755 there was a great famine in the Tohoku district. Seian helped people of the Ichinoseki clan by informing them through circulars of the way to detoxify, prepare and cook edible vegetations, herbs, grass roots and wild fruits, the knowledge necessary to survive during that time of great distress. Later, he published this information in two books, *Minkan-bikōroku* in 1771 and *Bikōsōmoku* in 1833.

He was highly esteemed for his excellence in the family work of surgery and was also known to have tried his own unique approach in the treatment of hydrophobia and snake bite and this information is available in the book "*Minkan-bikōroku*". He was also skilled in dealing with leprosy and syphilis. His opinions on etiology, diagnosis, prognosis and treatment of leprosy are available in *Reifūhiroku* edited by Hakugen Sugita, the fifth son of Seian, and published in the second year of Temmei. (1782). Careful examination of these books reveal Seian Takebe to be a man of science, an experimental scientist, and a skilled clinician who respected the importance of clinical experience.

鈴木祐一とその著書「義手足纂論」

武智秀夫

一、はじめに

わが国で、慶応三年（一八六七年）伊藤慎蔵がアメリカ、ウナドオルモッチ社の平流電気治療を訳した「磁石靈震気療説」の巻末に「スタニール」の官許廻国足という義足の広告がのっている。これを文献というならばわが国最古のものであろう（図一）。

記録にのこった最初に義足を用いた人は、幕末から明治初期に立女形（たておやま）として活躍した歌舞伎役者三世沢村田之助（一八四五―七八年）である。彼は助高屋五世沢村宗十郎の二男で退廃的な芸風と、その伝奇的生涯で知られている。十九歳の頃、脱疽に罹り、色々な医師の治療をうけたが、慶応三年九月十三日横浜在住のアメリカ人医師 Hepburn に左下腿切断をうけた。はじめ江戸の活人形師松本喜三郎の作った義足を用いたが、実用にならず、人形師は恥じてその代金を受取らなかつたという。翌年四月たのんでいたアメリカ、セルホーフ社製の義足が到着し、これを装着して再び舞台にでた。その代金は二百両であったという。

明治維新の戦争で官軍は英国人医師 Wells に従軍してもらい、越後、会津の戦闘で十三、四人の切断を行ったが、存

○「スタニール」ノ官許廻國足

「ウイルク」ノ「ブロードウ」三百七十八番
及「マス」ズプリンヒール「ニ」於テ建ル野ナ



是「絶世稀代」ノ發明タルガ為ニ千八百五十一年「ロ」ン
ド「ジ」及十八百五十三年「ニ」ウイルク「ニ」
於テニ候表功錢ヲ與テ其功績ヲ稱譽
セリ。加之「ボ」スト「ビ」ノ器學社「ビ」ラデル「ハ」ル「フ」ラン
ク「リ」ジ學校「バル」チ「モ」ール「ル」ガ「イ」レン「ト」學校「ニ」ウ
イル「ク」久「公」私「ノ」農學社悉ク金銀許多ノ表功錢及證書

図 1

命し得たのはわずか四人であった。

西南の役（一八七七年）で政府軍より三十九人の上肢
切断、三十一人の下肢切断がでている。この時は輸入し
た義肢が支給されたいが詳細はわからない。

日清戦争（一八九四—一九五五年）の時の切断者には恩賜の
義肢が与えられた。総数一五七人である。

一方わが国で最初に義肢製作を業として行ったのは奥
村芳松である。彼は大阪の齒科技工師で明治二十年（一
八八七年）、奥村済生館を開設した。

日清戦争当時どれ程の義肢製作者がいたかわからない
が、恩賜の義肢は国産のものであったと推察される。

ともあれ、当時の医師の立場は、切断という手術侵襲
による救命が一義的な責務であり、その後の義肢にまでは興味が及んでない。

この様な時代の背景のもとで明治三五年（一九〇二年）自身も切断者である鈴木祐一が「義手足纂論」を上梓している。
この内容は、義肢の理論的な面は乏しく、切断者としての自分の体験をもとにして書かれた啓蒙書といえる。しかしこれ
はわが国での義肢に関する最初の単行本であり、切断者、義肢製造者の先覚者の辛苦のあとがうかがえる。そしてまた当
時わが国の医学はこの分野でほとんど業績のないこともわかる。

ここでは「義手足纂論」を紹介し、わが国の義肢の黎明期に考察を加えたい（図二、三）。



図 2

一、系譜

鈴木祐一の家系は表一に示す。かなり昔より大井川の上流である静岡県榛原郡上川根村千頭に住んでいたらしい。祐一が明治四一年六月に建立した「鈴木文四郎君父子墓志銘」によると、文四郎は天保十二年（一八四一年）三月に自ら田地を買い、居宅をかまえたところである。彼は毫放磊落で機を見ること敏であった。嘉永年間（一八四一—一八五三年）に横浜で茶を商い、多くの利益を得、川根産の茶の名声を挙げた。そして茶・椎茸・山葵商を家業とし、鈴木家の経済的、社会的基盤を築いた。文四郎とその妻かねは非常に長命であったが、その子文次郎、妻佐和子は祐一と姉さわが幼少の時没し、家業は文四郎から祐一へと受継がれた。

三、略歴

祐一は明治五年（一八七二年）十月一日静岡県榛原郡上川根村千頭六七番地に生まれた。両親の夭折のため祖父母に養育され、千頭に学校教育をうけた。家業に専念す

醫學博士佐藤進先生校閲
義足者鈴木祐一著述

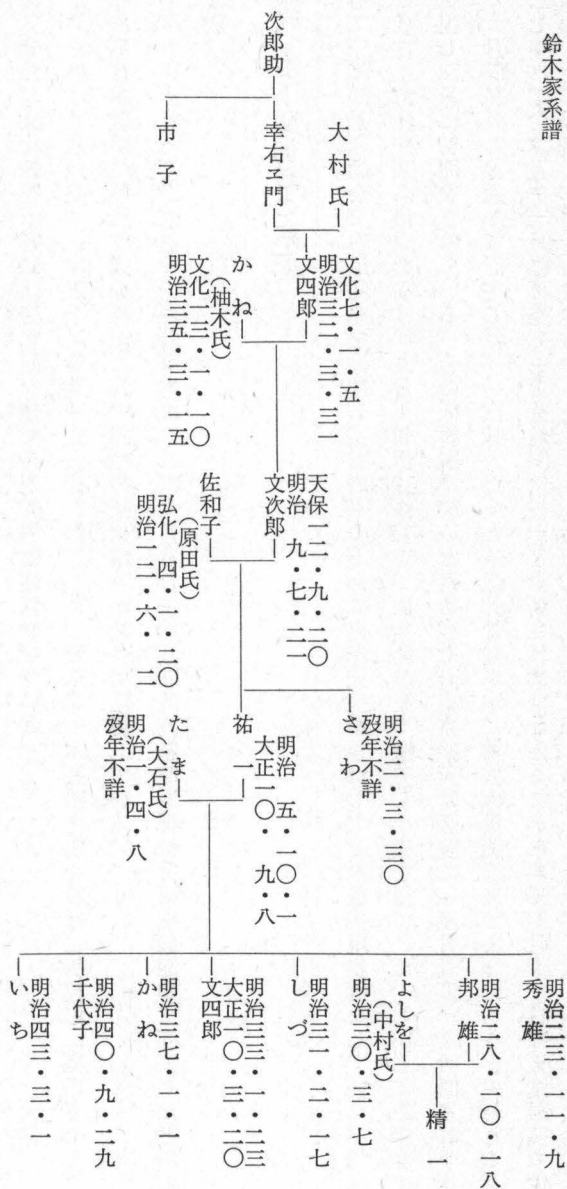
義手足纂論完

明治三十五年十月増補出版

図 3

表一

鈴木家系譜



るかたわら青年会活動を中心になって行ったようである。明治二十年（一八八七年）九月それまでであった上川根村若者組合を壮者組合という組織に変え、その組頭になっている。二五年九月には壮者組合を千頭壮年義会に改め二七年七月会長になった。おそらく、当時の農村近代化の指導的存在であったと思われる。二七年一月に右下腿切断をうけたが、このことは以下に詳述する。

二九年には赤十字社社員募集、招魂祭開催、両国橋、千代橋架設などに尽力した。三十年にはさきにのべた千頭壮年義

会に林業部を作り、その部長となり苗作りを行い殖林事業を行った。また三五年には養蚕も手がけた。青年の組織として三十年に上川根村連合青年会というのも作り、その副議長になっている。二九年には電信架設の陳情を四回行った、養鶏、養豚業にも手を広げた。

三七年村会議員、三九年千頭区会議員、四十年川根街道土切組合議員、郡会副議長、四一年には上川根村村長となり半期務めた。そのほか三九年には三カ月北海道の農業視察、四十年宇治地方の製茶視察、四二年には東北の蚕業、林業を視察している。家業についても大正元年（一九二二年）八月姉さわを分家し、静岡市屋形町四番地で製茶、椎茸売買と旅館を経営させた。大正四年十月には清水館を建て長男秀男に経営させている。

大正七月には東京銀座に日本義手足製造株式会社を創立した。翌八年に本郷に分店を設け二男邦雄に担当させた。現在本郷にある日本義手足製造株式会社がこれで邦雄の長男精一が社長で活躍している。

没年は大正十年（一九二二年）で戸籍謄本によれば九月八日午前五時静岡県庵原郡袖師村横砂海岸で死去したとある。行年四九歳。

四、右下腿切断の病歴

明治二一年四月運動会で右足関節を捻挫し、右内果の下部に発赤腫脹をきたし、その後尖足歩行をしていた。二二年九月八日名古屋市浅井某に治療をうけ、九月下旬伊豆修善寺、梅ヶ島温泉で療養し小康を得ていた。しかし二三年春より同部が腫脹し四月に切開をうけている。その後排膿が続いたため、七月東京順天堂医院で「跟骨骨瘍」と診断され手術をうけ、一カ月間加療し治癒して帰宅した。「跟骨骨瘍」とは踵骨骨髄炎か、結核性足関節炎であったらうと思われる。ところが二七年（一八九四年）一月に再発し「肉芽性関節炎」と診断され難治なところから同年七月十一日順天堂医院で佐藤進により右下腿三分の一の切断をうけた。切断創は一カ月で治癒した。

五、義足装着訓練と啓蒙運動

はじめての義足は浅草蔵前の義足師遠州屋に製作してもらった。ところが適合が悪く、すぐには歩行できなかった。切斷直後はかなり悩んだようであるが、同年九月浅草公園の見世物小屋で一少年が踵に一尺ばかりの竹棒を結びつけ巧みに芸をするのをみて、習練をつめば義足により歩行できると悟ったと述懐している。現在は「義足装着訓練」として一定のルールで指導されているが、当時はそのようなものはなく、祐一はいみじくも「義足活用の方法」と表現している。その後間もなく帰郷し、家業を番頭、手代にまかせ、自らは義足装着訓練に没頭したのである。おそらく数カ月で義足歩行に習熟したのであろう、時あたかも日清戦争のさ中であつたため、二八年三月三日より四月九日までの間、友人殿岡幸治郎と「天機伺并軍人慰問」と称して、静岡―広島―東京―静岡と旅行し、各地の陸軍予備病院に傷病兵を慰問した。許可された病院では軍医、傷病兵に自分の切斷端を示し、義足歩行のデモンストレーションを行っている。特に広島では天皇のおられた大本営に出頭し、桜井内大臣秘書官に伺候の趣旨を上申した。当時の軍医で義足歩行を見聞していたものは少なかったようで、非常に感銘を与えたい。

その後も義足で長距離の山道を歩くことを試み、歩行訓練、義足の実用性、耐久性などを書き残している。明治二九年十一月千頭―岩穴四里、三二年十二月釋氏村で狩猟、三三年一月洗濯嶺、三三年十一月富澤―千頭八里（すべて静岡県）を歩いた。洗濯嶺に登った時、義足は大破し斷端の皮膚は剝離し、その後一カ月間義足が装用できなかったという。

三五年十一月浜松で第一回県下義肢者懇談会を開き「暗夜無杖無燈歩行演習」を行った。三六年十月京都で第四回義肢者大会、三七年八・九月には日露戦争の傷病兵、捕虜患者の慰問のため各地の陸軍病院を訪れた。また同年静岡県富岡村で第三回義肢者自転車練習会を開き、切斷者に乗馬もすすめている。

これらの活動を眺めると、一つは祐一自身の義足歩行習熟と、当時まだ未熟であつた義足の製作法に対する検討が目的

であったようである。そしてある程度祐一が自身で切断者の精神的肉体的条件を理解し、義足装着に馴れ、義足の可能性、限界も理解できたので、自分の体験や知識を世間、他の切断者に知らせ、役立てたいという啓蒙がもう一つの目的であったように思われる。

六、富士登山

啓蒙的な意味では、祐一の行った二回の富士登山は特筆さるべきであろう。

第一回は明治三五年八月二三日―二六日に行なわれた。同行者は西尾左金（上川根村村医）、小柳六之輔（義肢製作者）、木田小平（先達）、畑田周蔵（右下腿切断）、高杉市太郎、稲葉長作（剛力）のほか警察から保護のため山口という巡査をつけてもらっている。太郎坊まで乗馬、その後徒歩で登頂した。つぎに野中至のいる剣ヶ峯測候所も見学した。祐一の記録では登山会長に切断者である大隈重信、衛生長に佐藤進、庶務長岩谷松平、撮影長高木八郎、機械長近藤伊作、そのほか看護婦数人、担架人夫も用意し、切断者のみならず身体虚弱者で登山を希望する人達を集めて行う計画を立ていたようである。しかしこれは実現しなかった。

第二回目は三九年八月に騎馬で登頂している。このときの詳細は判然としないが、下山後、登山に用いた馬一頭を御殿場浅間神社に寄付した。これに感銘した神社の岸本方丈が「義足者鈴木君駟馬登富岳絶巔賦此紀其壮拳」と題する漢詩を作って贈った。これを友人殿岡幸治郎が揮毫し、村松雨石が樺板に彫り、同神社に奉納している。このときも義肢工、蹄鉄工、医師、看護婦が同行し、一行は十一人であった。

明治三九年八月の時事新報に「遠州上川根村の鈴木祐一氏は、片足を切って義足を着け、歩行さへ不自由の身なるに拘らず、国家の為に戦ふて手足を失ふたる人々を励まさんものと思ひ立ち、去る三十五年には徒歩にて富士山に登りたることあり。今回は、又一步進めて、義足者の騎馬を奨励し、且は馬の耐久力をも試験せんものと、勇ましくも騎馬登山を企

てたり。尋常一様の人は強力に助けられて登山するさへ容易ならずと思う処に、義足者が馬に騎りて富士山の絶頂に登ると云ふと聞き、誰しも不可能と信じ、中にはホラ吹だ、山師だと悪口するものもあり」と報じている。

七、『義手足纂論』

『義手足纂論』は明治三五年（一九〇二年）七月十七日に発行されたもので、著者は祐一の孫精一氏からおゆずり頂いた同年十月十日増補出版のものを蔵している。第一篇から第十五篇までと、附記として登獄紀行がついている。切断をしてもらった佐藤進に校閲をうけ、友人殿岡幸治郎が序文を書いている。以下順をおって内容を紹介する。

第一篇 佐藤軍医総監の義足談

これは明治二八年三月十一日、祐一が日清戦争の傷病兵慰問行脚をしたとき、広島陸軍予備病院で、軍医、傷病兵の前に彼の断端、義足歩行をデモンストレーションした。そこで佐藤が参会者に説明したものである。科学的なものは何もなく、はじめに戦傷切断者に皇后より恩賜の義足が与えられたことを述べたあと、切断者には義足があり、義足歩行には患者の辛棒、職工の熱心、医師の注意の三者がそろわなければならないと言っている。概して一般的な事項である。

第二篇は「天機伺并軍人慰問録」でさきに述べたことが収録されている。

第三篇 義手足纂論上梓の趣意

第一に義手足に関する書籍について述べている。当時わが国に準拠すべき書籍が全くないところから自分の体験をもとに義手足についての種々の事項を集め、世の切断者に参考にしてもらいたいというのが祐一の願いであった。すなわち『義手足纂論』は切断者のために書かれたもので、治療する側の立場で書かれたものではない。この点で『義手足纂論』は医学書といふべきかどうか問題であろう。著者の知る限りでは、義肢の単行本は第二次世界大戦後まで刊行されていない。ただ第二次大戦中、保利陸軍軍医少佐が『義肢に血が通うまで』を書いているが、これも医学書とはいえないであろう。

第二、手足部内患外傷者の項では、切断が止むを得ぬとき、術前に将来を悲観せず、進んで手術をうけねば、かえって生命に危険がおこったり、精神的に不安定にならぬようにすることが重要であるとのべている。今日でいう「動機づけ」の必要性であろう。

第三、手足部切断者の項では、一度切断者になれば義足は非常に有用であり、心配の不必要ことを強調している。そして義肢の入手できぬ者には慈善運動が必要だという。わが国では戦傷による切断者はこの時代から比較的恩恵をうけているが、一般災害による切断者が社会福祉の恩恵をうけるようになるのは昭和二四年身体障害者福祉法以後である。

第四、義足装用者附義手足製造者の注意では、まず着足装着訓練の重要なことをのべ、義手はあまり経験がないが、義足と同様に活用できるだろうといっている。また義足は満足に適合できるまで製作工に改良修理させるべきで、製作工は適不適の個所をたえず装用者と共に完全なものがえられるまで努力しなければならないという。自身の経験では義足が破損した時、一々東京にでて、修理したのでは間尺に合わず、そのため静岡市呉服町四丁目の靴製造者近藤伊作、新通一丁目鍛冶職岡本鑑にたのみ義足を作ってもらっている。おそらく祐一が今日の言葉でいえば義足を処方し、この二人がそれに従って製作したと思われる。そのほか切断者は常時鞆をもち、その中に包帯、消毒などの材料と器械油を用意すべきだといっている。

第四篇「鈴木祐一の義足始末」では自分の病歴とその後の経過、装着訓練について述べている。

第五篇「切断を躊躇する勿れ」、第六篇「切断者は初生児の如し」でも自分の体験をもとに切断、その後の訓練の一般的事項がまとめられている。

第七篇 義手足の起原及沿革

ここには Karpiński の本の訳が掲載されている。この本は一八八一年に出版されたもので、岡山大学医学部図書館に所蔵されている。書名は“Studien über künstliche Glieder”（義肢の研究）に Königlich Preussisches Kriegs-Ministerium

(ロシア王国軍事省)の委託で Karpinski が著述したものである。本文のほか非常に非常に克明な美しい図譜がついており、この中の Historisches の項を訳したものであるが、かなり誤訳がある。

第八篇 義肢製造者の歴史

この篇はアメリカ人 A.A. Marks の著書の抄訳である。『義手足纂論』には一九〇一年版の義肢論とあるが、この原典は判然としない。東京の啓成会所蔵の一九一〇年版 A.A. Marks の Manual of Artificial Limbs (義肢論) をみると、これの初版は一九〇五年になっている。

この篇の前半は義肢製造者の歴史というより、前篇と同様義肢の歴史が重複されて述べられている。この時代まで義肢の歴史を最も詳しくしらべているのは Max Schade で、一八八二年に出版された Pitha と Billoth 編の外科全書に収録されている。後半は三八頁にわたって Marks の本の切断者が義肢を用いて就労している図入りのところを、そのまま訳してのせている。一九一〇年版のもの三七章は Testimonial (品質証明) であり、ここにも切断者が義肢を使っている図がのせられ、切断者の氏名、職業、義肢がうまく使えるという手紙ものせられている。

第九篇 手足切断術に係る諸大家の談話

石黒忠憲(陸軍軍医総監)、佐藤進(陸軍軍医監)、伴野秀堅(海軍軍医大監)、長宗我部俊成(陸軍軍医)、岡安得太郎(陸軍軍医)、富永勇(陸軍軍医)、小川三之助(愛知県医学学校教諭)、小川劍三郎(医学士・眼科医、明治三五―四五、岡山医専眼科教授)の論説がのせられている。すべて外科系医師のようで、切断術についてそれぞれ一家言を述べている。しかし義肢については抽象的、一般論のみで、具体的、科学的論及は全くみられない。

第十篇 義手足者の実歴談

当時の切断者で義足を用いていた人達の談話である。ここには大隈重信、佐藤正、西郷菊次郎、阿部時助、豊崎信、田辺元次郎、和田芳太郎、富永敬司、三村傑、畑田周蔵、白井徳太郎、岸精一、小原貞作、大石利平、荒波栄太郎、天野景

福、小笠原長次郎、杉田彌治郎の義肢使用状況の談話が収録されている。

第十一篇 義手足製造販売所紹介表

表二に示す如く、当時の製造者がかかげられている。製造者の談話として、石代重兵衛、萬木九兵衛、小柳六之輔、近藤伊作のものがのっている。つきに A.A. Marks からの手紙の訳がのせられている。祐一が Marks に義足の機能、構造、代金、送料について問い合わせた返事である。

表二 義手足製造販売所紹介表

東京市浅草区蔵前北元町	医科器械販売店	石代重兵衛
同 本郷区本郷三丁目	同	萬木九兵衛
同 日本橋区本町三丁目	同	松本器械店
同 下谷区桜木町	医科器械製造家	小柳六之輔
同 下谷区徒士町一丁目	医科器械販売店	職工聯合工進舎
大阪市西区京町堀通二丁目	同	奥村濟世館
同 東区道修町二丁目	同	白石松之助
同 東区平野町	同	大井卜新
静岡県静岡市呉服町五丁目	医科器械製造家	近藤伊作
同 静岡市新通三丁目	同	岡本米吉
愛知県名古屋市中本町	医科器械販売店	八神幸八

第十二篇 日清戦役と衛生

石黒忠恵の口述したものであるが、戦争の負傷の統計が克明に述べられ、恩賜の義肢を与えられた切断者の氏名一覧表までのせられており、さらには清国兵捕虜の切断者にまで義肢が支給され、その氏名一覧表もつけられている。

第十三篇は「明治十年の役負傷手足切断者姓名表」、「富士裾野実弾射撃演習負傷」、「青森凍傷軍手足切断者氏名表」、「著名義手足者住所氏名紹介」があり、祐一が調査した一覧表が示されている。

第十四篇 雜 録

この篇は義肢普及を謀るの議として、義肢製造に就き義手足者の結合として、切断者が団体を作り、資金を抛出し、世の慈善をあおぎ、義肢の恩恵にあずかれる案をのべ、つぎに義手足者機関紙の発刊に言及している。

夏期熱汗冬期厥冷予防用サック製法として断端袋 (stump socks) の効用、製法を述べているが、今日では用いるのが通常のことであるのに隔世の感がする。

つぎに足切るとも手断つべからず、として手と足が人にとって同価値でないことを述べているが、これは卓見というべきであろう。哲学者 Kant は手は人間の äußeres Gehirn (表に現れた脳髓) であるといっているが、今日種々の体外力源の義手が考案されているのにその実用性がいつも疑問視されるのも、義肢といっても義手と義足の本質が異なることに起因するものであらう。

そのほか、不滅の恩人、仏縁の項があり、終りに瑣談として、祐一が義足使用中体験した物理的、精神的注意事項を列挙している。

第十五篇 名士の書翰

小松原英太郎、田代義徳、A.A. Marks、伴野秀堅、梅原義邦、村松俊司、中村次助、井上操の手紙が収録されている。この中で興味深いのは田代義徳のものである。田代は明治三九年(一九〇六年)わが国で最初の整形外科講座を東京大学に開いた。それに先立って明治三三年から三七年までドイツ、オーストリーに留学している。『義手足纂論』に収録されている手紙はベルリンから祐一にあてられたものである。ここにその全文を記しておく。

拜啓義足著書の儀に付再度御照会を辱ふし怠慢の罪実に恐縮に御座候。御問合せの項は小生専攻学科の一部に候間、日

常注意を致居候得共、未だ義足のみに特に記載したる書籍は見当り不申、尤も一書中の一項として記載したるものは有之候と申す迄もなき次第に御座候。尚は義手足製造は各医療器械屋にて担当製造致居候て、別に是れと云ふて名を挙ぐる如き有名家は無之候。強ひて一人を挙げれば夫れ唯ヘッシング氏ならんか、ホイステル氏も斯道に効ある人なり尚心付候節は更に可申上候。敬具

独逸伯林にて 田代義徳

鈴木祐一雅契

文中にあるヘッシングは Friedrich von Hensing(一八三八一—一九一八年)で医師ではないが、Gögingen における orthopädische Heilanstalt を作り活躍した、義肢装具製作技術者の先達である。

その後附として登嶽紀行が掲載され、明治三五年八月の富士登山の事が書かれている。

八、当時の欧米の状況と義手走纂論

欧米では古くより義肢が用いられた記録があり、Ambroise Paré の *le petite Lorian* の義肢、Götz von Berlichingen の鉄製義手などはその時代のピークを示すものであるが、一般化はされていない。義肢が一般化する必要が生じたのは一時に大量の切断者が生れるようになってからで、一九世紀から二十世紀初頭にかけてである。そのきっかけとなったのは近代戦による切断者と産業革命の結果おこる労働災害である。義肢を普遍化し進歩させたはじめての戦争はアメリカの南北戦争(一八六一—一八六五年)であり、陸軍当局が五十の義肢工房と八つの義肢工場を指定した。A.A. Marks の会社もこの頃生まれた。普仏戦争(一八七〇年)のときドイツでは戦傷者に政府が義肢の支給を行っている。ヨーロッパで一足おくれで産業革命をとげたドイツでは、労働者の福祉は比較的早くとりあげられた。産業災害による上肢切断者に作業義手を与え、また職場復帰させる研究が、ケーニッヒスベルクの Hoffmann により行なわれ、一九一三年にはかなりの数の症例

を発表している。

一方技術的には義足では Friedrich von Helsing の革蝶番関節義足 (Leder-Scharnier-Ben) が広く用いられた。義手では一八一八年ベルリンの歯科医で外科器械製作者 Ballif がはじめて指の動きを再現した能動義手を作った。エテイオピア戦争 (一八九五—九六年) のとき、エテイオピア人は捕虜にした多くのイタリア人の手を切断した。Vanghetti はこれらの切断者の前腕筋の腱が正常に残っているのに注目し、この腱で手術的に輪を作り、皮膚でおおい、この輪が筋の収縮で動くのを力源にする義手を考えた。この方法は cinelasty といわれ、後年 Sauerbruch によって筋弁を用いるように改良され、今日も行なわれている。作業義手の着想はフランスのモン・ルイの医師 Gripouilleau により行なわれたもので、一八六九年 Broca により記載されている。義手足纂論は欧米で義肢がこのような状況のとき書かれたものであるが、やはりわが国で維新、西南、日清の近代戦を経験することで、多数の切断者が生まれたため、政府が多少の対応を余儀なくされた時代の影響も無視できないであろう。しかしこれはむしろ社会的な意味での対応で、欧米と同様に医学的に対応されていたかどうかは問題がある。

九、おわりに

欧米の義肢は第一次世界大戦 (一九一四—一八年) を機にさらに飛躍的に発展する。わが国ではその当時の知見が第二次大戦時に応用された。第二次大戦直後にはおそらく欧米に比しわが国の義肢は四、五十年のおくれがあったと考えられる。今日もこの分野で絶え間のない研鑽が行なわれているが、わが国での義肢の歴史をふり返えるとき、この『義手足纂論』は多くの事柄を啓示してくれると考えられる。

校を終るにあたり御指導、御助言を頂いた岡山大学医学部中山沃教授に心より御礼申し上げますと共に、貴重な資料を御提供頂いた日本義手足製造株式会社鈴木精一氏に感謝申し上げます。さらに貴重な「スタニール」義足の資料を戴いた岩

治勇一先生に深謝します。

参考資料

- (1) Karpinski, O.: Studien über künstliche Glieder, Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Berlin, 1881.
- (2) Marks, A.A.: Manual of Artificial Limbs, A.A. Marks, New York, 1910.
- (3) 蒲原 宏: 日本整形外科史における田代義徳先生、整形外科 二六卷、九〇一—九〇六頁
- (4) 武智秀夫: 義肢の歴史、医学のあゆみ、九二卷、三一三—三一七、五〇六—五一一頁、九三卷、五四九—五五四頁
- (5) 田代義徳: 略歴、自伝、年譜、整形外科、二六卷、八九七—九〇〇頁

Yu-iti SUZUKI and Gitesoku-Sanron (Manual of Artificial Limbs)

by

Hideo TAKECHI

Development of artificial limbs can be reviewed from the Greek period in European countries, however, records of amputations as well as prostheses are seldom seen in the medical history of Japan. The first described amputee in Japan was Tanosuke Sawamura III, the famous kabuki actor whose left lower leg was amputated by the American Surgeon Hepburn in 1867 because of Burger's disease. The next year he got an American prosthesis with which he could play again in the theater.

Since the Meiji revolution there have been an increasing number of amputees because of the modernization of war and industrialization, however, studies and prosthetic services have not been carried out satisfactorily.

In 1902 Yu-ichi Suzuki published "Gitesoku-Sanron (Manual of Artificial Limbs)" which is the first monograph on prostheses in Japan. He was a merchant and had been suffering from chronic arthritis of the right ankle joint for a long time. At 22 years of age his right lower leg was amputated. In those days there were quite a few prosthetists in Japan and the rehabilitation system for amputees had not been established. Nevertheless, he had tried eagerly to improve his prosthesis as well as training method. This monograph includes all his experiences with prostheses and prosthetic training.

Although its contents are not always scientific, it is considered that this book has contributed to the early development of prostheses and rehabilitation of amputees in Japan.

南海寄帰内法伝にみられる医学

——特に個人衛生について——

杉田 暉 道

唐の名僧義淨(六三五—七二三)が著わした「南海寄帰内法伝」にみられる、臨床医学的事項については、本学会の大会(1,2,3)においてすでに発表したが、今回は個人衛生的事項について述べ、さらにこれらの内容を四分律、十誦律または摩訶僧祇律に書かれているものと比較検討したいと思う。

さて「南海寄帰内法伝」において個人衛生に関する事項を述べた章は、八章の朝嚼齒木、十八章の便利之事、二十章の洗浴隨時、二十二章の臥息方法、二十三章経行少病の五章である。

朝嚼齒木

毎日朝には必ず齒木を嚼み舌をけずって口中を清潔にせよ。齒木の長さは十二指がよい。短かくても八指はなくてはいけない。大きさは小指ぐらいがよい。齒木に適した樹木は、葛蔓、桃、柳、槐などである。嚼んで苦渋辛辣なものおよび齒木の頭をかんで絮となるものもともよい。麻類の根が極めてよい。齒木をかむと齒を堅くして口は香しくなり、消化を助けて癩病も起こさない。齒木を用いて半月もすれば口臭がなくなり、齒の痛みも三旬にして治るであろうとあ

る。さらに銅鉄で作ったへらまたは竹木の薄片で舌の表面をけずって清潔にせよと述べている。

つぎに、鼻中に水を通して鼻腔を清潔にせよ。これは竜樹の長年の術である。鼻洗ができれば口に飲んでもよいとある。

同様の記載は摩河僧祇律卷三四にもみえている。口が臭くてみんなから嫌われたので、世尊は齒木をかむことをゆるされた。齒木がないときには、灰(ケ)、堊(ロ)、土埽(ドダシ)、礫石、草木を用いて口を洗い終って食事せよとある。

便利之事

用便においては、下に洗浴のしたぎをきて、上に僧脚崎服をきる、次に触瓶をとって水を添えて満たし、これを持って便所に行く。便所に入ったならば、戸を閉める。別に二七個の土の塊を便所の外の瓦等の上に置いておく。そして用便後二七個の土塊と瓶に入っている水を用いて肛門および尿道口を洗う方法を細かく述べている。同様のことが毘奈耶雜事一六卷⁽⁶⁾においてもみられる。さらにこれが、禅宗の曹洞宗において、形式は幾分変わったであろうが、かなり原型に近い形で行なわれていたことが、関根氏⁽⁷⁾の研究によって明らかである。

便所のつくり方と位置については、摩河僧祇律卷三四に住居の東又は北方に作ってはいけない。南または西方につくり、周囲を外部から見えないように遮蔽し、便所の風通しを良くしなくてはいけない。便所は抗を掘るか高岸のそばに作るのがよい。便所の板の孔の広さは一肘、長さは一肘半とするのがよいとある。

洗浴随時

洗浴を印度と中国を同じ条件で論ずるわけにはいかないとし、氣候の異なることを理由にあげている。十二月でも花が咲き果実が実り、氷雪を知らずして、微霜がある。暑いといっても苦熱ではない。多くの人は洗浴して体を清潔にしてい

るから体が美しい。毎日洗浴しなくては食事しない。又池の水が豊富である。一駅行く毎に二、三十箇の池があり、毎朝僧徒は洗浴させられる、洗浴は、腹がすいているときに行なうこと、裸で行なうのはいけない、四幅の浴きんを用いるべきことを述べている。洗浴し終って食事すると二つの利益があるとし、一つは体が清虚になり、いろいろの垢がない、二には痰癥消散して食事がすすむとしている。

律においても洗浴することをすすめている記事が随所にみられる。すなわち、坐禅をしていて洗浴しないので体臭がひどくなったので仏は洗浴することをゆるした。また東方から雲が出てきて大雨が降ってきた。仏はこの雨は諸病を除くといわれたので、多くの僧侶達は外に出て立って雨の中で体を洗った。また澡豆を用いて洗浴したので垢がとれ体が清潔になった。また仏が背中に痛みを覚え、温湯で洗浴することを欲せられたので、毘舍羅は香りのよいお湯をさしあげ、これで洗浴されたのですっかり治った等である。

摩訶僧祇律⁽⁸⁾には既に蒸気浴を行なっていたことを述べている。六人の僧侶が洗浴許可の合図を得たので、浴室に入り、盛んに薪炭をかまどにいれ、いれ終ってから戸を閉じ、坐って体から汗を出した。戸外に控えて洗っている僧侶達が「戸を開けよ」と叫んだが、「今暫らく待っていて下さい」といって戸を開けず、かまどのお湯がすっかりなくなってから戸を開けた。僧侶達が浴室に入ってから、かまどに水を入れ戸を閉めた。かまどに火をつけたので浴室が次第に暑くなってむしてきたので、内から戸を開けようとしたが、外にいる六人の僧侶達が「暫らくじっとしてして下さい。疥癬が治りません。」といって戸を開けなかったとある。

浴室の作り方については、浴室は方形または円形にして、戸および窓をつくる。窓は内側は広く、外側は狭くなるような構造にして、一つまたは二つつける。室内は瓦石で床を敷き、床にかまどを作る。かまどは底を広くし、上部は狭くする。地面から半肘の高さに煙突をつけ、かまどのわきに火箸をおき、戸をそのわきに備えつける。その前に着換え所とえもんかけを作るとある。

ついで入浴すると五つの功德があるという⁽⁹⁾。一には垢を除く。二には体が淨くなる。三には寒冷病を除く。四には神經疾患を治す。五には安穩になると。

臥息方法

ここでは枕の硬さについて次のように述べている。南海の十島、西国では皆木枕を用いて頭を支えない。中国のみがこれをこなっているだけである。すなわち西国では帛(ハク)あるいは布を適当な色に染めて、縫って袋にする。長さは一肘半、幅は半肘とする。袋の中には、毛、古い綿、かわやなぎの綿、木綿、おぎ、えんどうまたはその他の軟かい葉等を寒暑の時期に従って適当にかえて入れて、枕を高くしたり低くしたりする。このようにすれば体を十分に休めることができ、病気にならない。木枕を使用すると、頭下に風を通して頭疾にかかることが多い。体を暖かくするものは風病を除き、麻豆(マヅ)は目を良くするものである。間違った使用をしないように注意しなければいけない。寒い地方で頭を冷やすと傷寒(熱性疾患)にかかり易い。頭部を暖めればそのようなことがない。諺に凍頂温足といわれているが、必ずしもこれに依ることはない。

経行少病

西国の五つの地方では、道俗(出家と在家)とも多く経行を行なう。直ちに去り直ちにまた来る。唯一定の区劃でこれを行なっている。季節、性別によって自分の体に適う方法で行なえばよい。これを実行すると、一には病を治し、二は食物の消化を助ける。禺中(グウチュウ)と日映は経行を行なう時間である。もしこれを行なわなかったらば、身に病が多く、遂に下腿の浮腫、腹水、上腕や肘関節の疼痛がおこると述べている。

経行の効果は律では、⁽¹⁰⁾ 勲健(ソウケン)、有力、不病、消食、意堅固の五つを述べている。

関根氏⁽¹¹⁾は曹洞宗で行なわれている経行について瑞方面山の「経行軌聞解」を中心として考察しているが、これによれば、経行は一息半歩の緩歩であつて、直去し直来し行旋することのないのが如法である。行旋する行歩は儀礼動作であつて非法である。経行は本来が坐禪と動靜不二の動作で、禪定に入り如来眼を具えるに至る行持である。面山のいう経行を考察すれば、仏法行持の修行上の行歩に属し、これと並ぶ儀礼上の行歩は円相または還相のパターンを呈する。さらに経行を坐禪における疲労恢復の方法としてみるならば、修行上の行歩にも三昧速得のパターンと疲労恢復のための行歩とに區別できる。現行の経行よりみれば、行持の動作に変遷はあるが面山の所説は生かされるとみえる。すべて疲労恢復の対象は心理的疲労と局所疲労であると述べている。

考察とむすび

南海寄帰内法伝は、義浄が印度ならびに南海諸国で親しく目撃した仏教徒の僧院生活の実況を述べて、本国の仏教徒の生活の規律を正さうとした著作である。そして四十章に分けて述べているが、その中で個人衛生に関係したものは五章、臨床医学に関係したものは三章あり、合計すると八章となる。すなわち医学に関係する部分が全体の中でかなりの部分を占めている（五分の一）ことがわかる。

これは仏教々典全体についてみても、このことがうかがわれる。仏教々理を除いた人文科学、自然科学の記載をみると、他の学問に比較して医学分野がかなりの比重を占めており、このことは、興味ある事実である。

つぎに考えねばならないことは、義浄が南海の仏教徒の生活の規律を述べるにあたって、その規律が行なわれている理由または効果をあげていることは、注目すべきことである。ただ一方的に南海の仏教徒の規律を中国におしつけようとしているのではないことが洗浴随時、臥息方法の章などによく説明されている。

さらに個人衛生に関する記事五章をみて感ずることは、今日からみても衛生觀念がかなり進んでいたものがあつたとい

うことである。すなわち、朝に齒木を嚼む行為、便利之事、洗浴のこと、枕の作り方などにそれがみられる。用便後に体を清潔する方法が、極めて細かいのは、南海地方の住民が、排泄物が多くの病気の原因となることを身を持って体得し、それを予防するために、厳しい清潔法があったのを、僧院生活ではこのように儀礼動作となったものと考えられる。

ついで個人衛生についての南海寄婦内法伝の内容と律に述べられている内容と比較すると、著明な変化がないことに注目せねばならない。しかしこれは伝統を保持する南方仏教徒の生活の態度を考慮すれば、諒解できよう。律に述べられている個人衛生についてみると、鼻中に水を通して鼻腔を清潔にせよと述べている点、蒸気浴を既に行なっていたことなどは、当時印度における医学が極めて高度であったことを示す一つの指標といえよう。

文献

- (1) 杉田暉道、横浜医学、十六卷（一、二合併号）、四四頁、昭四〇
- (2) 同人、同誌、十六卷（三、四合併号）、一三一頁、昭四〇
- (3) 同人、同誌、十七卷（一、二合併号）、七八頁、昭四一
- (4) 同人、仏教論叢、十一号、一六八頁、昭四一
- (5) 国訳一切経、律部十一、一〇五六頁、大東出版社、東京、昭六
- (6) 川上孤山、要文抄録大藏經索引第一卷、二四九頁、大藏經索引刊行会、京都、昭二
- (7) 関根正雄、日本医学雑誌、十六卷（二号）、一一六頁、昭四五
- (8) (5)と同書、一〇七〇頁
- (9) 国訳一切経、律部七、一三五七頁、大東出版社、東京、昭一〇
- (10) 同誌、一三〇三頁
- (11) 関根正雄、日本医学雑誌、十六卷（四号）、二六〇頁、昭四五

The Medicine as Found in Nakai Kiki Naihoden Especially in Reference to Private Health

by

Kidō SUGITA

Nankai Kiki Naihoden was published by a Buddhist priest, Gijō. (635-713).

As he wished that the Buddhist priests of his own country would put into practice severely the rules of their group life, he toured through the southern countries and India and observed the actual conditions under which the old traditional rules of their life had been handed down in the group life of the Buddhist priest of those countries.

The book of his travels is Nankai Kiki Naihoden. It consists of 40 chapters and the chapters in reference to private health consists of 5 chapters. These are the chapters of explaining the recommendation to bite one's soft tree every morning, the manner of going to stool, the manner and the effects of bathing, the method of going to bed and the effects of Kinhin.

It is worth noting that he observed the effects or the reasons for the rules which the Buddhist priests of those countries put into practice in their group life and the substance of private health in Nankai Kiki Naihoden is not so different from that in Ritsu.

岡本一抱子年譜

土井 順一

〔凡例〕

- 一、本年譜では、著作名は内題により、存疑作は省略した。
- 二、本年譜中、「杉森家系譜」・「寛文四辰年三代目八郎太夫差出候扣」・「元禄六癸酉年差出候扣」は、『近松の研究と資料』所収のものを用いた。
- 三、年齢は、推定による。
- 四、本年譜中、●印の事項は一抱子に関連する記事である。

承応三年（一六五四）一甲午 一歳

○この年、越前国福井において杉森信義の三男として出生。幼名は金三郎。後に伊勝・伊恒と称す（「杉森家系譜」丙）。通称は為竹。号は一得翁・守一翁・撰生堂。

生年推定の根拠は次の通りである。正徳四年刊（成立は正徳三年）『医学切要指南』巻之中に、「余十八歳ニシテ医学ニ志シ朝夕素難ニ意ヲ刻コト四十有余年、遂ニ其ノ奥旨ヲ得ズト雖トモ、十四ノ難ノ損至ハ後世ノ劳症タルコトヲ考ル者ハ、愚者ノ一得ナラン歟。サレトモ自是タリト決スルニ非ズ、此ノ書ニ述テ以テ後チノ君子ノ再正ヲ待ノミ。」とある。正徳三年が十八歳から医学を学び始めて「四十有余年」経過した年であるならば、一抱子は、この

年、次兄の近松門左衛門が六十一歳であるので、五十九歳か六十歳である。さらに、正徳四年刊『和語医療指南』の序文(同年九月執筆)には、「洛下隠医法橋岡本為竹一抱子」と署名がある。一抱子は、この年以後の著作に「隠医」を称している。これによってこの年に還暦を迎えたのではなかったか、と推定し、生年を逆算。

●父杉森信義は、越前宰相松平忠昌に仕え三百石を食む。後、明暦元年(一六五五)松平吉品に仕え、吉江へ行く(森修氏「近松門左衛門の幼少年時代について」『人文研究』第十二巻第六号)。母は、忠昌の侍医岡本為竹(受慶。半井瑞桂の弟子)の女。兄に、智義・信盛(近松門左衛門。承応二年出生)があった(「杉森家系譜」)。

明暦二年(一六五六)丙申 三歳

●この年、外祖父為竹は、養子黙真瑞宝(半井仲庵の子)に家督を譲る(長友千代治氏「近松弟岡本為竹一抱子」)



岡本一抱子肖像画

『国語国文』第四十四巻第九号)。

寛文三年(一六六三)癸卯 十歳

○この年には既に医学を学んだか。

『医学切要指南』巻之上に、

「余素難ニ意ヲ刻コト五十餘

年。撰述ノ彫刻セシムルノ書

一百二十餘巻。撰シテ未^キレ刻

書若干巻。然^レドモ未^キレ医道ノ

奥旨ニ達セズト雖^シトモ。少^クク

心主三焦有^リレ名無^シレ形ノ隠^レ徑^ヲ

知テ此ノ論ヲ述。其、不レ及ノ義ハ後ノ君子ノ再正ヲ願ノミ。」

寛文四年（二六六四）甲辰 十一歳

●この年、弟に権四郎（信義五男）・五郎吉（信義五男）の二人があつた（寛文四辰年三代目八郎大夫差出候扣）。又、父信義はこの時まだ吉品に仕えていた（森修氏、前掲論文）。

寛文九年（二六六九）己酉 十六歳

○この年、織田長頼（大和国松山藩主）の侍医平井自安の養子になり、平井要安と称す。

『織田家日記』同年九月十八日の条に、「一、平井要安御目見、披露生駒主水。」

●この年の九月までに、実父信義は致仕したか。そして、家族とともに越前から京都へ移住したか。又、この年、長兄智義も織田長頼に仕えたか（「杉森家系譜」）。

●十月二十日、養父自安は、五十石加増され知行百五十石になる。

『織田家日記』同日の条に、「一、平井自安新知百五十石被レ為ニ仰付候事。」

寛文十一年（一六七一）辛亥 十八歳

○この年、味岡三伯（後世家別派）に入門し、医学を学び始める（『皇国名医伝』及び、承応三年の条引用の『医学切要指南』の記事参照）。大和国松山から京都へ移る。

●味岡三伯は京住。

『京羽二重』（貞享二年九月刊）卷六「諸師諸芸」の項に、「医書講説」家として、「富小路二条上ル町 味岡

三伯

●この年、山岡元隣著『宝蔵』（同年二月刊）の「追加発句」に、信親（信義祖父）一句、信義五句、信盛一句、信秀（信義五男）一句、喜里（信義妻）一句が載る（森修氏著『近松門左衛門』）。

延宝六年（一六七八）戊午 二十五歳

●七月十九日、自安は、智姫の御産の為江戸へ行く。

『織田家日記』同年六月十八日の条に、「智姫様八月御産付、平井自安義罷下ル様被_レ仰付候。七月廿七八日時分江戸へ下着仕候様可_レ下之由。委細ハ両左中へ江戸御用人中より申来ル由。尤從_二姫君様_一太田臨庵と申御医者御付被_レ為_レ置候へ共、御手医者無_レ之候へいかゞ被_二思召_一候ニ付、自安御召下し被_レ遊候由也。自安道中駕にて罷下候様ニと申来ル。」

貞享二年（一六八五）乙丑 三十二歳

○春、『新編灸法口訣指南』（五卷）刊。

本書には著者名が記されていない。しかし、神宮文庫所蔵本の後表紙裏にある目録「法橋岡本為竹一抱子先生編輯」には、この書名も見える。又、元禄五年刊『広益書籍目録大全』にも本書は一抱子の著として載る。従って、本書は、一抱子の著作と考えられる。

○この頃、『新編灸法口訣指南』出版に絡み破門されたか。一説に、楊梅瘡に罹ったことがその理由とされる。

『卯花園漫録』卷之四に、「○京師医学の伝来照代に至て始め素問靈枢を講ずるものなかりしに、饗庭東菴（経脈發揮の作者也）首として素難を講じ、其門人味岡三伯に至りて愈盛ん也。三伯の高弟井原道閔、浅井周伯、小川朔菴、岡本一抱子四人あり。一抱子は楊梅瘡を疾める事有けるゆゑ、三伯、師弟の約を絶せり。」

貞享三年（一六八六）丙寅 三十三歳

●近松は、この頃劇作家として専念する覚悟を決め、著作に署名を行う（『野郎立役舞台大鏡』）。

貞享四年（一六八七）丁卯 三十四歳

●四月二十二日、実父信義没。享年六十七歳。京都本圀寺（日蓮宗）に葬る。法号、智妙院道喜日観居士。

○十月二十三日、養父死亡につき平井家の跡目を相続し、織田家に出仕する。知行百石。自安は、この年八月二十六日までは出仕（『織田家日記』）。

『織田家日記』同日の条に、「一、平井要安儀自安跡目就被_レ仰付_二候。生駒主水於_レ宅生駒三左衛門・平山六郎兵衛列座、山田平右衛門儀へ最前縁者_ニても有_レ之付、平右衛門も御指加、要安へ主水申渡之。

△自安儀新参者有_レ之候へ共、御内所へも被_レ召仕、新知百石被_レ仰付、其後御加増五十石都合百五十石被_レ仰付置候。

要安儀自安もあたりも悪敷様被_レ聞召及_二候。然共一兩年以来は病中之内も殊外能扱申段被_レ為_レ及_二聞召、尤成様被_レ為_二思召_一候。若殿様御上郡^{（補註）}之節は御前へも罷出、奥組へも御供も被_レ召連_二相務申候。御奉公へ罷出不_レ申候へ共、右之通付知行百石被_レ成下_二候。以上。」

『織田家日記』同年十月二十五日の条に、「一、平井要安繼目御礼、鳥目を以申上ル。披露生駒主水。」

元禄元年（一六八八）戊辰 三十五歳

○一月、『万病回春指南』（五巻）刊。本書の署名「洛下岡本一抱子編述」。これ以後、著作に岡本姓を名乗るか。

○九月二十六日、参宮し、十月一日伊勢から帰る（『織田家日記』）。

元禄二年（一六八九）己巳 三十六歳

●四月三日、織田長頼卒去。年、七十。六月六日、信武遺領を継ぐ（『寛政重修諸家譜』巻第四百八十九）。

元禄三年（一六九〇）庚午 三十七歳

○春、『臆附経絡詳解』（六巻）刊。

○八月、『鼈頭素問玄機原病式』（二巻）刊。

元禄四年（一六九二）辛未 三十八歳

○一月、『北条時頼記』(十卷)刊。

元禄五年(一六九〇)壬申 三十九歳

○この年、『衆方規矩指南』(七卷)刊か。

○同年刊、『広益書籍目録大全』に、一抱子の著作名が載る。

『格致餘論診解大成』・『難經本義診解大成』・『原病式頭書』・『万病回春指南』・『脉法病因指南』・『灸法口訣指南』・『十四経絡詳解』・『増補衆方規矩指南』・『修治纂要秘訣函解』・『秘伝葉性記辨解』・『医学三臟辨解』・『北条時頼記』

元禄六年(一六九三)癸酉 四十歳

○一月、『十四経絡發揮和解』(六卷)刊。

○この年、親類が宗門方へ提出した「親類書」に、織田伊豆守(信武)の家臣として載る。

「元禄六癸酉年差出候扣」の「追加遠親類」に、「一、同(父從弟) 織田伊豆守様御家来 知行百石取罷在候 平井要安」

元禄七年(一六九四)甲戌 四十一歳

●十月晦日、織田信武自殺。年、四十。織田家は翌八年二月五日、丹波国氷上郡柏原へ転封され、二万石となる。この時藩主は信休(『寛政重修諸家譜』卷第四百八十九)。

元禄八年(一六九五)乙亥 四十二歳

○五月二十二日、柏原到着(『織田家日記』)。北野村百姓助太夫宅に宿泊。

『柏原町志』(四十七ページ)に、

〔前略〕

大野忠左衛門 北野村 次郎右衛門

平井要安 同 助大夫

沖次郎右衛門 同庄屋 次郎兵衛

木村惣左衛門 同 喜三郎

林平兵衛 同 仲右衛門

井上立悦 同 理兵衛

田中半兵衛 同庄屋 長右衛門

○九月、『万病回春病因指南』（七巻）刊。

○十月二十八日、九月付けで暇を出され、退仕する。この時、百五十石馬廻役であった（『柏原町志』五十三ページ）。

『織田家日記』同日の条に、「一、今度勝手不如意（高長）付瑞泉院殿御代之内、中興以来遂ニ吟味ニ今度暇遣候。其以後

新参者之内、訳在レ之者共、且又吟味之上人別書付之通留置候事。（以下略）」とあり、「御暇被ニ仰出ニ之面々」は、

「山田一郎左衛門・大井久兵衛・嶺六左衛門・矢野伝右衛門・稻生武左衛門・岩崎半蔵・山田四郎右衛門・田中六

郎右衛門・辻村惣左衛門・高岡十介・山口左助・猪野新兵衛・渡辺作之丞・平井要安・井上立悦・安田金左衛門」

○十月から翌九年一月までの間に、「法橋」に叙せらる。

元禄九年（一六九六）丙子 四十三歳

○三月、『格致餘論診解』（七巻）刊。本書の署名「洛下法橋岡本為竹一抱子撰」。

○八月、『内経奇経八脉詳解』（三巻）刊。

○この年刊行の『増益書籍目録大全』に、一抱子の著作名が載る。元禄五年版目録所載の『灸法口訣指南』は、この目録では省かれ、『回春發揮』が加えられている。しかし、『回春發揮』は一抱子の作ではないらしく宝永六年版目録では省略されている。

元禄十年（一六九七）丁丑 四十四歳

○八月、『薛氏医案和解』（五卷）刊。

元禄十一年（一六九八）戊寅 四十五歳

○三月、『広益本草大成』（二十三卷）刊。

○十一月、『一抱涉筆』（写本、仮題）成立。

元禄十二年（一六九九）己卯 四十六歳

○一月、『鍼灸拔萃大成』（三卷）刊。

○六月、『医学秘伝抄』（二卷）刊。

○同年刊、『新板増補書籍目録』に、一抱子の著作名が載る。

『難経諺解大成』・『回春病因指南』・『十四経絡詳解』

元禄十三年（一七〇〇）庚辰 四十七歳

○一月、『医学講談発端辨』（二卷）刊。

○八月、『医学三蔵辨解』（三卷）再刊か。

元禄十五年（一七〇二）壬午 四十九歳

○八月、『医方大成論和語鈔』（八卷）刊。

元禄十六年（一七〇三）癸未 五十歳

○一月、『鍼灸阿是要穴』（五卷）刊。

宝永元年（一七〇四）甲申 五十一歳

○六月、『素問入式運氣論奥諺解』（七卷）刊。

宝永二年（一七〇五）乙酉 五十二歳

○この頃、京都の高倉夷川上ル町に住す。

同年二月刊『京羽二重』巻之三「諸師諸芸」の項に、「医書講説」家として、「高倉ゑびす河上丁
法橋」

岡本為竹

●近松門左衛門は、この年夏頃まで京住。翌年一月、大坂へ移住（森修氏前掲書）。

宝永三年（一七〇六）丙戌 五十三歳

○九月、『難経本義診解』（十二卷）刊。

宝永五年（一七〇八）戊子 五十五歳

○九月、『和剂局方發揮診解』（六卷）刊。

宝永六年（一七〇九）己丑 五十六歳

○一月、『医学入門診解』（四卷）刊。

○一月、下津春抱子著『本邦名医類案』の序文を撰る。

○同年刊、『^増書籍目録大全』に、一抱子の著作名が載る。既刊の目録掲載書は省略。

『医学発端辨』・『大成論和語鈔』・『運氣論診解』・『病因指南』・『薛氏医案和解』

正徳三年（一七一三）癸巳 六十歳

○十一月、門人久保政新著『儒医精要积疑』（三卷）刊か。一抱子は、本書を重訂。

正徳四年（一七一四）甲午 六十一歳

○一月、『医学切要指南』（三卷）刊。

○九月、『和語医療指南』（四卷）刊。

○この年以前に、養子（蘭齋）を迎える。

『稿大阪訪碑録』（『浪速叢書』第十所収）に、「法橋岡本為竹墓 君諱弑信。字良安。幼名馬之助。姓丹波氏。京兆之産也。其先後漢靈帝五世孫。高貴王之後胤。從五位上典藥頭丹波左衛門佐康賴朝臣四十九世之裔也。先妣者岩田氏。甲賀判官岩田三郎源兼家後胤。江州甲賀郡之城主岩田左衛門督源兼隆之孫也。娶岩田氏之女。為配。有二子十人。壯而繼法橋岡本一抱子之家名。遂為養子。以医為業。故後冒養父之姓字。更稱岡本為竹。同拜法橋位。正徳四甲午年。徙居于撰之大阪。專事治療。起沈痾。不為不多矣。由是其術漸弘。家財豐足。購求宅于市中。妻孳安堵。殆数十年所。又兼服仏教。事務之暇。手自書寫經典。就天王寺竟内。修布袋經塔。而永藏之。宝曆壬午。不復罹疾。荏苒不愈。同八月三日遽然卒。享年八十有五。生前莫不壽矣。在日之意。榮莫不満足矣。吁翁可謂善終也。令嗣弑之。經紀後事。葬於生玉齡延寺之塋次。哀哉。遂私諡曰幽谷蘭齋先生。請銘于以貫。因系之以辭曰。

民之司命。 孰任其職。

惟翁當之。 可二以称レ徳。

穂積以貫并書 孝子弑之玄竹謹建」

正徳五年（一七一五）乙未 六十二歳

○一月、『年中運氣指南』（一卷）刊。

○一月、『医学治法大全』（八卷）刊。

○九月、『鍼灸要旨』（三卷）刊。

○九月、『經穴密語集』（三卷）刊。

○十一月、『中風治法指南』（三卷）刊。

○十一月、『本朝古今医統』（六卷）刊。

○同年刊、『増益書籍目録大全』に、一抱子の著作名が載る。既刊の目録掲載書は省略。

『本艸大成』・『奇経八脉』

享保元年（一七二〇）丙申 六十三歳

○五月二十日、一抱子没。京都、本因寺に葬る。法号、演言院意在日実。

碑文を掲出する。現存する墓碣の剝落部分は、木谷蓬吟氏の調査（『私の近松研究』所収）による。

（正面）

「 演言院意在日実

婦真 西因元達 霊

随力院妙言日真 「

（裏面）

「 [法橋岡本為竹墓]

[門] [弟] 中建之 「

（右側面）

「 正徳六丙申年五月廿日」

享保五年（一七二〇）庚子 没後四歳

○一月、『幼科回春』（七卷）門弟三村玄碩によって成立。

享保九年（一七二四）甲辰 没後八歳

●十一月二十二日、近松門左衛門没。享年七十二歳。法号、阿耨院穆矣日一具足居士。

享保十一年（一七二六）丙午 没後十歳

○春、『医学切要指南後編』（二巻）刊か。

享保十三年（一七二八）戊申 没後十二歳

○一月、門人寺嶋治恒著『百味主能師言鈔』（四巻）刊。本書の本文は、一抱子撰。

○五月、『医学正伝或問診解』（八巻）刊。

○この年、十三回忌につき、本圀寺において法要を行行。

『医学正伝或問診解』の序文（長岡恭齋撰）に、「今歳夏五念日。正_ニ当_ス子_ノ之_ノ十_又三_回。嘗_テ以_レ無_ニ其_ノ嗣_子。書林篤情_ノ教_輩。輻_ニ輳_ニ於_レ本_國蓮_寺。修_ニ追_悼之_ノ冥_福。子_酷有_レ感_ニ其_ノ陰_徳。而_嘆賞_巨輟_{。於}戲。期_ニ各_々若_人子_孫。繼_テ受_ニ其_ノ陽_報ニ_焉耳。」

○九月、『源涸集倭語鈔』（十巻）刊。

享保十四年（一七二九）己酉 没後十三歳

○同年刊、『新書籍目録』に、一抱子の著作名が載る。既刊の目録掲載書は省略。

『雷真君活人方』・『医療指南』・『和語医療指南』・『万病治法指南大全』・『本朝古今医統』・『方意辨疑』・『医学切要指南』・『同統切要指南』・『源涸集和語鈔』・『正伝或伝診解』・『古今養性論和解』・『経穴密語集』・『鍼灸拔萃大成』・『阿是要決』

延享元年（一七四四）甲子 没後二十八歳

○二月、門人門間道碩著『黄帝内经素問診解』（九巻）刊。一抱子は生前本書を鑑定。

宝曆三年（一七五三）癸酉 没後三十七歳

○五月、『鍼灸要旨』（三巻）再刊。

宝暦五年（一七五五）乙亥 没後三十九歳

○九月、『万病回春脈法指南』（六卷）刊。

宝暦十三年（一七六三）癸未 没後四十七歳

○五月、『妙薬集大全』（二卷）成立か。

本書は、文化九年版もあり。

天明六年（一七八六）丙午 没後七十歳

○五月、『痘疹手引艸』（二卷）刊。

文化三年（一八〇六）丙寅 没後九十歳

○二月、『校定岡本一抱子引経訣』（写本、二卷）が、木村脩道によって成立。

文政五年（一八二二）壬午 没後百六歳

○五月、『日用医療指南大成』（二卷）改訂刊か。本書には、正徳五年一月の一抱子自序あり。

○

一抱子の著書としては、他に次のものがある。

○『医学活法大全』

岩波書店刊『国書総目録』によると、日本大学図書館蔵。正徳年間刊。（原本未見）。

○『女科秘方』（外題『岡本為竹婦人療方』）

本書は、武田薬品工業株式会社中央研究所付属図書館蔵。写本一冊。成立年次不明。

○

なお、一抱子の肖像画については、夙に木谷蓬吟氏の紹介があった（『私の近松研究』）。しかし、藤浪剛一氏著『医家

先哲肖像集』には掲載されていないので、掲出した（本稿四十ページ参照）。紙本彩色二軸。縦百五十六糎、横四十二・三糎。肖像の上に左の如く記されている。

「南無妙法蓮華經 享保元龍集丙申年
演言院法橋意在日美国手」
五月二十之糎遊去

（本年譜の作成にあたり、宗政五十緒先生をはじめ、長友千代治氏・龍口明生氏・宮下三郎氏・馬場憲二氏・角田二郎氏・井口洋氏・八木眞徳氏・岡本義雄氏・岡本米治郎氏・木水弥三郎氏・鶴田章氏・藤本正也氏の方々から御教示・御援助を得た。記して深謝申し上げる次第である。）

The Chronological Personal History of Ippōshi Okamoto

by

Junichi DOI

Ippōshi Okamoto was a doctor who worked actively from the Jōkyō year to the Shōtoku year (1684 to 1715 A.D.) in the Edo period. After his death, Sanei Mochizuki considered him to have been one of the main people who had interfered with the development of medical science in Japan. But this is, at the same time, evidence that Ippōshi had a great influence upon the medical world after his death.

Incidentally, there are many obscure points in his personal history and also his works have not been studied in detail yet.

Therefore, I intend to clarify his biography and works in this paper.

『瘍医新書』の研究(二)

大鳥 蘭三郎

9

『瘍医新書』の本文は「瘍医新書卷之二」と題書にある巻から始まっている。その冒頭にはつぎの如く記されている。

遠西 老楞佐 協乙速的盧 著撰

若狭 杉田 翼 玄白 起業

日本 東奥 大槻 茂質玄沢 翻訳

江都医官桂川国寧 清遠 参閱

遠西は西洋をさし、老楞佐は Laurens (Lorenz)、協乙速的盧は Heister である。この原著の翻訳を日本の若狭藩の杉田玄白がまず始め、仙台藩の大槻玄沢がこれを翻訳し、江戸の幕府医官桂川国寧甫賢(四代甫周の孫)がこれを校閲した、とある。

「外科誘導自第一章至第十三章」とある書き出しに続いて……此篇ノ記載スル所ハ外科ノ大本ニシテ……とあるところは、原書の第一頁に、INLEIDING TOT DE HEELKONST とある見出しに続く註記の翻訳である。こここのところの原書の記載は

べきのとおりである。

INLEIDING TOT DE HEELKONST. VERVATTENDE Haare Eigenschappen in't algemeen; namentlyk, haaren Oorspronk, Voortgang, Verdeeling, Gereedschappen en andere algemeene Noodzakelykheden, dewelke den Aankomeling in't begin ten hoogsten noodig zyn te weteen.

このところに大意をつければ、「外科術（に対する）序論。その特性についての総論、すなわち、その起原、発展、分類、器具類及びその他の一般的な要件、それ等は初心者がはじめに知っておかねばならない点などをふくむ」となる。

これを『瘍医新書』に「外科誘導^第十三章^至」に始まり、「初学必先歩ヲエコニ始ムヘキ所ナリ」とある条項とくらべると、両者はそれほど目立つ相違はないが、きびしく言えば、つぎの諸点がちがう。

「外科術序論」と「外科誘導」とは大差はないが、訳書に、「^第十三章^至」とあるところは原書には見られない。その他に原書と訳書とでは用語に多少の出入があり、言い廻しにも違いがあるが、概して言えば、『訳書』の記述は『原書』の所説よりも詳しいが、重複している所が間々見受けられるといえる。

10

本文に入り、『原書』の第一節はべきのとおり記されている。

1. *HEt voornaamste Oogmerk der Geneeskunde is der Ziekten van's Menschen Lichaam of voor te komen, of te genezen.*

De Heelkunst is zeer noodzaakelyk.

Dit heeft men reeds van byna onheuglyke Tyden af getragt door drierlei Hulpmiddelen uit te voeren: te weteen eerstelyk, *door een goede Le enswyze te onderhouden*; ten tweeden, *door Geneesmiddelen*, en ten derden, *door de Heelkunst*, als de drie Hoofdzuielen der Geneeskunde, gelyk de Reden en de Ondervinding geleerd heeft, en men

moet op dezelve manier nog hedendaags, om de gebreken te genezen, te werk gaan. Maar dewyl het oogmerk van den Geneesheer, en de gezondheid der Patienten niet altyd door een goede Levenswyze en Geneesmiddelen kunnen worden bekomen, maar ook veelyds het behulp der handen, of de Heelkonst vereischen; zoo volgt daar uit, dat deze konst en wetenschap in de wereld ten hoogsten noodzakelyk is; te meer, dewyl door dezelve alleen dikwils verscheide qualen en toevallen, zonder eens in't byzonder op de Levenswyze en Geneesmiddelen agt te geven, hersteld worden; zelfs daar menigmaal nog een goede Levenswyze, nog de Geneesmiddelen alleen niets kunnen helpen; gelyk zulks door het heelen van Wonden, Beenbreuken, Ontwrigtingen, en veele andere qualen genoegzaam bewezen word. Andere konsten strekken veelyds alleen om den Mensch in de wereld gemakkelyk te doen leven: *maar de Heelkonst kan, om het leven te behouden, niet ontbeerd worden.* Dus word men hare groote en voltrekte noodzakelykheit aldermeest gewaar in Veldslagen en Belegeringen, van Steden, in welke veele dappere Bevelhebbers en kloekmoedige Soldaten door't ontbeeren der Heelkonst zouden moeten sterven, die nogtans door dezelve behouden, en als uit de kaken des doods gelukt worden; waarom zy dan ook met meerder kloekmoedigheid den Vyand aangrypen, dewylze eene goede verwachting hebben van de Wonden, die hun kunnen toegebracht worden, door de Heelkonst wederom hersteld te zullen worden. Daarom pleegt men ook in Duitsland de Heelkunde *Wond-Heelkonst* te noemen (A), niet als of ze niet anders dan Wonden behandelde; maar dewyl ze door de heeling der Wonden zig voornamentlyk zo beroemd gemaakt, en zoo kragtadig werkende te zyn betoond heeft, gelyk als nu nog hedendaags tot nut van het gemeene-best kennelyk is.

これに大意をつければつぎのようになる。

「医学の究極の目的は人体の病気を予防し、治療するに在る。このことはすでに太古から三様の方法によつて行われて

きた。すなわち、第一は良好な生活法を守ることに、第二は医薬により、そして第三は外科術により、医学の三主柱として理論的にも経験上からも学んで来たところで、今日に於てすらなお、骨折を治療するには同様の方法をとらなければならぬのである。しかしながら、医師の目的、また患者の健康は良好な生活法や医薬品によってのみ達せられるのではなく、手の外科術の助けを要することもまた多いのである。このことから、この術と学（外科術と外科学）とはこの世で最も必要なものであるということになる。さらにいえば、これによってのみ、特に生活法や医薬を顧慮することなく、恢復することが可能である病氣や災害が数多くある。実に良き生活法や医薬でも助けることができない場合が多々あるのである。創傷や骨折、または脱臼やその他の多くの病氣の治癒がよくそのことを示している。他の技術はよく人間をこの世に安楽に生活させるためにのみ役立つものがある。しかし、外科術は生命を保つためには欠くべからざるものなのである。それ故、その必要性が最も大きく、しかも絶対的に認められることは、野戦や攻囲戦、また都市に於て多くの勇敢な司令官や兵士たちが外科術を欠いていたために死なねばならないことで、その反対に彼等が外科術を知っているために死からまぬかれ、さらに一層の勇猛心を以て敵を攻撃し、創傷について良く理解しているために、外科術によって再び回復できるのである。それ故、ドイツでは外科学のことを創傷の外科術と呼び習わしている（A）。そのことはとりもなおさず、創傷を扱うことをさしているにはかならない。それはまた創傷の治療によって特に広く知れわたり、また大いに有効に行われて来たので、現今でもなお公共の役に立っていることは周知のとおりである。」

11

「原書」の第一節の記述と「訳書」のこれに相当する箇所、すなわち、「夫医道ハ」に始まり、「世人毎ニ見聞シテ通識スル所ナリ」に終るところの記載とを比較、検討すると、つぎのようなことが言えるように考えられる。

出だしの文章についての「原書」の記述と「訳書」の所説とはまず一致しているといえる。しかし、それに続くところ

の文章については、どう考えても、両者の所説は合致するものとは言いがたい。敢えて言えば、玄沢が試みた翻訳はいわゆる「意訳」に相当するものであって、ややまわり遠い言いまわしである。これは漢文調の表現の仕方がなす結果と考えられる。玄沢が原文の真意を解し得ぬまま、苦しまぎれに、こじつけに訳解をつけたものとは考えたくない。

「原書」の第二節はつぎのとおりに記されている。

2. *Deze Heelkonst is een gedeelte der Geneeskunst, dewelke onderwyst, hoe men door hulp der Handen en gereedschappen de gezondheid der Menschen, of kan behouden, of de zelve verloren zynde, weder herstellen: gelyk als tot behoudens der gezondheid en verhoedinge van veelc quaalen het Aderlaten, Etterdragten, Hairsnoeren, Koppen en diergelyke dingen, in't werk worden gestelt; en daarom kan deze konst met regt Hand-Heelkonst genaamt worden. Die nu volgens dezen weg het geneezen der gebreken verstaat, word een Heelmester genaamd, dewyl hy voornamentlyk door de hulpe der Hand de gebreken hersteld, zynde deze Naam uit het Grieks oorspronkelyk, en eigentlyk als Hand-Medicus uit te duiden.*

〔大意〕

「この外科学は医学の一部で、手や器具の助けを借りて人類の健康を守り、或はこれが失われた場合に、再び回復せしめるものである。ちょうど健康を守り、病気を防ぐために、瀉血、打膿、串線、吸角やその他のことを行なうようなものである。それ故これ等の技法のことを手の外科術と呼んでいる。この方式に従えば身体の欠損の治療を行なうものが外科医と呼ばれるのは、その者が主として手の助けを借りて身の欠損を回復せしめるからであり、この名は元はギリシア語より由来するもので、もともとは『手の医』のことをさしている。」

堀内文書の研究 十一

片桐 一男

第一六号文書 鎌田玄台書状 堀内易庵宛

遠路之処華翰被_レ為_レ投忝拜誦仕候、未_ニ御尊顔_一候得共、益御
暉家御安泰被_レ為_レ入候段欣然候至奉_レ賀候、当方御子息様御
固殊御勤營可_レ被_レ成候、御休意被_レ入_ニ御念_一御細書、扱_ニ痛
入申候、私共ヨリ御世話罷成候御挨拶_一成難_ニ申_一尽_ニ奉_レ存候、
随分薬師も御世話厚仕候心底御座候、是亦御出精被_レ成候故
と、乍_ニ憚奉_一察入_ニ候、乍_ニ慮外_一其場必御氣遣被_レ成間敷候、
且又蛮学も甚思召入宜ク、於_ニ函丈_一悦申候、乍_ニ末毫_一御家内
様、宜御伝声可_レ被_レ下候、右可_レ得_ニ貴意_一御報迄早々如_レ此御
座候、猶又逐々寒冷御自愛御凌可_レ被_レ成候、恐々謹言

九月廿三日

鎌田玄台

澄 ■ (花押)

堀内易庵様

玉案下

第五六号文書 鎌田玄台書状 堀内林哲宛

〔端裏〕
堀内林哲様

貴下

鎌田玄台

両度忝拜誦仕候、漸春暖相生候得共、愈_ニ御案泰_一可_レ被_レ入条
奉_レ賀候、扱々御物_■も御見舞申上度奉_レ存候得共、是非来
月差入_ニハ帰国仕申候分ケ故、甚_ニ煩多_一、此間も日_ニ屋敷用
事御座候段罷越候故、一向何方へも出_レ申候、乍_ニ存御不音
而已打過申上候、足下ニも御帰国之由、定御煩用奉_ニ察上_一
候、彼是御深切思召被_レ下処、御同様帰国仕候と、東西数万
里ヲ隔られ、再会難_レ量、御残多奉_レ存候、何卒近日ニハ罷出
ゝ緩々得_ニ貴面_一御咄も可_レ仕候、万縷可_ニ申上_一候、随分緩々
と御仕舞可_レ被_レ成候、尤足下ハ近年之内御出府も可_レ有_ニ御座_一
候得共、於_レ僕急ニ出府も不_レ仕候故、別て残多事而已ニて残
念奉_レ存候、如_レ何様緩々先ッ御報迄早々如_レ此御座候、頓首
三月十三日

第五九号文書 [高橋] 平左衛門書状 堀内林哲宛

尚々、呉々も、重々之御無沙汰失敬御免可_レ被_レ下候、私
も当正月中ハ腫物に而引籠罷在、いま出動も仕かね候
躰故、旁心底には相含ながら延引罷在申候、御守_■可_レ
被_レ下候、しかし腫物之儀ハ近日快方ニ罷在申候、書余
期_ニ後便_一、先早々如_レ此御座候、以上

追日暖相成申候、弥御安全可被成、御勤ニ奉レ賀候、且又、度ニ御状被下、其上毎度思召寄候而品、被懸「貴意」、旧臘も何より之三種御惠贈被下、早速拜味仕、不レ浅辱次第奉レ存候、其時も早速御礼可ニ申上候処、彼是取紛、甚失礼之儀、偏ニ御重恕可被下候、度ニ之御礼相束候而、乍同右義ニ得「貴意」候、尚期「後便」先早ニ積る御礼御申訳可レ得「貴意」迄、如レ此御座候、以上

三月十六日

平左衛門

林哲様

尚々杉田宇留野大槻等江度ニ為御登二物、早速相届申候処、右之返書は私方江参り候事無御座候、定而外より御手元江参るに而も御座候哉と存候、相届之義におひては、相違無御座候間、左様召思可被下候、以上

註

・平左衛門ニ高橋平左衛門と考えられる。

第一〇〇号文書 坪井信道書状 堀内忠寛(素堂)宛

呈

堀内学契足下

坪井 信道

千里子帰省ニ付一書呈上仕候、時下秋氣相加候処、愈御清適被成、御座ニ奉ニ恭賀候、随而弊屋無事能食仕候、乍憚御省慮可被下候、扱過日る毎々御懇書御惠投被下、御芳情奉ニ

多謝候、其後貴酬可ニ申上候処、賤事忙劇加以「懈惰」之性、乍レ存御無音罷過候、此段御海容可被下候、千里子事何卒

当年中も留学為レ致度相心掛候処、高堂倚門之情不レ可ニ如何、是非々々、此度ハ御引戻シニ相成、扱々残念千万奉レ存候、何卒以ニ御配意ニ来春再遊出来候様御取計以可レ然奉レ存候、暫時之逗留ニ而百事不レ成、氣毒千万御座候、

奥羽当年不熟之由、扱々氣之毒之事御座候、当地も夏来不時之冷氣ニ而、米価大ニ飛揚仕、一統難渋仕候、何卒此上格別之暴風雨等無レ之様仕度奉レ存候、青地家内へ御伝声被下難レ有奉レ存候、尚小字ニ宜敷申上候様申出候、

高橋君へ別書不レ呈候、乍憚可レ然御致意可被下候、右貴答可ニ申上ニ如レ此御座候、只今病家へ出掛罷在、勿々申略候、頓首

八月十一日

註

・千里子ニ鈴木千里。

・青地家内ニ青地林宗の家内、宮脇氏。

・高橋君ニ高橋玄勝か。

・内容から堀内忠寛(素堂)宛書状と考えられる。

第一〇七号文書 坪井信道書状 堀内宛

(端裏)
堀内様

病用

坪井

殿様拝診仕候、今日ハ御平和御平生躰と被レ仰候御事ニ御座候、一昨日ニ御発し之御容子承候へハ、一昨年之御容体ニ相
■と■多く奉レ存候、何れ頭腦ニ一種之ギフト被レ為レ入
加レ之多血上迫いたし候より御発し被レ遊候御事と奉レ存候、
且今之処、解癡下劑可レ然奉レ存候、今日之御処方嘔氣ヲ御発
し被レ成、召上り兼、返し候様御話ニ御座候、センナ菜之氣
味を御嫌ヒ被レ成候ニ而も可レ有レ之歟、何角御加減被レ成候様
奉レ存候、御平生全硫黄カローメル式ホツクホウトハルスケ
レモル杯と申様なる御持參御用、時々御瀉血、肩胛間ニ発泡
打膿等可レ然ヤニ奉レ存候、何分御頭腦中之御事御急症難レ計
奉レ存候、尚拝晤可レ得レ貴意候、頓首

七月卅日

御奥様逐々御和水御遊し候へ共、兎角御食氣今以不レ被レ為レ
入候、御高案御一筆奉レ願候、以上

第一〇九号文書 坪井信道書状 堀内忠龍(素堂)宛

(端裏)
堀内忠龍様

坪井信道

爾來御疎遠罷過候、益御清適奉ニ拝賀候、然ハ豚見事、昨日

帰宅仕候処、俄之不天氣ニ而雨具持參不仕、帰塾仕兼候ニ

付一宿仕候、今日も此雨天ニ御座候間、少々小降りニ相成候
ハ、帰塾可レ仕候、此段御承知可レ被レ下候、右申上度、草
々頓首

四月廿六日

尚々豚見相傘下駄御家来へ被レ仰付此者ニ御渡可レ被レ下候、
以上、

註

豚兒ハ坪井信道の子、信友と安貞の二人が堀内素堂に師事し
ている。文面からは、そのどちらとも判明し得ない。

本状は『堀内素堂』四四・五頁に写真を添え、全文掲載され
ている。

第二五八号文書

炎涼不齊之天氣ニ候処、道標万福奉ニ敬祝候、然ハ兼而相願
置候豚兒今日さ差出申候、万御厄介と奉レ存候、何分柔情之性
質、幾重にも御加鞭之程奉ニ希上候、御塾生中へも宜敷御致
意可レ被レ下候、何れ近日拝顔委纏可ニ申上候、恐惶頓首

六月七日

前後ニ相成候

御前様、其後逐々御利水被レ為レ在候哉、乍レ恐御案申上候、
以上

註

- ・本状は筆跡から坪井信道の書状と認められる。
- ・豚児Ⅱ一〇九号文書註参照。

第二五九号文書

樽陶敷天氣ニ御座候処、

老先生益御佳適被レ遊ニ御座ニ恐悦之至奉ニ拜寿ニ候、然ハ御備
 一筋鱒一尾乍ニ些少ニ歳末之御祝儀申上度拜呈仕候、御笑留
 被ニ成下ニ候ハハ大慶ニ御座候、先右申上度、草々如レ此ニ御
 座候、謹言

臘念五

猶月迫嚙々御取込被レ遊ニ御座ニ候半、時下折角御自玉奉レ祈
 候、頓首拜

註

- ・本状は筆跡から坪井信道の書状と認められる。

第二六〇号文書

尚金百疋礎ニ落手仕候

(破損)

帖奉ニ薰読ニ候、益御多

(破損)

奉ニ拜寿ニ候、過日ハ大失敬真平御

海容可レ被ニ成下ニ候、御訳稿為ニ御持ニ被ニ成下ニ難レ有奉レ謝

候、早速拜見可レ仕候、磁器之儀、委細承知仕候、取寄早速
 可ニ申付ニ候、併シンキ書は何卒御手ニテ御取寄被ニ成下ニ度奉ニ
 頼上ニ候、草々貴答迄、頓首

十二日

註

- ・本書は筆跡から坪井信道の書状と判断される。

第二六四号文書

如ニ貴命ニ逐日寒威相増候処、益御清福奉ニ拜寿ニ候、陳ハカル
 ハニイパツテレイ之儀被ニ仰聞ニ奉レ畏候、左様申聞問合見可レ
 申候、且又フーフエイズル之儀も承知仕候、過日鳥渡噂いた
 し申候、是ハ十分御請合出来可レ仕候、其中日限可ニ申上ニ
 候間、御本人御遣し可レ被レ下、同道にて鑄もの師方へ罷越
 可レ申候、拙方も兼而御噂仕候、縁女来月三日ニ引取候積、彼
 是混雜大御無沙汰仕候、何れ改而可ニ申上ニ候得共、当日ニハ
 乍ニ失敬ニ御光来被ニ成下ニ度願上候、貴答耳、草々頓首

十月廿五日

註

- ・本状は筆跡から坪井信道の書状と推定。

第二六五号文書

先達而は貴札辱拜誦仕候、寒冷相募候処、愈御清榮可被成ニ御勤仕珍重奉存候、爰元小子義無異儀ニ勤学仕候間、御安意可被下候、誠ニ御滞府中段、被添御心、田舎者之私御引廻を以段御厚志之程忝奉存候

一、先生家会随分不絶諸生相見申候、御帰国後、別而六ヶ敷産婦無御座候、併折節は逆産彼是御座候得共、聊之刻限ニて直ニ出産ニて御座候、余り手取り候事ニては無御座候一、拙宅近辺豊島町ニ横産御座候処、先生留守ニて丹宮小子罷越候処、未診察不仕候処、死去ニテ残念、空罷帰申候

註

・本状は筆跡から坪井信道の書状と推定。

第二六六号文書

拜見仕候、如仰春暖相催候処、愈御万福奉賀候、然ハ御稿本校閲之義、甚延引恐入候、実ハ此節甚煩業、其上主人立前ニ相成、彼此不レ得ニ寸暇、誠ニ不レ可ニ如何ニ時節ニ御座候、因而不本意至極ニ御座候へとも、何分此節相尺暇無之、無ニ余義返上仕候、全体之御文字可申上ニ事も少シ、此ま御自校被成候ハ、強而所笑様之義も有之の間敷、何分私此節之処御察可被下候、即ニ冊御使江託し差上候、幾重も何

分右御諒察可被下候、頓首

如月廿日

註

・本状は筆跡から坪井信道の書状と推定。

第二八〇号文書 御意之旨覽

御意之旨覽

家頼中所帯困窮一朝之事ニあらず、抑我等代始以来深く思慮を苦しめ、儉政之余力を以て、既ニ借銀取揃え仕法申付候処、近年異賊之沙汰しきりニ起る、兩國ハ摂海之地ニて、防禦之備急務之処、家来中猶日用之衣食も足らず、まして武備ニ怠る族もあらんか、志ニ優劣ハ無之とも其備なく而ハ進ミ難く、我等又誰と共ニ敵ニ当らんや、若

御ミ靈御創業ニ兩國をして外寇之辱めを受けるの事ならしめハ、当家浮沈之期ニ至ルべくやと夜日寢食を安せず、憂苦ニ堪へざる所なり、よつて此度家来中公借ハ捨り内借ハ償ひ替、無借少借之者并ニ末々ニ至ルまで惠銀申付候、本々難波之所帯仕組半途ニハ候とも、只管外寇之備ゆるかせニすへからず、前条之沙汰ニ及ふ所なり、此旨能々相心得ますく、節儉を尽し、文武ニ心をゆたね、武備堅固ニメ治乱之奉公怠らずんハ我等心を安するの時あらん、如レ此申付候後、若不心得之族於レ有レ之者無レ抛

先公之常典ニ申付へし、委細年寄共る可ニ申聞候事

閏十一月朔日

御添書附

御所帶御難決ニ付、數年重き出米被ニ召上ニ候処、追々御節儉之御余沢ヲ以御馳走御有免被ニ仰付ニ候得共、御家來中、多年之困窮借財相嵩候趣、被ニ聞召上、深く

御心勞ニ被ニ思召、去年諸借道附不ニ容易ニ御仕法被ニ仰出、難レ有御事ニ候処、今般外寇之趣ニ付、尚又厚き思召之旨得レ届候ハ救惠之遂ニ詮儀ニ候様被ニ仰出ニ候へ共、御国中之御物成ハ大概御家來中へ御配リニ相成、御常用難レ被レ為ニ相調ニ程之儀ニ付、此余程手段候次第再申上候処、異賊防禦之御手當彼是片時も難レ被ニ差延、於ニ

御主意ニハ則御意之趣被ニ仰聞候通、誠以難レ有御事ニ付、依レ之御仕組年限、延々相成候も不レ被レ為レ為、上ハ不自由ヲ何程も可レ被レ遊ニ御堪忍、御小納戸銀御撫育銀等を始、公借之義ハ悉く被レ捨候、去年御仕法入之内借ハ銀主迷惑ニ不レ及様御手許銀其外を以御物替可レ被ニ仰付ニ加レ之常々覺悟セシメ御厄介不レ至無借少借之面々、猶末々ニ到ル迄、格別之御惠筋被ニ仰出候、且分過大借之面々御咎メ之先蹤も有レ之候へとも、此度之儀も起候ハ、被レ為レ遂ニ御了簡ニ候間、一統御仁惠之程奉ニ感戴

一、入質素儉約を尽し、夜日文武ニ志を励まし、武備之手當無レ緩御賢慮を安られ候様御奉公申候心掛可レ為ニ肝要ニ候、万

一不心得之族於レ有之ハ、急与可レ被レ及ニ御沙汰ニ候事

一、無借之面々高百石ニ付、銀一メ目宛之当りを以、御惠被レ成、高百石ニ付、一メ目以下小借之面々一メ目位之割合を以被ニ下置ニ候事

一、於レ于ニ下知行入質借差留無レ抛儀ハ公銀利安御貸方之任法、別紙ニ令ニ沙汰ニ候事
一、足輕已下之分ハ御恩扶持切米拾石ニ付、三十目宛之当りを以御惠銀被レ下候事

外
御馳走行形之御意書御添、書附有レ之候へとも一通之事ニ候間、可ニ申上ニ候事

註
本文書は書状ではない。
筆跡は坪井信道の手になるものと判断される。

第一六八号文書 渡辺書状 堀内宛

〔端裏〕
堀内様

渡辺拜

頃日は引続快晴御座候処、益御清適奉ニ至祝ニ候、然は先日は御門生へ種痘為御見被レ成度、御同道ニ而御來駕被レ下候段被ニ仰下ニ候処、其節は川崎氏当番ニ付、同家無レ抛差支有レ之御断申上呉候様申參候ニ付、無ニ余儀ニ御断申上候、誠ニ御氣之毒千万奉レ存候、明廿七日は拙家順番種法相行候間、御同

道御来駕被_レ下様奉_レ願候、呉も御同道奉_レ待候、右得_二貴意_一度、草々如_レ此御座候、頓首

三月廿六日

第一七六号文書 高橋波瀛書状 堀内忠亮宛

如_二貴命_一春寒退兼候処、弥御清福奉_レ賀候、然者絹地_二幅之義委細承知致候、金貳百疋、御使_レ遣_二請取申候、扱又、飛田之不幸驚入申候、玄仙江御針被_二仰付_一候由、難_レ有事_二御座候、此方_二而も去ル_一四日家内之兄死去致し申候、乍_レ序御知せ申上候、先_ツは取込中御返事迄、勿々以上

二月十日

尚々、有合之鮭少々差上候、御一笑、

堀内忠亮様

高橋波瀛

第二四九号文書

註
・玄仙_二米沢藩町医師に永山玄仙なるものあり。あるいは同一人か。

第一七七号文書 高橋波瀛書状 堀内忠亮宛

兎角不正之時候ニ御座候得共、弥御清福被_レ成_二御座_一奉_レ賀候、

然者過日松伯益礼之義申参り候、其節少々不都合ニ而渡し不_レ申候、其内小生参り可_レ申と存居候得共、此節書画会配り物ニ取掛り居、存分無_二寸暇_一大御不沙汰ニ相成り候、先_ツ三百疋為_レ持上候間、松伯参り候へど、御渡し被_レ下度候、書画会前日ニ物入多ニ而困り入申候、尚其内拝顔、万々可_二申上_一候、勿々以上

七月十一日

堀内忠亮様

高橋波瀛

金三百疋添

註
・松伯_二藥科松伯_一か。

其後ハ久々御無音申上候、秋冷之節愈御万福被_レ成_二御座_一奉_レ賀候、然ハ此度拙著_二壺子細解開板藏刻仕候間、一部呈上仕候、従前之往説と違、支那之スプラークコンストと思召御覽被_レ下候へ、文義句脉之間ニ妙処も見得可_レ申、いつれとも篤と御熟閱可_レ被_レ下候、其内拝趨万々相伺可_二申上_一候、已上

九月廿一日

註

第二五〇文書

第二五五号文書

以別紙申上候、猶以御清福可被成御座二目出度御事奉レ存候、然者罷下候節者代次を以差上、殊更不存寄ニ尾陽若一袋拝受(致カ)忝仕合奉レ存候、早速以三書中ニ御礼可ニ申上候へとも、甚無ニ手透ニ罷在候段、失礼御免可被レ下候、

十月五日

四端様

青用

はつ先くれ身に添ふもの多くて心を

海見えて 明くなりぬ 秋の暮

第二五一号文書

第二六三号文書

おつて申上度候、然ハ先日道庵様く九年母被下候所、御悦被成、御ごんのおかつなり、御業の御あどなとに被召上、いたつて御志よふくわんなされ候、その内なくなりさふに相なり候まゝ御めんとふ様ながら、十四五も御下し被下たく御願申上候、余り御きのとくニ御座候へ共、はやき御たよりに御せわ被下候様御願申上候、何もくあらくめて度申上候

十四日

第二五三号文書

藍田之節ハ喪中ならてハ押ぬもの也、無御存と見へたり、

此度同列江被仰渡候、他国入込居候合葉相改候様被ニ仰渡ニ奉レ畏候、同列共打寄衆評仕候処、中々以急ニ相止り申間敷奉レ存候、且亦入候合葉御差止被成候は、從ニ米沢一夥敷差出候合葉をも御止不レ被成候而は不ニ相叶合葉も有ニ御座ニ間敷ニも無ニ御座候、元々出入之合葉とても御国交易之端と奉レ存候、夫を御差止被成候ハ、交易之不便他国江之聞得も如レ何敷奉レ存候、根元御仁政を以四民之急病患難御救被ニ成下候為之御義旨奉レ存候得は、合葉調合御役場被ニ仰付、四民患難御救可被ニ成下候、弥製葉被ニ仰付候節は、同列一兩人外相応之御役人立会を以、調合分量御改被ニ仰

付、製薬方江相渡申度奉レ存候、右製薬方は丸散等手習申候者共江被レ仰付ニ可レ然奉レ存候、尤平常御役人役場江出勤、諸品製法等差函仕候様被レ仰付ニ度奉レ存候、合薬出来次第、其筋、在、之出役肝煮等江御渡被ニ成下、四民御患被ニ成下一候は、一統難レ有帰服仕候而自ラ他国之売薬相止リ可レ申旨奉レ存候、尤合薬御代料等は秋冬之頃御取立被ニ成下一候ハ、難レ有御義旨奉レ存候、只、此方之製薬丁寧ニ被ニ仰付ニ入念候は即効も有レ之、且は御徳ニ奉レ酬諸家差出候薬共も猶以丁寧ニ可レ仕候、左候得は専ラ後ニハ他国江も罷出御外聞も宜敷、御国民之潤益ニも可レ罷成ニ奉レ存候、以上

註

・本状は筆跡から堀内林哲の書状と判断される。

第二七四号文書

和漢之外科治方

乍レ憚左ニ御答申上候、近代明漢ノ書を以療するを見る時ハ和漢共山林海辺、又者貴賤貧富ノ人生男女ノ別を相考療治可レ仕事と奉レ存候、癰疽陰症ニメ病人甚矣、陽症ニメ甚虚、症軽メ甚痛、陽症ニメ不破ノ症、品メ可レ有レ之事ニ候得共、依ニ其症ニ相考、治ラ施シ可レ申か、和漢共ニ近代ノ人生其時ニ応シ療治可レ仕事と奉レ存候得とも、至而未熟之我々外ニ可ニ申上ニ候無ニ御座ニ候間右御答為ニ申上ニ迄如此御座候、頓首

(欄外下に敬書)
「人ハ天地人ノ三才ニメ天地ノ間ニ生スレハ和漢と申テ人ノ生スルカ事は道とす」

(端裏)
「飯田忠林先生之案也」

我等こたへなは如斯となり」

第三〇四号文書

香雨君の古郷へ帰らるゝ御印こと竹葉拜別れても かさねて 菊の 契哉

第三〇五号文書

たびころも こよひばかりの 名残とや
明行そらに かりの鳴らん
阿竹

第三〇七号文書

阿ら吹の 風の間たや 舞雲雀
舞雲雀 月を残して 落にけり

第三一〇号文書

峰ほとハ 音のせぬ也 秋の雨
秋かせの 吹や軒はの 下り蜘蛛
ゆくと見れば 日のさす空や 秋の雲

右

菊紫

第三一一号文書

一夜つゝ 声に艶もつ 水鶴哉
闇の夜を わさくれに停 水鶴哉
夕月の いてゝ日のいる 麦田かな
麦の香に 夜の明渡ぬ 村家哉
面白う 草紫に遊ぶ 鹿子哉
親鹿も 居て志たわしき 鹿子哉
竹の子に 藪は賑いし 緞の音
竹の子に 愛敬見せる 市場哉
短夜を 茶に浮されて 寝ぬ夜哉
身にそへぬ 旅寝のゆめや 明安き

右

柳糸女

第三〇九号文書

小戻りを して流るゝや 春の水
植込の 中を通すや 春の水
夕風に 乱るゝ汐干 戻り哉
汐干狩 宿へ帰れハ ものさひし
野のさくら 風も吹ぬに 散にけり
家根舟に さくら散込 月夜哉
旅こゝろ 思ひ立日や 別れ霜
土橋から 見上る畑や 別れ霜

花月女

二道や 二手に替る 雲の峯
海越や 立重なりて 雲の峯
はろふ手に 藪蚊のすかる 夕へ哉
うたゝ寝や 蚊の出る比と はやなりし
紫陽花や 其目をめつる 花の色
紫陽花や こほるゝ露も 花の露
酔さめに 呑葛水の 風味哉
葛水や もてなしにする 客の前
雨乞に 濡るゝかゝニや 引手前
雨乞や 脊中合せの 遠近江

右

花月女

第三二二号文書

香雨ぬし、こたひ古里江かへり給ふ名残りをおしめて

山々を 立へたつとも むさしのに

くまなくすめる つきなわすれそ

朝きりの たちへたて行 わかれかな

久尾

註
・本紙は木版刷。

第三一三号文書

やうく二郡佗ひ候様ニ申候、辻鉢にてハ、志ニたるかまし
にて候、たとへ御滅亡候共、御名不折候様ニ仕度候、定而可
為御同意候

(鶴丸)
元

「山本山

興禪寺

壱斤

」

註

・本紙は木版刷。

第三一五号文書

梅もけふ 襠襟に進む にほひかな

馬丈

日本医史学会例会記事

九月例会 九月二十四日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

一、中国の南北朝時代における医術者

二、中国道教の鍊丹術に想う

十月例会 十月二十二日(土)

慶応義塾大学医学部北里記念図書館第一会議室

一、五臓観について

二、「維摩詰所説経」問疾品について

山本徳子
吉田一郎

酒井シヅ

関根正雄

雑報

青木記念医科器械史料館開館

去る九月二十六日 埼玉県春日部市に青木記念医科器械史料館が開館した。その収蔵品は主として近代医学に焦点を置いたものであるが、その数は九百点余におよび、世界に類のない特徴をもった史料館である。

この史料館が生れるに至った事情は、私費を投じてこの記念館を設立された青木利三郎氏が昭和五十年五月に第五十回日本医科器械学会の会長に就任されたときにはじまる。この大会で「医科器械の歴史展」が催され、多くの人々の注目を集めたことはまた記憶に新しい。この歴史展では、会長自身が全国を駆け巡り、各

地に眠っていた歴史的な外科器械を集め、陳列したのであった。青木利三郎氏については外科畑の人はよく知るところであらうが、それ以外の人のためにここで紹介しておこう。

青木氏は現在は泉工医科工業株式会社の社長である。同社は人工臓器のメーカーとしてよく知られた会社であり、人工腎臓を開発するために独自の実験を重ねている様子はかつてのNHKテレビでも放映された。それは氏の一端をみせたにすぎず、今日のわが国の外科の発展の土台になった仕事は数多い。たとえば、昭和二十四年、国産第一号となった閉鎖循環麻酔器は青木氏の手になったものであり、今日広く使われている血管吻合器は同氏の開発によるもので、この功により昭和四十六年に紫綬褒章を受賞された。こうした器具の作品もこんど開館した史料館に展示されている。なお、史料館の所在地および開館日は次の通りである。

一、場所 埼玉県春日部市浜川戸 二一十一一

泉工医科工業(株)春日部工場内

青木記念医科器械史料館

一、開館日 第一、第三木曜日 午後一時〜四時

賀川玄悦没後二百年記念行事

杉立義一

賀川玄悦の二百年忌にあたり、その業績を顕彰するため、今春以来、賀川玄悦没後二百年記念顕彰会（会長山田一夫）が中心となつて、日本医史学会もその協賛団体の一つとして顕彰事業をすすめてきたが、全国各界約一千余名の方々より淨財の寄付をいただくことができ、菩提寺である京都市下京区中堂寺西寺町十七、玉樹寺の境内に、顕彰碑（高さ七十五糎、幅一米）を建立して、九月二十五日、除幕式を挙行した。

玄悦の没年安永六年九月十四日より数えて二百年目の九月二十五日、玄悦の眠る玉樹寺に於て午前十時より法要。墓前祭を行い、ついで顕彰碑の除幕式を行った。午後は会場を八坂神社前の中村樓にうつして記念式典を行い。記念講演会にうつった。秋田大学学長九嶋勝司先生は「賀川流産科と秋田」と題して二代子啓、三代子全等秋田出身の門人が養子として玄悦の衣鉢を継いだ経緯を新資料をまじえて説明された。ついで、日本医史学会理事長小川鼎三先生は医史学的立場より玄悦の業績の偉大さについて一時間にわたつて懇切に解説された。

同時に別室に於ては玄悦の家系、業績、門弟等に関する資料約六十点（未発表の資料多数をふくむ）を陳列した記念展示会も併設して午後三時三十分盛會裡に終了することができた。

当日は本会からも、小川鼎三、大島蘭三郎、中野操各先生をはじめ多数の会員が出席し、また各地の日本産科婦人科学会、日本母性保護医協会、徳島・京都各医師会の代表者、各会員百余名が参列して先覚者の偉業を偲んだ玄悦の末孫として徳島の十二代賀川明孝氏、京都の八代賀川玄之佑氏、北賀川家の賀川太郎氏、玄悦の妻山田氏の後離山田稲太郎氏ら一族十数名が二百年ぶりに玄悦の墓前に会したことは玄悦への最大の供養であつた。

宗田一氏（日本医史学会常務理事）の撰する碑文を記しておく。
日本近代産科学のみなもと

ここ玉樹寺のひがし一貫町に、十八世紀の名医、賀川玄悦（字は子玄一七〇〇一七七）が住んでいた。

玄悦は、あらゆる權威にとらわれず、自分の目でたしかめる実証精神から、それまで信じられていた、母体のなかの胎児の位置が誤っていることを知り、その正しい位置（上臀下首）を、はじめて発見した。また、あふれるばかりのヒューマニティから、難産で苦しむ母体を救う方法を発明した。これらは、日本の医学が世界に誇る業績の一つである。

賀川一門は、各地で多くの名医を生み、母子ともに安全に救う方法を完成して日本の産科学の発展に大きく貢献した。

玄悦の没後二百年にあたり、墓域の修復をおこなう、とともに賀川一門の偉業をたたえるため、ここに碑をたてて記念とする。

一九七七年九月十四日

賀川玄悦先生没後二百年記念顕彰会

今田見信先生のご逝去を悼む

いつも学会があると笑みを浮かべ参加されていた本学会理事
今田見信先生が、去る八月十八日午前二時四〇分心筋梗塞のた
めご逝去された。享年八〇歳、先生は明治三十年島根県に生ま
れ、歯科医学の勉学を志し、大正七年東洋歯科医学校を卒業さ
れ、歯科医術開業試験に合格、大正十年歯科を開業の傍ら、歯



苑社を創立、雑誌「歯苑」を発行、それが「本之歯界」「歯科公報」を経て戦後「歯界展望」と改題し復刊、通巻八四四号を数えていることは他誌に類をみない。また終戦と同時に急角度で上昇するインフレの嵐のなかで昭和二十一年「医学のあゆみ」つづいて「JAMA日本版」を発行し、最新の医学情報を提供した功績はまことに社名にふさわしく医歯薬史上高く評価されている。

今日の日本歯科医史学会は先生が生みの親で、第一一回日本歯科医学会総会（会頭鈴木勝）を機とし、昭和四十一年一月歯学史集談会を発足させ会員を募ったのはじまるが、実は昭和九年に先生が社会歯科医学会を興し、その中に歯学史を含めたことに端を発している。

また「医学古典集」の発行をはじめ「開国歯科医人伝」「W・C・イーストレイキ伝」「小幡英之助先生」「歯学史料」「続歯学史料」などの著書は近代歯学が日本へ紹介された経路を明らかにしたもので前人未踏の業績と称えても過言ではなからう。その他国際交流や公共事業のために尽くされた事跡は枚挙するいとまもなく、それが永遠に不滅の光を続けることでありましょう。私共も先生により点燈された一燈を消さぬよう懸命に努力することを誓い先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

（日本大学松戸歯学部 谷津三雄）

【書評】

京都外国語大学付属図書館編

『対外交渉史文献目録近世編』

本書は京都外国語大学創立30周年記念事業として、同大学附属図書館が編纂したものである。「序」によれば、松田毅一氏による昭和40年の『日欧交渉史文献目録——南欧・キリシタン編』収録の七千点およびその増補二千点を再録すると共に、時代を幕末期まで延長し、さらに、南欧以外に鎖国中にも交渉のあったヨーロッパ、アジア諸国および開国後のアメリカを含む対外交渉関係の文献などを加え、新たに約6千点の文献が収録されているという。

「凡例」によると、原則的には、一八七八（明治元）年から一九七五（昭和50）年までの国内外の近世日欧交渉史ならびにキリシタン関係、洋学関係の刊行文献を目録化したものである。また、中世末期（戦国時代）、近世明治初期にそれぞれかわる関連文献もかなり収録したとしている。ただし、キリスト教布教関係が詳細である一方、通商貿易、外交関係の調査が不備であると述べられている。

医学史・科医技術史を含めて、対外交渉史、科学技術や文化から見れば、受容の歴史に関する文献目録は今まで刊行されて来なかった。雑誌では、日本科学史学会の『科学史研究』における「科学技術史関係年次文献目録」、日本医史学会の『日本医史学

雑誌』の「医史学関係文献目録」などがあるが、年次目録である。本書の収録文献は明治元年以来のものであると共に、単行本として広く出版されたことに大きな意義がある。

分類配列は著（訳）者分類で、ABC順であり、同一著訳者については、編年順に配列している。書籍、パンフレットには頁数が付されているが、雑誌論文にはない。索引は一〇六の件名に分類されている。

実際の収録状況を調べるため、まず自分のところを見、次いで、蘭学史、医学史関係の研究者達の項をかなり詳しく繰って見た。本書の「掲載誌、参考文献目録」によると、『日本医史学雑誌』や『科学史研究』から文献を採録していることになっているが、残念ながら、はなはだ不完全であるといか言いかい様がない。『蘭学資料研究会研究報告』からは、たんねんに採り上げているが、『科学史研究』になるとそうは言えず、『日本医史学雑誌』になると、これで採りあげていると言えらるのだろうかと思える。ざるを得ない。この様な大きな仕事となると、必らずミスも出るものであるが、残念と言われない。

「序」において「完璧を期することは到底及び難いところであり、不備な点は各位のご教示にまち、後日の修正増補を期したいと思えます」と述べ、「緒言」では「本目録もまた幾多の不備がある」と自認せざるを得ない。（中略）かくの上は今後なお補修に努め諸氏の教示を仰ぎ、より充実したものを作成してゆきたく念ずるのみ」としている。編者側の姿勢もさることながら、我々の学会も、学会および個人として何らかの協力をなし、本目録が

さらに充実したものなる様に願うものである。

しかし、多種の雑誌、単行本から多数の文献が収録されていることから、我々がお目にかからず、気がつかない論文、さらには関連周辺分野の文献を本目録によって知ることが出来るわけで、医史学研究者の方々にも、ぜひ御利用されることをおすすめする次第である。

(B5版、目録四二八頁、索引二〇頁、雄松堂書店、昭和52年9月、一五、〇〇〇円)

矢部 一郎

大鳥蘭三郎氏オランダの勲章を受賞

去る八月二十九日オランダ大使館において本学会常任理事大鳥蘭三郎氏にオランダ政府からオフィシエ位のオランイェ・ナツツ一勲章の授与が行なわれた。この授賞は大鳥蘭三郎氏がライフワークとして取組んでいる日蘭交渉史における業績に対するものである。昨年十一月の同氏への野口英世賞授賞に続いてのこの授賞は地味な分野でコッコツと仕事を続けてこられた同氏への最大の贈物といえる。

お知らせ

このたび本学会の五十周年記念事業として出版されることになりました『図録日本医事文化史料集成』全五巻は、すでにご承知の通り第一回配本(第二巻)が発売されました。

つきましては会員各位に対するサービスとして、全五巻購入の方々に全巻完結後、出版元より図書券または記念品が贈られることになりました。御希望の方は第二回配本(第一巻)および最終巻(第五巻)に挿入の読者カードに会員であることを明記のうえ、三一書房宛お送り下さい。

なお、購読希望の会員は事務局へ連絡いただければ斡旋いたします。

第七十九回日本医史学会総会

来る三月二十五日・二十六日の両日、昭和五十三年度の日本医史学会総会が宮崎市において左記の要領で開催される。

会長 内田 醇

日時 昭和五十三年三月二十五日(土)・二十六日(日)

場所 宮崎県医師会館

今回は本学会としては初めての南九州での総会であり、しかも会長が宮崎県医師会長であるということから、この総会に宮崎県医師会の全面的協力を得て、参加者への宿泊費の割引などさまざまな形で便宜がはかられた。遠隔の地の総会であるが、できるだけ多くの会員の参加を得て、会長はじめ主催者の方々の労苦に報いていただくことを願う次第である。

日本医史学会会則抄

第一条 この会は、日本医史学会 (Japan Society of Medical History) としう。

第二条 この会は、事務所を〒113東京都文京区本郷二――一

順天堂大学医学部医史学研究室におく。

第三条 この会は、医史を研究しその普及をはかるを目的とする。

第四条 前条の目的を達成するために次の事業を行う。

(1) 学術集会、その他講演会学術展観の開催等

(2) 機関紙「日本医史学雑誌」「日本医史学会々報」および関係図書等の刊行。

(3) 日本の医史学界を代表して内外成の関連学術団体等に機関との連携

(4) その他前条の目的を達するために必要な事業

第五条 この会の会員は次のとおりとする。

(1) 正会員

この会の目的に賛同し会費年額四、〇〇〇円を納める者ただし、外国居住者は年額20ドルとする。

(2) 名誉会員

この会に対し功績顕著であつた者で評議員会の議決ならびに総会の承認を得た者。

(3) 賛助会員

この会の目的事業に賛助し会費年額一〇、〇〇〇円以上を納

める者、または団体。

第六条 正会員にならうとするものは評議員の紹介により、理事長の承認を得て入会金一、〇〇〇円およびその年度の会費を添えて所定の入会申込書を提出しなければならぬ。

第七条 名誉会員は次の各号の何れかに該当し理事会、評議員会が功績顕著と認めた者であることを要する。

(1) 三十年以上の在籍正会員であつて七十歳に達した者。
(2) 前理事長。

(3) 正会員または外国人で功績顕著な者。

名誉会員は終身として会費を免除することができる。

第八条 賛助会員にならうとする者も第六条に準ずる。

第九条 会員には次の権利がある。

(1) この会の発行する機関誌の無償配布をうけること。
(2) 機関誌に投稿すること。

(3) 総会、学術大会、学術集会その他の事業に参加すること。

第十条 会員は、会費を前納し総会の議決を尊重しなければならぬ。

第十一条 会員は次の事由によつてその資格を失う。

(1) 退会

(2) 会費の滞納が一年以上を経過したとき。

(3) 禁治産、準禁治産または破産の宣告。

(4) 死亡、失踪宣告または会員である団体の解散。

(5) 第十四条による除名処分。

この会は学術大会を毎年一回開催し、学術集会は随時開催す

る。

第十二条 この会には、年一回学術大会を主宰するために会長を一名おく。

2 会長は、理事会の推薦により、通常総会毎に理事長が委嘱する。

3 会長の主宰する学術大会は、この会の通常総会と同時点で開催することを原則とするがやむを得ない事情のある場合は評議員会または総会の承認を得て変更することができる。

4 会長の任期は、学術大会を議決した通常総会の翌日から次の学術大会を終了するときまでとする。

5 会長は必要に応じ理事会に出席しこれと密接な連絡のものに計上予算を勘案して企画運営する。

6 会長に事故あるとき、または欠けたときは新に会長を委嘱するまで理事長がその職務を代行する。

7 会長は、学術大会関係事務を委嘱するために、会員のうちから学会委員若干名を選任することができる。

8 学術集会は、随時理事長主宰のもとに開くことができる。

『日本医史学雑誌』投稿規定

発行期日 年四回（一月、四月、七月、十月）末日とする。

投稿資格 原則として本会々員に限る。

原稿形式 原稿は他雑誌に未発表のものに限る。和文の表題、著者名のつぎに欧文表題、ローマ字著者名を記し、本文の終りに欧文抄録を添えること。

原稿は二百字または四百字詰原稿用紙に縦書きのこと。

原稿の取捨選択、掲載順序の決定は編集委員が行なう。また編集の都合により加除補正することもある。

著者負担 表題、著者名、本文（表、図版等を除く）で五印刷ページ（四百字原稿用紙で大体十二枚）までは無料とし、それを超えた分は実費を著者の負担とする。但し欧文原著においては三印刷ページまでを無料とする。図表の製版代は実費を徴収する。

校 正 原著については初校を著者校正とし、二校以後は編集部にて行なう。

別 刷 別刷希望者には五十部単位で実費にて作成する。

原稿送り先 東京都文京区本都二丁目一の一、順天堂大学医学部

医史学研究室内 日本医史学会

編集委員 大島蘭三郎、大塚恭男、蔵方宏昌、酒井シヅ、樋口誠

太郎、室賀昭三、矢部一郎、矢数圭堂 事務担当 鈴木滋子

編集顧問 小川鼎三、A・W・ピーターソン

日本医史学会役員氏名(五十音順)

理事長	小川 鼎三
会長	内田 醇
常任理事	大鳥蘭三郎 大塚 恭男
会計監事	宗田 一 大滝 紀雄 古川 明
理事	石原 明 今田 見信 大塚 恭男
	大鳥蘭三郎 大矢 全節 緒方 富雄
	小川 鼎三 蒲原 宏 佐藤 美実
	酒井 恒 鈴木 勝 宗田 栄一
	中野 操 長門谷洋治 三木 栄
幹事	矢数 道明 谷津 三雄 山形 敏一
	酒井 シヅ 杉田 暉道 谷津 三雄
矢部 一郎	

日本医史学会評議員氏名(五十音順)

安芸 基雄	阿知波五郎	青木 一郎
石原 明	石原 力	今市 正義
今田 見信	岩治 勇一	内田 醇
大鳥蘭三郎	大塚 恭男	大矢 全節
緒方 富雄	小川 鼎三	大滝 紀雄
岡田 博	片桐 一男	川島 恂二
蒲原 宏	久志本常孝	榎原悠紀田郎
酒井 シヅ	酒井 恒	佐藤 美実
杉田 暉道	鈴木 正夫	関根 勝
鈴木 宜民	瀬戸 俊一	関根 正雄
宗田 一	高木圭二郎	高瀬 武平

編集後記

編集会議に加わって感ずるのは、毎度のことながら本誌自体の持つ歴史の重みである。本誌は数ある医学関係の学会誌の中で、けっして発行部数やページ数を誇るという性格のものではなく、判型や紙質の制約もあるが、会員各位の関心の所在やアプローチに依じて、主題やその扱い方だけを見て、まことにバラエティに富んでいる、そうした内容が単なる好事をこえて、昨日があつてこそ今日があり、今日があつてこそ明日があるのだという意識や眼に支えられたとき、過去も珠玉となつて現在によみがえるのであろう。

高山 坦三	竹内 真一	田中 助一
津田 進三	筒井 正弘	土屋 重朗
中泉 行正	中川 米造	中沢 修
中西 啓	中山 沃	長門谷洋治
中野 操	服部 敏良	巴陵 宣祐
樋口誠太郎	福島 義一	藤野恒三郎
本間 邦則	富士川英郎	古川 明
丸山 博	松木 明知	三浦 豊彦
三木 栄	谷津 三雄	山形 敏一
矢数 道明	山下 喜明	山田 光胤
安井 広	矢部 一郎	以上

校正を終えた段階で、一人の委員が粒ぞろいの号になつたようだ、とつぶやかれた。

(三輪卓爾)

昭和五十二年十月二十五日 印刷
 昭和五十二年十月三十日 発行
 日本医史学雑誌
 第二十三卷 四号
 編集者代表 大鳥 蘭 三郎
 発行者 日本医史学会 代表 小川 鼎三
 〒二三 東京都文京区本郷二一
 順天堂大学医学部 医史学研究室内
 振替 東京六一五二五〇番
 製作協力者 金原出版株式会社
 〒二三 日本医学文化保存会
 〒二三 東京都文京区 湯島二三一四
 印刷所 三報社印刷株式会社
 〒二 東京都江東区亀戸

- ZOLA, Irving K. 1963. "Problems of Communication, Diagnosis and Patient Care: The Interplay of Patient, Physician and Clinic Organization", *The Journal of Medical Education*, 38: 829-830.
- 1966. "Culture and Symptoms—An Analysis of Patients' Presenting Complaints", *American Sociological Review*, 31: 615-630.

- wide range of topics, including four important essays on medicine in collaboration with LU Gwei-djen and HO Ping-yü.
- 1974. "The Social Position of Scientific Men and Physicians in Mediaeval China", *Proceedings*, 14th International Congress of the History of Science (Tokyo and Kyoto, 19-27 August 1974), IV, 19-34.
- ; LU Gwei-djen 1970. "Hygiene and Preventive Medicine in Ancient China", pp. 340-378 in Needham 1970.
- PARSONS, Talcott 1951. *The Social System*. New York. pp. 428-479 on the social meanings of illness and their influence on the formation of institutions.
- PAUL, John R. 1971. *A History of Poliomyelitis* (Yale Studies in the History of Science and Medicine, 6). New Haven.
- SATTERFIELD, James H.; Dennis P. CANTWELL; Ronald E. SAUL; Alvin YUSIN 1974. "Intelligence, Academic Achievement, and EEG Abnormalities in Hyperactive Children", *American Journal of Psychiatry*, 131: 391-395.
- SIDEL, Victor W.; Ruth SIDEL 1973. *Serve the People. Observations on Medicine in the People's Republic of China*. New York. An account by a physician and psychiatric social worker based on two visits to China.
- TOPLEY, Marjorie 1970. "Chinese Traditional Ideas and the Treatment of Disease", *Man*, 5: 421-437. An account of field work in Hong Kong.
- 1974. "Cosmic Antagonisms: A Mother-Child Syndrome", pp. 233-249 in Wolf ed. 1974. On yin and yang predisposition to disease as understood by Cantonese mothers in Hong Kong.
- TWADDLE, Andrew C. 1969. "Health Decisions and Sick Role Variations: An Exploration", *Journal of Health and Social Behavior*, 10: 105-115. Critique of Parsons' "sick role" concept with a very skewed a sample.
- UNSCHULD, Paul U. 1976. *Medizin und Ethik. Sozialkonflikte im China der Kaiserzeit* (Müochener Ostasiatische Studien, 11). Wiesbaden.
- WEISS, Edward; O. Spurgeon ENGLISH 1957. *Psychosomatic Medicine. A Clinical Study of Psychophysiological Reactions*. 3d ed., Philadelphia. First ed. 1943.
- WHITE, Kerr L. 1973. "Life and Death in Medicine", *Scientific American*, 229: 22-33. Suggests that the concept of disease is gradually disappearing.
- WINTROBE, Maxwell M. et al. (ed.) 1974. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 7th ed. New York.
- WOLF, Arthur P. (ed.) 1974. *Religion and Ritual in Chinese Society*. Stanford. A volume of conference papers—unlike most, considerably revised as a result of discussion at the conference, and thus better integrated than usual.
- YAP, P.M. 1974 (ed. M.P. LAU & A.B. STOKES). *Comparative Psychiatry: a Theoretical Framework* (Clarke Institute of Psychiatry, Monograph Series, 3). Toronto. Posthumous publication, by a psychiatrist who made major contributions on syndromes peculiar to certain cultures. Often conceptually inconsistent.

- FREIDSON, Eliot 1970. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York. A seminal work in the sociology of medicine.
- GOLDMAN, Margaret; Allan BARCLAY 1974. "Influence of Maternal Attitudes on Children with Reading Disabilities", *Perceptual and Motor Skills*, 38: 303-307.
- GOODY, Jack (ed.) 1968. *Literacy in Traditional Societies*. Cambridge, England.
- GORDON, Gerald 1966. *Role Theory and Illness*. New Haven. An attempt to test Parsons' "sick role" concept. Suggests an "impaired role" as well, in which recovery is expected and medical care is discouraged.
- GRAEF, John W.; Thomas E. CONE (ed.) 1974. *Manual of Pediatric Therapeutics*. Boston.
- GREENBERG, L.M.; M.A. DEEM; S. McMAHON 1972. "Effects of Dextroamphetamine, Chlorpromazine, and Hydroxyzine on Behavior and Performance in Hyperactive Children", *American Journal of Psychiatry*, 129: 532-539.
- KENNY, Thomas J.; Raymond L. CLEMMENS 1972. "Reading Problems", *American Family Physician*, 6: 77-80.
- KLEINMAN, Arthur M. 1975. "Explanatory Models in Health Care Relationships: A Conceptual Frame for Research on Family-based Health Care Activities in Relation to Folk and Professional Forms of Clinical Care", pp. 159-172 in National Council for International Health 1975. Citation is from preprint with different pagination.
- LEE, T'ao 1943. "Medical Ethics in Ancient China", *Bulletin of the History of Medicine*, 13: 268-277, Primarily concerned with the establishment of medical ethics in the seventh century, although there is evidence of earlier origins.
- LEIGHTON, Alexander H.; John A. CLAUSEN; Robert N. WILSON (ed.) 1957. *Explorations in Social Psychiatry*. New York. A collection of essays, with discussions, on individual and shared mental illness, and on social issues in mental health and illness.
- LEMERT, Edwin 1951. *Social Pathology*. New York. The major source for FREIDSON's "situational theory of deviance".
- McLACHLAN, Gordon; Thomas McKEOWN (ed.) 1971. *Medical History and Medical Care. A Symposium of Perspectives Arranged by the Nuffield Provincial Hospitals Trust and the Josiah Macy Jr Foundation*. London. Physicians, civil servants, humanists and social scientists on the social history and prospects of medicine.
- MEAD, Margaret 1961. *Coming of Age in Samoa*. New York. First published 1928.
- National Council for International Health** 1975. *Proceedings*, 1974 International Health Conference on Health of the Family. Washington.
- NEEDHAM, Joseph 1970. *Clerks and Craftsmen in China and the West. Lectures and Addresses on the History of Science and Technology*. Cambridge, England. A

bacteria guaranteed the objectivity of a diagnosis by a doctor a century ago who was convinced they did not exist, but knew tuberculosis when he saw it. It would be equally bad logic to argue that diagnosis, although a great deal of its craft aspect remains unchanged, abruptly became objective throughout when the germ theory of disease was adopted.

It is thus possible to acknowledge as a universal process, as applicable to modern medicine as to that of ancient China, the social construction of medical disorders, while remaining aware of the power and objectivity of medicine's scientific foundation. The scientific aspect may well reign unimpeded in the ideal schemata of the philosopher of medicine or the professor of pathology, but in the mind of the physician during a clinical interview the significance of objective facts and theories is never a simple matter to be dealt with by reasoning *a priori* from their presence in textbooks.

BIBLIOGRAPHY

- ACKERKNECHT, Erwin H. 1971 (ed. H.S. WALSER & H.M. KOELBING). *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Baltimore. A number of Ackerknecht's important contributions are not included.
- BERGER, Peter L.; Thomas LUCKMANN 1971. *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth, Middlesex. First published 1966. A basic work, written at a high level of abstraction.
- BURNET, Sir Macfarlane; David O. WHITE 1972. *Natural History of Infectious Disease*. 4th ed., Cambridge, England. First published 1940 by Burnet as *Biological Aspects of Infectious Disease*. A standard source for the ecological understanding of infectious disease, a viewpoint which Burnet's advocacy greatly furthered.
- DOUGLAS, Mary 1975. *Implicit Meanings. Essays in Anthropology*. London. All previously published.
- DUNBAR, [Helen] Flanders 1959. *Psychiatry in the Medical Specialties*. New York. Valuable for the bearing of psychosomatics on nosology.
- FABREGA, Horacio, Jr. 1974. *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge, Mass. The author's special strengths are in sociology, psychiatry, and ethnology.
- FOX, Robin 1973. *Encounter with Anthropology*. New York. Informal but critical essays.

“subclinical infection is the rule, disease the exception, and death a rarity” (Burnet & White 1972: 120).

The first unambiguous clinical description of crippling paralytic poliomyelitis was not published until 1789, and the first outbreaks large enough to suggest that the disease could be epidemic did not occur until the 1860's. That was, in all likelihood, the first time in history that a sizable group of children in one locality had passed through infancy so well protected from infection that they lacked antibodies. Further improvements in sanitation gradually rendered most children of the middle classes in Western Europe and North America without immunity. This made possible the series of widespread epidemics in the decades following 1930, which claimed few victims by the usual standards of epidemics but attracted enormous attention. Finally a vaccine made an adequate antibody titer once again general despite the absence of live viruses (Paul 1971: 10-78; Burnet & White 1972: 91-96).

When we consider bacteria and viruses as diagnostic entities the conventional wisdom becomes even less helpful. It is fair to say that much of the scientific authority granted modern diagnoses—the portrayal of medicine as a science rather than as a craft—derives historically from the germ theory of disease. A view consistent with my earlier position is that germs are not the disorder itself, but phenomena that doctors interpret alongside other phenomena observed or verified by tests. This point is not compromised by the fact that doctors have good reason to give germs special significance. That is not an assertion about the practice of diagnosis.

For many disorders caused by microorganisms the customary diagnostic procedures do not set out to verify their presence directly. They are based, rather, on signs and symptoms that have been used to demonstrate pathology since long before causation of disease by microorganisms was known. Much of the delineation and classification of particular disease is based on a clinical taxonomy a century and a half old. As Kerr L. White puts it, “the more we learn about the genetic and molecular substrates of disease and the interacting forces arising from within the individual, the harder it becomes to classify ill health into discrete categories” (1973: 27).

It would be difficult to take seriously the claim that the presence of

are pathological realities of an overwhelmingly real kind—necessary conditions, in fact. But they are not sufficient conditions.

Microbes obviously set limits on the freedom within which people in different cultures see varying patterns of illness and give them meaning, but those limits are considerable. So are the limits within which the biological disturbance they cause varies.

We know, for instance, that pulmonary tuberculosis is caused by bacteria, whose presence can be verified in every case. Until very recently, at least, these bacteria lived as parasites in the bodies of most of the world's population. As Sir Macfarlane Burnet has put it, "it is most unlikely that medical treatment as such had anything to do with the slow but persistent fall in mortality up to 1939..... In all probability the diminution resulted mainly from the steady advance in the standard of living over the period [since 1850]". Only since the 1950's has a standardized drug treatment caused a precipitate decline in the residue of mortality (Burnet & White 1972: 218-219).

Little is known about the circumstances in which tuberculosis bacilli were able to overwhelm bodily defenses and cause the active disease in some people and not in others.

Specialists in psychosomatic medicine have demonstrated that the disease's development is favored by emotional factors that encourage a pattern of overwork, irregular hours, inadequate meals, loss of sleep and overindulgence. In other patients the same pattern is encouraged by poverty. This constellation of behavior is not a necessary condition, but for an unspecified but significant proportion of those invaded by the microbes of tuberculosis, its continuation along with the physical presence of the microorganism was a sufficient condition for the active disease (Dunbar 1959: 239-251; Weiss & English 1957: 423-427).

Etiologically speaking, microorganisms are only one cause among many. Necessary though they may be for certain disorders, their causal significance can change greatly over time. Until the sanitary reforms of the mid-nineteenth century in Europe and the United States, the agent of poliomyelitis was hardly less prevalent than that of tuberculosis, and its effect on health was seldom more serious than a childhood fever. It typified what Burnet has called "a well-adjusted host-parasite relationship" in which

variety of Agitation disorder, and often treated with drugs.

In smallpox the signs and symptoms are so characteristic that they are bound to limit freedom of interpretation. Nevertheless whether in a certain medical system such an apparently clear-cut disorder is distinct from similar eruptive illnesses, or whether conversely it is parcelled out among a number of traditional disorders, remains an empirical question.

The modern syndrome of smallpox did not become a distinct entity in classical Chinese medicine (as *t'ien hsing fa pan* 天行癘斑) until about A.D. 500. Even after that time there was considerable difference of opinion as to etiology and classification (Wong 1974; Needham & Lu 1970: 375). The smallpox syndrome, for instance, belonged to a large group of disorders (*t'ien hsing*) brought on by irregularities in the cycle of the seasons until it was reclassified in the mid-seventeenth century. This is, of course, only a statement about the highest recorded level of practice in the high medical tradition. It is likely, especially in early times, that the less fastidious doctors continued to confuse some cases with chickenpox and even measles. As for other varieties of healing, it is perhaps enough for the moment to remark that smallpox was probably never a distinct entity in the minds of most priest-exorcists.

To sum up, the notion that tuberculosis, anxiety neurosis, and smallpox have existed in all times and places is meaningless without qualification. To say that someone trained in modern medicine can diagnose them anywhere is a correct statement about the labelling habits of one medical system. It is as correct as the assertion that someone properly trained as a Chinese medium could diagnose demonic possession anywhere.

Microorganisms as causes of diseases.

There is an obvious objection to the line of argument I have been following. Demon possession exists only so long as people accept the reality of demons. Micro-organisms, on the other hand, would exist even if there were no human beings to believe in them. The worldwide existence of pulmonary tuberculosis (at least until recent years) is therefore an objective matter. So the conventional wisdom goes. It is undeniable, but it misses the point.

There is no doubt that for a large number of diseases microorganisms

two disorders, although what the doctor observed was often the same, there was considerable difference in which phenomena became meaningful as part of a constellation, and which could be ignored, as the patient's feeling of consumption by fever ("steaming in the bones") was in Spitting Blood.

The concept of anxiety neurosis, like most other emotional disorders, is so much a product of modern psychiatric theories that it would not have existed in the minds of Western general practitioners a century ago. Anxiety is itself not a phenomenon in the patient but an interpretation of behavior, physical symptoms, and reported feelings and experiences—an interpretation about which difference of opinion is often possible even among psychiatrists. In China even today traditional doctors (and indeed "Western" doctors who have not been highly trained) would in general interpret such phenomena by the vague and broad term *fan-tso* 煩躁, literally "agitation", or sometimes by *hsu fan* 虛煩, "depletion distress" ("depletion" is a situation in which the vital energy is below its normal level).

A discussion of Depletion Distress as a complication of childbirth in the second of the great etiological treatises, the *Three-type Etiology Formulary* (*San yin chi i ping yuan lun ts'ui* 三因極病源論粹, not long after 1174, 18: 254), is general enough to cover a range from mental upset to mild puerperal fever:

Proper care of a woman lying in is exceptionally difficult. She is prohibited from asking the sex of the infant and is not allowed to see anything unclean or disgusting, because the ancients thus prevented undisciplined thoughts. One commonly sees women joyous at the birth of a boy and melancholy at that of a girl. If joy or melancholy comes too soon [after parturition] it may bring about cardiac depletion [i.e., lowered vital energy in the cardiac system] and a feeling of distress, from which most cases of this disorder originate. . . Its manifestations are feelings of agitation and fulness in the heart or chest region, shortness of breath, headache, distress and loss of mental control, and aching bones and joints, most obvious in the late afternoon.

The symptoms that a Western doctor would consider characteristic of anxiety neurosis were assigned by most classical physicians to the chronic

chronic disorders in which the patient coughs, spits blood, and sustains a fever (lung carcinoma, various fungous infections, etc.) On the other hand, this clump of modern disorders that includes tuberculosis was split by classical doctors along quite different lines into various disorders, according to the weight given various symptoms. In *On the Causes and Symptoms of Medical Disorders* (*Chu ping yuan hou lun* 諸病源候論, completed A. D. 610), the oldest surviving systematic treatise on the subject, the pertinent syndromes included Circulating Possession (*chuan chu* 軫注), the chronic form of Spitting Blood (*t'u hsueh* 吐血), and Chronic Coughing of Purulent Blood (*chiu k'o-sou nung hsueh* 久欬漱膿血). Additional disorders that overlap with modern pulmonary tuberculosis were added to the literature of pathology by later writers, but they need not be considered here; a comparison of the first two from the seventh-century treatise will make the point.

Circulating Possession belonged to the class of disorders due to demon possession: "Circulating possession' means that after a patient dies the agent moves on to an onlooker [i.e., a mourner]" (24: 131). *Arcane Essentials of a Provincial Official* (*Wai t'ai pi yao* 外台秘要, preface dated 752), an influential therapeutic manual, describes the progress of the disorder from the stage in which it begins to incapacitate the patient, through a phase in which the prominent symptoms are shortness of breath and coughing, then through one in which the patient feels the bones steaming (*ku cheng* 骨蒸), to complete systemic involvement followed by death. The possessing demon then passes on to one mourner and takes its toll again. Spitting Blood, as described in the older source, belongs to a different class, the blood disorders. "When the yin functional systems are damaged the yin energy and its associated blood move downward and enter the stomach. When it receives the blood there are sensations of distress and fulness, and a contrary flow of yang energy, to which the spitting of blood is due. . . . If the disorder persists for a long time without remission, the complexion will become yellow or dark. The vital energies do not revive, and hot sensations and chills alternate" (27: 143).

Considering the entire literature on these two disorders, the basis for differential diagnosis is reasonably clear. In the first, the prior death of a family member with the same symptoms was the deciding factor. In the

historians of medicine have done, is to appeal in a misleading way to analogy. In China today, as in the military medical services of most countries, the primary medical practitioner is assigned to a low-level living and working unit, so that lay referral can hardly be said to exist (Sidel & Sidel 1973: 78-88).

The Social Construction of Medical Disorders

Having argued that illness, its institutions, and its roles take particular forms as part of the larger reality of a community, I will now return to the idea that particular disorders are social artifacts related in a variety of ways to biological phenomena. This time I will approach it from a somewhat different angle, asking in exactly what ways the diseases identified in modern medicine are universal. I will first examine evidence from classical Chinese medicine that cultures differ in the ways they group symptoms into coherent disorders. I will finally suggest that even modern disease entities known to be caused by microorganisms are objective only in certain restricted and abstract senses that are less pertinent to clinical diagnosis than idealized pictures of scientific medicine make them.

Cultural variation in diagnostic labeling.

There is every reason to expect worldwide agreement, Fabrega has reasonably claimed, that the signs and symptoms (or, as he puts it, "clinical happenings") a modern physician would associate with acute glaucoma or cerebrovascular accident are medical abnormalities; but there is no such unanimity with respect to what a modern doctor would call sensory paraesthesias, chronic bronchitis, mild diabetes, trichuriasis, chronic brain syndrome, and so on (1974: 144).

To the European layman pulmonary tuberculosis, smallpox, and anxiety neurosis may seem to transcend cultural boundaries, but they are only three possible ways of grouping physical symptoms, data reported by patients, and their behavior. The patterns presented by patients were grouped differently by classical Chinese physicians, and their patterns changed with time.

In traditional medicine what is now called pulmonary tuberculosis was never distinguished from what a Western doctor would consider other

least up to a point. Contact between individuals with medical problems and those who provide primary care (general practitioners where they still exist) is usually mediated by informal advice from those around the patient. These "lay referrals" depend on reports of experience as refracted through lay values, which may differ greatly from the technical and instrumental values of physicians (Freidson 1970: 309; cf. Twaddle 1966). The field work of Margaret Lock in Kyoto shows that Chinese-style *kampō-igaku* 漢方医学 is chosen by some people over Western-style therapy despite higher cost and lower official prestige because (among other reasons) relatives or acquaintances valued the traditional practitioner's willingness to spend considerable time with each patient and provide a full and comprehensible explanation of the diagnosis and therapy (priv. comm.)

Generally speaking, those who provide primary care in most modern societies depend on lay referral for their livelihoods, and tend to make some concessions to patients' conceptions of diagnosis and treatment—in the United States, mainly by freely prescribing antibiotics, tranquilizers, sedatives, and stimulants.

Disorders which lie outside the generalist's competence expose patients to a range of practitioners who depend solely on referrals from their professional colleagues. They have no incentive to meet their patients halfway, and thus in many societies expect them to accept without question services chosen unilaterally. But the sort of specialist who is thus largely independent of lay referral hardly predates the professionalization of medicine. When the distinction between the general practitioner and consultant appeared in England in the second half of the nineteenth century, for instance, the latter did not earn his living as a specialist, but rather as a source of primary care for the rich; "the difference between the GP and the consultant really resolved itself into a difference of fees" (McLachlan & McKeown 1971: 11).

In traditional China access to all types of medical practice was a matter of lay referral and family choice. The main limitation was, as in the choice of merchants one patronized, a matter of wealth and social horizons. To call specialists those Chinese doctors whose practice was especially devoted to eye disorders or the medical problems of women, as some

and/or intrafamilial problems that are more pervasive in their effects and less responsive to stimulant medication than the behavioral disorder caused by some type of neurodevelopmental delay or dysfunction" (1974: 394).

To sum up, in the examples of dyslexia and hyperkinesia we can see one of the reasons the line between social deviance and illness has been a shifting one in every time and place. When parents and schoolteachers are unable to come to grips with catastrophic personal relations, the doctor is waiting, encouraged by his sense of professional responsibility, to diagnose and treat illness. Society recognizes and rewards him for doing so. He is not a scapegoat. He does not assume the burden of social and interpersonal friction. Rather he alters and lessens it (whether permanently or temporarily) to an extent which may be independent of the pharmacological merits his medication may have. His drugs may affect some of the deviance. Some may vanish, not necessarily because he understands it, but because the situation, and to varying extents the behavior of all those involved in it, is changed by the very fact that the authority to name the disorder has passed into his hands.

I have tarried at such length on the vague border between medical and social deviance because there is every reason to believe its permeability is a universal phenomenon. This permeability, which calls for very careful use of the word "scientific" in connection with diagnosis, it is even more obvious in what modern physicians would call psychiatric disorders (Leighton, Clausen & Wilson 1957). Anthropologists have observed it among medical disorders of every kind, from the clearly somatic to the clearly psychogenetic, in traditional societies. Below I will examine closely its currency in Chinese therapy of several kinds before modern times. My present point, one I believe essential for understanding the therapeutic value of ritual healing, is that there is nothing exotic about the redesignation of social deviance as medical symptom. I might add that although my examples have been drawn from the United States, others, quite different but equally to the point, might have been chosen from practice in any contemporary European nation.

Lay referral.

In most medical systems it is the patient who finds the doctor, at

general validity of this interpretation. It then recommends dextroamphetamine, methylphenidate, and thioridazine solely for behavior modification, "combined with environmental modification". There is no discussion of what environmental processes may be responsible, or what sorts of modification might be advisable (Graef & Cone ed. 1974: 314-315, 137).

Greenberg, Deem & McMahon provide a typical account by clinical researchers of stimulants and depressants used to control school behavior problems. They find that in some professional assessments their drugs were judged less effective than placebo. They report side effects ranging from stomachache to "dramatic" psychiatric deterioration. They note that the 61 little boys they tested, all black residents of the District of Columbia, enjoyed their clinic visits because "the clinic was the one place where they experienced acceptance, understanding, and gratification of their dependency needs" (1972: 536). As the clinicians apply the label of sickness to the children referred to them, they remove that of willful disobedience; in doing so they leave unchallenged the rejection, misunderstanding, and frustration of dependency needs they perceive in the schools.

One can see in both examples I have used that recovery from certain "illnesses"—which may amount to nothing more than escape from diagnostic labels—may depend a great deal less on pharmacodynamics than on subtle alterations in relations between human beings. In the case of hyperkinesia the child may come to accept that his "exploring, experimenting, etc." during class is as undesirable as the teacher believes it is; he may be motivated by a desire to escape being drugged by adults; or he may come under the charge of a more tolerant teacher, or one more able to maintain classroom harmony without medical help.

So long as the organic dysfunction remains the focus of medical attention, there is every inducement not to notice that the success of certain treatments may depend on the cases in which neuropathology is absent. Conversely, therapy useful for organic impairment may show deceptively low effectiveness because it is powerless against transmogrified nonconformism. Satterfield *et al.* have noted that in children diagnosed as hyperactive the prognosis may be poorest for those with no EEG abnormality. "The behavioral problem of such children is more likely to be related to intrapsychic

some order can be channelled into a formerly hopelessly disarranged flora of slight symptoms, for the purpose of labelling, and directing some form of therapy" (priv. comm.). In the United States, some of the increased diagnosis appears to mistake for brain impairment what, in the case of dyslexia, would have been dismissed two de cades ago as an ingenious defense of intelligent children against the pressure of ambitious parents. Similarly, it seems to confuse with hyperkinesia the defiance of pupils whose schoolteachers define good conduct as sitting motionless and silent for long periods.

Transmutation of social deviance into disease can have remarkable social consequences. In several American states parents consent to "therapy" of their children, often in school buildings, with habituating stimulant drugs that the children would incur criminal penalties and parental wrath for using themselves. This happens although the merely temporary value of such drugs for increasing conformity and concentration has not been given a generally accepted scientific explanation. There is no evidence that they cure hyperkinesia.

This redefinition of docility as health, reflecting community values and relations between parents and their children, has not been carried out despite scientific medicine, but with the serious and willing participation of physicians.

My survey of the recent literature suggests that many professionally active clinical "experts" on hyperkinesia are uninfluenced by the absence of organic impairment and uninterested in non-medical aspects of deviation (e.g. conflicts between schoolteachers and children or between parents and children). They are impartial in depending upon stimulants such as dextroamphetamine and depressants such as chlorpromazine as the basis of large-scale programs in which children are freely included on behavioral grounds despite absence of neurological findings.

Rather than demanding biological proof, a leading manual of pediatric therapeutics combines skepticism about etiology with endorsement of conventional medication. It notes of hyperactivity that "some consider it as evidence of minimal cerebral dysfunction", and cites evidence against the

references).

Satterfield and his collaborators tested children who had been diagnosed as hyperactive and enrolled in a hyperkinetic children's clinic. In many they found evidence neither of central nervous system lesion nor of inferior intellectual functioning, greater learning impairment, or more severe behavioral problems than in "normal" children. This is hardly surprising, since the behavior pattern associated with hyperkinesia (in the definition cited above, for instance) is not distinct without neurological findings from that of many bright, restless, but otherwise normal children. Similarly, in a recent study of diagnosed dyslexia cases by two developmental psychologists, tests indicated generally superior verbal ability. The authors concluded that in cases for which organic impairment cannot be demonstrated, "the lack of development of reading skills may reflect an attempt by the child to resist maternal pressures for achievement" (Goldman & Barclay 1974). From the point of view of the family practitioner, Kenny & Clemens (1972) have urged on similar grounds that "reading problems should be considered pedagogic problems and dealt with by psychoeducational rather than medical techniques".

An interesting historic process is at work. It begins with a common pattern of disorderly behavior that becomes the doctor's concern when it is associated with neurological abnormality. The medical label is then extended by analogy to similar deviant behavior in which neurological proof is not found, or in many instances sought. Some doctors, teachers, and parents have stopped asking of the behavior pattern, when it is encountered, whether it may be a symptom of interpersonal rather than of neurological (or for that matter psychiatric) problems.

What accounts for this process? Although this question may never be fully answered, medical and psychological researchers have provided reasonable hypotheses that direct attention to social norms.

I have already made it clear, I hope, that in many cases of both disorders MBD may be demonstrated. In European countries where hyperkinesia and dyslexia are rarely diagnosed, the value of the two labels is hardly problematic. As the Swedish physician and sinologist Hans Ågren has phrased it, "the diagnosis of MBD. . . is to me a good example of how

Medical redefinition of social deviance.

The social pressures which encourage redefinition of deviance as illness, and the consequences of that redefinition for social control, are perhaps most easily grasped by studying changes in modern conceptions of illness. I will illustrate this theme by considering two disorders which have attracted much attention in the United States in the past decade or so.

One is hyperkinesia, a childhood illness in which motor function or activity is greater than the norm. It is also referred to as hyperactivity and hyperkinetic behavior syndrome. There is no unanimity even in the medical dictionaries about whether it is a symptom, syndrome, or disease. According to *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* (25th edition, 1974) it is "characterized by constant motion—exploring, experimenting, etc.—and is usually accompanied by distractibility and low tolerance for frustration." The second disorder is developmental dyslexia, a term which covers many varieties of difficulty "in learning to read, or in reading ability and comprehension; may be hereditary or congenital" (*Blakiston's Gould Medical Dictionary*, 3rd edition, 1972). The last phrase is explained by a notation in *Dorland's* and in the British *The Faber Medical Dictionary* (2d ed., 1975): "due to a central nervous lesion". Dyslexia is thus meant by some authorities (but not explicitly by *Gould*) to be a manifestation of organic impairment. Both dyslexia and hyperkinesia are regularly identified with minimal brain dysfunction ("MBD") syndrome, which in the first case may confuse pattern recognition or interpretation and in the second may impede self-discipline.

Both disorders have recently been diagnosed with greatly increased frequency in the United States. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, writing on "congenital word blindness (dyslexia)", asserts that "some 10 percent of school children have some degree of this disability", and states with finality that it "is unrelated to psychologic factors" (*Wintrobe et al.* ed. 1974: 144). The increase has not been traced, however, to growing incidence of central nervous lesions. To the contrary, in the case of hyperkinesia, for which studies of correlation with abnormal electroencephalograph tracings have been carried out, they indicate that the correlation accounts for only a fraction of cases, and that even in those cases the etiological implications are not straightforward (*Satterfield et al.* 1974, with additional

The severity of the disorder with which the symptoms are labeled and the degree of stigma attached to the label affect the way patients carry out the normal roles that they continue to perform. Strenuous self-medication may be prescribed, or passivity during care by others. The diagnosis may lead to a new role that displaces familiar ones, as when one becomes a hospital inpatient or invalid.

The physician thus awards special social statuses and exemptions—even exemption from military service or criminal arrest—but at a price. The price is, as Talcott Parsons long ago showed for American society, the obligation on the part of the patient to take on the new deviant status determined by the doctor, and to try to overcome the illness by cooperating with therapy; that is, to accept professional medical decisions even though uncomprehended, expensive, uncomfortable, or even explicitly dangerous (1951, 428-447; cf. Gordon 1966, Twaddle 1969). The patient “may be punished or indulged in therapy, he may be expected to perform his normal social roles, or instead to adopt a new and special deviant role; more explicitly, he may be expected to take on new obligations while forsaking most normal privileges, or allowed to take on new privileges while forsaking old obligations” (Freidson 1970: 327).

The formation and modification of medical institutions and their ability to control a range of deviance are the outcomes of a complex interactive process. Prevalent social values shape the way diagnostic labels are imposed on physical and behavioral symptoms, transmuting biological into social realities. Society’s authority is concretely vested in the doctor by granting him the right to sign official forms, to reserve hospital beds, and to authorize the distribution of prescription drugs. The physician’s labels in turn affect both institutions and special roles to which the ill have recourse, and which serve as a basis for reorganizing their lives in serious cases. The presence of such institutions and patterns of behavior influence agencies of social control which formally determine whether instances of deviance are “moral defects or disease, make them a basis for excusing other deviant acts, or choose to assign or not assign benefits to those to whom the deviations are attached” (Lemert 1951: 68-71).

sickness if not expelled or if expelled too soon. In other words *failure* to have measles at the proper age is a disorder (Topley 1970: 425-429; 1974: 238). It is something to see a healer about, and healers treat it. In Taiwan, where the term "Western doctor" is freely used, even badly educated "Western doctors" diagnose t'ai tu, so that in the mind of the layman failure to have measles is not necessarily only an old-fashioned disorder. On the other hand, the normal episode of measles is a mere incident of growth, about as worthy of medical note as mild acne in twentieth-century American teenagers. Analogously, menstruation in some times and places has been literally a monthly sickness, and in others, notably Margaret Mead's Samoa, not even a nuisance (Mead 1961: 145-146, 285).

Because diagnoses have social meanings, the same variability in patients' responses to diagnoses may be seen by comparing modern societies, as when different sexual mores make gonorrhea a simple matter for medical consultation in one society (e.g. Japan) and a stigma to be hidden from one's family and associates, not to mention from the public health authorities, in another (e.g. parts of the United States). Some implications of diagnosis may be very ambiguous, as when in the United States heroin addiction is simultaneously regarded as an illness and a crime.

The variation in response to diagnosis is possible in part because the way people are affected by physical symptoms is, within the limits of human physiology, learned. This conception plays an important part in my attempt to understand the Chinese sources. At this point I will merely give a couple of examples within the experience of many readers. A series of studies has elucidated regularities in individual response to pain within ethnic groups in the United States, and considerable differences between them in this respect (references in Freidson 1970: 279-282). An Italian doctor may be puzzled by an Anglo-Saxon patient's failure to report discomfort, where the English physician may dismiss the Italian's complaints as malingering (Zola 1963, 1966). Even among people of the same nationality, discomfort that will send many in one social stratum to bed will be ignored by most of those in another. In most societies male and female children are taught to respond differently (in kind as well as in degree) to symptoms of different kinds.

dent on behalf of the community. The legal profession determines how criminal labels apply in particular cases, simultaneously extending and narrowing the social consensus about criminal deviation into definitions that enable such determinations. Similarly the physician must take charge of community ideas about deviations from normal health and transform them so that they become compatible with a system of diagnosis—of judgments which classify cases. A medical diagnosis is a determination that the deviance is not criminal or religious, and is therefore the doctor's concern rather than that of the lawyer or priest (cf. Yap 1974: 77). Medical deviance differs from the other kinds in implying that the deviant is not to be held responsible for having willed the deviance (Parsons 1951: 428-447; cf. Fabrega 1974: 125-132). The recent transition from the drunkard, a lawbreaker and sinner, to the alcoholic, a target of therapy, is a familiar example of the tendency for medical categories to expand as those of religious and legal deviance contract. This expansion proceeds even though medicine may offer no accurate account of etiology and no efficacious treatment, as is the case for alcoholism.

Diagnoses do more than suggest a course of treatment. A physician's diagnosis of a human patient, unlike a veterinarian's diagnosis of a cow, alters the behavior of the patient. Even before diagnosis the patient's behavior is greatly conditioned by the existence of given definitions of illness, which imply different degrees of seriousness and shamefulness. This is true even for bacterial and viral infections (Ackerknecht 1971: 54, 83-86; Freidson 197: 206).

Definitions of illness vary enormously, because no two cultures slice up the spectrum of human suffering (as manifested in signs and symptoms) in the same way, or agree about what suffering (much less discomfort) is illness.

In modern South China and settlements of South Chinese elsewhere there is a belief, which can be traced back for centuries through the classical literature under the term "fetal poison" (*t'ai tu* 胎毒), that what modern doctors would consider the symptoms of measles in small children do not constitute a disorder. The rash is considered a normal eruption of toxicity formed in the body before birth, and a potential source of serious lifelong

family experience with heart disease, nor interacted with a physician on this subject. The explanatory models tend to be the same for patient and family. They tend to reflect the patient's ethnicity, social class, level of education, and prior contact with professional or alternative systems of medical care.

It would, of course, be ridiculous to claim on the basis of such findings that there was no coherent body of medical thought in the contemporary United States—or in ancient China. Laymen do not ordinarily need that coherence; specialists do, and it is primarily at their writings that I will be looking. Extended accounts of untutored knowledge from traditional China would be a priceless adjunct, and an aid to interpretation of today's field work on the periphery of post-traditional China. No such account has yet been uncovered, despite great effort, by myself or others. There is, of course, considerable variation in the knowledge of specialists even of the same kind—as was true of Western medicine as well until the effective enforcement of professional standards in the twentieth century. I will argue nonetheless that there are general patterns of medical understanding to be found. Anthropologists may well discover that they are ingredients in the undigested knowledge of the laymen they observe today.

The social construction of illness as a state.

Studies among traditional peoples by anthropologists, and in modern societies by sociologists, suggest that systems of medicine are built up by social processes that can be compared across cultural or temporal barriers in a way technical discoveries plucked out of context cannot. Eliot Freidson's discussion of the social construction of illness, although derived mainly from studies of the modern medical profession in the United States, provides a useful general perspective from which to view the situation in traditional China. I will summarize the pertinent parts of Freidson's discussion (1970: 203 ff), with examples from modern medicine, and outline related contributions from sociology, anthropology, and cross-cultural psychiatry.

A modern medical profession was created by concentrating in one occupational group authority to ascribe the state of illness. Criminality is defined by community usage, and by formal legislation and judicial prece-

anthropology or the sociology of knowledge for the demotic forms of relativism that claim one institution or set of values is no better than another, or that there is no significant difference in the ways a mathematical proposition and a religious revelation may be judged true.

Some functionalist anthropologists have used the term "cultural relativism" for their claims that, once group norms are understood, no behavior is genuinely deviant (Yap 1974: 9-12). This position grows out of the truth that the fabric of institutions and meanings in simple societies may encompass every possibility of human action. In losing sight of how clearly the people they study stigmatize some of those possibilities, however, they overlook or distort important patterns that can be compared fruitfully with those of other societies. No such objection can be made to the straightforward and massively documented assertion that every culture, even the fragmented and perpetually transitional cultures in which most readers of this book live, is coherent enough that deductive reasoning from the values of one people (say ourselves) is a poor guide to what ideas and actions another may find to be the wisest course.

Systems of medical meaning.

As soon as a society begins evolving specialists it begins evolving special realities about which non-specialists can have at best a hazy idea (Berger & Luckmann 1966: 122-146). The rituals of the priestly curer, based on his secret knowledge of demons who possess the sick; the intricately articulated theory of the body's functional systems on which classical Chinese medicine was based; the modern physician's understanding of epidemiological patterns and of pharmacodynamics: in the layman's mind all of these are represented only by bits and pieces watered down with what the specialist would consider irrelevant everyday notions.

This pattern, described by Arthur Kleinman, might have been observed at any time in any civilization, although the particulars would differ considerably (1975: 23):

patients admitted to a large urban general hospital in the U.S. with heart disease and their families possess distinct and often quite detailed models of the etiology, pathophysiology, course, and treatment of heart disease, even when these patients have never before had personal or

and curing in Taoist religion; medical divinities and cults; trance healing; the influence of Buddhism on folk therapy and classical medicine; and local variations in healing practices and beliefs, including the influence of minority peoples.

I will devote the remainder of this essay to saying what can be said at the moment about a very general issue preliminary to my examination of curing in traditional China, namely the extent to which the viewpoints of the history of medicine, anthropology, and sociology are reconcilable. Modern medicine, the high traditions of ancient medicine, and popular curing prevalent among traditional peoples today as in early times, differ enormously in point of methods, concepts, and relations to the rest of knowledge. Do common patterns nevertheless underlie and shape therapy in all times and places? I will outline below my reasons for believing that such patterns exist, and are worth searching out. I consider this issue because any attempt to combine the results of participant observation and library research raises it, explicitly or implicitly, and there is a great deal to be lost by using one kind of source without the other.

The Social Construction of Illness

Cultural relativism.

The major contributions of anthropologists and sociologists to the understanding of curing have been part of a more general exploration. They have demonstrated that all structured knowledge owes crucial features of its form and content—even more, its system of values—to the content, structure, and values of the society in which it is found, and of whose culture it forms a part (Berger & Luckmann 1966). This is not to say that cosmology or medical theory is a mere mirror of society, but rather that cosmological, medical, and social structures issue from a common source: the striving for order and control that makes various levels of complex human organization possible. All these structures are shaped by common impulses, and legitimate each other (Douglas 1975: 131).

If any sort of knowledge is a social artifact, all are. The idea of cultural relativism, which I have just stated, has found its way into popular culture, but largely in distorted versions. There is no basis in cultural

positivism faded the same fantasy has been perpetuated by recent nationalistic propaganda. One can understand its usefulness in encouraging the emergence of true "peasant scientists" for the first time as an aspect of political mobilization in post-traditional China, without finding it convincing as a depiction of the time when the values of the old culture were intact. No evidence supports its use as a historiographic assumption. The record instead reveals a pattern, consistent with what anthropologists have found elsewhere, in which drugs and rites were regularly united in popular medication. The illiterate of traditional China did not, in the nature of the things, leave diaries. Still, in the light of the records we have, there is ample reason to doubt that the act of gathering medicinal plants automatically made people reject the religious beliefs out of which understanding of man, nature, and society was largely structured among the majority in the villages and wards of the cities.

At the same time, anthropology cannot blaze the path to a realistic understanding of health care in traditional China without the help of historical studies. Anthropologists are only beginning to use the written records of literate societies (Goody 1968), and none has yet done so for healing in China. The enormous influence even on the illiterate of ideas transmitted in writing has therefore been little explored. Traditional China no longer exists, and all the Chinese traditions of therapy which survive have taken on drastically different meanings in their new context of rapid social and cultural change. What practices observed today reveal about the great stream of Chinese culture can become clear only as they are traced back through its abundant written legacy.

Since all I have to offer are some preliminary and tentative intimations about medicine and its social matrices in traditional China, I have not attempted to sketch a balanced picture of approaches to therapy before modern times. I have given disproportionate space to the unfamiliar because it most needs explanation, and thus most of all to those aspects of curing that appear least scientific. The need to concentrate on a small number of important themes has ruled out consideration of others as interesting and as little explored, such as self-medication and therapy by family members as important constellations in the universe of medicine; the role of medicine

instance, even by the time of Vesalius knowledge of anatomy and physiology far exceeded understanding of why their application to therapy succeeded or failed. What seems correct in early therapeutic explanation is usually at best crudely analogous to modern knowledge, and intertwined with assertions that no analogy can credit. Another common criterion of "modernity" is attitudes toward learning and ethics compatible with the ideas of the modern medical profession. Ethical attitudes have been documented (Lee 1943) and their manipulation in social conflicts studied (Unschuld 1976), but there is little information from classical times about their practice in concrete dilemmas.

Putting all this together, it is only fair to say that the idea of the "modern" physician in ancient times draws largely on fragmentary and questionable evidence snatched out of what to the positivist must be a context of ignorance and superstition. The common denominator of old and new medicine is not to be found either in their theoretical perspectives or in their therapeutic technology.

The myth of the peasant scientist.

The anthropological axiom that therapy is an aspect of culture rather than an isolated technology is equally valuable in suggesting a sensible approach to the popular origins of medical innovation. The hundreds of thousands of recorded therapeutic procedures were distilled from the experience, over thousands of years, of many sorts of healer throughout Chinese society. If we had no broader goal than to seek out precursors of the modern physician, it would be natural to divide these originators into two sets. On one side are the quacks whose remedies do not conform to today's pharmacology. On the other are people, no matter how humble or surrounded by the credulous, whose temperaments are essentially that of the modern scientist, and who are responsible for the discovery and systematic testing of effective chemical and biochemical agents.

This appealing fantasy of the rustic clinician holding up the light of "the scientific method" against the dark night of ancient ignorance is largely a creation of nineteenth-century positivism, which set such a high value on empirical knowledge that the other varieties of human experience could only be rejected as impediments to the progress of mankind. As philosophic

light one can begin to make sense for the first time of ritual and even religious remedies. I propose to take seriously, and to begin explaining, the contradiction between what some might take for benighted magic in the classical therapeutic literature, and the more rationalist and agnostic tendency of medical thought in other writings (especially the classics of theory) that appears to put the learned ancient physician in a direct line of ascent from the modern M.D.

Who were the precursors ?

Still the continuity between the "respectable" ancient physician and his modern counterpart is a great deal more limited than a casual acquaintance with medical history leads one to assume. That continuity is most obvious in ethical ideals, pride in professional status, respect for learning, and dedication to the relief of suffering. It is a great deal less apparent in two of the most important characteristics of the modern physician—the ability to cure diseases and repair defects consistently with drugs and surgery, and the ability to explain accurately the results of many (although by no means most) therapeutic interventions. On the first count we do not know how many of their patients Galen, Sun Ssu-mo, or Sydenham helped, or for that matter how many they harmed. There is room for affirmations of faith in the efficacy of their great knowledge—just as there are ample grounds for skepticism. The point is that we do not know.

Recent ballyhoo in the mass media about acupuncture anesthesia (which is not in fact a traditional technique) has encouraged in uncritical consumers of uncritical information an absurdly inflated estimate of the ability to cure disease in traditional China—replacing a tendency to doubt that Chinese could cure anything at all before modern medicine was imported. The truth lies somewhere in the vast region between these two prejudices. No one who is aware of how little modern physicians could do for their patients in London or Paris in 1900 will be inclined to begin the search very near the currently fashionable end.

The second conspicuous characteristic of the modern physician, the ability to understand why therapies succeed, is no more helpful as a guide to the medicine of the past. The most obvious strengths of early medicine were only indirectly connected with therapeutic technique. In Europe, for

It is, no doubt, important to know what standard of respectability, by modern standards, Chinese medicine attained. From this limited point of view therapists who did not share the proto-scientific attitudes of the great classical physicians, and whose work did not foreshadow modern medicine in any obvious way, are of negligible interest. Thus there has been little reason for historians to reflect on the enormous burden of medical care borne by priests, magicians, and "superstitious" healers of all kinds. A few—notably Erwin H. Ackerknecht, Ludwig Edelstein, Henry E. Sigerist, and the psychiatrist Iago Galdston—have nevertheless done so, so that for a generation a precedent has existed for considering a society's institutions for health care in their entirety, even though few of them may have involved physicians.

To the anthropologists on whose work I have drawn, "superstition" is a term for other people's rituals (religious and secular) that the person who uses it is not inclined to take seriously (Fox 1973: 279-287). Through empirical observation of many societies and careful theoretical reasoning anthropologists have uncovered social processes by which ritual brings about cures of the body (not merely of the mind). They have shown that concepts of illness vary greatly from one culture to another. They have made a persuasive case that the values and institutions by which societies are ordered play a large part in determining what is considered a medical problem and what relation of healer and patient, as well as what therapy in the technical sense, is appropriate to it.

Sociologists have begun to trace analogous processes in modern society. They have explored systematically an aspect of medicine of which every experienced physician is aware, but which tends to be ignored in constructing the public image of medicine: although medical research largely borrows its dynamic from biological and physical science, clinical practice is as much an interpersonal process as a technical one. They thus imply that much of the modern physician's prehistory must be traced through early social forms, including those of magic and religion, rather than through early science alone.

These insights, and many others to which I will refer in this essay, are complementary to those attained by historians of medicine. In their common

European tradition but in no sense primitive. None of these disciplines alone seems to me to provide an adequate perspective. Used together, and supplemented with recent insights of cross-cultural psychiatry, they may eventually make possible an account that does justice to the rich and diverse Chinese traditions of therapy. My current work has the very limited goal of demonstrating that this broadened conception of historical study can be illuminating in new ways, and thus encouraging colleagues whose understanding is deeper than my own to join in this exploration.

What is perhaps most striking about historical writing on traditional Chinese medicine is the thinness and disjointed character of the picture of reality—the picture of thought and activity fused in a human community—that it conveys. Theories and therapies are passed in review without conveying a sense of why talented and intelligent physicians were content to devote their enthusiasm and most critical thought to ideas that as described seem so naive, and practices so useless. Classical medicine is described by some writers as an essentially theoretical and deductive system. Others consider it a fundamentally empirical and pragmatic art for which theory was mere decoration or mystification. One would expect a great deal of careful study to be devoted to resolving this apparent conflict. To the contrary, few who have written on the subject seem to care.

The question of who did medicine has scarcely been asked, except for occasional attempts to show that Chinese physicians held high positions in society (for an exception see Needham 1974). After the parade of imperial physicians, princely amateurs, and learned gentlemen (dosing the emperor, each other, and an occasional representative of the lower orders) has passed into the distance, one is left wondering whether the billions of rural poor over the last two millenia were really abandoned to heal themselves as best they could.

The failure of these issues to engage the curiosity of people who study Chinese medicine would be most remarkable if the goal were a history of health care, but that is not what we have had. Most study in Asia, Europe, and the United States has been devoted to a topic with much narrower boundaries, namely the prehistory of the modern physician, his practice, and the scientific knowledge that underlies it.

SOCIAL RELATIONS OF CURING IN
TRADITIONAL CHINA:
PRELIMINARY CONSIDERATIONS*

By Nathan Sivin**

Introductory

Who were the precursors ?

The myth of the peasant scientist

The Social Construction of Illness

Cultural relativism

Systems of medical meaning

The social construction of illness as a state

Medical redefinition of social deviance

Lay referral

The Social Construction of Medical Disorders

Cultural variations in diagnostic labeling

Microorganisms as causes of diseases***

In the course of trying to comprehend how Chinese in traditional times thought about health, illness, and therapy, I have had a great deal of help from the history of science, anthropology, and sociology. In the last decade all three have been extended in directions that make them increasingly applicable to systems of medicine very different from those of the

* This paper was presented at The First International Symposium (1976), Division of Medical History of the Taniguchi Foundation.

** Professor of Chinese Culture and of the History of Science, University of Pennsylvania.

*** I acknowledge with gratitude the support of the National Library of Medicine, and the hospitality of the East Asian History of Science Library and the University Library, Cambridge, and the Research Institute of Humanistic Studies, Kyoto. Thanks are due Steven J. Bennett, Merton Kahne, M.D., and David Ozonoff, M.D., for criticisms and suggestions.

砂糖その他糖類に関する発祥の挿話……瀬戸 俊一……………	六〇
今世医家人名録について……………大滝 紀雄……………	六〇
瘍医新書の研究(一)……………大島蘭三郎……………	六〇
ゼンメルワイスとブレンターハンガリ医学史より……………	六〇
……………安田 純一……………	六〇
日本薬園史の沿革……………木村雄四郎……………	六〇
伊藤奎之丞関係文書の一部の紹介……………緒方 富雄……………	六〇
映画「ヒポクラテスの島」……………青銅プロダクション……………	六〇
……………	六〇
アスクレピオス以前の古代医学……………日野 英子……………	二七三
エンゲルベルト・ケンベルの署名簿について……………沼田 次郎……………	二七三
……………	二七三
オランダ国歌(テープ録音)……………升本 清……………	二七三
解体新書以前の長崎蘭学……………小川 鼎三……………	二七三
奈良時代に来日したベルシヤ人宣教医「李密」について……………石原 力……………	二七三
……………	二七三
シーボルト来日の頃の出島建築について……………菊地 重郎……………	二七三
……………	二七三
「軍医緒方惟準」……………中宮 安夫……………	三六八
「ゲッチンゲン文庫」について……………高木 和男……………	三六八
瘍科秘録にみられる痔瘻手術の復元……………衣笠 昭……………	三六八
内視鏡の歴史……………多賀須幸男……………	三六八
医療保障史における済生会の役割……………酒井 シヅ……………	三六八
中国古代医学と医療過誤……………家本 誠一……………	三六八

書評

「瘍医新書刺絡編」について……………大島蘭三郎……………	三六八
「子女子産論」について……………小川 鼎三……………	三六八
映画・医療器械のあゆみ……………	三六八
中国の南北朝時代における医術者……………山本 徳子……………	四九七
中国道教の鍊丹術に想う……………吉田 一郎……………	四九七
五臓観について……………酒井 シヅ……………	四九七
「維摩詰所説経」問疾品について……………関根 正雄……………	四九七
改訂増補国立国会図書館支部……………	二七三～二七四
上野図書館所蔵『本草関係図書目録』……………	二七三～二七四
鍵山栄著『佐賀の蘭学者たち』……………	二七四～二七五
東大第一外科同窓会『東大第一外科の歩み(第一集)』……………	二七五
矢数道明著『ブーゲンビル島兵站病院の記録』……………	三九五
矢数道明著『臨床四十五年 漢方治療百話 第四集』……………	三九五
……………	三九五
阿知波五郎著『血液は循環するーハーベイ伝』……………	三九五～三九六
中村禎里著『血液循環の発見ーウイリアム・ハーヴィの生涯』……………	三六八～三九七
京都外国語大学付属図書館編『対外交渉史文献目録 近世編』……………	五〇〇～五〇一

..... 中村 和成 一八〇～一八九

比較語学的方法による身体意識史検討の試み(四)

身体と空間認識..... 三輪 卓爾 一九〇～一九三

大阪大学初代精神科教授和田豊種博士の蔵書について

..... 泰井俊三・内藤正章 一九三

明治初期静岡県医事に関する辞令..... 土屋 重朗 一九三～一九四

大庭政世の事績―島根県の産業組合医療事業の創設者

..... 中尾 鈺 一九五～一九六

日本細菌学史の中の長与専斎..... 藤野恒三郎 一九六～一九七

日本女医第二号―生沢久乃女史とその父

..... 吉田 一郎 一九六

日本医学放射線技術教育史上の滝内政治郎

..... 今市 正義 一九九～二〇〇

メデイカル・プロフェッション・コレジ・オブ・フ

イジヤンズ・オブ・ロンドンの例

..... 栗本 宗治 二〇〇～二〇一

神農本草經か神農本草經か―『本草經集注』復原への

一つの寄与..... 三井 駿一 二〇三

江馬元恭著『五波診法』について..... 安井 広 二〇三

原松庵とその家系について..... 田辺 賀啓 二〇四～二〇五

三重県下江馬家門人について(中間発表)

..... 茅原 弘 二〇五～二〇六

医学者としての建部清庵..... 山形 敏一 二〇六～二〇八

江馬格物堂門人田口鳳介の所蔵医書について

..... 中山 沃 二〇九～二一

「愛育茶譚」にみる東西の混淆..... 深瀬 泰且 二一一～二二三

YPEY, ADOLPH (一七四七～一八二〇)について

―わが国でライデン学統医学はいつ頃まで受容されたか―..... 阿知波五郎 二二三～二二六

『病を医するは自然である』その『自然』について

..... 三木 栄 二二七～二二九

同志社病院を中心とした医療・医育制度

..... 柴田幸雄・宇賀田みや子・五味照子・津田弘子・中井啓子 二二九～二三一

戦前のわが国の看護婦..... 長門谷洋治 二三三～二三五

病院の歴史(イギリスの場合)..... 小沢 吉見 二三三

尿検査の歴史と臨床教育..... 寺畑 喜朔 二三四～二三五

明治時代の産業医局..... 三浦 豊彦 二三六～二三八

金沢市立図書館所蔵の「産科六器」について

..... 杉立 義一 二三八～二三九

エーテル麻酔のイギリスへの伝搬に関する一考察

―とくに最初の三日間について..... 松木 明知 二三〇

例会記事

重訂解体新書付図について..... 酒井 シヅ 二六〇

漢洋脚気病院の追加..... 矢数 道明 二六〇

江戸時代の鈹山病にかんする一資料『濟生卑言』

について..... 立川 昭二 二六〇

広瀬元恭の兄和達への書簡

前川久太郎・古守豊甫・古守泰典…三二〇～三二七
堀内文書の研究(十一)……………片桐 一男…四六六～四八六

第78回 日本医史学会総会

特別講演

内藤記念くすり博物館について……………青木 允夫…三〇〇～三〇三
我が国の薬師信仰……………中沢 修…三三〇～三三三
濃州の蘭学史……………青木 一郎…三三〇～三三三

会長講演

わが国における近年の結核症の変遷…岡田 博…二五〇～二五三

一般口演

いわゆるターヘル・アナトミアの脚註に
ついて(その二)……………酒井 恒…二五〇～二五三
江戸、明治初期の鍼器具の解説と展示
……………竹内 孝一…二五〇～二五三
半田地域にみる幕末の村方医師……………茶谷 悟郎……………二五〇
筑前国藩医津田意安によって小児科を開業して三〇〇
〇年、又福岡市立伝染病院(荒津病院)の発祥母
体となった吉祥寺避病院が設立されて二〇〇年を
迎えた福岡市……………奥村 武…二五〇～二六〇

一九世紀の新潟県における剖検事績…蒲原 宏…二六〇～二六一
伊勢路の売薬—万金丹考……………宗田 一…二六二～二六四
日本散腫薬伝来史補考—ヒョス Hyoscyamus
について……………福島 義一…二六四～二六五

古書にみられる歯痛薬について……………本間 邦則…二六五～二六六
フランス医人の蔵書票……………大矢 全節……………二六七

中国古代医学に於ける医療過誤……………家本 誠一…二六七～二六九
古代医学における帯下について……………藏方 宏昌……………二七〇

摩訶止観の医学……………杉田暉道・中田直道…二七〇～二七三
中国の諺を通じての医者像—社会風俗史的考察—
……………山本 徳子…二七三～二七四

日本における中国古代医聖の画像刻像について
……………矢数 道明…二七五～二七七

長州藩医としての坪井信道・信友父子
……………田中 助一…二七七～二七九

本居宣長筆「和漢本草医薬典」について
……………守屋 正…二七九～二八〇

大正期学校衛生史の研究(二) 最初の学校看護婦
……………杉浦 守邦…二八〇～二八三

広瀬ます……………西川 瀨八…二八三～二八五
埼玉県立医学校とその社会的貢献……………西川 瀨八…二八三～二八五

我が国に於ける結核対策の史的観察…永坂 三夫…二八五～二八六
星野良悦の手記かと考えられる古文書—木骨製作の
由来及び解体新書批判の記載……………松永 勝…二八七～二八八

虞列伊氏解剖訓蒙図にみられる中枢神経系の記載

日本医史学雑誌二十三巻総目録

原 著

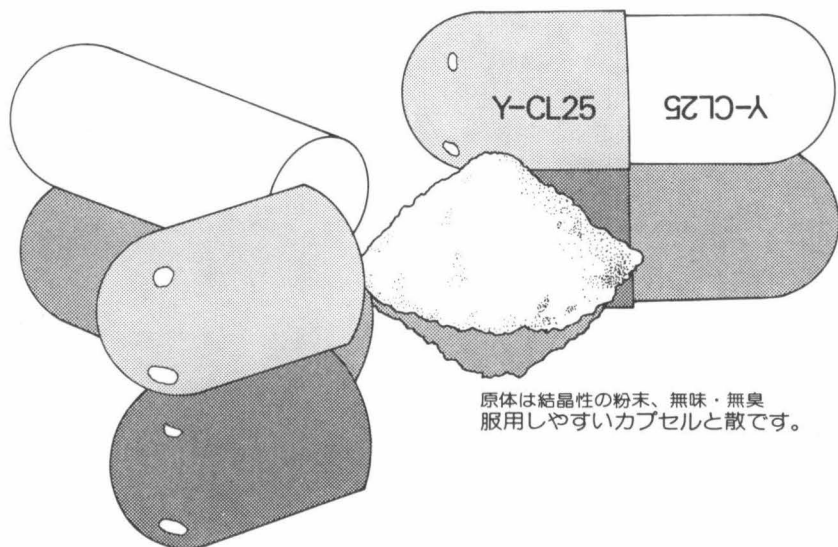
「瘍医新書」の研究(一)……………大鳥 蘭三郎……………一〇二
 佐々木中沢と大槻玄沢……………山形 敬一……………二〇二
 愛知県公立医学校におけるフォン・ローレツツの事蹟
 ……………安井 広……………三〇四
 精神医療に及ぼした影響について……………泰井 俊三……………四〇五
 漱石の痘痕……………深瀬 泰且……………五〇六
 Epistemological Fashions in Interpreting Disease
 The Deleterious Effects of Western Termi-
 nology on the Application of the Scientific
 Tradition of Chinese Medicine (illustrated by
 the case of diabetes mellitus vs. sitis diffun-
 dens [hsiao-K'Ō])……………Manfred Porkert……………一〇六
 A History of Ophthalmology before the Opening
 of Japan ……………Shizu Sakai……………一〇七
 刺青の資料……………大矢 全郎……………二〇三
 Empiricism and Speculation in Traditional East
 Asian Medicine……………Hans ÅGREN……………三〇〇
 A Historical Analysis of Chinese Formularies and
 Prescriptions: three examples
 ……………Saburo MIYASHITA……………三〇二

資 料

平安時代の心身症—藤原道長を中心として
 ……………服部 敏良……………三〇三
 ゼンメルワイスとブレンカー—ハンガリー—医学史より—
 ……………安田 純一……………三〇四
 御雇教師ワイルヘルム・デーニツツ……………小関 恒雄……………三〇六
 薬王寺考……………久米 幸夫……………三〇七
 「氣違いの湯」—定義温泉の歴史聞書
 ……………星田源四郎……………三〇八
 Rational and Empirical Methods in Early Western
 and Eastern Anatomy ……Roger FRENCH……………三〇九
 医学者としての建部清庵……………山形 敬一……………三〇九
 鈴木祐一とその著書「義手足算論」……………武智 秀夫……………三一〇
 南海寄帰内法伝にみられる医学—特に個人衛生
 について……………杉田 暉道……………三一〇
 岡本一抱子年譜……………土井 順一……………三一〇
 「瘍医新書」の研究(二)……………大鳥蘭三郎……………三一〇
 Social Relations of Curing in Traditional China:
 Preliminary Considerations……………
 ……………Nathan SIVIN……………三一〇

東京大学医学部別課生卒業生名簿
 ……………酒井シツ・鈴木滋子……………三一〇
 佐賀県立病院好生館所蔵書仮目録……………三二〇

高脂質血症—動脈硬化症



原体は結晶性の粉末、無味・無臭
服用しやすいカプセルと散です。

【特長】

●血清コレステロール、中性脂肪、 β -リポ蛋白など、血清脂質像を改善します。●組織内のコレステロール、中性脂肪を増加させることなく、血中のそれらを低下させます。●耐糖性に好影響を与えます。●原体は結晶性の粉末で、製剤は無味・無臭のため服用しやすい。〈ゲップなどの不快な症状がありません〉

【適応症】

下記諸症に伴う高脂血症の改善
動脈硬化症、脳動脈硬化症、冠動脈硬化症、高血圧症、糖尿病

【用法・用量】

カプセル剤：通常1113～6カプセル(シンフィブラート0.75～1.5g)を3回に分けて食後投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。
散剤：通常111.5～3.0g(シンフィブラート0.75～1.5g)を3回に分けて食後投与する。なお年齢・症状により適宜増減する。

【使用上の注意】

(1)次の患者には慎重に投与すること 肝・腎障害およびその既往歴のある患者 (2)副作用 1)血液 類似化合物(クロフィブラート)の投与によりときに白血球数の変動および白血球減少症が認められ、またまれに無顆粒球症があらわれることが報告されている。2)肝臓 ときに肝機能検査値の上昇(血清トランスアミナーゼ値、乳酸デヒドロゲナーゼ値の上昇等)が認められることがある。また、類似化合物(クロフィブラート)の投与によりまれに黄疸、またときに肝肥大があらわれることが報告されている。3)筋肉 類似化合物(クロフィブラート)の投与によりときに血清クレアチンホスホキナーゼ値の上昇、また筋肉痛があらわれることがある。4)中枢神経系 まれにめまいがあらわれることがある。5)皮膚 ときに発疹等の症状があらわれることがある。6)胃腸 ときに悪心、食欲不振、腹部膨満感、下痢等の症状があらわれることがある。7)その他 類似化合物(クロフィブラート)の投与によりときに不整脈、性欲減退、胆石がまたまれに脱毛が報告されている。(3)相互作用 1)経口抗凝血剤の作用の増

強があらわれるので、併用する場合には、プロトロンビン時間を測定して、抗凝血剤の量を調節し、慎重に投与すること。2)経口血糖降下剤の作用の増強があらわれるので、経口血糖降下剤と併用する場合には、血糖値を測定し、慎重に投与すること。(4)妊婦、授乳婦に対する注意 類似化合物(クロフィブラート)の投与により胎児ならびに母乳中への移行が報告されているので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人、授乳中の婦人に対する投与は避けること。(注意) 散剤は特殊被膜を施してあるため、調剤時強く混和すること、被膜が破れる恐れがある、従って調剤時強く混和しないこと。

〈貯法〉 1)なるべく30°以下で保存

2)湿気をさけ保存すること(散剤のみ)

【包装】

コレソルビンカプセル(250mg)：600カプセル(6カプセル×100)
1,500カプセル(6カプセル×250)、6,000カプセル(6カプセル×1000)
1,500カプセル

コレソルビン散(50%)：100g、500g

〈健保適用〉

脂質代謝改善剤

コレソルビン®

シンフィブラート



吉富製薬株式会社
大阪市東区平野町3丁目35番地

NIHON ISHIGAKU ZASSHI

Journal of the
Japan Society of Medical History

Vol. 23, No. 4

Oct. 1977

CONTENTS

Articles.

“Seian Takebe, a Skilled Clinician and Experimental
Scientist.” Shoichi YAMAGATA... (429)

Yu-ichi SUZUKI and Gitesoku-Sanron
(Manual of Artificial Limbs).....Hideo TAKECHI... (444)

The Medicine as Found in Nankai Kiki Naihoden Especially
in Reference to Private HealthKido SUGITA... (460)

The Chronological Personal History of Ippōshi Okamoto
..... Junichi DOI... (467)

A Study of the Yōishinsyo.....Ranzaburo OTORI... (481)

Social Relations of Curing in Traditional China :
Preliminary Considerations..... Nathan SIVIN... (532)

Materials (486)

Miscellaneous (497)

The Japan Society of Medical History
Department of Medical History
Juntendo University, School of Medicine
Hongo 2-1-1, Bunkyo-Ku, Tokyo