

日本醫史學雜誌

第 25 卷 第 3 号

昭和 54 年 7 月 30 日発行

原 著

- 脳と心——中国医学思想における精神の座——……………加納 喜光…(229)
経験の医学—本居宣長の医史学的考察—(その1)……………高橋 正夫…(244)
小関三英覚書……………山形 敏…(260)
『陰陽十一脈灸経』と『素問』——『素問』の成立についての一考察
……………赤堀 昭…(277)
歩兵屯所医師取締・手塚良斉と手塚良仙……………深瀬 泰旦…(290)
桐山正怡と「学本草隨筆」……………松木 明知…(307)
C.G. マンスフェルト伝補遺……………大鳥蘭三郎…(315)
The Emergence and Development of the Barefoot Doctor in China
……………F.P. LISOWSKI…(392)

資 料

- 今世医家人名録 南部 文政三年版……………大滝 紀雄…(318)
宇田川玄隨を繞る書簡四通……………戸塚武比古…(327)

例会記事……………(329)

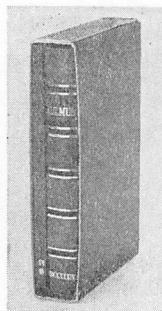
雜 報……………(330)

通 卷 第 1415 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 6-15250 番
電話 03 (813) 3111 内線 544

クルムスターヘル・アナトミア



校閲および解説
東大名譽教授 緒方 富三
東大名譽教授 小川 富三
蘭学事始で主役を演ずるターヘル・アナトミアは解体新書翻訳の原著で、ドイツ語の原著第二版の蘭訳本である。今年には解体新書出版二〇〇年にあたる。この歴史的な機会を一層意義あるものとするため、われわれの先駆者が使用したのと同じ版のターヘル・アナトミアを復刻。別巻として小川・緒方両先生の解説と、解体新書全四巻の縮写版を添付。

付・別巻
解体新書(縮写版)
限定 五〇〇部
価二五、〇〇〇円
送料 四五〇円

蘭景
和内
蘭景
和内

医範提綱

全3巻
全1冊

内象銅版図

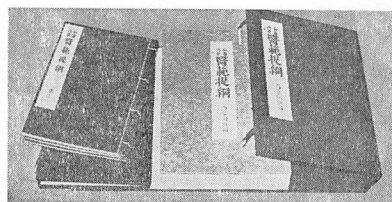
内象銅版図

医範提綱本文

土佐椿手漉和紙・精巧オフセット印刷・濃紺地布貼特製帙入

福井手漉局紙厚紙芯折帖仕立・精巧コロタイプ印刷・濃紺地布貼特製帙入

頒価
限定版三〇〇部
三八、〇〇〇円



本間玄調

内科秘録

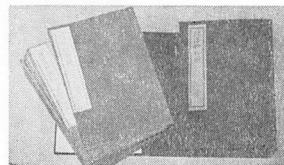
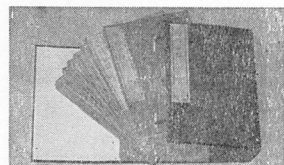
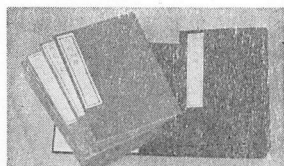
瘍科秘録

続瘍科秘録

全14冊

全12冊

全5冊



本書は、華岡青洲・シーボルトに師事して出藍の誉れ高い日本外科学の先覚者、棗軒・本間玄調の著作である。当時医師の金科玉条とされ、特に正統瘍科秘録は、華岡流の外科学の奥義の秘法を公開したもので、天下の耳目を聳動させたといわれ、ために玄調は青洲より破門されたと伝えられている。

内科秘録は、玄調六十一才の著で、漢方内科に非凡の学識を示し、再度当時の医学界を驚嘆させたものである。

瘍科秘録・内科秘録共に稀覯本として、入手・閲覧が困難で、現在も尚医学教課の資料・参考書としても高く評価され、医学の高度に進歩した今日も依然として光彩を放っている。この巧芸版は用紙・印刷・製本等に現代技術の粋をつくとして、原本に忠実に復刻したもので、医学者の研究・教育資料として、また、古典籍愛好家の鑑賞用・保存用として、貴重な文献である。(矢数道明氏蔵)

本文Ⅱ特漉因州楮和紙・コロタイプ印刷・和綴Ⅱ内科秘録 金茶綴子織 瘍科秘録・続瘍科秘録 紫紺紋柄装・豪華特製 上質紙張美麗箱入 頒価Ⅱ内科秘録 拾七万円 瘍科秘録 拾貳万円 続瘍科秘録 八万円

解説

脳と心

——中国医学思想における精神の座——

加納喜光

一

僂師なる工人が周の穆王に献じた偶人は、本物の人間と見まがうばかりに振舞った。驚いた王が剖いてみると、内臓筋骨すべて仮り物だったが、再び結合すると元の如く動いた。「王試ミニ其ノ心ヲ廃スレバ則チ口言フ能ハズ、其ノ肝ヲ廃スレバ則チ目視ル能ハズ、其ノ腎ヲ廃スレバ則チ足歩ム能ハズ。」これは『列子』湯問篇の話である。特定の臓器の欠除と感覚、運動の障礙の対応によって逆に双方の密接な関係を暗示しているこの条りは、現今の脳生理学的実験を髣髴させる。もっとも同様の局在論ではあるが、右の発想はたとい素朴解剖学が基礎にあるとはいえ形而上学的思弁の産物である⁽¹⁾。このような局在論的思考は漢代以降完成される中国伝統医学に集約されてくるが、意識、思维、記憶等々広く言って精神と身体との関係が哲学的考察の対象となるのは戦国時代の『管子』や『荀子』あたりからである。

中国で精神と心臓との同一視は由来が久しく、淵源を尋ねることはできない。脳にとってかわった現代でも常識の一隅に残存するこの慣習は、古代人の間で必ずしも共通の観念ではなく、他の諸民族で、あるいは脾臓、あるいは肝臓、あるいは血液などが精神と同一視された(永井、一九一二頁)。ギリシアでは初期自然哲学者が精神の座位として脳を唱えたときでさえ、横隔膜説がいわば通念だった⁽²⁾。中国人は精神の身体における所在を言いたい場合、「予其敷心腹腎腸」(書經、

盤腹下」とか「敢布腹心」（左伝・宣公十二年）などのように漠然と胸部ないし腹部を意識していたらしい。精神と身体器官との関係を初めて明確に打ち出したのは、戦国時代道家一派の著作と目される（馮、一九六二）いわゆる『管子』四篇（心術上・下、白心、内業）であろう。そこでは心臓と精神が居宅とその主人というアナロジーで捉えられる。心臓は八宮（であり知性の八舍）である。もしその宿舎を汚したままにしておくならば八神（はそこ）に定着できない。「神ハ至貴ナリ、故ニ館辟除セザレバ貴人舍ラズ」（心術上篇）。これは素朴な二元論の如く見えるが、実は精神は八氣（はき）によって媒介されるとする自然哲学的着想を根底に持つ。「定心中ニ在レバ耳目聰明ニ四枝堅固ニシテ、以テ精ノ舍為ルベシ。精ナル者ハ氣ノ精ナル者ナリ。氣通（馮校による）レバ乃チ生ズ、生ズレバ乃チ思フ、思ヘバ乃チ知ル、知レバ乃チ止マル」（内業篇）。宇宙人間を貫くあらゆる存在の根源である八氣（はき）の更に純粹なる八精（はせい）が思惟と与かるのである。思考作用を八氣（はき）によって理論化しようとする発想は、ギリシアのディオゲネスのプネウマ説（永井、八四頁）などとの類似を考えてみても、比較思想上注目されてよいだろうが、『管子』の場合生理学的根拠を欠く。同様に荀子も生理学的基盤もなく、まして自然哲学的発想でもないが、心臓を身体器官における中枢とする説を提出した。荀子によれば感覚諸器官を八天官（はてんくわん）と云い、思惟器官を八天君（はてんくん）と云い、後者は前者の主宰者である。「心ハ中虚ニ居リ以テ五官ヲ治ム、夫レ是レヲ天君ト謂フ」（『荀子』天論篇）。心臓は単独には十分に機能し得ない感官を互いに連絡し、全体をフルに活動させるセンタ（センタ）ーの役割を果たす。「心ハ形ノ君ナリ、而シテ神明ノ主ナリ。令ヲ出シテ令ヲ受クル所無シ。自ラ禁ズルナリ、自ラ使フナリ、自ラ奪フナリ、自ラ取ルナリ、自ラ行フナリ、自ラ止ムルナリ」（同、解蔽篇）のように身体を支配し命令を発する只一つの中樞器官が心臓なのである。もし心臓を脳に置きかえるならば、そのまま現代の通俗観念として通用するかもしれない。

生理学的知識がある程度進むにつれて、諸臓器と精神の関係を合理的に整理分類しようとする動向が現れた。これは戦国末から漢代にかけて発展した自然哲学、特に五行思想と無縁ではないだろう。自然哲学的興味を医学にもちこんだ影響

の第一が臟腑の分類と精神の局在論である。唐の蕭吉の『五行大義』は五臟への精神の割り振りの諸説を紹介している（論配藏府）。例えば班固の『白虎通』では肺が「情動序ヲ得ル」機能、心が「思ヲ任ズル」機能、腎が「竅ヲ以テ写スル」機能、脾が「精ヲ以テ氣ヲ稟クル」機能をそれぞれもつ（肝については不明）とする。右は一部生理作用をも含むが、『素問』や『河上公注老子』では肝・肺・心・腎・脾に対して精神作用として魂・魄・神・精・志をそれぞれ配当する。情動の座に関しては『論衡』の説を引き、肝には喜、肺には怒、腎には哀、脾には楽とそれぞれ関係づけるが（論情性）、現本の『論衡』を見ると局在論ではなくむしろ全体論的傾向を示し、『管子』と同様にハ氣Vを精神の媒体とする。⁽³⁾

先秦から漢代に至る医学説を集大成した内経（『素問』および『靈樞』）は当然ながら精神の局在論を極度に展開させている。「心ハ五藏六府ノ大主ナリ、精神ノ舍ル所ナリ」（『靈樞 邪客篇』）とあるように一方では荀子以来の心臓中枢説を受け入れつつ、内臓の精神生理学ともいふべき一つの体系を作りあげた。体内諸器官は五臟と六腑に二分類され、生理・生殖作用を司どる後者に対して精神作用は専ら前者の司どる所とされる。『素問』六節藏象論によると、心はハ神Vの座、⁽⁴⁾

肺はハ魄Vの座、腎はハ精V（他篇では志とも）の座、肝はハ魂Vの座、脾はハ營V（他篇では意とも）の座であり、『靈樞』本神篇は精神現象の生起について「天ノ我ニ在ル者ハ徳ナリ、地ノ我ニ在ル者ハ氣ナリ。徳流レ氣薄リテ生ズル者ナリ。故ニ生ノ来ル之ヲ精ト謂ヒ、両精相搏ツ之ヲ神ト謂フ。神ニ随ヒテ往来スル之ヲ魂ト謂ヒ、精ト並ビテ出入スル者之ヲ魄ト謂フ。物ヲ任ズル所以ノ者之ヲ心ト謂ヒ、心ノ憶フ所之ヲ意ト謂ヒ、意ノ存スル所之ヲ志ト謂ヒ、志ニ因リテ存愛（張介賓注、復有反覆計度）スル之ヲ思ト謂ヒ、思ニ因リテ遠慕スル之ヲ慮ト謂ヒ、慮ニ因リテ物ニ処スル之ヲ智ト謂フ」と連続的に捉え、自然から人間そして精神に至る一元論的哲学を披露する。心身相関のメカニズムの説明については思弁の域を出ないにしても、精神と身体の影響を説く医学説は注目すべきものがある。七情と総称される情動はもとより五臟に起源があり（『素問』陰陽応象大論）、特に心臓に中枢的役割が帰せられるが（『靈樞』口問篇）、『靈樞』本神篇によると、怵惕思慮がハ神Vを傷り、憂愁がハ意Vを傷り、悲哀がハ魂Vを傷り、過度の喜樂がハ魄Vを傷り、盛怒がハ志Vを傷ると

いう具合にして、先ず五臓に影響を及ぼし、次いで身体に独自の症状が現れるとする。内臓と精神の相関関係は現代の心身医学でも認められており（ボス、三四—四一頁）、中国医学の場合には脳という神経学的フィルターを通さない経験論的な心身相関医学と言える。解剖学を事としない中国医学は体表医学的性格が強いが、却って精神神経学的現象を体表で認識したと言つてよいかもしれない。

一一

医学における自然哲学的影響の第二は、マクロコスモスミクロコスモス照応説である。これについては前に論及したことのある別稿（加納、一九七八①）に譲り、ここでは身体の種類と係わる部分に限りたい。上記の通り中国医学で精神を生み出す器官、あるいは生命のエネルギーを貯える器官として臓器が重視されたが、一方、漢代以後頭部を重視する考え方が現れ、これが医学にも流入している。『素問』にある「夫レ五藏ハ身ノ強ナリ、頭ハ精明ノ府ナリ、頭傾キ視深ケレバ精神将ニ奪ハレン」（脈要精微論）という一文はあたかも頭部が精神の座であるかを思わせるが、必ずしも断定はできず、ただ視覚の原因としての「精」が頭に宿っていることを言つたのかもしれない。しかし董仲舒の『春秋繁露』でマクロコスモスとミクロコスモスの対応を説いた条りに、「頸以上ノ者ハ精神尊嚴天類ノ状ヲ明ラカニスルナリ」（人副天数篇）とある文章や、『春秋元命苞』の「頭ハ神ノ居ル所、上円ハ天ニ象ル、氣ノ府ナリ」（古今圖書集成、第三八五冊）、同じく「脳ノ言為ルハ在ナリ、人ノ精脳ニ在ルナリ」（太平御覽卷三七五）という断片と照らし合わせると、漢代のコスモロジーが内経にも色濃く影を落としていると考えざるを得ない。天が円形なるが故に頭も円形を象り、生命や精神のエネルギーが頭に宿るとする『春秋元命苞』の説はプラトンを想起させるに十分である。プラトンは靈魂とそれに対応する身体の座を三つに分け、不滅の魂は天球のように円い脳の中に納まっているとした（小川政修、一二九頁）。唐の孫思邈は「人始メテ生マレ、先ヅ其ノ精ヲ成ス、精成リテ脳髓生ズ。頭ノ円ハ天ニ象リ、足ノ方ハ地ニ象ル。眼目ハ日月ニ応ジ、五藏ハ五

星ニ法リ、六府ハ六律ニ法リ、心ヲ以テ中極ト為ス」(『千金要方』卷一・序例)と述べ、内経医学のコスモロジーを承けているのは怪しむに足りないが、心臓をハ中極 \vee とする意図は上(頭部)、下(足部、又は下腹部)に対して言い、むしろ道教医学の身体区分を下敷としているのではあるまいか。道教医学はプラトンと同じく身体を三つの部分に分ける(マスペロ、八二―八三頁)。上部(頭と脳)は感覚器官の座で、心臓を例外として「生命の知的な面に関するもの」が所属する。中部(胸)と下部(腹と脚)は「生命の生理的機能の主なもの」が所属する。各部分にはまた三つの生命中枢である丹田が位し、それぞれ神々が特定の名をもつハ宮 \vee に住む。頭部の丹田は泥丸宮と呼ばれ、最高神の居所である。道教医学は内経医学と表裏一体であるにしてもその秘教的性格は理解を困難にする。もし人格化された神が靈魂の象徴的表現だとすれば、プラトンの身体の三分との類似は興味深く、コスモロジカルな共通の動機が思ひうかぶ。

心臓中枢説が解体し頭部に移行した動機としてもう一つ考えられるのは、小児医学的な側面である。『韓詩外伝』で天地のハ氣 \vee を受けて生まれた人間が次第に身体の諸機能を獲得していくことを述べた条りに、「三年腦合シテ後能ク言フ」(卷二)とあるのは、小児の泉門が閉鎖する時期と言語の発達との関係についての観察に基づく。時代はやや下るが、隋の巢元方の『諸病源候論』に小児の脳病に対する症候論の記載があるのは、それまでの病理学を整理したものと考えられる。このように脳は小児医学で重視された。明の徐春甫は「顛門ハ精神ノ門戸ナリ」(『古今医統』顛頤論)と言い、十八世紀の宣教師の書簡にも泉門を精神、理性の門とする中国人の考え方を紹介しているが(矢沢、一〇六頁)、この觀念がいつごろ定着したのか、また西洋医学の影響によるのかどうかは明らかでない。

内経医学の脳に対する見方は精神作用をその機能としない。脳は髓・骨・脉・胆・女子胞と共にハ奇恒之府 \vee に属し(『素問』五藏別論)、人体のハ四海 \vee (髓海・血海・氣海・水穀海)の中の一つ髓海に同定される(『靈樞』海論)。すなわち脳の内部はただ髓で満たされているとする極めて粗雑な解剖学があるに過ぎない。⁽³⁾ 脳の形成は先天のハ精 \vee によるが(『靈樞』経脈篇)、後天的にはハ穀氣 \vee (食物から来るエネルギー)の化したハ精液 \vee がこれを補給する(『靈樞』五癰津液別論)。

また脳はハ真氣^{マキ}（宇宙的エネルギー）の聚まる所とも言われ、その局在部位は頭部の經穴の一つであるハ腦戸^{ノウコ}（素問・刺禁論）とかハ百会^{ハクワイ}（素問・卷十、楊上善注）とされる。この發想は前記のコスモロジーや小兒医学を考えれば了解し易い。しかし腦の積極的な機能となるとさほど明確ではない。その機能の一つとして、生殖作用に与かる腎との密接な關係から、ヴァイタリティを営む作用が考えられたようである。ギリシアではヒポクラテスやプラトンが腦を精液の貯藏所ないし製造所であると考えたが（小川政修、九八、一二九頁）、内經医学では何も言及していない。しかし道教のセクソロジは下丹田に蓄積されたハ精^{セイ}を上丹田に還流させることによりヴァイタリティを増強する方法を案出しており、内經医学の腦思想を拠り所にしていられると思われる。このハ還精補腦^{ハエンセイポノウ}の方法は遅くとも三世紀には出現していた。⁽⁶⁾

腦という語は先秦ではわずかに『春秋左氏伝』（傳公二十八年）などに一、二回現れる程度に過ぎない。字源説から見ると、腦（説文は腦に作る）や思^シなどは小兒の頭蓋の象形文字である函^{ホウ}を含む。高田忠周（『漢字詳解』一九二五年）は段玉裁の説に従い小兒の泉門のある頭蓋を函^シに作り、頭蓋の充実した形象を函^ナに作るべきだと言ひ、且つ思^シについて「函ハ頂門ノ骨空ニシテ函ヨリ心ニ至ルコト絲ノ相貫キテ絶エザルガ如シ」という徐鍇の説（『韻會』所引）を引き、「元來函ハ頂門ノミ、精神ト關スルナシ、惟レ函ハ精神ノ主官ナリ、思字ハ函ニ從テコソ会意ノ悃^{クン}然ナリ」（上卷、一四九頁）と述べ、また細の条では「神經ノ微細ハ腦ヨリ微ナルハナシ、故ニ糸函ニ從テ会意ス」（下卷、一二〇頁）と記している。思^シが先秦に造られた文字であることは明白である以上、医学思想の観点から見て、高田説が近代医学思想に左右されたものであることは言うまでもあるまい。そうすると思^シの文字論的解釈が問題になる。おおざっぱに言つて漢字の解説原理は組み合わせた二つのシンボルを隣接性によって解くか類似性によって解くかの二つに帰着する。⁽⁷⁾ 函（頭）と心（心臓）で思考する“という隣接性的解釈が上代の觀念に抵触するとすれば、“心臓の搏動に伴う思考作用があたかも呼吸のたびに動く小兒の泉門の働きと似ている”といった類似性的解釈が妥当になるかもしれない。⁽⁸⁾ 隣接性的解釈の一つとして、先の徐鍇は腦から心へ糸の如く貫いていけると解し、一方清の朱駿聲は心神が腦に通じていけると解したが（『説文通訓定声』頤部第五）、前

記の小兒医学的發想に由来があるとすればかなり新しい説によったことになる。しかし晋の陸機の与長沙顧母書(『顔氏家訓』卷九所引)に「從祖弟士璜ノ死ヲ述ベ乃チ言フ、心ヲ痛マシメ腦ヲ抜クコト孔懷ノ如キ有リ」と見える文章は、心と腦の關係について何らかの関連性を暗示しているようだし、梁の沈約の内典序には「宝刹雲ニ臨ム、或ハ鬼神ノ功ヲ役シ、或ハ髓腦ノ力ヲ資ス」(『広弘明集』卷二二)とあり、腦と精神との關係が微かに看取される(三宅、下卷二三二頁)。腦を思惟の座とする觀念は近世まで見出し難いにしても、おぼろげに知性の座を認める觀念は唐代あたりからあったらしく、『唐撫言』に人を錯認したぼんやり長官を嘲って「主司ノ頭腦太ダ冬烘ナリ」と言った故事を載せている。宋代では『鶴林玉露』(卷一八、人集)に朱子を引いて「李白永王璘ノ反スルヲ見、便チ之ヲ從史ス、詩人頭腦没キコト此ノ如キニ至ル」とあり、没頭腦は「訳のわからない」意とされる(諸橋大漢和)。元代ではハ來腦という語が馬鹿の意味に使用されている例があり(朱居易『元劇俗語方言例釈』一二四頁)、またある元曲における「把煩惱都也丟在腦背後」という表現(孫錦標『通俗常言疏証』は、情動や記憶の座が腦に想定されているようにも見える。しかし以上は推測の域を出るものではなく、なお意味論的検討を要する。明確に言えることは、ヨーロッパで腦を精神の座とする觀念が漸く受け入れられてくることを示す証拠が十四世紀あたりからぼつぼつあるの⁽¹⁰⁾に對し、中国の場合西洋医学思想の定着する十九世紀末葉あるいは恐らく今世紀に入ってからだということである。⁽¹¹⁾

三

大槻玄沢は『重訂解体新書』(一八二六年刊行)の中で腦の解剖生理学を記述したあと、「嗚呼和漢悠悠タル古今未ダ曾テ人身スノ生機神用ヲ具スルノ靈物タルヲ論ジ及ブ者有ラズ」と初めて腦の機能を紹介する抱負を吐露している。中国の近現代の中医学者はこれとは反對に、腦や神経の發見は古典医学に既にあったということを証明しようとする傾向がある。例えば王吉民は中国医学が腦に言及することが少ないと言いつながらも、内經の腦に関する記事を無批判的に挙げてい

るし（王、四頁）、吳国定は『素問』靈蘭秘典論で十二臓腑の機能を列挙したあとに述べた一文「凡此十二官者不得相失也。故主明者下安、……主不明則十二官危」のハ主 \vee に関して、それを心臓とする従来の定説を否定し、敢えて脳とする説を立てる（吳、二六一頁）。その論拠の一つが李時珍（一五一八—一五九三）の「腦ハ元神ノ府タリ」という『本草綱目』（巻三四、木部）のテーゼであり、吳はハ元神 \vee を中枢神経と解釈する。一方、日本の漢方学者多紀元簡は考証を尽くして、汪昂や王惠源が脳を記憶の座とするのは、道書『黃帝内景』が脳を泥丸宮と称しハ元神 \vee の居所としているのと共に由来があるに相違なく、脳を精神の座とするオランダ医説とも符合していると言う（『医賸』上巻）。これも中国医学に淵源を求めようとする先の議論と同軌である。ところで清の汪昂が拠っているのはやはり李時珍の先のテーゼである。しかしハ元神 \vee なる語は李時珍において生理学的というよりは神秘主義的色彩が強い⁽¹²⁾。実際『本草綱目』（巻五二、人部）の天寶蓋（腦蓋骨）の条で、「人ノ頭円ク蓋ノ如シ、穹窿天ニ象ル、泥丸ノ宮、神靈ノ集マル所……聖胎円成、乃チ顛顛ヲ開キテ出入ス、故ニ天寶蓋諸名アリ」と記しているのは、一見して道教医学の影響が読み取れる。もともと秘教的身体観においてハ元神 \vee が先述の通り靈魂あるいは脳の靈妙さをシンボリカルに表現した可能性は、脳思想が心臓中心主義とは別の潮流をなすという上記来の考察からして有り得ないわけではない。ともかく西洋医学が伝来していた当時に伝統医学の中に脳中枢思想の由来を求めようとする汪昂は明の金声の説を引いて論を固めてくる。金声は云う、「人ノ記性ハ皆腦中ニ在リ。小兒善ク忘ルル者ハ腦未ダ滿タザルナリ、老人健忘スル者ハ腦漸ク空シキナリ」（汪昂『本草備要』巻三）と。しかし汪昂が李時珍を無理に金声に結びつけようと目論んでみても所詮連続的につながるわけはなく、後者の拠り所は実は西洋医学にあるらしいのである。

西洋医学を最初に中国にもたらしたものが利瑪竇（Matteo Ricci）の『西国記法』（一五九五年）である。これは神経学に関する内容で、記憶の座が脳にあることを紹介した。爾後宣教師による翻訳が相次ぎ、神経生理学を紹介した艾儒略（Aleni Jules）の『性学暢述』（一六二四年）、解剖学を紹介した鄧玉函（Joannes Terrenz）の『人身概説』（一六二五年）、湯

若望 (Adam Schall von Bell) の『主制群徴』(一六二九年)、畢方濟 (Francisco Sambiasi) の『靈言蠡勺』などが出た(戴内、劉、Vaith 1958)。これらの書の紹介する医学は大体ギリシアのヒポクラテスやローマのガレノスの医学であるという(劉、下冊四九八頁)。近代医学が登場するのははるか後世であり、「十六世紀末頃のヨーロッパには近代的分類で考へるやうな自然科学は形成されてゐなかった。植物学、動物学、解剖学、生理学、地理学、乃至とかく鍊金術と一緒になりたがる化学など、すべてはアラビア人が残した不明瞭な状態をまるで脱してゐなかった」(ペルナル、二〇頁)というのが西洋の事情であつた。従つて前記の著者たちが脳理論をどれほど正確に理解し紹介したのか知らないが、注意すべきは精神の脳局在論は当時多分に形而上学的であり、必ずしも常識にまで固まっていなかつたという事実である(川喜多、上巻五六四頁)。ただガレノス医学はその脳理論に関する限りアリストテレスを承けずヒポクラテスからプラトンの系譜につながり、その意味で実験医学的方法と相俟つて正しい道を歩んでいた。天主教徒となり洋学に通じたといわれる如上の金声は幸いにこの医学に接し得た筈であるが、前引の一文を見る限り脳に対する理解はむしろ中国医学的文脈に解消されており、汪昂に至つては「今人往事ヲ記憶スル毎ニ必ズ目ヲ閉ヂテ上臆シテ之ヲ思索ス、此レ即チ神ヲ腦ニ凝ラスノ意ナリ」と言うのを見てもガレノス医学との接触は感じ取れない。

金声とほぼ時代を同じくする方以智は、富士川游の言う通り、「頭腦ヲ以テ藏神ノ府、魂魄ノ穴トナス」西洋の説を早くも導入した一人である(富士川、四二頁)。方以智は『物理小識』(巻三、人身類)において、記憶と脳の関係について「生有ルノ後、脳髓ニ資シテ以テ藏受スルナリ。髓清キ者ハ聡明、記シ易ク忘レ易シ、印版ノ字ヲ摹スルガ若シ。髓濁レル者ハ愚鈍、記シ難ク忘レ難シ、堅石ノ文ヲ鐫ルガ若シ」と述べている。もっとも知性を脳の清濁に帰する発想は中国医学でハ氣の清濁を区別するのと折衷させた節がないでもなく、方以智自身「太素ノ脈法ニ亦清濁ヲ以テ人ノ靈蠢ヲ定メ、而シテ貴賤ハ兼テ骨ヲ以テ之ニ応ズ」と言うように中国医学にも根拠を求めている。その他なお中国医学的発想が多く残るにしても、心臓中心主義からの脱却は彼のコスモロジカルな興味からしても当然と言えるかもしれない。方以智に

よれば体内には三つの中枢器官（三貴）があるという。それは心臓と肝臓と脳であり、生命のエネルギーの源である。肝臓では血液が造られ、その精なるものが「人体性之氣」 \vee となる。この微細な「氣」 \vee が百脈を通り全身に行き渡る。心臓に入った「氣」 \vee はその一部が「生養之氣」 \vee に化し、細血を全身に導いて「原熱」 \vee （内熱）を保つ。その「氣」 \vee が脳に上ると更に微細な「動覚之氣」 \vee に変わる。これこそ五官四支を感覚せしめる所以のものである。以上三種の「氣」 \vee の説明はほとんどガレノス医学の影響と考えてよい。ガレノスはギリシア以来の「プネウマ」説を發展させ、生体を統括する「プネウマ」を三つに分ける。空気に由来する「プネウマ」は生体内内部における座位の違いに従って異なった原動力となる。肝臓に発する「自然精氣」 \vee は血液の生成、栄養、生殖などの機能を営む。心臓で形成される「生命精氣」 \vee は動脈血とともに全身に配分され、搏動や温の生成・分布をつかさどる。脳に達した「生命精氣」 \vee は「靈魂精氣」 \vee に変化し、神経管を通じて全身に伝えられ、運動、知覚を發動させる（永井、一六四—一六五頁、川喜多、一〇六—一〇七頁）。脳は腺ではなく骨髓の一種とし、脳室ではなく脳実質に精神の座を置くのがガレノスの特長である（マクヘンリー、一七頁）。脳を精神の座とする思想は、ピタゴラスやアルクマイオンを経てヒポクラテスに至る流れがあるが、他方エンペドクレスの血液中枢説や、アリストテレス、エピクロス、ゼノンらの心臓中枢説もあり、必ずしもギリシア思想の主潮流ではなかった。ガレノスは上記の通り「プラトン」を受け、「プネウマ」の三分説は「プラトン」の影響下にある。「プラトン」と発想の類似する道教の身体観から方以智がいかほどの影響を受けたかは明らかでないにしても、少くともガレノス医学の受容は疑いのないところである。

方以智以後、どのように西洋医学が中国に影響を及ぼしたか明瞭でないが、十九世紀の王清任に至って中国最初の実証的な解剖学が出現した⁽¹³⁾。伝統的な解剖学の批判に努めた『医林改錯』（一八三〇年刊）に脳髓説なる一章がある。王清任は霊機、記性が脳に在りと断言するに当たって前記李時珍や汪昂の説を引用すると共に、脳の成長と視覚・聴覚や言語の形成のプロセスに着目して、「小児ノ初生ノ時ヲ看ルニ、脳未ダ全カラズ、凶門軟カニシテ、目靈動ナラズ、耳聴クヲ知ラズ、鼻聞クヲ知ラズ、舌言ハズ。周歳ニ至リテ、脳漸ク生ジ、凶門漸ク長ジ、耳稍聴クヲ知リ、目稍靈動有リ、鼻微カニ

香臭ヲ知り、舌能ク一二字ヲ言フ。三四歳ニ至リテ、脳髓漸ク満チ、凶門長ズルコト全シ、耳能ク聴キ、目靈動有リ、鼻香臭ヲ知り、語ヲ言ヒ句ヲ成ス。小児ノ記性無キ所以ノ者ハ、脳髓未ダ満タザルナリ、高年ノ記性無キ者ハ、脳髓漸ク空シキナリ」とやや粗雑ながら脳と記性との關係を述べる。なかならず注目に値するのは、ある種の精神病を脳の病理として説明することである。例えば癩症（癩癩）は元氣が一時に脳髓に入ることができないために起こる病態とする。これはヒポクラテスが魔術的病理觀に反對して神聖病（癩癩）を脳の病理に歸したのと軌を一にする。この点精神病を五臓の病理に歸する中国の伝統医学と比べてみると、王清任が西洋医学の影響を受けたということは否定できない。しかし翻つて考えるに、これまで述べてきた中国本来の脳思想——コスモロジカルな身体觀に基づく脳の重視や小児医学の脳生理觀による發想——が大きな底流としてあり、そこへたまたま西洋医学のインパクトを受けて、王清任（あるいは方以智も）のような医学思想が出現したのではなからうか。

注

- (1) 特定の臓器と感覺器官との照応説は『黄帝内經素問』や『淮南子』などに見えるが、『列子』の説はむしろ緯書の説に近いという。福永光司訳注『列子』（『中国古典文学大系』第四卷所収、平凡社、一九七三年）参照。なお『列子』書の性格についても同著を参照されたい。

- (2) 脳を精神の座とするヒポクラテスは横隔膜説や心臓説に反論している。「神聖病について」第二十節（小川政恭訳『古い医術について』所収、岩波文庫、一九六三年）参照。

- (3) 「夫人所以生者陰陽氣也、陰氣生為骨肉、陽氣生為精神、人之生也、陰陽氣具、故骨肉堅、精氣盛、精氣為知、骨肉為強、故精神言談、形体固守、骨肉精神、合錯相持」（『論衡』訂鬼篇）「人之所以聰明智慧者、以含五常之氣也、五常之氣所以在人者、以五藏在形中也、五藏不傷、則人智慧、五藏有病、則人荒忽、荒忽則愚痴矣」（同、論死篇）

- (4) 内經医学の身体区分については拙稿（加納、一九七八^①）を参照されたい。

- (5) 道教医学ではまだしも「脳室の粗雑な図式的な表現」（マスベロ、八四頁）が見られる。

- (6) 魏の曹植の飛龍篇に「……援我仙藥、神皇所造、教我服食、還精補腦、寿同金石、永世難老」（『陳思王集』卷二）とある。な

- お成立年代は不明であるが、『神農本草経』で「補腦」を言う箇所が見えるから、もっと年代が遡る可能性もある。
- (7) 隣接性と類似性のタームについては拙稿(加納、一九七八②)を参照されたい。
- (8) 意味論的には、思/siege/は息/sick/と同系の語で、／狭い間隙をこすって出入りする／という基本義を持つ。藤堂明保『漢字語源辞典』(一九六五年、学燈社)、一六二—二〇頁。
- (9) 『英華萃林韻府』(J. Dooitte, 1872, Fookhow) や『増訂英華字典』(W. Lobscheid, 1883, Tokio) では 'without head (i.e. stupid)' ㄅㄨㄛˊ ㄉㄜˊ 'brainless, without understanding' ㄅㄨㄛˊ ㄉㄜˊ が R. Morrison "Dictionary of the Chinese Language" (1815, Macao) では 'inability to find out the causes of an affair, more from the unaccountableness of the affair itself, than from deficiency of talent in the person considering it.' と解している。
- (10) もっとも「夾腦」は「夾凶曰角」(『礼記』内則注)に基くかもしれない。そうすると馬鹿の意は總角の児童からの意味変化になる。
- (11) J.A.H. Murray, New English Dictionary on Historical Principles, Vol. 1, 1888, Oxford.
- (12) 大槻玄沢は「元神」を却って神経生理学的タームとして援用している。(『重訂解体新書』第八)
- (13) 本格的な西洋解剖学の紹介は B. Hobson の『全体新論』(一八五一年)からといわれている(渡辺)。

参考文献(医経関係は省略)

- 小川 政修(一九四七) 西洋医学史、真理社。
- 小川 鼎三(一九五五) 明治前日本解剖学史、日本学士院日本科学史刊行会『明治前日本医学史』第一卷所収、日本学術振興会。
- 王 吉 民(一九七六) 中国歴代医学之發明、新文豊出版公司、台湾。
- 加納 喜光(一九七八①) 医書に見える気論——中国伝統医学における病氣観、小野沢精一他編『氣の思想』、東京大学出版会。
- 加納 喜光(一九七八②) 漢字と医学——失語学による文字論の動向と展望、中哲文学会報第三号。
- 川喜田愛郎(一九七七) 近代医学の史的基盤(上・下)、岩波書店。
- 木村 雄吉(一九七五) ギリシアの生化学——生命の科学の思想的源流、中央公論社。
- 黒田 亮(一九四八) 支那心理思想史、小山書店。
- 呉 國定(一九六九) 内経解剖生理学、国立中国医薬研究所、台湾。

- 上海市中医学会編（一九七四） 藏象学説的理論与運用、医薬出版社、香港。
- 朱 顔（一九五五） 中国古代医学的成就、中華全国科学技術普及協会出版、北京。
- シヨンヤール・P（一九五六） 精神身体医学、吉倉範光訳、白水社。
- シルボーグ・G（一九五八） 医学的心理学史、神谷美恵子訳、みずす書房。
- 陝西省中医研究所編（一九七六） ▲医林改錯▽評注、人民衛生出版社。
- 丹波 元簡（一九七五） 素問識、大新書局、台湾。
- 丹波 元簡（二八〇九） 医賸、鶴見大学図書館蔵。
- 陳 存 仁（一九六八） 中国医学史図鑑、香港。
- 時実 利彦（一九六二） 脳の話、岩波書店。
- 中山 茂（一九七七） 日本人の科学観、創元社。
- 中村 璋八（一九七三） 五行大義、明德出版社。
- 永井 潜（一九五〇） 哲学より見たる医学発達史、杏林書院。
- 南京中医学院編（一九七三） 中国医学概論、医薬衛生出版社、香港。
- ニードム・J（一九七四） 中国の科学と文明、第二卷（思想史上）、東畑・藪内監修、思索社。
- 平岡 楨吉（一九六八） 淮南子に現われた気の研究、理想社。
- 富士川 游（一九四一） 日本医学史、日新書院。
- 馮 友 蘭（一九六二） 中国哲学史論文二集、上海人民出版社。
- 馮 友 蘭（一九六四） 中国哲学史新編、第一、二冊、人民出版社。
- フォルケ・A（一九三六） 支那文化学概説、原富男訳、章華社。
- ベルナール・H（一九四四） マテオ・リッチと支那の科学、小野忠重編『マテオ・リッチと支那科学』所収、双林社。
- ペンフィールド・W（一九七七） 脳と心の正体、塚田・山河訳、文化放送。
- ボス・M（一九六六） 心身医学入門、三好郁男訳、みずす書房。
- 堀越 清三（一九六三） 古典における脳、漢方の臨床第十巻四号。
- マクヘンリー・L・C（一九七七） 神経学の歴史、豊倉康夫監訳、医学書院。

- マンスペロ・H (一九六六) 道教——不死の探求、川勝義雄訳、東海大学出版会。
- 三宅 雪嶺 (一九五四) 学術上の東洋西洋 (上・下)、実業之世界社。
- 矢沢利彦編訳 (一九七七) 中国の医学と技術—イェズ会士書簡集、平凡社。
- 戴内 清 (一九七〇) 明清時代の科学技術史、京都大学人文科学研究所『明清時代の科学技術史』所収。
- ニアール・P、ウォン・M (一九七二) 中国の医学、高橋正他訳、平凡社。
- 劉 伯 麟 (一九七四) 中国医学史 (上・下)、台湾。
- 廖 温 仁 (一九三二) 支那中世医学史、カニヤ書店。
- 渡辺 幸三 (一九五六) 現存する中国近世までの五臓六府図の概説、日本医史学雑誌第七卷一—三号。
- L.C. Veith, I. (1958) "Non-western concepts of psychic function", in *The History and Philosophy of Knowledge and the Brain and Its Functions*, Oxford.
- Veith, I. (1972) *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.

Brain and Heart

—on the seat of mind in Chinese medical thought

by

Yoshimitsu KANŌ

Since the first discussion about the relation of mind and body that began in the Pre-Ch'in (秦) period in China, it seems that there were two philosophical schools on the theory of the seat of mind. One is the school of Kuan tzü (管子) or Hsün tzü (荀子) which introduced the theory of heart-centralism by accepting the archaic idea. But combining with the

theory of five elements between the end of the Warfare period and the Han (漢) dynasty, it was replaced by the theory of localization to ascribe each mind to five viscera, which formed the basis of psychosomatic medicine in Huang Ti Nei Ching (黃帝內經).

Another is the school of Wei Shu (緯書) and others which attached importance to the head according to cosmological interest and pediatric motivation. This view is also included in a part of Huang Ti Nei Ching and subsequently had influence in the classification of body in Taoist's medicine. It is probable, after my grammatological and semantic consideration, that a conception to relate mind with the brain can date back to the Six dynasties, but there is very little evidence. Li Shin Chen (李時珍) the Pentsalogist of the Ming dynasty made first mention of the problem about mind and brain, though it seems to be strongly influenced by Taoist medicine. In the same age a view to set the seat of memory into the brain was introduced by Mateo Ricci who brought European medicine into China, consequently the theory of three treasures of body (brain, heart and liver) was described by Fang I Chih (方以智) who probably followed Galen's medicine, and later in the Ch'ing dynasty a treatise on the brain was written by Wang Ch'ing Jên (王清任) who published the first book of experimental anatomy in China.

But in my opinion these accomplishments are almost partly based upon the Chinese traditional thought about the head.

経験の医学

Ⅱ 本居宣長の医史学的考察Ⅱ（その一）

序

高橋正夫

医学は、本来、経験の科学であると思う。然し、現代では、医学はますますその思想・方法ともに、分析的・実験的科
学たろうとしているところに、最大の問題点があると言うべきではないか。

日本最大の思想家の一人である本居宣長が、同時に、小児科の開業医であつた事實は周知の通りである。にもかかわ
らず、今日なお彼を一個の良医として認め、その業績を医学的に評価することには、一般的に消極的であるのは何故である
のか。想うに、宣長の医学を、所謂、西洋近代医学の概念とその視点からのみ、批判的に眺めようとするからである。だ
が、そのような見方は、明らかに、医学（或は医師、或は医療）とは何か、と言う問題への、根本的な問い掛けを欠落させ
ていることに依つて、必然的に、本居医学（又は医師・本居宣長）への不当な軽視ともなっているのである。

本居宣長は、その恐らく彼の唯一の医学論文の中で、疾病は医師や薬剤が治すのではなくて、もともと、患者（或は人
間一般）に、生れながら具っている、その「元氣」が治すのであり、従つて、元氣を養ふこと《養氣》こそ、医の最上
の道であると言っている。これは明らかに、往古以来の人間の経験の一大体系とも言ふべき、東洋医学の深い知見の上
に、更に、宣長自身の、その生涯に亘る臨床的経験を打ち重ねることに依つて到達した、彼自身の確信にみちた医療哲学

に外ならない。少くともそれは、決して、分析的・実験的な医学から導き出された結論ではない。何故なら、「氣」と言う、本来、極めて神秘的（超經驗的）な生命力は、到底、それ自体、分析科学や実験医学の対象とはなり難いものだからである。

今から約二百数十年以前に、卓然として、「氣」の重視を説いて止まなかった、本居宣長の經驗医学の真理性は、その意味に於て、現代一層に、注目すべき医学であると言わねばならない。小論は、この問題に就て、主として、宣長が修めた、漢方医学の近代的達成としての「李・朱医学」の問題点、並びに、特に宣長の唯一の本格的な医論と思われる、その「詩文稿」中の所謂、「送藤文興還肥序」を中心として、聊か考察を試みたい。

一 医・文両全

享和元年、辛酉（一八〇一）、本居宣長歿ス、啞科ヲ武川幸順ニ學ビ、其ノ業行ハル、傍ラ国学ヲ以テ自カラ任ジ、其ノ名声海内ニ溢ル（傍点筆者）。

これが「日本医事年表」⁽¹⁾に看取される、本居宣長の医史学的位置づけである。日本医学史家が、本居に与えた、この確乎たる定説に出会うとき、卒然として、われわれは、若き日の宣長が、京都修学時代に物した、その記念すべき医学論稿（これに就ては後で詳述する）の、あの最後の印象的な一節を想起せずにはいられない。宣長は其処で次のように言っている。

藤君文興（藤文興。宣長在京時代の堀景山の同門生。肥前大村侯侍医。宣長は彼の文行を深く敬愛して自らの理想像としていた。筆者注）ハ、深く此ノ理ヲ察シ、攻補ノ間ニ周旋シテ偏セズ固セズ、善医ト謂フベキノミ、（中略）、頃歳京師ニ折肱シテ枢素ノ藎奥ヲ叩シ、長沙ノ髓腦ニ達ス、旁ラ儒雅ヲ尚ビ、厚ク文辭ヲ好ム、実ニ予ノ益友ナリ、今ヤ錦衣ノ別ニ臨ミテ、区々タル医言ヲ裁シテ以テ贖トナス⁽²⁾（原漢文、傍点筆者）。

元來、この二つの文章は、その成立に係わる論者、主題、年代のどの一つを取り上げて見ても、すべて最初から全く別途、無関係に草せられたものでしかない。にも拘わらず、この、実に一世紀有半の歳月を隔てて、それぞれに、全く別個独立の動機と目的とを以て叙述せられた、これら二つの文章が、いづれも正に、本居宣長（或はその分身とも謂うべき理想的人間像）を繞る、「医学」（啞科）と「国学」、又は、「善医」と「儒雅」（文辭）との、密接不離・一心同体の關聯性を、ものの見事に示し得ていて、いま極めて注目すべきものと言わねばならない。即ち、「共ノ業（啞科）行ハル、傍ラ国学ヲ以テ自カラ任ジ、共ノ名声海内ニ溢ル」と言う、本居宣長に対する医学史家の定説と、「柘素ノ蘊奥ヲ叩シ、長沙ノ髓腦ニ達ス、旁ラ儒雅ヲ尚ビ、厚ク文辭ヲ好ム」と言う、本居宣長が、その自らの分身（藤文興）に捧げた評言とが（その元來、全く別箇無関係のうちに、時代を隔てて草せられた文章であるにも拘はらず、結果的には、実に判然たる、文体的・内容的契合を示さずにはいないと言う、その事実の意義に就てである。別言すれば、医学と国学、善医と儒雅が、それぞれ、本居宣長と言う一個の人格を軸として、主觀的にも客觀的にも、「傍ラ」（「旁ラ」と言う副詞を媒介として、固く結び合されている、この事実の意味は何かと言うことである。其の点に就て、これから暫く考えて見ることにしよう。

既によく知られているように、本居宣長（上京前は、小津福四郎榮貞、在京中に本居宣長、春庵と改名、並びに改号をした⁽³⁾）は、元來、伊勢・松阪の木綿問屋の跡取りであった。が、父の死と家業の倒産に遭い、母親の助言にも励まされて、一大決心と共に、医業に依る家運の再建を目指して、宝暦二年（一七五二）、二十三歳の春に、単身上京し、まず、当代の名儒・堀景山（元禄一—宝暦七、一六八八—一七五七、藤原惺窩の高弟・堀杏庵の四世の裔、安芸侯に出仕、京都に在住、江戸護國の荻生徂徠とも懇切な書簡の往復があるほどの名家）に入門・師事して医学の一般教養（当時、漢方医学にとって、儒学は必須の基礎学でなければならなかった）を修めた。次いで、堀元厚（後述）や、武川幸順（後述）にも夫々入門・師事して、基礎医論と小児科医方を学び究めて、遂に、在京五年七ヶ月に及ぶ游学の成果と共に、宝暦七年（一七五七）、二十八歳の秋に、帰阪、開業するに至った。爾來、宣長は、その享和元年（一八〇一）、七十二歳の仲秋に卒するまで、世医・本居春庵（薨

庵、舜庵とも書く」として、世の病者（弱者）の救済に尽くし、晩年には、遂に、領主・紀州侯表御医師（十人扶持⁴）としても招聘され、文字通り、国君の脈をも看るに至った。一方また、思想家（国学者）としての本居宣長は、在京時代の処女作であり、且、その思想的（文学的）独立宣言の書とも言うべき、「排蘆小船」以来の、独自の詩心と文業を着々発展させつつ、即ち、「直日靈」から「玉匣」、「秘本玉匣」、「玉勝間」、「源氏物語玉の小櫛」、「古事記伝」、「初山踏」等に至る、謂はば、本居学の主峰を相次いで確立することに依つて、近世日本に於ける冠絶的な思想家・国学者として、その不動の巨歩を印し了せたのである。其の正に、医・文両業を二つながら全うした、前人未踏の業績は、真に「国手」⁶「すぐれた医者」であることが同時に、「国を医する名手」でもある）と呼ぶに相応しい、壮大な達成ぶりであった。従つて、斯かる、医・文両全の春庵・本居宣長に対して、日本医学史家が、敢て、その「日本医事年表」（享和元年辛酉の項目）に、冒頭既述の如き行文と共に、その存在と業績を高く評価して、書き誌することがあったとしても、まことに至当の成り行きと言ふべきである。

「我邦医学ニ関スル歴史的事実ヲ網羅」⁷する目的を以て修せられた「日本医事年表」に、わが春庵・本居宣長の名前が判然と記載されている事実の意義は、思うに、いま次の二つの理由から極めて重大である。その第一は、思想家（国学者）、本居宣長が、改めて一個独立の医家として、日本医史学的にも確実にその存在を認められている、と言う点である。江戸中期に於て既に、主として後藤良山（万治二〇享保一八（一六五九—一七三三））に依つて顕在化した、所謂、「儒医」（儒者にして同時に医者を兼ねる）の風潮は、その高弟・香川修庵（天和三—宝暦五（一六八三—一七五五））の所謂、儒医一本論（聖道医術一其本而無二⁸）に於て、その盛行ぶりの頂点を示すに至っている。従つて、当時、江戸中期に在つては、医・文両業は、その限り決して、何ら異とするに足らないのみか、逆に、それは時代の趨勢ですらもあったと言える。だからと言って、然し、それら儒医のすべてが、いま右の「日本医事年表」に、その名を記載されているわけではない事も勿論である。例えば、春庵・本居宣長と同時代の、錚々たる思想家・文藝家の中にも、医・文両業を事とした場合は決して渺

くはない。いま、其等の中の最も有名な二家を挙げて見るならば、まず其の一名は、出羽国久保田（現在の秋田市）の、確菴堂良中こと安藤昌益（元禄一四〇〇（一七〇一）？）その人である。彼は、周知の如く、宝暦四年（春庵・宣長の武川幸順の下で、小児科の医術を専心修めていた頃）に、「自然真営道」三冊を公刊して、所謂、「自然の事物は互性活真なり」（一切万物事、悉く尽スニ、一活真、自感、進退、一互性ニシテ備道ヲ極尽スルナリ）⁽⁹⁾を説き、特に、その所謂、「直耕」衣食論（君主と雖も婦農勞作して食ふべきであつて、天下一人の「不耕盜食」の徒をも認めない）に於ては、宣長の名高い、「秘本玉匣」中の武士婦農論と、不思議に冥合一致する点をも示して、頗る注目に値する思想家である。だが、その彼が同時に又、「本草に通じたる医者であつた」⁽¹²⁾事実も、すでによく知られている通りである。次に又、本居宣長を評して、例えば、「古事記伝兵へ」とか、「小児いしやの片店商ひ」、などと決めつけ（宣長を相手取つて）、実に前後二十一回に亘る書簡論争を執拗に挑んで、遂に、宣長をして後年、有名な「呵刈叟」一篇を刊行せしめずにはおかなかった程の、近世日本思想史上の最も著明な本居論難者（「雨月物語」の作者でもある）上田秋成（享保一九文化六（一七三四）一八〇九）その人である。彼自身もまた（宣長を「市井の庸医」⁽¹⁴⁾呼ばりしながら）、自らが大阪の町医者に違ひなかった事実は隠れもない所である。遮莫、いま最も注目すべき事柄は、これら近世日本に於ける精神史上の、孤高、特異の思想家・文業家の場合と雖も、単にその日常的な医・文両業の故だけを以てしては、他易く、「日本医事年表」への登場者とはなり難いと言う点でなければならぬ。その意味に於て、春庵・本居宣長の、「日本医学史」への堂々たる登場は、いま一際注目に値すると言わねばならない。とは言え、目下の小論にとつて、最も重大な関心事は、単に、思想家（国学者）・本居宣長の名前が、同時に、一個の小児科医としても（其ノ業行ハル）として、日本医事年表に歴然と誌されていると言う、その事実認識にあるのみではない。むしろ、真の問題は、その場合に日本医学史家が、如何なる視点に拠つて本居宣長の医家としての存在を認めるに至つたのかと言うことでなければならぬ。別言すれば、「我が国医学ニ関スル歴史的事実ヲ網羅スル」ための「日本医事年表」の修纂に當つて、医学史家が何故に敢て、「傍ラ、国学ヲ以テ自カラ任ジ、其ノ名声海内ニ溢ル」

(いづれも傍点筆者)と、謂わば、医学以外のファクターを以て(逆に、医家・本居宣長の存在評価の重要視点と)、しているのかと言う其の事実就てなのである。だとすれば、この場合の、「其ノ業行ハル」と「傍ラ国学ヲ以テ自カラ任ジ」とが、本居宣長を医家として認める場合の必須の視点でなければならないとの、医学史家の判断は、如何に理解さるべきであろうか。

大槻文彦の「大言海」⁽¹⁵⁾に依れば、「傍ら」とは「脇」^{わき}、「脇腹」の義とある。つまり、軀幹の前面・腹部に対する体側・腋腹のことであり、両者は正に、一心同体・密接相補の關係にあると言ふことに外ならない。「脇」は当然に腹に連らなり、腹は「脇」と相補うことに依つて軀幹を構成する。従つていま、日本医学史家が、春庵・本居宣長に対して、「其ノ業(啞科)行ハル、傍ラ国学ヲ以テ自カラ任ジ、其ノ名声海内ニ溢ル」と評するとき、宣長に於ける医学(「啞科」と文業(「国学」)との、元来の同体的・相補的關聯性を判然と認識し、且、その成果の盛大さをも併せて指摘したものと言わねばならない。別言すれば、世医・本居春庵の医業は、思想家(国学者)・本居宣長の文業達成に密接に関わり、思想家(国学者)・本居宣長の文業は、世医・本居春庵の医業的隆盛を活発に補い、両々相俟つて、「すぐれた医者であることが、同時に一芸に精にして全国第一の人」⁽¹⁶⁾「国手」に外ならないと言ふ事実を招来せしめたのである。その意味に於て、「日本医事年表」・享和元年辛酉の項目の、「本居宣長」に関する記述は、真に、本居宣長・春庵こそ、近世日本史上、まさに「国手」と呼ぶに相応しい、医・文両業に亘る一国の冠絶者たることを、公的に指摘した、恐らく最初の場合であつたに違いないのである。

日本医学史家が、「国手・本居宣長」の存在を判然と認める場合の、その判断根拠は、何よりも、「其ノ業行ハル、傍ラ国学ヲ以テ自ラ任ジ」、云々の行文が示すが如く、宣長に於ける、その間然するところなき医・文両全の業績からであつた。ところで、その、宣長に於ける、医・文両全の思想の可能性は、既に(日本医学史家が客観的に指摘し、評価する迄もなく、実に、それに先立つ略々一世紀半以前に於て)、誰よりも、当の宣長自身が主観的に(然も恰かも、日本医学史家が後年用う

るであろうと同様の文体と内容に於て、それを確信して疑はなかつたと言ふ事実を、われわれは尠からざる驚きと共に認めざるを得ないであろう。そして、その貴重な文獻こそ、小論が冒頭で示した、若き日の宣長の在京医学論稿の最後の行文「益友・藤文興送別の辞」に外ならない。その中で宣長が書き示した、「叩柩素藎奥、達長沙髓腦、旁尚儒雅、厚好文辭」の一節は、日本医事年表・享和元年辛酉の本居宣長に関する記録と、如何にその文体、内容ともに酷似的であるかに就ては、すでに指摘した通りである。要するに、ここでも又謂わば、医学の藎奥を極めること（叩柩素藎奥、達長沙髓腦）と、文雅尚文の詩心（尚儒雅、厚好文辭）との間然することなき聯関の思想の見事な露頭と、その事実の確たる存在証明と言ふことでなければならぬ。

若き日の本居宣長が、医学と文雅との一体性の思想に逢着して、その深い思念を、医論の形で書き現わしたとき、その直接的な動機は、むしろ、益友・藤文興との別離の感懷に於てであつた。だが、その「養氣医之至道也、不可不慎、而古方家乃失諸攻、近方家乃失諸補、並不得其適焉、悲夫、藤君文興、深察此理、周旋乎攻補之間、而不偏不固、可謂善医已、文興者、西海肥前州人也、世持青囊事大村侯、頃歲折肱京師、叩柩素藎奥、達長沙髓腦、旁尚儒雅、厚好文辭、実予之益友也、今也臨錦衣之別、裁區々医言、以為贐焉」、⁽¹⁷⁾と言ふ一聯の思想的脈絡の根底には、それが単に、自らの最も信頼し敬愛する、医学の善友に対する、一場の送別の偶感と呼ぶには、余りにも重切な、作者（春庵・宣長）自らの経験と、それに根ざす思想が、深切に籠められていと看るべきではなからうか（所謂、「経験と思想」の問題への落想を筆者は、森有正氏の「バビロンの流れのほとりにて」以来の諸著作に負うところ大であつた。茲に一言附記して感謝の誌しとしたい）。別言すれば、青年・本居宣長は、自らも又、「頃歲折肱京師、叩柩素藎奥、達長沙髓腦」して、遂に、「養氣医之至道也」に開眼したとき、却つて、当時（近世日本）医学界の「古方家乃失諸攻、近方家乃失諸補、並不得其適焉」の趨勢を、大いに「悲シキカナ」と觀望せざるを得なかつたのであり、逆に唯一人、そのような時代環境の中にあって、「深察此理、周旋乎攻補之間、而不偏不固」底の、卓然たる医学的識見と自主的立場を堅持し得た、謂わば、当代「善医」の範型とも目さ

るべき、「西海肥州人」(「世持青義事大村侯」の)藤文輿と相知るに及んで(春庵・宣長は)、殆んど、医家たるの理想の人間像を、彼自身の中に、深切なる同感と共に見出し、心からの敬意と私淑を捧げざるを得なかったのである。然し、青年・宣長が、藤文輿の中に、当代に於ける医人の理想像(善医)を発見して、共感と敬意の情を深くしたのは、必ずしも、彼(藤文輿)に於ける、その所謂、「周旋乎攻補間、而不偏不固」底の、純医学的識見と手腕の卓抜さに対する脱帽からのみではない。むしろ、それ以上に、敢て言って見るならば、藤文輿にみられる、卓れた医人であり乍らも、同時にその日常的文行忠信の見事さ、つまり、「頃歳京師ニ折肱シ、枢素ノ濫輿ヲ叩シ、長沙ノ髓腦ニ達ス、旁ヲ儒雅ヲ尚ビ、厚ク文辞ヲ好ム」(原漢文)と言う、まさに間然する所なき医・文両全の姿に、改めて善医たるの根本条件を確かと見て取ったからに外ならない。従っていま茲に、敢て誤解を怖れずに言ってみるならば、わが春庵・本居宣長にとっては、右の藤文輿の意味に於ける典型的な善医(或は「すぐれた医者」であると同時に、「芸能冠絶一國者」¹⁹)でもある、語の最も正鵠な意味での「国手」、たるべき思念と情熱とは、春庵・本居宣長に取って、その向学の青春から晩年の大成に及ぶ、実に七十余年の生涯を貫く、一貫的な志尚そのものに外ならなかったと言うべきであらう。そして、そのような事実こそ、正に、小論当面の課題にとつても又、最も注目すべき一点と言わねばならない。

本居宣長にとって、だとすれば、医学の修業とは、實際如何なる医学の修業であつたのか。又、在京数度の螢雪を重ねて、遂に彼自身の内部に、自ずから形成されたと見らるべきそのような医学の理論と処方への確信とが、何故にそれ自体、爾後の春庵・宣長にとつての、所謂、善医△国手▽への、可能的根拠たり得たのであるうか。その点に就て、今後次第に考察を及ぼすこととしよう。然し、そのためには、先ず、宣長の医学修業当時の、わが国医学界一般の状況分析と、その中に在つての、宣長自身の態度決定に就て見ることから始めるべきであらう。

二 古・今・蘭・三方の鼎立の中で

春庵・本居宣長は、徳川中期（宝暦）の数星霜に亘る在京生活を通じて、謂わば、転形期の医学の修得に日夜精励した。⁽²⁰⁾ 宣長が医学修業のために京都に在留した宝暦年間（実際に彼が滞京したのは、その初期数年間でしかなかったが）は、絶対的専制を誇る徳川幕藩体制に対する、最初の反体制的一撃（宝暦事件）を、遂に、江戸幕府は許さざるを得なかった点に於ても、以後の徳川専制支配の分解と動揺への、深刻な幕明けを暗示する極めて象徴的な時代であった。それは一口に言つて、徳川幕藩体制そのものが、自らの政治・経済・社会の各分野に亘つて、重大な危機的要因を孕みつつ、解体と崩壊への自転を漸く加速せざるを得なかったような、一大転換の時代であった。そして、斯くの如き一大変貌と遷移の時代にあつて、わが国医学もまた、曾つて見ることもなかった、重大の分裂と模索の岐路に直面していた。即ち、わが国伝統医学《漢方》の近世的達成としての、所謂、李・朱医学（後世家、或いは近方家）に対する、古医方（古方家）の断然たる擡頭と抗立がそれであり、更には、近代西洋医学としての蘭方（西洋医方）の紹介と摂取がそれである。そしてそれは、わが国医学理論と処方に於ける、経験的・自然哲学的方法（李朱医方）から、所謂、親試実験（古医方）、究理実測（西洋医方）の方法への転換と選択の到来に外ならない。別言すれば、小兒科医春庵・本居宣長の医学の修業からその開業の晩年に及ぶ（まさに宝暦から享和に至る）半世紀は、日本医学史に於ても又、最も新旧両医方の隆替相克を極めた激動の時代であつた。端的に言つて、春庵・宣長は、所謂、「古方の四大家」（後藤良山、香川修庵、吉益東洞（元禄一五〜安永二（一七〇二〜一七七三）、山脇東洋（宝永二〜宝暦一二（一七〇五〜一七六二））と、「西洋実験医学派」の両雄（杉田玄白（享保一八〜文化一四（一七三三〜一八一七）、前野良沢（享保一〜享和三（一七二二〜一八〇三））と、正に同時代であつた。否、単に同時代であつたと言ふよりも、彼等からの劇しい挾撃に曝されていたと言ふべきかも知れない。特に例えば、古方家の泰斗・山脇東洋が、我国最初の実験解剖学の成果たる、その「蔵志」を著わす事に依つて、伝統医学の根本經典たる「素問・靈樞」等の所説

〔内景説〕の妄を弁駁するために、刑屍解剖を為し遂げたのは、実に、当時在京留学中の春庵・宣長が、逆に、堀景山から漸く四書・五経の講義を受けつつ、一方では、堀元厚からは「素問・靈樞」、「局方發揮」、「運氣論」、「滌澗集」等の、謂わば伝統的内景説の講釈を受けると共に、やがて又、武川幸順に就て、「嬰童百問」、「本草綱目」、「千金方」等の講義をも併せて受けんとしつつあった時期のこと（正確には、宝暦四年（一七五四）⁽²³⁾）に外ならない。又、日本近代医学の濫觴であり、明治以後の日本医学の大発展の素地培養でもあった、杉田玄白・前野良沢等の、所謂、「蘭学事始」（江戸小塚原の死罪囚の解剖参観と、その折に携行参照した蘭書内景図譜の翻訳着手）は、春庵・宣長が帰阪・開業から既に十四年目を迎えて、その医家としての充分に定着した行業と併せて（漸く思想家・国学者としての名声と実力をも天下に示す契機ともなった）、その古道論の冠冕・「直日靈」の発表の時期 明和八年（一七七二）に全く照応する。別言すれば、春庵・宣長は、その医学修業の全期間を通じて、自らがこれから学び取らんとしつつ、ある伝統医学（特に李・朱医方）に対する、最も激烈な否定勢力としての古医方（古方家）の勃然たる擡頭の嵐に迎えられ、一方又、その業成つて故山に刀圭を開業するに至るや、更に、伝統医学（後世家）は勿論、その批判勢力としての古医方（古方家）をも共に併せて凌駕、克服せんとする（文字通り、当時最新医学としての）、西洋医学（蘭医方）の迫撃にも、二重に曝されざるを得なかったと言うべきであらう。

伝統医学を取り囲む、そのような、古医方と西洋医方の激しい挾撃の状況の中で、実際に春庵・宣長が、実地に即した医方と医論を修得すべく入門・師事した医家は（既述の如く）、当時、後世家として高名な堀元厚と、小児科医として名の有る法橋・武川幸順の二家であった。宣長の「在京日記」⁽²⁴⁾によれば、彼がすでに入門・師事して経書一般の講義を受けていた堀景山の許から、更に専門医学の修得を目指して、内科医・堀元厚に入門したのは、早くとも上京後一年四ヶ月後の、宝暦三年七月二十三日（宝暦三年七月二十三日、入門堀元厚氏、而聞医事講説⁽²⁵⁾）以後のことであり、然も、当の堀元厚は翌宝暦四年一月には歿しているから、宣長は正に、元厚の最晩年の極めて短期間に限り、その指導を受けたこととなる。また小児科医・武川幸順に入門したのは、それから更に一年以上遅れた宝暦四年五月一日（宝暦四年五月朔日、入武川幸順

法橋之門、而修行⁽²⁶⁾医術矣」のことであつた。もつとも、春庵・宣長は、武川幸順とは堀景山同門の間柄であつたから実質的交際は、当然それよりも早くから有り、従つて、春庵・宣長が医家としての自分の専攻分野を小児科（啞科）に決めたのも、或は、幸順の影響が尠からずあつたかとも見られなくはないが、今はその点にはこれ以上は深入りしないで、特に、堀元厚との關係に就てだけ見ることにする。なぜなら、春庵・宣長が、主としてその一般医術と医論に就ての綜合的指導を、如何なる師匠から受けたかと言うことは、逆に、宣長自身の医学上の識見とその立場を知るための、重要な手掛りとならずにはないだろうからである。

富士川游の「日本医学史」（形成社・昭和四十七年版）によれば、堀元厚は、所謂、「劉医方・後世家別派」の一人であり、「名ハ貞忠、北渚ト号ス、貞享三年、山城ノ山科郡ニ生マル、医ヲ小川朔庵ニ学ビ時ニ名アリ、宝暦四年京都ニ歿ス、年六十九。著スルトコロ、医学須知、医学啓蒙、医門丘壑集アリ」とある。だとすれば、堀元厚の日本医学史上の位置づけとしての所謂、「劉医方」もしくは「後世家」とは何か。特にそれが、わが国漢方医家の中で如何なる位置を占めるものであるのか。次に其の点に就て見ることにしよう。

わが国の医学は、元来、日本文化史全般の發展が一般的にそうであつた如くに、常に中国大陆の強い影響下に育成されながらも、次第にそれらを自家薬籠中のものと為しつゝ、独自の医論と医学の体系^{△漢方▽}を形成し、發展せしめた。所謂、漢方（東洋医学）には、物理療法としての針灸医学と、藥物療法としての湯液（狹義漢方）の二分野が有り、それぞれ⁽²⁷⁾の原典として、前者には「黄帝内經」（素問・靈樞）が有り、又後者に対しては後漢・張仲景の「傷寒論」が有る、と見られている。そしてこれら東洋医学の原典は、中国隋・唐時代に、巢元方の「諸病源候論」、孫思邈の「千金方」として、漢方（随・唐医学）を代表する二大医書として、当時天下に盛行した。のみならず、其等の二大医書は、やがてわが国にも輸入（推古朝の十六年（六〇八）に発せられた医惠日、倭漢直福因、等の遣隋使が後年帰国に際してそれぞれ伝来）され、爾来、わが国医学界に決定的な影響をもたらす事となつた。つまり、わが国その後の医学（ならびに医家）は、これら「諸

病源候論、「千金方」に多かれ少かれ依拠・参酌しながら、加うるに「自家経験の説」⁽²⁸⁾を以てせざるを得なかつたのが
 実状であつたからである。即ち、平城帝時代（八〇六頃）に至つて先づ、出雲広貞（？～貞観十二（？～八七〇））、安部真直
 （平安中期）等が勅を奉じて、わが国最初の医方書・「大同類聚方」一百巻を撰述し、次いで、貞観年間（八七〇頃）清和
 天皇の詔を奉じて菅原峯嗣（延暦十二～貞観十二（七九三～八七〇））、物部広泉（延暦四～貞観二（七八五～八六〇））等が「金蘭
 方」を撰述して上進した。そしてこれら、隋・唐医学の着々たる攝取受容の伝統と成果を継承しながら、遂に円融天皇の
 天元五年（九八二）、丹波康頼（延喜十二～長徳一（九一二～九九五））によつて撰述された「医心方」三十巻は、それまでの漢
 方内外の百余家の医論をすべて参看、涉猟して、「主療諸方より本草、藥性、鍼灸、養生、服石、房内、食餌等に至るま
 で、ことごとく載せざるはなし」⁽²⁹⁾と言ひ得る程の、正に現存日本最古、最高の医方書として現成し、以来永くわが国治方
 の龜鑑となつたのである。一方、中国に於ては、宋の時代に入るや宋学の勃興と共に、医学も又その甚大の影響を蒙るこ
 ととなる。宋学・性理の説によれば、「万物は第一原理（或は究極的實在）の聚散・展開によつて生成されるが、その際の
 聚散の正偏、展開の過不及によつて、生成された万物に千差万別を生ずる」⁽³⁰⁾。別言すれば、人間存在（性命）と宇宙（理
 氣）との、壮大な聯関的構造論であり、究極的實在の聚散とは、畢竟、五運・六氣（木・火・土・金・水五行の運行、天地間
 の陰・陽・風・雨・晦・明の壮大な巻舒、昇降）の謂に外ならない。斯くて、宋医学の理論は、「天地ノ氣和シ、節令時ニ氣
 運調フテ、寒熱順ナルトキハ、則チ疾苦ナシ、之レニ反シテ、天地ノ氣ニ若シ太過不及アリテ、運太過ナルトキハ、則チ
 勝タザルモノ邪ヲ受ケ、運不及ナルトキハ、則チ勝ツトコロノモノ来尅ス（中略）、故ニ之ヲ治スルニ方リテハ、ソノ歲令
 （五運・六氣）ヲ詳ニシ、ソノ形証（疾病）ヲ察シ（中略）、五運・六氣ノ補瀉ヲ求ムルニ在リ」⁽³¹⁾、と云ふことにならざるを
 得ない。この様な宋医学・五運六氣の医説は、そのまま、後代金・元の四大医家（劉守真、張子和、李東垣、朱丹溪）にそ
 れぞれ引き継がれ、特に、李東垣の学統の朱丹溪が、先人の処方、医説を綜合して、「局方發揮」を著わして、金・元医
 学の指標となるや、その所謂、「李・朱の医学」⁽³²⁾は、在来の医学を、「まったく一変」せしめて、「アマネク天下ニ行ハ

レテ、一時ノ医人皆ソノ説ニ屈從シテ、『局方發揮』（中略）ノ他ニ医書アルコトヲ知ラザルホド⁽³³⁾の隆勢を示した。斯くて、この宋儒・性理の学を宗とする金・元の医学、即ち李・朱の医学は、室町末期から統一時代にかけて、わが国にも紹介され、田代三喜（寛正六〜天文六（一四六五〜一五三七））から曲直瀬道三（永正四〜文祿四（一五〇七〜一五九五））に至って「天下を風靡⁽³⁴⁾」し、やがて豊臣氏に代って、天下の政柄を掌握した徳川氏の宋学《朱子学》の一方的奨励（その所謂、有徳者爲君の思想は、徳川幕府支配の正当性理論として最適のものであった）、の機運と大いにマッチすることに依って、「（李・朱医学ハ）更ニ大イニ發達シ、遂ニ、別ニ劉・張学派ト名ヅクベキ一流派ヲ生⁽³⁵⁾」ずる迄に至ったのである。そして、わが春庵・宣長が、漢方医学の専門的処方と医論を修得すべく入門・師事した堀元厚その人は、正にこの（江戸初中期に於て天下を風靡した李・朱医学の大成と目されている）「劉・張医方・後世家別派」として、大いに「時ニ名アリ」たる、当代名医の一人に外ならなかったのである。従って、右の如き堀元厚から専門医学を学んだ、わが春庵・宣長も又（わが国近代医学史の観点からすれば）、「李・朱医方・後世家」に属すべき医家の一人たることは茲に極めて明瞭と言わねばならない。そうだとすれば、果して、春庵・宣長の医家的現実は、所謂、「李朱医方・後世家」としての存在に尽きるのみであつたであらうか。其の点の検討こそ医家・春庵考の最も肝要の一点と見られるが、そのためには、先ず、「後世家」とは何か、そして又、「後世家」は当時のその他の主要な医派（例えば、「古方家」或いは「蘭方家」など）とは、如何なる医史学的關係に立つべきものであらうか。

「後世家^{ゴセイカ}」とは、元来、医学史家が後からつけた相対的名目にすぎない。そしてそれは、単にこの場合の「後世家」と言う名称の由来にのみ限らないであらう。一般に歴史とは、もともと、生起した事柄^{ゲルヒシテ}（客觀的事実）と、それに対する敘述^{トリア}（主觀的事実）と言う二面性を持つものである限り、謂わば、すべての歴史的名目は、相対的・比較的観点からのものたらざるを得ない。わが国近世医学は、既に見て来たように、所謂、元和偃式（元和元年、一六一五、徳川氏は豊臣氏に代つて覇權を確立し、国内に兵乱は終熄した）以来、内に於ては、徳川幕府が、自らの幕藩体制の擁護・發展のためのイデオロギ

1として、宋儒学（朱子学）を積極的に奨励、利用するの時代に際会し、外に於ては、宋朝医学の金科玉条としての「劑局方」⁽³⁶⁾に対する、近世革新医方の大典「局方發揮」に依拠する新医学（劉守真、張子和、李東垣、朱丹溪の四大家の医学）の勃興の機運と相俟つて（宋儒・性理の哲学を宗とする、これら金・元の四大家に指導される）、所謂、「李・朱医学」は、忽ちにして天下を席捲して、「一時の医人皆ソノ説ニ屈從シテ、『局方發揮』、『医学正伝』、『医学入門』（いづれも當時の李・朱医学・後世家にとつて最高教則本、筆者注）ノ他ニ医書アルコトヲ知ラザルホドナリシ」⁽³⁷⁾、と言う盛行ぶりであった。

徳川中期の加賀藩の儒官・太田錦城（名は元貞、字は公幹、明和二（一七六五）～文政八（一八二五））が、その代表作「九經談」（全十巻）の中で、所謂、「經学三大変」の説を唱えて、中国の經学が漢学、宋学、清学と三度の大変化を遂げたが、その概要は、「漢学長于訓詁、宋学長于義理、清学長于考証」とも見られるとして、見事に「經学三大変」の特徴をそれぞれ指摘したことは甚だ有名である。つまり、漢学（訓詁の学）は宋学（義理の学）に依つて克服されたが、宋学もまた、清学（考証の学）に依つて、やがて克服・止揚されざるを得ないと言ふことであり、所詮、そのこと（經学の三大変化）自体が、中国經学そのものの内包する強靱な活動性、或は發展性の明証に外ならないと言ふことである。事実、盛大を極めた宋儒・程朱学は、やがて明の中期に至つて、王守仁（陽明）の独創的な「理気合一論」（或は「知行合一論」）に依つて、重大な批判に曝されざるを得なくなつた。だが同時にまた、良知・実行を主眼とする陽明学は、結果的には、（六經などは寧ろ聖人の糟粕）⁽⁴⁰⁾にすぎないと輕視するの傾向を生む事に依つて、却つて經学そのものの衰弱を招来せしめずにはいなかったことも事実と言わざるを得ない。それに対して、改めて宋儒以来の一聯の、孔・孟の疎外（或は歪曲）化の傾向を最も遺憾事とし、特に、程・朱の新法に依らずして、孔孟の真意を直ちに、六經の古言、古語そのものに就て読み取り、孔孟の教義を直下に知るべきであるとの清儒の經学研究の主張（それは、「程朱の新注に反対する所よりすれば古学派、また宋儒の經典に対する解釈を取らずして漢儒の説を尊重する所よりすれば、漢学派とも言うことが出来る」）⁽⁴¹⁾・清儒考証学）の擡頭は、まさに思想界の新時代の到来を告げるものであった。わが国に於ても、寛文初期、京都堀河に伊藤仁斎（寛永四～宝永二

(一六二七—一七〇五)が出て、古聖人の教を理解するためには、近世宋儒(朱子学)の演繹に依らずして、直接、古の經書(論語・孟子)に就くべきことを主張して、大いに所謂、「古学」を提唱する。そしてこの事によって、実に、「十二世紀宋の朱熹以来、中国(従って日本に於ける)權威となった宋儒による孔子演繹、即ち所謂、朱子学、或は宋学⁽⁴²⁾」が始めて、本格的な批判を浴びざるを得ない状況にと追いやられたのであった。事実、伊藤仁斎の「仏教と宋学から脱出して、『古義』に到達した」ことを示す、その独創的且記念碑的大著・「語孟字義」は、「中国で彼と同じ方向の努力をした清朝『漢学』派」の代表者であり(創始者でもある)、戴震(一七二三—一七七七)の主著「孟子字義疏証」に先行すること、実に「百年も早く書かれた⁽⁴³⁾」ものであることは、いま極めて注目すべき事柄と言わねばならない(然し、この事柄は直接近世日本医学に関わる事柄ではないので、茲ではこれ以上の深入りは避けたい)。いずれにせよ、斯かる仁斎の「古学」(「論語・孟子」の古典に直接して孔孟の原義を演繹する)の提唱は、其の後更に、「海内第一流の人たる物茂卿⁽⁴⁴⁾」の古文辞学によって大に発展させられることに依り、遂に、「朱子学に対するアンチテーゼの大成⁽⁴⁵⁾」を見るに至った事實は周知の通りである。斯くして、わが国内外に於ける、この圧倒的な宋儒批判・古学派の擡頭は、必然的に、その(当時日中両国に於て天下を風靡しつつあった)宋儒・性理の哲学を背景とする宋医学(李・朱医学とその医家・後世家)への、囂々たる攻撃と論斥とならずにはいかなかったとしても、甚だ見易い道理である。別言すれば、「伊藤仁斎が起ちて古学を唱道せる頃に至りて、李・朱医学はその勢力を減じ、所謂、古方医学と称するものこれに代わり、李・朱医学はそれに対して、漸く後世家の名目を得るに至った⁽⁴⁶⁾」のである。斯くて、「後世家」の名称は、宋儒批判の時勢と共に新に登場した「古方家」に対して必然的に対置された、相対的名称に外ならなかった事情は、茲に於てますます瞭然と言わねばならない。別言すれば、當時の世医一般が、全く劉完素、張從正、李東垣、朱丹溪等の宋・金・元以後の後世医家の説に拠るのみにて、漢方正統の原典はあくまでも遠く、張仲景(「傷寒論」)、巢元方(「諸病源候論」)の古方に基づくものである事實に気づかず(従って又、時運の急速な変遷を察知し得ずして)、徒らに李・朱医学を墨守するのみなる一般世医の大勢を批判して止まない「古方家」

の勃興が、逆に依然として、後世・宋・金・元の四大医家（劉・張・李・朱）の医方にのみ立脚する伝統医家一般に対して、改めて「後世家」（或は「近方家」と言う批判的な名目を与えしめずにはいなかったと言うことである。

われわれは、或は、わが国近世医学史上の最大の出来事たる李朱（後世）・古方兩派の対立関係に必要以上に係わりすぎたかも知れない。然し、勿論、いま茲で俄かに「古方家」、「近方家」（「後世家」）の優劣得失に論及せんが為にそうしたのではない。又その任でもない。ただ最も大切な点は、「古方家」、「近方家」の以上の如き劇しい緊張的拮抗関係の中で、わが春庵・宣長の医学の修業と開業が終始なされたのであると言う事実の認識は、決して輕視さるべきではあるまいと言うことである。そして又、想うに、その点（医家春庵・宣長は、医学史的には、まさに「古方家」と「近方家」の劇烈な拮抗、隆替の時期に在って、終始その渦中に身を曝しながら、一貫して不偏不党を心掛け、絶へず最も正しい医学の道を探し求めたと言う事実）への認識なしには、遂に、「国手・本居宣長」への真の理解は成り立ち難いのである。だがその点への考察は、なお暫く後に廻そう。

以上が、主として春庵・宣長が入門・師事した堀元厚（劉医方・後世家別派）の一人として当時名声嚆々たる）を通して見た、わが国近世に於ける、激動期の医学の概観に外ならない。だとすれば、斯かる時代の背景に於て、その堀元厚または武川幸順から実際に、春庵・宣長が、親しく学び得た医学の具体的内容とは、いったい如何なるものであったか。そして又それは、爾後の宣長学に如何なる影響力を持ち得たであろうか。

（次号つづく）

小関三英覚書

山形 敏一

私が小関^{こせき}三英に関心をいだいたのは昭和十二年春鶴岡で小関^(1,2)三英書翰六十四通が発見され、山川章太郎教授よりその解説と考証を命ぜられたのが機縁である。

小関三英の伝記が余り正鵠を得ていないことは、天保十年五月の蛭社遭厄の際に書類を焼いて自殺し、彼の著書の多くが刊行されなかったことのほかに、小石元俊の庶子小関^{おせき}亮造（元瑞塾、究理堂の都講で、岸和田藩医となる）と混同されてシールト門人とされ、富士川游⁽⁴⁾、呉秀三⁽⁵⁾、大槻如電⁽⁶⁾、関場不二彦⁽⁷⁾、高於兎三⁽⁸⁾の諸書悉く誤記したことが原因となっている。杉本⁽⁹⁾つとむ編著の小関三英伝においても、庄内の郷土史家阿部正巳、佐藤古夢は同様の誤謬をくりかえしている。

私は山川教授の共同研究者として、すでにこれらの点を指摘しておいたが、この機会に三英の経歴を再検討することにした。

三英の家系と略歴

光丘文庫の小関家系図^(1,9)によれば、三英の先祖は出羽八沼城主岐師美作守敬義の子小関兵部敬忠で、五代三郎兵衛信勝は寛文二年（一六六二）庄内酒井侯に仕えてより代々足輕組^{くみづれ}の組外となり、郡代支配に属して会計事務に当たっていた。三英は九代知義（一七四六）一八〇一、字は子懷、通称は恵介のち弥五兵衛の二男として天明七年（一七八七）六月十一日鶴岡高畑

町で生れた。名は好義、字は仁里、篤斉、学斉、鶴斉また鶴州と号した。幼名は辨介（辨助）、通称は貞橋（貞吉）、三栄、のち三英と改め、天保十年（一八三九）五月十七日自殺した、年五十二。三英の兄順義（一七八三～一八六四、字は仁威、通称は友之輔のち仁一郎）は文化七年（一八一〇）三月九日父知義の死亡により二十七歳で家督を相続し、天保七年櫛引本郷組大庄屋、弘化四年中川通荒川組大庄屋に転じ、嘉永二年組外となつて鶴岡に移り、元治元年七月八日歿す、年八十二。長男は民之輔で、二男高彦は三英の養嗣子となつた。

江戸遊学時代

三英は幼少のとき遊んでいて炉中に落ち、火傷を負つたため終生跛足となつたが、長じて藩学致道館に学んだ。その後江戸に出て吉田長淑と馬場轂里に従学したことは岸和田藩儒員井部香山の撰した小関三英先生之碑に明記されている。

好義呼三英 羽之荘内人也 自幼刻意読書 涉獵經史諸子 殊善西洋窮理之言 学吉田長淑馬場轂里 早有青藍之声

（後略）

吉田長淑（一七七八～一八二四）は名は成徳、字は直心、駒谷また蘭馨と号す。本姓は馬場氏、叔父吉田長肅の養嗣子となる。幕府医官土岐長元より漢方、桂川甫周より蘭学を学び、文化七年金沢藩医官となり、次いで文化九年蘭方内科で開業したが、文政七年八月十日金沢で急逝す、年四十六。文化十一年泰西熱病論、文政三年蘭薬鏡原を刊行した。

馬場轂里（一七八六～一八二二）は名は貞由、字は職夫、通称は佐十郎。本姓は三栖谷氏、伯父馬場為八郎の養嗣子となる。志筑忠次郎（中野柳圃）より蘭学を学び、文化五年幕府天文方に召され、江戸に出て蘭書翻譯に當つたが、ことに文化八年よりシヨメール訳述の台命を受け、厚生新編の翻譯を始めたが、文政五年七月二十七日江戸で歿す、年三十六。

池田玄斉（一七七四～一八五二）の弘采録に、五月三日付高橋玄甫宛小関辨助書翰があり、「此間木下一斉と申儒生の会に出候 一斉が著述論語一貫と申もの一見仕候（中略）馬場喜十郎か事共尋候処 被仰下候通豪傑に御座候申承候」と記

されている。木下一斉は幕府儒官松下一斉（一七四七～一八二三、名は尋、字は子福、清太郎と称す）の誤記で、論語一貫は文化十一年刊行であるから、この辨助書翰は文化十二年五月三日付で、三英二十八歳である。

三英の仙台着任は文政六年十月で、文政五年暮から就任交渉を受けたが、弘采録によれば、その直前三年間位は癩の気味で静養していたから、江戸から鶴岡へ帰って開業したのは文化末年か文政初年と考えられる。したがって、三英の江戸遊学は文化十二年（一八一五）から文化十四年（一八一七）位の数年間で、文化七年の父の逝去と兄の家督相続が契機となって江戸遊学を決意したものではあるまいか。

三英は江戸遊学時代に吉田長淑塾で同門の湊長安、長淑の師家の桂川甫謙、甫賢父子、また馬場轂里塾で同門の佐々木中沢、中沢の師家の大槻玄沢・玄幹父子と相識の間柄になっていたと考えられる。

仙台藩医学校時代

仙台藩の医学校が藩学養賢堂から文化十四年（一八一七）に分離造営されたのは初代学頭渡部道可の建議によったものであるが、これは文化七年に提出された養賢堂学頭大槻平泉の学制改革案並に仙台藩医員大槻玄沢の医師育才案が原動力となったものである。

渡部道可（一七七二～一八二四、名は弘光、字は黄美、確斎と号す）は文化十二年八月医学校講師（通称学頭）に任命されたときから蘭方外科設置を決意し、文政四年五月桂川甫賢と大槻玄沢に人選を依頼し、文政五年（一八二二）三月仙台藩医学校の外科教授として着任したのが佐々木中沢（一七九〇～一八四六）である。中沢は着任後間もなく女囚解剖を行って存真図腋を著わし、次いで壬午天行病説を刊行し、玄沢の八刺精要を増訳するため江戸の玄沢より厚生新編を借覧し、文政八年増訳八刺精要を刊行した。

大槻平泉は文政元年十月から四年七月まで医学校内科教授を勤めていた仙台藩医員庄子玄琢（一七八三～一八五一、名は

行孝、湖山と号す。本姓は平井氏、庄子玄昌の養嗣子となるを起用して文政五年十一月養賢堂蘭学和解方に任命した。渡部道可と佐々木中沢はこれに呼応して、医学校蘭科を拡充することになり、文政五年暮から鶴岡の小関三英に交渉を始め、文政六年十月十六日三英は^(1・10)医学校蘭方内科教授として仙台に着任した。道可五十一歳、三英三十七歳、中沢三十四歳、玄琢三十九歳である。

^(1・10)三英は仙台着任早々蘭書の翻譯に取りかかるとともに、道可、中沢とともに医学校に天文台を設置し、蘭学を興す計画をたてていたが、これは三英の師馬場穀里と中沢の師大槻玄沢が文化八年五月幕府天文台訳員に任命されてシヨメール訳述に当たっていたことになつたものと考えられる。しかし、医学校内天文台設置計画は文政七年八月渡部道可の急逝のため実現することなく、養賢堂蘭学局の方が拡充されることになり、文政八年三月中沢と三英は相次いで医学校を辞職した。

^(1・10)文政七年二月二十三日付友之助宛三英書翰で、年内出版のつもりで翻譯していた著書については、富士川⁽⁴⁾游の江戸時代医書目録には「西洋内科集成三卷、文政七年」と記されていて、本書の可能性もあるが、⁽¹²⁾文政七年三月十三日付中沢宛玄沢書翰によれば、三英は玄沢の依頼で産科学（フルードコンスト）の訳述にあたっていたようである。

このときの訳書は⁽⁹⁾三英著書目録によれば、和蘭産科捷徑竝図五卷または静嘉堂文庫所蔵の泰西産科捷徑四卷（旧大槻文庫本）でないかと考えられる。また、安政四年（一八五七）田原藩儒員松岡台川の出版した那波列翁勃納把爾的伝の附言に、「三英故郷に在し時より蘭書的那波列翁伝を持帰りしを夜昼となく読返し考へかへし杯痛く心を碎て居たりしとそ」と記されているから、那波列翁勃納把爾的伝執筆の可能性も考えておくべきであろうか。

⁽¹⁰⁾医学校には二八八五部、九九三七本の青柳館文庫が付属していたが、蘭書とその訳書はみられない。しかるに、医学校蔵書五〇函、一九三部のなかには洋本と唱えられる蘭書十二本があり、ブランカルツ解剖書、ゴルテル、ヘイステル、ハルマのほかにはイギリスアールデンボックが三英着任後に購入され、訳書としては渡部学頭時代には泰西熱病論、内科撰要、

要術知新、重訂内科撰要、医範提綱、遠西医方名物考、人舎利品、蘭学楷梯、蕙録、厚生新編などが購入されていた。

医学学校の蘭書は渡部学頭逝去後は購入されていないが、養賢堂には安永八年（一七七九）以来附属書庫があり、文政二年（一八一九）以来蘭書の購入が行われ、天保年間には一一一七部、一七一八三冊の書籍を蔵していた。養賢堂附属書庫の洋書八十五部、二六八冊のうち辞書の二十一部、八十一冊が最も多く、理学書の十部、七十二冊、医学書の二十六部、六十冊がこれに次いでいる。医学書のなかにはブルハーフェ五卷（一七六三―一七九一）、コンスブルック二卷（一八二四―一八二七）等の内科書、プラットネル二卷（一七六四―一七六五）、プレック（一七七二）、バルタザール（一七八四）、ゲッセル三卷（一七八二―一七八六）等の外科書、ヤコプス（一七八四）、ボーデロック四卷（一七九〇―一七九二）等の産科書などの諸分科を網羅し、ことに各種の辞典類を完備していることは、文政十年八月二十五日付書翰のように、庄子玄琢と小関三英の親密な関係からみて重要なことで、仙台時代に三英がこれらの蘭書の一部や辞典類を利用したことは想像に難くはない。

渡部学頭急逝後、奉萊（侍医頭）を勤めたのち城番の閑職にいた五十九歳の長老奥村玄安が文政七年十二月、二代学頭に任命され、文政八年一月から三月にかけて三英と中沢が相次いで辞職した。

文政八年一月五日付三栄書翰では、医学校を辞任して江戸へ出立することを鶴岡の兄に知らしているが、文政七年三月十三日付中沢宛玄沢書翰で、文政六年長崎出島に着任したシーボルトの名声と湊長安従学のことを知らされたことも鶴岡へ帰らず、江戸へ向った原因になっていたかも知れない。

しかし、小関家系図によれば三英の母於弥南は文政十年六月九日七十一歳で鶴岡で歿しているが、三英は文政七年一月二十七日付書翰で老母の病状を案じていたから、老母の葬儀の前後には鶴岡に戻っていたと考えられる。文政十年八月二十五日付三栄書翰は山形から鶴岡の兄に宛てたもので、仙台的医学修行の許可を得て鶴岡を出ながら、山形の開業見込みがないので最初の計画通り仙台を通して江戸の湊長安の許に寓居しようという内容であり、仙台では中沢初め医学学校の教官には会わず、養賢堂蘭学方の庄子玄琢だけに会って行くつもりであるというのである。したがって、三英は仙台離任後

一応江戸に出たが、長崎のシーボルトに従学した湊長安はまだ江戸に帰らず、老母の病弱もあって鶴岡に戻り、老母の葬儀終了後江戸に出たものと考えられる。

江戸浪々時代

文政十年（一八二七）九月江戸に出た三英は本石町式丁目の湊長安の許に寓居し、文政十一年七月築地の桂川甫賢邸に移るまで長安の世話になったことは友之助宛三栄書翰からも明らかである。

湊長安⁽¹⁶⁾（一七八六～一八三八、名は義胤のち重胤、丹精堂主人と号す）は奥州牡鹿郡湊（現石巻市）の出身で、江戸に出て吉田長淑より蘭方内科、大槻玄沢より蘭学を学び、開業して名声を得、文政初年笹山藩主青山忠裕の侍医となり、文政五年京都より長崎に行き、榎林栄建、吉雄幸載に従学した。文政六年七月九日シーボルトが出島に着任したとき商館長ブルムホフの紹介で美馬順三らとともに従学し、文政八年十月長崎を去るときドクトル号を許された。長安は三英よりやや遅れて天保七年頃天文台訳員に任ぜられ、厚生新編の訳述に当たったが、天保九年六月七日歿した、年五十三。三英と長安は吉田長淑塾の同門であり、同年輩で奥羽出身という親しみもあったのであろうか。三英はその後蘭学者としての名声があるとともに、桂川甫賢と交渉が生じ、本所横網の桂川邸に移ったのは文政十一年七月である。⁽¹⁷⁾

桂川甫賢（一七九七～一八四四、名は国寧^{くにやす}字は清遠、梅街、翠藍、錫蘭、桂嶼と号す）は文政十年父甫謙^{くにやす}国富歿後、三十一歳で家督を相続し、天保二年法眼となり、天保十五年十二月六日歿した、年四十八。

文政十一年⁽¹⁸⁾六月十日付友之輔宛三栄書翰では去年以来学文も大いに上達し、蘭文を認めて吉雄権之介に監定して貰った⁽¹⁹⁾処、大いに称美され、門人中最も拔群な岡研介と対比されたこと、桂川甫賢邸への移転をすすめられていること、甫賢は学文の助けには大いに成る人だから怠りなく仕めていることなどを知らせている。

吉雄権之助（一七八五～一八三一、吉雄耕牛の庶子、名は永保また尚貞、字は伯元、如淵と号す）は中野柳園に蘭学を学び、馬

場穀里、末次独笑、西正典と柳園門の四俊と称された。文化六年幕府の蛮学世話掛を命ぜられ、文政十一年大通詞見習となり、天保二年五月二十一日歿した、年四十七。岡研介はシーボルト門下では高野長英と双璧と称され、同門の伊藤圭介によると、読書力は長英がまさり、文章会話は研介がすぐれていると評された。文政十一年には権之助四十四歳、三英四十一歳、研介三十歳である。三英が岡研介を知らなかったことは三英が長崎のシーボルトに学ばなかったことの傍証になるかも知れない。なお、この書翰で、三英の蘭文が長崎大通詞吉雄権之助に称美されたことを友之輔に知らせているが、杉田梅里（一八一七—一八五九、名は信、字は成卿、天保二年父立卿歿後家督を相続して若狭侯侍医となる）が小関三英の蘭文を称賛したことは神田孝平の⁽⁹⁾二十七回忌祭文でも明らかである。すなわち、「亡友には小関三英、箕作玉海の両先輩を最も景慕し給へり。小関氏は、稍老輩にて教へを受給ひしこと有りしにや、殊に其蘭文を称し、我企て及ぶ所に非すとのたまひけり」と述べている。

桂川甫賢⁽¹⁶⁾の覚書に、「儒 頼久太郎、画 高嶋千春、書 巻左内、蘭 小関三栄」と記し、儒者の頼山陽、画家の高嶋鼎湖、書家の巻菱湖と並んで蘭学者としての三英を高く評価していた。三英の郷里鶴岡でも、池田玄⁽⁹⁾斉の弘采録に、「蘭学に長じて翻訳を専務とせしが、去々年東都に出て桂川家の世話になり、蘭書翻訳をして糊口も相応に出来ぬよしを聞けり」と記している程名声が高かったようである。

三英が後年尚齒会で親交を結ぶようになった渡辺華山とは天保二年頃から知り合ったらしく、華山の⁽⁹⁾全樂堂日録には次のように記されている。「天保二年四月十六日 小関三栄来。三栄出羽庄内人。善読洋書業医、不好治療読書飲酒之外無它嗜、上無君下無妻孥。終日孤然読書而不能自立。衣食住待人而生活。桂川医院愛其嗜学養之肆其所好云。三栄云、西洋学有数十家。就其医学一途言之。不唯有内外二科而已。内科曰ケネースキンデ。外科曰ヘールキンデ（中略）。同二十三日晴。三栄小関、携洋書蟲譜ローセル云。桂川医院欲一見検夫兒日本志以此書交貸ローセル凡四冊。同二十四日、三栄送貸ローセル三冊、借ケンフル。五月十七日、出訪小関三栄。居本所横網、接大槻（後略）」

渡辺華山（一七九三～一八四一、名は定勝、通称は登、文政七年家督相続、天保三年藩老、天保十年蛸社の獄に連坐して田原に蟄居、天保十二年十月十一日自殺、年四十九）は三英の蘭学の知識を高く評価し、三宅友信に紹介するとともに、岸和田藩主岡部長和侯に推挙し、⁽¹⁾三英は漸く天保三年一月十五日岸和田藩医員となった（長田偶得、高野長英先生伝）。すなわち、三英は文政十年九月鶴岡より江戸に出て湊長安の許に寓居し、文政十一年七月桂川甫賢邸に移って学究生活に入り、渡辺華山と相識となり、天保三年一月十五日岡部美濃守長和の侍医となったのである。

岡部侯侍医時代

⁽¹⁾天保三年（一八三二）二月二日付三榮書翰によれば、天保二年冬より三英を岸和田藩主岡部美濃守長和の侍医に招聘する話があり、莊内酒井侯の許可を得て、天保三年一月十五日七人扶持五兩の給人格で岡部侯侍医となることが決定し、赤阪溜池山王隣にある岸和田藩邸内の長屋に居住することになった。

三英は文政十二年三月一日付仁一郎宛書翰で、「泰西近年之軍記も押付和解出来仕候間当月末頃迄ニハ差下入御覧可申存候」と述べ、⁽¹⁾天保三年七月二十四日付書翰では、「ホナハルト伝之翻譯ニ茂段々相始可申ト奉存候」と述べている。これは田原藩儒員で藩老の松岡次郎（一八一三～一八五八、名は与権、字は子常、台川と号す）が安政四年二月出版した那波列翁勃納把爾的伝と考えられるが、静嘉堂文庫の那波列翁畧訳稿（旧大槻文庫本）は簡略な写本で、三英書翰の泰西近年之軍記に相応するものかも知れない。

⁽⁶⁾新撰洋学年表によれば、「天保三年三月泰西内科集成 小関三英訳 家蔵は神崎屋源蔵自宅本なり 源蔵名周号浴蘭堂江戸堀留町薬種商 小関高野諸氏皆其家の援助を受けたり」と記している。

高野長英伝⁽¹⁸⁾によれば、高野長英が文政三年六月江戸遊学に出たとき、まづ旅装を解いたのは同郷水沢出身の神崎屋源蔵であり、また長英が長崎遊学を終えて、天保元年十月二十六日江戸に帰り麴町貝坂に開業したのも源蔵の援助によるもの

である。

三英も天保三年に入ると、神崎屋源蔵と親交を結んだことは、同年十月二日付仁一郎宛書翰に、「本町大伝馬丁裏丁堀留二丁目葉種屋神崎屋源蔵右之所迄御状相届候得ハ私方へ早速相届申候」、十月二十六日付書翰でも同様の旨を記しており、また天保四年一月十九日付五十嵐其徳宛三栄書翰に、「今度此医原栞要と申新著高野瑞臯相著申候（中略）。此度蘭社中一統相配申候。御尊兄江も一本相贈呉候様に被申候間即為持上申候」と記されているから、高野長英を介して神崎屋源蔵と親交を結ぶようになったのかも知れない。

しかるに高野長英（一八〇四—一八五〇）、名は讓、瑞臯と号す。本姓は後藤氏、伯父高野玄齊の養嗣子となる。文政三年江戸に出て吉田長淑に学び、文政八年長崎に行きシーボルトに従学、天保元年十月江戸に帰り開業。天保十年五月十九日投獄、弘化二年獄舎脱失の際に逃亡、嘉永三年十月晦日自殺、年四十七）と三英との親交については、三宅友信の⁽⁹⁾華山伝に「先生三十二歳頃より心を深く洋学に傾く。然れども自ら原著を読まず（中略）。先生常に小関、高野の二氏を招き、地理歴史の類を読ましめ、訳言を聞に随て筆記し編冊を成す」と記されているから、三英と長英の親交は華山を介して天保二年頃から始まったと考えられる。三英四十四歳、華山三十九歳、長英三十四歳である。

三英は天保三年十月西医原病略を刊行したが、題言に、「余曾テ西哲工私蒲略倭氏著ス所ノ内科書ヲ翻譯シテ西洋内科大成ト云フ。蓋シ其書タル議論確実理致高妙、誠ニ医学ノ規範治療ノ枢機ナリ。然レドモ論ヲ設ル、専ラ原病ノ学ニ本ヅク故ニ、読ム者原病ノ学ニ通ゼザレバ望洋ノ感ヲ免レズ。余因テ原病ノ略説ヲ作テ之ガ附録トナシ、將ニ并セテ家塾ニ刻セントス」と述べており、天保三年には西洋内科大成の翻譯を終えていた。これが富士川游の江戸時代医書目録にある文政七年訳了の西洋内科集成三巻か、新撰⁽⁶⁾洋学年表にある神崎屋源蔵の天保三年三月自写した泰西内科集成十六巻か、或いは後年米沢の右松庵から出版された泰西内科集成三十一巻かは未詳である。

しかし、文政七年二月二十三日付書翰で兄友之助に知らせた著述は西洋内科集成三巻であったとしても、江戸に出てか

らさらに補訳して天保三年十月以後に泰西内科集成三十一巻になったものと考えられる。

幕府天文方訳員時代

新撰⁽⁶⁾洋学年表に、「文化八年五月幕府新ニ天文方に蛮書和解御用の一局を設け、外国文書の翻訳に備ふ。馬場佐十郎、大槻玄沢を訳員とす(中略)。百科全書の反訳にて厚生新編と題す、原書ハ仏蘭西人ヌールシヨメール所撰、西暦一七四三年和蘭重訳のもの、此訳書の業をシヨメール御用と称したり。是を幕府に於ける洋学読訳の始とす」と記している。

厚生新編は仏国リヨンの Noël Chomel の著書を Jan Lodowyk Schuer が蘭訳した家政字書 Huishoudelyk Woordboek 二冊(一七四三)を翻譯したもので、本書⁽¹⁹⁾の訳者は、馬場佐十郎、大槻玄沢、宇田川玄真、大槻玄幹、宇田川榕庵、小関三英、湊長安の七名である。すなわち、文化八年(一八一二)三月徳川家斉の命により馬場佐十郎が是に当り、同年六月大槻玄沢、文化十年宇田川玄真が訳員となったが、文政七年大槻玄幹、文政九年宇田川榕庵が訳員に任ぜられ、大槻、宇田川両家の協力で訳述が進められた。天保五年十月宇田川玄真が死んだ後任に小関三英が天保六年四月一日訳員に任命され、次いで天保七年頃湊長安も訳員に任命された。

三英の訳員就任は天保三年致仕し、天保五年十二月四日六十六歳で死亡した宇田川玄真の後任人事だったらしく、三栄書翰では天保四年三月頃から内交渉が進められ、一時中断したが、天保五年二月の再交渉では待遇の折り合いが付かず、天文方訳員に任命されたのは、岡部家控書によれば天保六年(一八三五)四月一日で、一ヶ年銀拾枚の手当が支給されることになった。

三栄書翰によれば、天文方訳員に就任することになった天保六年三月と同年六月の間に三英と改称しているが、池田玄⁽⁹⁾齊の弘采録では、「程なく南遊して岡部美濃守殿に抱へられ、七十石を賜はり、天文台御雇仰せ付けられ、公儀よりも二十兩つつ年々賜はり、忽ち時を得て三英と名を改め」と記され、改称の時期についてはほぼ一致している。

⁽¹⁹⁾厚生新編七十巻のうち小関三英が訳校に当っているのは第六十巻から第七十巻までの十巻で、多くは大槻玄幹、宇田川榕庵との共訳で、湊長安が共著に加っているのは第六十六―七十巻の五巻である。

天保七年五月荘内藩の和算家石塚六郎兵衛が三英を頼って天文方の算勘手伝に備われないと希望したが、採用されずに帰国したことは、天保七年五月二十四日付、同年六月二十日付、同年七月晦日付三英書翰に記されている。

⁽¹⁹⁾石塚六郎兵衛日記には、天保七年三月六日荘内を出発し、五月晦日より数回三英に会ったことが記されている。「五月晦日夜、小関三英訪来、蘭学の理論数刻に及び近日再訪の約を成して帰る。三英は庄内の産にして当時岡部侯の御医師也。此節天文台の蘭学者にして公義より御給金を給はる。六月十八日小関三英老を尋に行、岡部内膳正様か屋敷は溜池にあり、小関は向長屋にて随分宜敷長屋也。三英老在宅にて門弟数人居たり、三八の日にて医者群集する也。此所にて色々究理の論議し、蘭書杯見せられたり、図解ある書甚面白し、究理の論問答尽きずして昼に成り帰る。同二十九日小関老来りて色々究理の論あり、来月八日に天文台へ行事を約す。」すなわち、天保七年頃になると三英にも門人が数名居るようになり、毎月三日と八日には医師連中に蘭書の講釈を行っていた。

次いで天保八年五月には兄仁一郎の二男厳彦が江戸に来て三英と同居することになり、同年十月には三英も妻帯したことは三英書翰に記されている。

⁽⁹⁾池田玄斉の弘采録には、「小関友之助が二男を養子とし、他藩より妻を迎へ（中略）、乱心者となり、断絶せしゆえ、養子は近々実家に下り、孀は里元へ帰る筈のよし」と記され、三英書翰と一致している。

小関高彦（一八二〇―一八六二）は名は徹猷、字は厳君、通称は初め厳彦、のち高彦、天保八年、十八歳で江戸に出て三英の養嗣子となり、古賀侗庵、安積良斉に漢学、杉田成卿に洋学を学び、安政二年天文方訳員となったが、文久二年八月九日病歿す、年四十三。

蚕社遭厄と三英の死因

天保十年（一八三九）五月に起つた蚕社^(20・21)遭厄は目付鳥居耀蔵が代官江川英竜一派に痛撃を加えるため、花井虎一に密告させた無人島渡航計画が引金となり、このため華山と長英が入獄し、三英はその巻添えをくうことになったのである。

天保十年七月二十四日の渡辺華山^(9・20)口書に、「私儀蘭学を以て世に被知候幡崎鼎、高野長英、小関三英等へ深く交り、蘭科医師を始、其徒を集め、蚕国の事情を穿鑿致し（中略）、長英并に三英、鼎等を招き翻訳等相頼み、又は理義等承り合候儀にて」と記し、蚕社遭厄の中心的存在は渡辺華山であつたようである。しかし、高野長英⁽²¹⁾の蚕社遭厄小記に、「瑞臯高野長英、学斉小関三英ノ如キ、医事ヨリシテ蚕学ニ入り、遂ニ各々名家ニナル者、山ノ手ニ居住シ、諸生ヲ教導シ、諸書ヲ訳シ博ク諸方ニ交リタル故、其勢一層ヲ倍加シ（中略）。瑞臯、学斉ノ社中ニ華山渡辺登ト云モノ有リ、常ニ瑞臯、学斉等ト交リテ蚕学ヲシケルニ、華山ノ交友往々蚕学ヲ尊奉スル者多ク、依テ瑞臯、学斉等ト交ル者モ又少ナカラス。其中ニ就テ紀州ノ儒官ニ白鶴義斉遠藤勝ト云者アリ（中略）。癸巳（天保四年）以来凶荒頻リニ行ハレ（中略）、救荒ノ諸書ヲ著述シ専ラ経済ノ実学ヲ研究セシカハ諸侯往々策ヲ設テ政事ヲ質問セラレケリ。但シ、就中頗ル錯雜ニシテ急ニ答ヘ難キモノ有ルトキハ、尚齒会ヲ設ケ、老人会合ヲ名トシ、大小都下有名ノ士ヲ招キ、就テ衆人ノ議論ヲ湊合シ、常ニ問答サレシカバ、説ル、者其厚ク深キヲ信シ、政務ヲ問者随テ多シ」と記しているように、華山と並んで長英と三英が蚕学社中の指導的洋学者であつた。

また天保四年の凶荒以来尚齒会と称し、蘭学講習だけでなく、経済対策の討論も行ったが、長英⁽¹⁸⁾の二物考、痘疫考、避疫要法、牛痘接法また三英⁽⁹⁾の牛痘種法は尚齒会の討論のときにまとめられたものでなかつたろうか。

尚齒会の定会日について、田村栄太郎⁽²⁰⁾は数ヶ月に一回、五・十日の日のうちを選び、紀州藩儒員遠藤勝宅、田原藩の巢鴨下屋敷または華山宅と考えているが、清水礫州⁽²⁰⁾の有耶無耶の記によれば、毎月三日に長英宅で集会を開いていたようで

ある。なお、前述の石塚六郎兵衛日記に、「三八の会日にて医者群集する也」と記され、三英宅の集会日は毎月三日と八日であるが、田村栄太郎は尚齒会と違ひ三英の蘭学講習会と考えている。

蜜社遭厄の発端については、渡辺登察書によれば、慎機論、鳩舌小記、鳩舌或問などの草稿を花井虎一に見せたことを挙げ、長英の蜜社遭厄小記によれば、讒者は花井虎一で、鳥居耀蔵が江川英竜を陥れる畏にかかったのが渡辺華山と高野長英だったのである。

また、蜜社遭厄の際の三英の立場について、三宅友信の華山伝によれば、「吉利支略伝の小冊子を獲て、竊かに小関三英に就て之を読ましめ、且つ自ら訳記す。一篇読訳終はらんとする時に、三英忽ち先生の拘囚に逢ふ報を聞き大に驚懼し且つ疑ふ（中略）。吾国禁を犯し主家を累し、寧ろ磔殺の辱を受けるよりは自裁するにしかずと、即夜刃に伏す」と記され、また、長英の和寿礼加多美（鳥の鳴音）には、「常さへ不寐の病に悩み、夜毎に阿片酒など用ひ、漸々に安眠する身なれば、獄内に在ては、迎も存活し難しと察しけん、元来余りに実直小胆なる生れ成し故、偏へに世評を信用し、はやまりて遂に自殺しぬ」と述べている。椿椿山の麴町一件目録によれば、「五月十五日。昨十四日八ツ頃、俄に御役所へ御呼出しこれあり、揚屋入り仰渡され（中略）。五月十九日の夕。小関三英は一昨朝自殺し、岡部家の門へは他人の出入を禁じたり」と記され、三英は天保十年五月十四日午後二時華山の揚屋入りを知り、蘭学者残らず召し捕えられるという世評を信じて五月十七日朝自殺したことがわかる。しかし、岸和田藩届書では、乱心して二十三日夜自殺と届けられており、新撰洋学年表では、「三英の自殺は主人の名を汚さん事を恐れ決心せしとぞ、正坐凭柱ランセッタを以て動脈を刺破りしと伝ふ」と追記している。

池田玄斉の病間雑抄に、天保九年加茂組大庄屋富塚斧右衛門が三英に面談したことを記し、「読書の人々不睡の病多し。これは夜読のために、自然と癖となり、ねられぬもの也。三英も此症にて数年困れるよし」と述べているのは、長英の和寿礼加多美の記載に一致し、晩年の三英は不眠症に悩み、阿片酒を常習するようになっていた。

宇田川玄隨の西説内科撰要卷之六、(文化七年)の不寢篇に、製造簡易で効驗ある治方として牢達扭謨律規需謨の製方を挙げ、「阿芙蓉一味ヲ取テ、本藥八倍ノ燒酒ヲ用テ、コレヲ烱解」と記しており、宇田川玄真の遠西医方名物考(文政五年)では阿芙蓉液と名付けているが、これが阿片酒であろう。阿芙蓉(オピウム)の主治の第一に催睡が挙げられ、疼痛或は痙攣運動による不寐に用いられるから、酒好きの三英の愛用しそうな処方である。

したがって、三英は華山の依嘱による耶蘇教実伝の訳述が国禁に触れることをおそれ、阿片酒常用の原因となった不眠症のこともあり、天保十年(一八三九)五月十七日朝、岸和田藩邸で自殺したものと考えられる。

三英は殆んど独学で蘭学の泰斗となり、岸和田藩医員兼幕府天文方訳員に任命され、尚齒会の指導者の一人として活躍していたが、天保十年五月十七日蜜社遭厄のため五十三歳で自殺したことはまことに遺憾なことであった。

小関三英の著書としては、厚生新編のほかに、西医原病略、泰西内科集成、那波列翁勃納把爾的伝が刊行されたが、小関重孝(民之輔三男)によれば輿地誌、西洋通史、訳法弁正、和蘭文法解、和蘭書東式、和蘭通弁語集解、光耀弁、海外事情論、諸厄利亞語訳、邪蘇教実伝、国際要諦、国防評論、和蘭解剖範、泰西瘍科精選、斯墨兒利産科集成、和蘭産科捷徑竝図、和蘭製藥通論の著書(写本)があったようである。なお、京都大学図書館の富士川本のなかに牛痘種法、泰西医範、静嘉堂文庫の旧大槻文庫本のなかに泰西産科捷徑のあることからみると、天保三年以降三英は和蘭または西洋の代りに泰西の語を好んで用いるようになったのではあるまいか。

むすび

小関三英は天明七年(一七八三)六月十一日鶴岡で生れ、名は好義、字は仁里、幼名弁介(辨助)、通称は初め貞吉(貞橘)、のち三栄、天保六年四月頃三英と改めた。幼時火傷のため跛足となったが、藩学致道館に学んだのち文化十二年(一八一五)頃江戸に出て吉田長淑より蘭方内科、馬場佐十郎より蘭学を学び鶴岡で開業した。文政六年(一八二三)十月仙

台藩医学学校蘭方内科教授となったが、文政八年三月離任、文政十年八月湊長安を頼って江戸に出て寓居、文政十一年七月桂川甫賢邸に移り学究生活に入った。天保二年（一八三一）頃、渡辺華山、高野長英と知り合い、華山の推挙で天保三年一月十五日岸和田藩医員となり、次いで天保六年四月一日幕府天文方訳員に任命され、厚生新編の訳述に当った。しかるに、華山、長英、三英らの蛮学社中の集会は天保四年の凶荒以来尚齒会と名付けて、蘭学講習会でなく経済対策の討論をも行うようになった。

天保八年五月兄仁一郎の二男高彦の江戸出府を期として養嗣子に迎え、妻帯したが、天保十年五月十四日蛮社遭厄により華山の揚屋入りを知り、五月十七日朝自殺した。五十二歳であった。三英の多くの著書は出版されなかったが、生前の出版は西医原病略（天保三年）だけで、那波列翁勃納把爾的伝（安政四年）と泰西内科集成は三英死後に漸く出版された。

引用書目

- (1) 山川章太郎 小関三英とその書翰 文化 昭十二。中外医事新報 昭十三、十四
- (2) 大久保謙一・山形敏一 書翰を通じて観たる小関三英 中外医事新報 昭十三
- (3) 山本 四郎 小石元俊 昭四十二
- (4) 富士川 游 日本医学史 明三十七
- (5) 呉 秀三 シーボルト先生其生涯及功業 大十五
- (6) 大槻 如電 新撰洋学年表 昭二
- (7) 関場不二彦 西医学東漸史話 昭八
- (8) 高 於菟三 高良齐 昭十四
- (9) 杉本つとむ 小関三英伝 昭四十五

- (10) 山形 敵一 仙台藩に於ける医学及蘭学の發達 仙台市史 四卷、別篇二 昭二十六
- (11) 山形 敵一 大槻玄沢と仙台藩医学校 仙台郷土研究 昭十八
- (12) 山形 敵一 佐々木中沢と大槻玄沢 日本医史学雑誌 昭五十二
- (13) 山形 敵一 佐々木中沢と佐々城朴安 同右 昭五十
- (14) 山形 敵一 佐々木中沢と刺絡 同右 昭五十三
- (15) 山形 敵一 湊長安の医学 同右 昭十八、十九
- (16) 今泉 源吉 蘭学の家桂川の人々(続編) 昭四十三
- (17) 長田 偶得 高野長英先生伝 明三十二
- (18) 高野 長運 高野長英伝 昭三
- (19) 貞松 修藏 厚生新編 昭十二
- (20) 田村栄太郎 渡辺崋山の人と思想 昭十八
- (21) 佐藤 昌介 渡辺崋山・高野長英 日本思想大系五十五 昭四十六

Notes on Sanei Koseki

by

Shoichi YAMAGATA

Sanei Koseki was born on June 11th 1783 in the city of Tsuruoka. He limped because of burns he suffered in his

childhood. Trained at Chidōkan, a school sponsored by his landlord, around 1815, he moved to Edo where he studied Dutch medicine from Chōshuku Yoshida who was a medical staff member of the Kanazawa clan, and learned Dutch from Sajūrō Baba who was an official translator of the shōgunal astrology department. He returned to Tsuruoka and opened a private practice. He was invited to Sendai and worked as a professor of medicine at the Sendai clan's school during the period of 1823 to 1825. He went to Edo in August 1827 and stayed with Chōan Minato who was a medical staff member of the Sasayama clan. In July 1829, he started to learn Dutch science at the home of Hoken Katsuragawa who was on the surgical staff of shōgunal government. In 1831, he became acquainted with Kazan Watanabe and by his recommendation he was employed as a medical staff member of the Kishiwada clan on January 15th 1832.

He was nominated as the translator of the shōgunal astrology department on April 1st 1835 and started to write Kōsei Shimpēn. He associated himself with Kazan Watanabe and Chōei Takano and established Shōshikai, a society for the study of Dutch science in 1833, and in that society, actively engaged in discourses on economical policies as well. In May 1837, he nominated his nephew Takahiko Koseki as his heir and took a wife. However, he committed suicide by opening his neck artery with a lancet after Kazan Watanabe and Chōei Takano were sent to prison on a false charge in 17 May 1839. Although he wrote numerous papers, only four of them were published which included Seiigenbyōraku, the life of Napoleon Bonaparte, Taisei Naika Shūsei and Kōsei Shimpēn. The reason of his suicide was previously thought to be his fear of shōgunal punishment for his translation of Yasokyōjitsuden, a christian work, by the request of Kazan Watanabe. Such work on a foreign religion was forbidden at that time. However, he was known to be suffering from insomnia for which he had been taking opium containing liquor. This fact may be another cause of his, probably, unnecessary suicide.

『陰陽十一脈灸經』と『素問』

——『素問』の成立についての一考察

赤 堀 昭

一 『黄帝内經太素』などの經脈篇と『陰陽十一脈灸經』

宋代の医書校勘に際して数種の書が互いに参照されたこと(1)から明らかなように、『素問』、『脈經』、『甲乙經』、『黄帝内經太素』(以下『太素』とする)、『靈樞』などの諸書に共通部分のあることは古くから気付かれていた。しかしその理由と意味については、検討のきめ手となる材料を欠くこともあって、深く追及されずに今日に至っている。手足の太陽、少陽、陽明、太陰、少陰、厥陰の十二脈に関する記載(2)以下これを經脈篇と呼ぶことにする)もその一つであって、後に一例を示すが、各書の該当部分は細部までよく一致している。前記の諸書のうちで太素は成立年代も新らしく、そのうえ欠落部分や誤字も数多く見られ、決して最善本とはいえないが、『素問』と『靈樞』を合した形になっているということのほか、宋代の校勘を経ていないという事実があるため、宋以前の姿を知るためには特に重要で、今回の漢代の書との比較検討にはこの書を中心、または参照することとした。

長沙の馬王堆三号墓の多数の副葬品のなかには数種の医帛があり、これまでに『五十二病方』、『脈法』、『陰陽脈死候』のほかに『陰陽十一脈灸經』(以下『陰陽脈經』)と『足臂十一脈灸經』(『足臂脈經』)が公表されている(4)。このなかで

後世の書との關係がわかつたのは『陰陽脈死候』と『陰陽脈經』であるが、こゝでは後者についてのみ考察を加える。

『陰陽脈經』には甲本と乙本があり、両者は細部を除いてよく一致する。従つてこの二書は同一書、または同一書に由来する二書を写したものと考えられ、どちらにもかなりの欠損部分があるが、両者を参照することによってその大部分を埋めることができる。ただ残念なことにこの書は写真が發表されておらず、積文だけであるから、細部となると全く疑問がないというわけではない。この二書に記載されている経脈の数は足の太陽、少陽、陽明、肩、耳、齒、足の太陰、少陰、厥陰、手の太陰、少陰の十一である。⁽⁷⁾後世の書との比較によつて、『陰陽脈經』の肩、耳、齒の三脈は手の太陽、少陽、陽明に相当することがわかり、『脈經』と同じように手の厥陰の脈は欠けている。⁽⁸⁾各脈の条文は最初に経脈の走行路を示し、次に「是動則病」として、その乱れによつて起る病状を記載し、最後に「其所産病」としてその脈が起す病氣を列記するという一定の型式に従つて記述されている。この記載方式は『脈經』以下の後世の書でも同じであるが、それらの書にあるものでは、経脈の走行路には基本的には違いはないものの、非常に詳しくなり、起点と終点が逆になっているものもあつて、文章の上ではほとんど共通点はない。しかしこの部分を除いた「是動則病」以後の部分を、足の太陰の脈の条文を例として比較してみると、

『陰陽脈經』「是動則病。上□走心。使復張。善噫。食欲噦。得後與氣則快然衰。是巨陰脈主治。其所〔産病〕。□□。心煩死。心痛與復張死。不能食。不能臥。強吹。三者同則死。唐泄死。〔水與〕閉同則死。為十病。」

『太素』「是動則病。舌強。食則噦。胃脘痛。腹脹。善噫。得後出餘氣則快然如衰。身體皆重。是主脾。所生病者。舌本痛。體不能動搖。食不下。煩心。心下急痛。漉痕洩。水閉。黃痺。不能臥。強欠。股膝内腫厥。大指不用。為此諸病。盛則寫之。虛則補之。熱則疾之。寒則留之。陷下則灸之。不盛不虛。以經取之。盛者則寸口大三倍於人迎。虛者則寸口反小於人迎。」

となつていて、傍線で示したように、特に「是動則病」の部分では、両者はよく一致する。ここでは『陰陽脈經』は甲本

を底本とし、「」は同本に欠けている部分を乙本そのほかの關係から補った部分で、□は両本ともに欠けているために不明の文字である。また復は腹の、唐は瀉の略で、馬王堆そのほかの漢代の書によくみられる使いかたであり、吹は逆に欠を意味すると考えられるし、「食欲歐」は乙本では「食則欲歐」となっている。ついでに『太素』のこの部分を他書とくらべてみると左記のようになってゐる。

『太素』

舌強 歐 胃脘 出餘氣 如衰 所生病 心下急痛 瀉瘕泄 黃疸 不能臥 強欠 内腫厥大 為此諸病 盛則寫之……取之 人迎

『脈經』

舌本強 嘔 胃管 與氣 而衰 所生病 心下急痛寒瘕 瀉瘕泄 黃疸 好臥不能食肉唇青 強立 内痛厥足大 (欠) (欠) 人迎也¹³⁾

『甲乙經』

舌本強 嘔¹⁰⁾ 胃脘¹⁰⁾ 與氣 而衰¹¹⁾ 所病¹¹⁾ 心下急寒瘕 瀉瘕泄 黃疸 不能食唇青 強立¹²⁾ 内腫痛厥足大 為此諸病 (欠) 人迎也

『靈樞』

舌本強 嘔 胃脘 與氣 如衰 所生病 心下急痛 瀉瘕泄 黃疸 不能臥 強立 内腫厥足大 為此諸病 『太素』と同 人迎也

この表のうち、最後の部分の「為此諸病……取之」は『太素』と『靈樞』で各脈ごとに出て来る同一の繰り返し語句であり、それを各項ごとに書くか、一条だけで代表させるかは撰者の見解に基づくところであるから、今回の検討の対象外である。それを除くと残りは書写時の過誤によって起ったようなものが多い。したがって『甲乙經』が『脈經』の文を引用したというように、後世の書が前代のいずれから引用したのか、あるいはその後佚してしまったが当時はなお存在していた脈書をそれぞれが独自に引用したかのいずれかであろう。どちらにしてもこれらの書に取り入れられたものは、『陰陽脈經』を更に発展させた書であることは間違いないであろう。

二 『素問』の陽明脈解篇

この篇と同じ文は、細部に違いはあるが、陽明脈解として『太素』巻八にも載せられている。この篇は黃帝と岐伯の問答形式をとっているが、黃帝の質問は左記の各項である。

「足陽明之脈病。惡人與火。聞木音則惕然而驚。鐘鼓不為動。聞木音而驚。何也。⁽¹⁴⁾願聞其故。」

「其惡火。何也。」

「或喘而死者。或喘而生者。何也。」

「病甚則棄衣而走。登高而歌。或至不食數日。踰垣上屋。所上之処。⁽¹⁶⁾皆非其素所能也。病反能者。何也。⁽¹⁷⁾」

「其棄衣而走者。何也。」

「其妄言罵詈。不避親疎而歌者。何也。⁽¹⁹⁾」

これに対する回答は、例えば第一の問に対しては「陽明者胃脈也。胃者土也。故聞木音而驚者。土惡木也。」と、五行相勝説による解釈が行なわれ、第四の問に対しては「四支者諸陽之本也。陽盛則四支實。實則能登高也。」⁽²¹⁾という陰陽説による説明が行なわれている。前記の黃帝の問いかけのうち、傍線を引いた部分は『陰陽脈經』の足の陽明脈の条文にあ

るものと同じであるが、線を引かなかった部分は『太素』以下の経脈篇にもみえない。これと起源を同じくするとみられる文は『甲乙経』巻七の足陽明脈病発熱狂走第二の篇にもみられる。ただしここでは問答形式は前半だけで、後半にはその治療に有効な五個の俞穴が挙げられているが、前半部でも第一の問が

「足陽明之脈病。惡人與火。聞木音則惕然而驚。欲独閉戸牖而处。願聞其故。」

と「鐘鼓不為動」のかわりに「欲独閉戸牖而处」という『陰陽脈経』の文が入っているように違いがみられる。一方、後半部についても検討してみると、五個の俞穴の適応症のうちに

「熱病汗不出。𩑦𩑦。眩時仆而浮腫。足脛寒。不得臥。振寒。惡人與木音。喉痺。齩齒。惡風。鼻不利。多善驚、厲兌主之。」

「脛痛。腹脹。皮痛。善伸。數欠。惡人與木音。振寒。噤中引外痛。熱病汗不出。下齒痛。惡寒目急。喘滿寒慄。断口噤。不嗜食。内庭主之。」

というように『陰陽脈経』中にある語句がみられ、しかも二重の傍線で示したように、前半部にも、『素問』の陽明脈解篇にも脱落しているものが記載されている。これらの傍線を引いた部分は恐らく『陰陽脈経』に由来するものであるうが、一旦脱落したものが偶然に再び出現するというようなことは非常に考えにくいから、『甲乙経』に引かれた文も完全なものであるかどうかはわからないが、『素問』に採録されているものよりはより古い形を残していると考えてもよいであろう。陽明脈解篇が他の篇にくらべて非常に短いのもそのような欠落が起ったと考えると説明がつくが、それが『素問』に取り入れられる前であったか、その後であったかは不明である。⁽²²⁾ いずれにしてもその内容から考えて、これは『太素』などの経脈篇とは別の系統のものであろう。第一の質問に対する答のなかにあるように、経脈篇では脾にあてている足の陽明の脈に、『陰陽脈経』にもない胃脈説をとっているのも別の学派に属すものであることを示す事実である。この系統のものは現在はこの陽明脈解だけであるが、そのなかでも欠落が起ったことを考えると、もとは他の脈についても同

様の注解があつたかもしれない。

三 『素問』の脈解篇

『素問』脈解篇に相当する文は『太素』巻八にも経脈病解として収載されているが、この篇は陽明脈解篇とは違って、黄帝と岐伯の問答形式はとらず。

「太陽所謂腫腰腠痛者。正月太陽寅。寅太陽也。正月陽氣出在上。而陰氣盛。陽未得自次也、故腫腰腠痛也。」
というように、多くの注釈書と同様に、脈経の語句に対する注釈の形をとっている。その注釈の対象になっている語句は各経脈に亘り、次のようなものである。

〔太陽〕腫腰腠痛。病偏虚為跛。強上引背。耳鳴。甚則狂顛疾。浮為聾。入中為瘡。〔少陽〕心脇痛。不可反側。甚則躍。〔陽明〕洒洒振寒。脛腫而股不收。上喘而為水。胸痛少氣。甚則厥惡人與火聞木音則惕然而驚。欲独閉戸牖而處。病至則欲乘高而歌棄衣而走。客孫脈則頭痛鼻軌腹腫。〔太陰〕病脹。上走心為噫。食則嘔。得後與氣則快然如衰。〔少陰〕腰痛。嘔欬上氣喘。色色不能久立久坐起則目眩眩無所見。少氣善怒。恐如人將捕之。惡聞食臭。面黑如地色。效則有血。〔厥陰〕癰疽婦人少腹腫。腰脊痛不可以俛仰。癰癰疔膚脹。甚則噤乾熱中。

ここで——は『陰陽脈経』と『太素』以下の経脈篇にあるもの、——は『陰陽脈経』にあるが『太素』以下にないもの、——は逆に『陰陽脈経』にはないが『太素』以下にあるものである。このなかで注目すべき事実は『陰陽脈経』、『太素』以下の経脈篇、陽明脈解篇のいずれにも収載されていない語句（傍線のない部分）がかなり存在すること、経脈篇に欠落している『陰陽脈経』の語句が僅かではあるが残っていることである。したがってこの脈解篇の文は『陰陽脈経』を更に発展させ、多くの病状を補足して作られた書の注釈書から注釈部分だけを抄出したものと考えることができる。その場合、経脈篇にみえない『陰陽脈経』の語句は、前述の陽明脈解篇の場合と同様に考えることができるから、この文は経

脈篇に引かれているものより古い文に由来すると推定できる。ただしこの場合も経脈篇が脈解篇の原本の本文から抄出したものであるか、それとも両者の共通の原典があつて、その一方に傍線のない部分などがつけ加えられて脈解篇の原本となり、他方では『』の部分欠落して経脈篇になったのかは不明である。いずれにしてもこの二篇の原本は同一の書ではないであらうし、またその注が主として陰陽説に基づくものであつて、陽明脈解篇のものとは性質を異にしているから、その原本とも別種のものであらう。

四 その他の遺文

『素問』についてはまだ全篇を仔細に検討したのではないが、玉機真藏論に「其（冬脈）不及則令人心懸如病飢云々」という文があり、その「心懸如病飢」は足の少陰の脈の条にあるものに由来するものであらう。『素問』のこの篇で冬脈とは腎脈をいうとされているのは、経脈篇で足少陰脈を腎にあてるといふ考へによるものであらう。また藏氣法時論篇には「肝病者兩脇下痛引少腹。令人善怒。虛則目眩暈無所見。無所聞。善恐。如人將捕之。」とあり、これも『陰陽脈経』に由来すると考えられるが、直接には経脈篇の原本に基づくといふべきかもしれない。ただし肝病との関係はこれらの諸書では認められない。

五 結 論

『陰陽脈経』中には甚だ特異な語句があり、それによつて『大素』などの経脈篇や『素問』の脈解篇、陽明脈解篇などがそれに基づくものであることがわかる。またそれらの比較によつて、遅くとも漢初までには成立していた経脈の考へは、その後、更に發展して、『陰陽脈経』にも脈の走行路やその乱れによつて起る病氣についての新知見が多く追加された。それに続いて一方ではそこに並べられた病氣の生因について理論づけをしようという試みがなされ、そのうちのより

陰陽論に傾いた立場で書かれた注釈書が脈解篇の、より五行論を取り入れた立場でまとめられたものが陽明脈解篇の原本になったと考えられる。他方これとは別に、恐らくはこれらの書ができた時より後に、より経脈の走行に重点を置く一派があり、そこでまとめられたものが経脈篇乃至はその原本であろう。京都大学の山田慶児教授は『素問』のなかに黄帝が尋ねて岐伯が答えるとか、雷公が尋ねて黄帝が答えるといったいくつかの問答形式があるのに注目して、これが『詩経』の場合の毛詩とか韓詩などと同じような、学派の違いを示すものではないかと想定された⁽⁴⁶⁾。今回の関連部分についても経脈篇は雷公の問に対する黄帝の答であり、陽明脈解篇は黄帝の問に対する岐伯の答であり、脈解篇は問答形式でない純然たる注釈形式であるから、その説は恐らく正しいであろう。『素問』はこれらの諸学派の説を蒐集した書ということができ、多分に未整理の点を残している。これらの諸学派が発生したのは『陰陽脈経』そのもの、あるいはその原本ができた時よりかなり後のことであり、『素問』の成立はそれより更に後であろう。現在の知識では『陰陽脈経』の成立は漢の文帝の十二年（前一六八）より後ではないということがわかるだけで、確実な年代は不明であり、戦国時代中期頃までは溯れる可能性もあろう。したがって『素問』は馬王堆三号墓が築かれた時代に、中国のどこかに既に存在していたかもしれないが、これまでに諸学者が推定していたように、前漢の中期以後の成立と考えておくのが無難ではなからうか。

この論文の内容は京都大学人文科学研究所科学史研究室の山田慶児教授主催による「新出土科学史資料の研究」研究会の席上で、馬王堆医帛を取り挙げた結果として生まれたものである。同教授を始め多くの示唆を与えられた班員諸氏に厚くお礼を申し上げる。

『素問』は中国医薬研究所影印の顧從徳本を底本として、医統正脈全書本、四部叢刊本を参照し、『太素』は仁和寺本の写真を使用した。また『脈経』は一九六一年刊の香港商務印書館本を底本として、光緒十九年の楊氏鄰蘇園校刊本、万曆二十九年刊医統正脈全書本、慶安三年村上平樂寺刊本、四部叢刊本を、『甲乙経』は人民衛生出版社影印の『鍼灸甲乙経』評点本を底本として医統正脈全書本と槐廬叢書本を、『靈枢』は四部備要本を底本として、四部叢刊本、医統正脈全

書本を参照した。これらの一部は杏雨書屋の蔵本を利用させていただいた。その閲覧の便をはかられた宮下三郎博士に深謝する。

注と文献

- (1) 例えば高保衡らの『脈經』の序文中に「今則考以素問。九墟。靈樞。太素。難經。甲乙。仲景之書。并千金方。及翼說脈之篇以校之。除去重複。補其脫漏」とある。
- (2) 『脈經』卷六。『甲乙經』卷二、十二經脈絡脈支別。『太素』卷八（卷首欠落し篇名は不明であろうが、恐らく經脈であろう）。『靈樞』卷三、經脈。
- (3) 隋、楊上善撰。
- (4) 馬王堆漢墓帛書整理小組、「馬王堆漢墓出土醫書積文」(一)『文物』一九七五年六期、(二)同年九期。
- (5) 中医研究院医史文献研究室、「馬王堆帛書四種古医学佚書簡介」、『文物』一九七五年六期。
- (6) 赤堀昭、「新出土資料による中国医薬古典の見直し」、『漢方の臨牀』、二五卷一一・一二号（一九七八）。
- (7) 『陰陽脈經』の順序による。『足臂脈經』では配列の順序も違っていて、肩、耳、齒の三脈はなく、かわりに臂太陽、少陽、陽明がある。
- (8) 王叔和の『脈經』卷六は肝足厥陰病証以下十一篇からなり、手厥陰經病証は欠けている。ただしその心手少陰經病証第三に収められている經脈の記載は「手心主之脈」に始まり、『太素』そのほかにある手の厥陰の脈と同じである。『脈經』のこの部分にはその前後にも手の厥陰の脈に関係するものが混入しているが、現存の各版本ともに同じであるから、宋代からそうなっていたと考られる。したがって宋以前に『脈經』のこの部分に欠落が生じ、それを後人が誤って心と心主を取り違えて厥陰の脈を補入したか、もとは手の少陰の次に厥陰の脈が並べられていたが、中央部が欠落したために一篇になってしまったかのいずれかであろう。この点はなお検討を要するところである。
- (9) 『太素』に限らず、脈經そのほかの評点本はすべて「是主脾所生病者」と読ませているが、この脈經と比較すれば、脾で切るべきことは明らかである。
- (10) 医統正脈全書本、槐廬叢書本はいずれも腕とする。

- (11) 医統正脈全書本、槐廬叢書本は所病間に生の字がある。
- (12) 医統正脈全書本は肉とする。
- (13) 医統正脈全書本、四部叢書刊本はいずれも也の字を欠く。
- (14) 『太素』は「何也」を「者。願聞其故。」とする。
- (15) 『太素』は「或喘生者。其故何也。」とする。
- (16) 『太素』、『甲乙經』は「之処皆」の三字を欠く。また『太素』では素の下に時がある。
- (17) 『太素』は者を欠く。
- (18) 『太素』は「而走者」の三字を欠く。
- (19) 顧從徳本以外は疎、『太素』は疏とする。
- (20) 『太素』は「胃之脈」とする。
- (21) 『太素』、『甲乙經』はともに陽を邪とする。
- (22) 『素問』 新校正本の王冰の序文につけられた林億らの注にあるように、全元起本でも卷七が欠けていたというから、『素問』に取り入れられてから欠けたという可能性も考えられる。
- (23) 『陰陽脈経』では「(足) 大陰脈。是胃脈毆。」とあって、胃脈は足の陽明ではない。毆は也と同じ。
- (24) 『太素』は病の字を欠く。
- (25) 『太素』は引背の二字を欠く。
- (26) 『陰陽脈経』は耳疆とする。
- (27) 『太素』は入を人とする。
- (28) 『太素』と各書の経脈篇も同じであるが、『陰陽脈経』は「不可以反側」とする。
- (29) 『陰陽脈経』は病寒とする。
- (30) 『太素』の経脈病解篇は則の字を欠くが経脈篇には則がある。
- (31) 『太素』では欲の上に志の字がある。
- (32) 『太素』は重至とする。
- (33) 『陰陽脈経』は顔痛とする。また経脈篇では『太素』は「腹外腫」とし、そのほかの諸書は「大腹水腫」とする。

- (34) 『太素』以下の経脈篇は腹脹。
- (35) 『太素』は而とする。経脈篇については本文参照。
- (36) 『太素』は「上気欬上気喘」とする。
- (37) 『太素』は邑邑とする。
- (38) 『太素』は久の字を欠く。また各書の経脈篇は「坐欲起」とする。『陰陽脈経』甲本は「瞶如母見」、乙本は「茫然无見」とし、『太素』は経脈篇とも眈眈を眈眈とし、四部叢刊本の『脈経』と『靈枢』はともに眈眈とする。
- (39) 『陰陽脈経』は「氣不足」とする。『太素』は善の字を欠き、またその経脈篇と『脈経』、『靈枢』はともに「氣不足善怒」とする。『甲乙経』はこの部分を欠く。
- (40) 経脈篇は各書とも「恐心惕惕如人将捕之」とする。『甲乙経』はこの部分を欠く。
- (41) 『陰陽脈経』は「面黧若炁色」とし、『太素』は如を欠く。『甲乙経』、『脈経』は「面黑如炭色」とし、『靈枢』は「面如漆柴」とする。
- (42) 経脈篇はいずれも「欬唾則有血」とする。
- (43) 『陰陽脈経』は「丈夫潰疔婦人則少腹腫」とする。瘰の字は頰(『太素』)、瘡(『靈枢』)ともされている。
- (44) 『太素』も同じであるが、『陰陽脈経』、各書の経脈はいずれも脊の字を欠く。
- (45) 『太素』は「釘隆膚脹」とする。

Kciji Yamada, *Acta Asiatica*, 36, 67 (1979).

Chapters of *Huang-ti-nei-ching-su-wen* derived from *Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching*

by

Akira AKAHORI

Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching, found in Han Tomb No. 3 at Ma-wang-tui, Chang-sha, Hu-nan Prov., China together with several medical documents, was written before 168 BC. The book contains descriptions of outlines of eleven acupuncture meridians and diseases supposedly caused by their functional disorders. Later the book seems to have been repeatedly revised with preservation of most of the contents describing diseases and addition of a new meridian and more elaborate descriptions of meridians.

A part of Chapter *Ching-mo* in *Ling-shu*, which is also contained in *Mo-ching*, *Chia-i-ching* and *Huang-ti-nei-ching-t'ai-su* (so-called *T'ai-su*), contains many striking phrases identical to those in *Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching* in addition to those not found in it. It seems to have been incorporated into the former four books from a revised edition of the last one with much emphasis placed on descriptions of meridians.

Chapter *Yang-ming-mo-chieh* in *Huang-ti-nei-ching-su-wen* (so-called *Nei-ching*) is almost identical to a chapter of the same title in *T'ai-su* and also appears in *Chia-i-ching* as part of a chapter concerning acupuncture treatments. The chapters contain phrases seen in *Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching*. Comparison of phrases from these works suggested that the chapters in *Nei-ching* and *T'ai-su* are part of a text derived from *Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching* and was compiled by members of a school

that introduced the five element theory together with the *yin-yang* theory to explain the contents of the predecessor. On the other hand, Chapter *Mo-chieh* in *Nei-ching*, also found in *T'ai-su*, is supposed to be explanatory notes of another revised book used by a school which stood mainly on the *yin-yang* theory. These two commentaries are believed to have been compiled earlier than the revised edition quoted in *Ling-shu* and other works because of the relationship among the phrases in them and *Yin-yang-shih-i-mo-chiu-ching*.

Nei-ching probably was compiled at the time of the Han dynasty by collecting and arranging medical theories proposed by different schools.

歩兵屯所医師取締 手塚良斎と手塚良仙

深瀬泰旦

歩兵組と歩兵屯所附医師

幕末、内外の状況があわただしく変化し、それまでの行政組織では対応できなくなった徳川幕府は、安政五年（一八五八）七月外交交渉をつかさどる外国奉行を新設したのをはじめ、兵制の上にも大改革をくわえた。

「当今の時勢、古来の御備立ちにては不都合の儀もこれあるべく、御取捨ての上、御改正これあり然るべき旨思召され」て徳川斉昭に軍制改正の方案を詢うたのは、安政元年七月のことであった。¹同時に筒井肥前守政憲、川路左衛門尉堅謨なども、改正の御用をつとめるよう発令されたが、別に何らの調査活動をおこなうことなく空しく日を重ねていた。軍制の改正とは幕藩体制をささえている慶安軍役令を改革することなので、幕府存立の根幹にもかかわることである。その歩みの遅々としているのも当然のことであった。

しかし外に列強の重圧をうけ、内に諸藩の軍事力の増大にともなって、幕府もついに現実の問題として対処しないわけにはいかなかった。文久元年（一八六一）小栗豊後守忠順、勝麟太郎など二二名が軍制取調べ御用を命ぜられ、それから一年後、文久二年六月に上申書が提出された。同年一二月、歩兵、騎兵、砲兵の三兵を統轄する陸軍奉行が新設され、講武所奉行大関肥後守忠裕が初代の陸軍奉行に就任し、歩兵奉行には勘定奉行小栗豊後守が兼任のまま就任して、ここに



図 1 歩兵屯所の位置

1: 西丸下屯所, 2: 大手前屯所, 3: 小川町屯所, 4: 三番町屯所

近代的陸軍制度がはじめて体系づけられた⁽²⁾。

親衛常備軍のうち、歩兵は重歩兵と輕歩兵にわかれる。重歩兵は旗本の知行高五百名に一人、千石に三人、三千石に一人〇人の割合で知行地に在住する一七歳から四五歳までの農民を供出させてこれにあてた。ここに江川英竜、英敏父子の建議にもとづく、徳川三百年の歴史はじまっていろいろの農民兵の出現をみたわけである。しかしこれらの農民兵は、幕府の親衛隊としての意識にとぼしく、かなり質がわるかったようで、江戸の治安を悪化させた要因のひとつに、歩兵組の存在を指摘しているものもある。本由の名でしられる須藤由蔵の『藤岡屋日記』にもその一端がみられる⁽³⁾。

歩兵屯所は当初西丸下と大手前の二ヶ所におかれ(文久三年二月)、五月には小川町に、七月には三番町に設置されて都合四ヶ所となった。江戸切絵図に屯所の位置をもとめると、江戸城を中心としてそれを抱くように配置されている⁽⁴⁾。これら歩兵組が近衛兵としての地位と任務をあたえられていることをうかがいしることができるとともに、本来親衛隊としての機能を有すべき旗本が、まったくのむにたりない存在に脱してしまったことを物語っているといつてよいであろう。

この歩兵屯所附医師として、医学所医師手塚良斎ら九名が出役を命ぜられて屯所詰となったのは文久三年(一八六三)三月一三日のことである。以後数次にわたる増員がおこなわれ、手塚良斎の『医学所御用留』⁽⁴⁾によると合計八九名の医師をかぞえることができる。

軍と行動をともし、その傷病兵の治療を担当する軍医の起源は、西洋においては遠くローマ時代にその源をたづねることができ^(5,6)るが、わが国では戦傷者を治療する金創医が室町時代に存在したことは知られているものの、軍と行動をともしたり、病兵の治療を担当するものではなかった。歩兵屯所附医師の任務は「歩兵屯所規則書」⁽⁸⁾によれば

歩兵屯所附医師は、一屯所歩兵組の療治を司り候上は、自身見廻、診察念入れ、日々当番差図役へ病人容体申し述べべく、総て治療方粗略これなきよう致すべく候事

とある。歩兵組の大隊、あるいは中隊附として、その軍事行動にともなって出勤して受傷兵の手当ばかりでなく、病兵の治療にもあたっている。將軍上洛に扈從する歩兵組にすら、附添出勤している屯所附医師こそ、わが国における近代軍医の濫觴であり、この組織こそ軍医制度の基礎といっても過言ではない。

『医学所御用留』

順天堂大学山崎文庫に『医学所御用留』なる和綴本がある(図2)。一〇六丁、半紙本の写本で題簽には、「文久三ノ明治八年手塚良斎 医学所御用留」とある。筆蹟からみて山崎佐の筆になるものとおもわれる。表紙には題簽のほかにペンで「江戸幕府瓦解ニ付キ奥医師解雇マデノ顛末記」との記入がみられるが、これも山崎がかいたものであるう。

扉には「文久三亥年三月十三日ヨリ医学所御用留」とあって、筆をおこした日は明記してあるが、題簽のように最後の日付の記載はない。

医学所医師であつた手塚良斎が、歩兵屯所出役をおおせつけられた文久三年三月一三日から筆をおこし、慶応四年(一八六八)四月までの満五年にわたる歩兵屯所における活動記録である。題簽には末尾の日付は明治八年とあるが、実際に本文にあたってみると幕府瓦解の慶応四年四月で終わっているの、題簽の年号はあやまりであることを示る。題簽、扉とも「医学所御用留」となっているが、内容は専ら歩兵屯所附医師としての日誌であるので、「歩兵

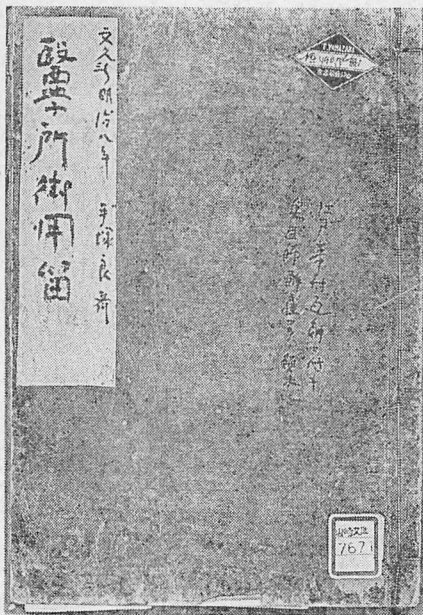


図2 医学所御用留
(山崎文庫蔵)

屯所御用留」とよんだ方がより適切である。

本文の前にふせられた三丁は、本書の性格を考えるうえでいろいろな手掛りをあたえてくれるので、すこしくわしくのべる。

第三丁は手塚良斎自身の記述による本人の経歴であって、安政三年（一八五六）にはじまり、慶応四年四月歩兵屯所医師取締を最後にお役ご免になって、日本橋元大工町で開業医生活をおくっていることまでの記録である。「午歳 四十七」との年齢の記述から、これは明治三年にしるしたことを知りうる。

第二丁は医学所より発行された辞令の写しで、良斎の署名と花押とをみる。

さて第一丁は注目すべき文字をふくんでいる。これも良斎の略歴であるが、出生からはじまり、第三丁に記載された部分と重複することなく死亡の年（明治八年九月六日没、五二歳）までをしるしている。

この第一丁からはじまって本文の末尾にいたるまで、使用されている料紙はすべて同一であり、同一人の手蹟になるものとおもわれる。第一丁が死亡の年を明記していることから良斎の自書でないことはあきらかなので、この御用留は良斎自筆になる御用留の真本ではなく、その真本を筆写した転写本であると考えることができる。この転写本がいつ、誰によってかかれたか、現在までの調査ではまったく不明であるが、あえて想像がゆるされるならば、良斎の子孫か、あるいは弟子が筆写したものであらうといえる。その時期については第一丁にみられる「日本橋区」の文字から、郡区町村編成法の公布された明治一年以降であることは明白であるが、その年を特定することは困難で、明治の中期頃ではなからうかといえるだけである。

良斎出生の月日を不明であるとして、良仙の居宅のある小石川三百坂、を小石川三反坂として、今里村「豪家」という言葉を使用しているところから、良斎については直接しらない、一世代後の人が筆写したものであらう。

第一丁に「当符箋にては」とあるように、第三丁の良斎自書の経歴書は符箋の形で第四丁以下の本文に添えられていた

と考えることができる。いづこにかこの真本があるに相違ないが、現在のところその所在についてはまったく不明である。

本書の書誌学的考察は以上のごとくである。

手塚良斎政富

手塚良斎政富の経歴については『医学所御用留』によると、文政七年（一八二四）に信州更級郡川中島今里村に内村総兵衛政弘の子として生まれ、幼名を千吾といった。内村家は今里村の豪家で、代官をつとめたものもあったという。天保一二年（一八四一）、一八歳のときに医を志して江戸に出て、小石川三百坂の手塚良仙光照に入門した。弘化元年（一八四

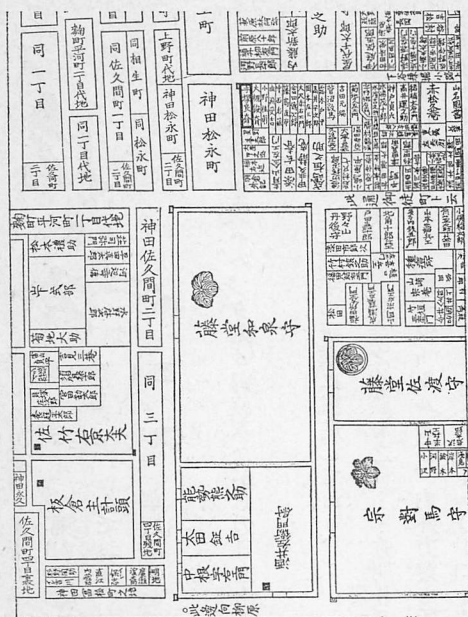


図3 手塚良斎居宅 下谷絵図（嘉永4年，文久4年改）による。

四）には良仙光照の次女と結婚して養子となって手塚姓をなおり、さらに坪井信道の日習堂にはいつて修業をつづけた。ついで嘉永元年（一八四八）には江戸をたつて長崎におもむき、二年にわたつて蘭学と医学を修めている。この年一月に師の坪井信道が五四歳で没しているが、これが良斎をして長崎遊学をおもいたたせたのではないかとおもふ。長崎滞留中の嘉永二年に、良斎は脚気をわずらいモーニツケの治療をうけるといふエピソードがあつた。⁽⁹⁾ 長崎遊学をおえて江戸にかえつてからは、下谷松永町にすんで私塾をひらき、医を業とした（図3）。

図4 手塚良齋
署名
(堀内文書による)

良齋の開業医生活をしるうえに好個の文献として、堀内忠廸宛の書簡六通が堀内文書にある⁽¹⁰⁾。そこで忠廸や坪井信友を堀内君、信友君と親しくよんでおり、友情にみちた交際の様子をすることができ。ときには信友と浅草あたりをぶらつき、一杯ひっかけてほろよい機嫌で帰宅したり、忠廸にたいても

御閑暇も御座候ハハ、夕刻に御涼みながら近日之中御尊来可被下候
とつたえている。

一方手をたづさえて蘭学の研鑽に精進しており、

過日坪井氏入来ニ而、例会之相談有之、……弥明廿八^(つご)に相催し申度、何卒午後、拙宅江御入来被成下度奉待上候とあるし、イペーの薬性論やワートルの書、内外方叢も所有しているので入用の節はおかしましようともなべている。事実イペーの書は五月二七日に貸して、七月一〇日に返却されている。さらに、いま忠廸が翻訳している原稿の清書ができたなら、ぜひ見せていただきたいとある。忠廸には、『扶歇蘭度氏小兒病内科篇』なる訳書があるので、おそらくこれをさすのであろう。

開業医としての毎日も多忙である。

此節病客多、日々奔走罷在候(六月一四日附)

此節実ニ多忙、何分御訳も拜見相成兼をり申候、何れニも益後と御待可被下候(七月一〇日附)

折角忠廸から借りうけた翻訳原稿もよむ暇がないほどの忙しさで、盛業の一端をうかがいしることができる。

安政二年(一八五五)には伊予吉田の城主、伊達若狭守宗翰の侍医となった。安政五年(一八五八)お玉ヶ池種痘所の創設にさいしては、その中心人物の一人である大槻俊齋の義弟として、設立資金の拠出に参加していることはその名簿から

しることができる。以後種痘所医師として勤務していたが、文久三年三月、歩兵屯所附医師として出役をおおせつけられ、同年一月高島祐啓らとともに同所医師取締に拔擢された。慶応元年（一八六五）五月、御番医師並となり、二十人扶持を賜っている。歩兵屯所医師取締として、幕末の世情おだやかならざる時期に、せわしい日々をすごしていることは『医学所御用留』からもはっきりよみとることができる。

慶応四年四月、幕府の瓦解とともに医学所を退き、日本橋元大工町に私塾をひらいて、医をいとなんでいたが、明治八年九月六日、五二歳で病死した。

手塚良仙

手塚良仙の名はいろいろな記録や論文に散見するが、それだけにかえって混乱のみられる部分もある。筆者が調査しえた範囲でも手塚良仙をなめる医師は三名をかぞえる。

一は『江戸今世医家人名録』⁽¹⁾にのる良仙光行である（これをかりに初代とする）。武蔵国大里郡代村富田与八郎の四男で、明和六年（一七六九）生れである。手塚良意の娘婿となり、常陸府中二万石、松平播磨守の侍医となったのち、文化八年（一八一二）四三歳で原南陽の門に入ることが南陽の門人録にみえる。⁽¹²⁾小石川三百坂下に内科を標榜して開業していた⁽¹³⁾。文政十二年に死亡している。

二は初代の嗣子の良仙光照である。やはり松平播磨守の家来で、小児科、産科をもって小石川三百坂下において医を業としていた。

大槻俊斎は文政四年（一八二二）に江戸へ出て、高橋尚斎の紹介で良仙光照に入門した。俊斎の将来に属目した良仙光照は、自ら学資をだして俊斎を長崎に遊学させている。天保十一年（一八四〇）江戸にかえった俊斎は、師の長女海香をめ



図5 手塚良仙居宅 小石川絵図（嘉永7年、安政4年改）による。

とって下谷練堀小路に医師としてはじめて開業して、栄光の座への第一歩をふみ出した。¹³⁾ 俊斎の師として、足立長雋についてはおおくの伝記に記されているが、良仙光照についてふれているのはすくない。長崎遊学の出資者であり、又岳父となった事情などを勘案すると、俊斎の師として第一にあげられるべき人物は良仙光照であるといふことができる。

良仙光照には二男四女があった。長男はのちにのべる良庵であり、良仙を襲名した。次男良節は鮭延家にはいつて松平加賀守の侍医となっている。

長女海香は大槻俊斎のもとに嫁した。次女は内村政富を婿養子として結婚、これがさきにのべた手塚良斎政富である。三女は永井肥前守の侍医、伊東玄晁に嫁した。四女については不明である。これら六人兄弟の母親、すなわち良仙光照の室は、武蔵国橘樹郡溝口村の太田平右衛門美啓^{とむら}の娘で、道一の妹、東海の叔母にあたる^{図6}。

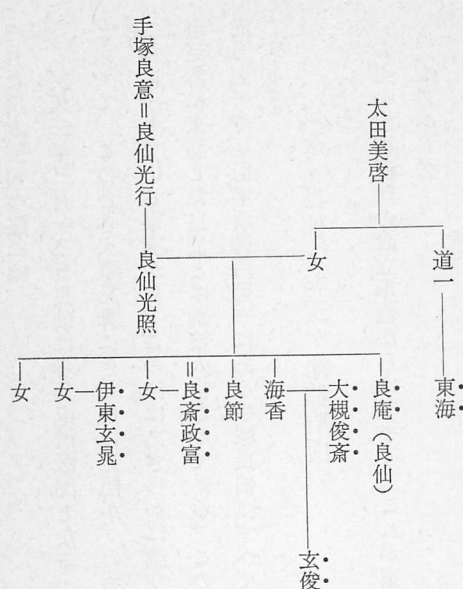
良仙光照は文久二年五月二日に六二歳で死没した。その戒名は現在までのところ不明である。

三は良仙光照の長男、良庵が襲名した三代良仙である。

『適々斎塾門人姓名録』によるとその第三五九番目の弟子として、「常州府中手塚良仙倅 良庵」の名がみえ、安政二

年二月五日の入門であることをしる。のちに父の名を襲い良仙を襲名する。

文久三年義弟良齋とともに歩兵屯所医師となり、慶応二年には同取締介に、翌三年には取締に榮進した。幕府瓦解後には新政府に登用されて医学校試験になり、明治二年種痘所が江戸市中六ヶ所にもうけられたとき、小石川三百坂の種痘所⁽¹⁵⁾で種痘に従事したとの記録があり、明治三年には軍医寮二等軍医副となったが、その後の経歴については詳かにしえな



傍点はお玉ヶ池種痘所資金拠出者をしめす

川本幸民は弘化三年（一八四〇）一月江戸小舟町において火災にみまわれた。このときの火事見舞の記録が現在川本家につたわる『火事見舞到来物覚』である。⁽¹⁷⁾これによるとその交際がいかにひろかつたをすることができ、又火災見舞の品物について興味ある事実をしりうるが、今はそれにはふれない。この『到来物覚』には小石川の手塚良仙が酒二升を見舞の品としてとどけており、良仙の養子良斎も蒸菓子と茶飲茶椀十ヶをもつて見舞っていることがしるされている。ここにみる良仙はあきらかに良仙光照であるが、これに附

された川本裕司の注には

文久三年三月一三日良仙は歩兵屯所医師となる

とあって、このとき火事見舞にきた良仙光照が、のちに歩兵屯所医師になったように注記されているが、良仙光照が文久二年に没している事実から、この注はあきらかに誤りであるといえる。注にいう良仙は三代良仙（良庵）であって、火事見舞に来訪した良仙とは別の人物なのである。この注はおそらく『勤仕向日記』によったものとおもわれるが、『勤仕向日記』や『医学所御用留』にある手塚良仙はすべて三代良仙であることに注意しなければならない。

良斎・良仙とお玉ヶ池種痘所

お玉ヶ池種痘所の設立準備からはじまり、これが東大医学部に成長する過程をしるした論文には

A グループ

江戸種痘所始末⁽¹⁸⁾（中外医事新報 明治二十九年）

西洋医学所来歴⁽¹⁹⁾（刀圭新報 大正元年）

箕作阮甫⁽²⁰⁾（呉秀三 大正三年）

B グループ

伊東玄朴伝⁽²¹⁾（伊東栄 大正五年）

お玉ヶ池種痘所⁽²²⁾（山崎佐 昭和一九年）

東京大学医学部百年史⁽²³⁾（昭和四二年）

などがある。

安政四年（一八五七）八月、江戸在住の蘭方医の有力者、大槻俊斎、伊東玄朴、戸塚静海などが協議し、勘定奉行川路

種痘館設立につき釀金した人々は大槻俊齋方に残つた連名帳によると箕作阮甫寛政十二年—文久三年竹内玄同寛政七年—明治三年高須松亭文化十一年—明治三十五年永田宗見林洞海—文化十年—明治二十八年大槻俊齋文化三年—文久二年三宅良齋文化八年—明治六十八年井信良文政六年—明治三十七年續田研齋文政七年—明治四十二年三澤良益文化十四年—明治元年井信道寛政七年—嘉永元年川本幸民文化一十年—明治七年塚静海寛政十一年—明治九年伊東玄朴寛政十二年—明治四年手塚良庵享和元年—文久二年二渡邊春汀手塚良齋—文政七年—明治五年戸塚静市文政二年—明治四年伊東玄晃伊東南洋—文化元年—明治十七年山本長安文政五年—明治三十五年大野松齋文政二年—明治二十一年安藤玄昌文政十年—明治九年益木良齋足立梅榮—小島俊嗣—文政五年—明治七年津田長春石川櫻所—文政五年—明治十三年野中玄英桑田立齋—文化八年—明治元年鈴木立岱太田拙齋—杉田玄端—文政元年—明治二十二年赤城良伯寛政九年—明治十七年松本良甫文化三年—明治十年杉田杏齋添田玄春—入澤貞意—寛政十二年—萬延元年吉田淳庵桂川甫周—文政九年—明治十四年小菅順盛石井宗謙—寛政八年—文久元年岩名昌山中村静壽—藤井方朔—吉田收庵—篠田元順—山田玄琳—島村鼎市—天保元年—明治十四年伊東玄民程田玄悦—渡邊榮仙—片山秀亭—文政七年—明治三十九年美濃部浩庵吳黃石—文化八年—明治二年松玄龍西川元泰—菊池海準—平野元敬—菅野道順—文化七年—慶應三年牧山修卿天保五年—明治三十六年三奥山玄仲河島宗端—田村泰造—池田多仲—文政三年—明治五年上坂良庵高橋順益—天保三年—慶應元年—三浦有恒—文政十四年—明治二十三年太田東海口聖民—岩井元敬—綾部善達—益城良甫—大槻玄俊—河島元成—大熊良達—柳見仙—文化十二年—明治三十四年榊原玄辰弘化四年—生岡部同直—小林玄同—乃木文迪—大高元俊—甲斐田甲齋—八十三人である。

図 7 種痘所建設資金拠出人名簿
(吳 秀三：箕作阮甫による)

聖謨の名において種痘所の開設願いを幕府に提出したところ、翌五年正月、老中堀田備中守から許可がおりたので、早速その建設資金を募集して五月七日の開所にそなえた。その際の拠出人名簿が今にのこっているの
で、それについてふれてみた
い。

さきにあげた文献の後三者(これをBグループとする)にのせられた人名簿は、おそらく誤植とおもわれるわずかの相違をのぞいて人名、人数とも同じである。発表の年代から考えて、さきにあげた順序で引用されたものとおもわれる。

一方、Bグループより先に発表されながら、大きな相違をみ

種痘所建設の費用を醸出せる人名

小安伊波戸三三永箕
島藤東邊塚澤宅田作
俊玄南春静良良宗阮
貞昌洋汀海益齋見甫
濱益山手伊坪坪林竹
田木本塚東井井内
長良長良玄信信玄
春齋安齋朴道良海同
●
石足大伊千河織大高
川立野東塚本田槻須
櫻梅松玄良幸研俊松
所榮齋晃庵民齋齋亭

●印に「戸塚静甫」が脱落している。

図8 種痘所建設資金拠出人名簿
(伊東 榮：伊東玄朴伝による)

せているのが、「江戸種痘所始末」と『纂作阮甫』にのる人名簿である(これをAグループとよぶ。なお「西洋医学所来歴」には発起人の名も拠金者の名簿もともにしるされていない)。

Bグループの文献に、手塚良斎、良仙の名をもとめると、手塚良斎はみとめられるが、手塚良仙はなく、それに類似した名として伊東玄朴の次に千塚良庵なる人物がある(図8)。Aグループの二著に

ついて伊東玄朴の次をみるとそこにはあきらかに手塚良庵とされるされており、これこそさきの「手塚良仙」の項でのべた三の良庵が襲名した三代良仙であり、安政五年にはいまだ良仙を襲名していない。三代良仙も義弟良斎と同じく、江戸で活躍する蘭方医の一人として、種痘所の設立に一臂をかしていることをあきらかにすることができた(図7)。

第二の相違点は、戸塚静甫の名がBグループにはみえないという事実である(図8)。戸塚静甫は戸塚隆伯(戸塚静海の長兄)の次男で、叔父静海の養子となって医を学んだ(24, 25)。種痘所建設の年は三五歳にあたり、年齢からも、門閥からも拠金に参加しうる資格は充分もっていたと考えられるので、静甫の名が人名簿にのっていないことの方がむしろ不思議であるといわねばならない。

「始末」には川本幸民の次と、手塚良斎の次の二箇所に戸塚静海の名があり、どちらか一方が戸塚静甫の誤植であろうと推測していたところ、『箕作阮甫』によって手塚良斎につづく戸塚静海が、戸塚静甫の誤植であることを確認することができた(図7)。在来いわれていた拠金者の総計八二名は、戸塚静甫の追加によって正しくは八三名と訂正されなければならない。「始末」のミスプリントがBグループの文獻において、戸塚静甫の名を逸し、総計において一名すくない八二名となった原因であることがこれでつかめたわけである。

この資金拠出人名簿にのる人々は、師弟関係、姻戚関係によって糾合されたものとおもわれる。手塚良仙光照を中心としてつながる大槻俊斎(女婿)、大槻玄俊(外孫)、手塚良斎(養子)、良庵改め手塚良仙(実子)、伊東玄晁(女婿)、太田東海(婚族の甥)に一つの典型をみることができる(図6)。

おわりに

幕末に歩兵屯所附医師として、近代軍医にも比すべき医療活動に従事した手塚良斎と良庵改め手塚良仙についてのべた。医学の修業を志して江戸にて大槻俊斎を弟子とし、学資を給して長崎への遊学を実現させ、後年の医学所頭取への道をひらいたのは良庵の父、手塚良仙光照なのである。この良仙光照を中心として血縁をもってむすばれた、大槻俊斎、大槻玄俊、手塚良斎、手塚良仙(もと良庵)、伊東玄晁、太田東海の六名がお玉ヶ池種痘所の設立にあたって、資金を提供した八三名の名簿の中に見出される。

なお従来流布されていたこの人名簿に、戸塚静甫が欠落していることを見出し、総勢は八三名に訂正されるべきであることもあわせてのべた。

稿を終るにあたりご指導、ご校閲いただいた小川鼎三教授、酒井シヅ講師に感謝するとともに、種々ご教示いただいた

津田進三先生、戸塚武比古先生、東京大学史料編纂所金井圓教授に厚くお礼申しあげる。
 本稿の要旨は第八〇回日本医史学会総会（昭五四・四・六）において発表した。

参考文献

- (1) 勝 海舟 陸軍歴史 勝海舟全集 勅草書房 東京 昭五二 一七卷 三頁
- (2) 同書 三四一頁
- (3) 吉原健一郎 江戸の情報屋 日本放送出版協会 東京 昭五三 一九七頁
- (4) 手塚 良斎 医学所御用留 山崎文庫蔵
- (5) 小川 政修 西洋医学史 日新書院 東京 昭一九 二五七頁
- (6) Singer, Charles and E.A. Underwood: A Short History of Medicine 2nd ed. 1962., p. 181.
- (7) 富士川 游 日本医学史 形成社 東京 昭四七 一五九頁
- (8) 勝 海舟 前掲書 四二三頁
- (9) 宮地正人編 幕末維新風雲通信 東京大学出版会 東京 昭五三 二九頁
- (10) 片桐 一男 堀内文書の研究 日本医史学雑誌 一七卷 二三三頁 昭四六
- (11) 武井 櫟涯 稲葉得斎 江戸今世医家人名録 初編 文政二 山崎文庫蔵
- (12) 青木大輔 大槻俊斎 大槻俊斎先生顕彰会 仙台 昭三九 五頁
- (13) 佐々木侑 大槻俊斎先生小伝 昭一八 五頁
- (14) 緒方洪庵 勤仕向日記 緒方富雄 緒方洪庵伝 二版 岩波書店 東京 昭三八 三九三頁
- (15) 東京帝国大学五十年史 上冊 昭七 三五六頁
- (16) 山崎 佐 日本疫史及防疫史 克誠堂書店 東京 昭六 二九八頁
- (17) 川本 裕司 蘭学者川本幸民伝記論考(続) 蘭学資料研究会研究報告 一七七号 一頁 昭四一
- (18) 欠名 江戸種痘所始末 中外医事新報 三八八号 三八頁 明治二九
- (19) 欠名 西洋医学所来歴 刀圭新報 四卷 一五頁及び四三頁 大正元
- (20) 吳 秀三 箕作阮甫 思文閣 京都 大正三(昭四六複製) 一五七頁

- (21) 伊東 栄 伊東玄朴伝 玄文社 東京 大正五 九一頁
- (22) 山崎 佐 お玉ヶ池種痘所 日本医史学雜誌 一三二九号 一五九頁、一三三〇号 一八六頁、一三三一号 二〇三頁、一三三二号 二三四頁、一三三三号 二五六頁 昭一九
- (23) 東京大学医学部創立百年記念会 東京大学医学部百年史 昭四二 四九頁
- (24) 土屋 重朗 静岡県の医史と医家伝 戸田書店 清水 昭四八 一七四頁
- (25) 戸塚芳男 戸塚家の家系 蘭学資料研究会研究報告 二二三号 一頁 一九六八

(順天堂大学医史学研究室)

Tezuka Ryosai and Tezuka Ryosen, Army Doctors- in-Chief of the Infantry Regiments

by

Yasuaki FUKASE

The new military system, consisting of the infantry, cavalry and artillery, was founded after reforming the older system in 1862 (2nd year of Bunkyu), and Tezuka Ryosai and Tezuka Ryosen were appointed army doctors of the infantry regiments next year. Ryosai came from the Shinano District and had received medical training from Tezuka Ryosen-Kosho (Ryosen's father) and Tsuboi Shindo. He took lessons in Dutch learning and medicine in Nagasaki and then married the second daughter of Ryosen-Kosho in Edo. He was appointed an army doctor of the infantry regiment and later was promoted to doctor-in-chief. Ryosen's personal history was explained in detail in "Igaku-sho Goyodome (Memorandum on Medical School of Edo)" by himself.

Ryosen, the first son of Ryosen-Kosho, was the elder brother-in-law of Ryosai. He studied Dutch learning at Ogata Koan's Institute (Tekijuku) and was appointed army doctor of the infantry regiment. In the Meiji era, he took a position as an assistant in the Medical School of Tokyo.

Members of Ryosen-Kosho's blood relations, Otsuki Shunsai, Otsuki Genshun, Ito Gengo, Ota Tokai, Ryosai and Ryosen co-operated with the campaign for funds for construction of the vaccination infirmary in Edo.

桐山正怡と「学本草随筆」

松 木 明 知

一 はじめに

杉田玄白の「蘭東事始」はわが国の医学や蘭学の歴史を知る上で、極めて貴重な資料であることに異論を挟む余地はなく、近世の医学や蘭学研究のキイポイントであるといっても過言ではない。

このような事情のため「蘭東事始」の内容に関しては、実に極めて多数の研究が報告されているが、それにも拘らず依然として未解決の問題も多いことも事実である。

「解体新書」の訳述に明かに関係した人物についてもその中に記されているが、例えば烏山松園については皆目その事蹟が伝えられていない。弘前藩の桐山正哲も「解体新書」の訳述に参画しながらその事蹟が不詳であったが、著者の研究により、最近漸くその学統などが明かにされた。しかし未だ生年さえも不詳であり、また一冊の著書さえも知られていない。

一昨年、著者は桐山正哲の縁者と推定される桐山正怡の編纂になる「学本草随筆」を発見したので報告する。

二 「学本草随筆」について

本書は現在東京都町田市の無窮会図書館に架蔵されている。無窮会図書館は神道、国学の大家井上頼因博士の遺書が中

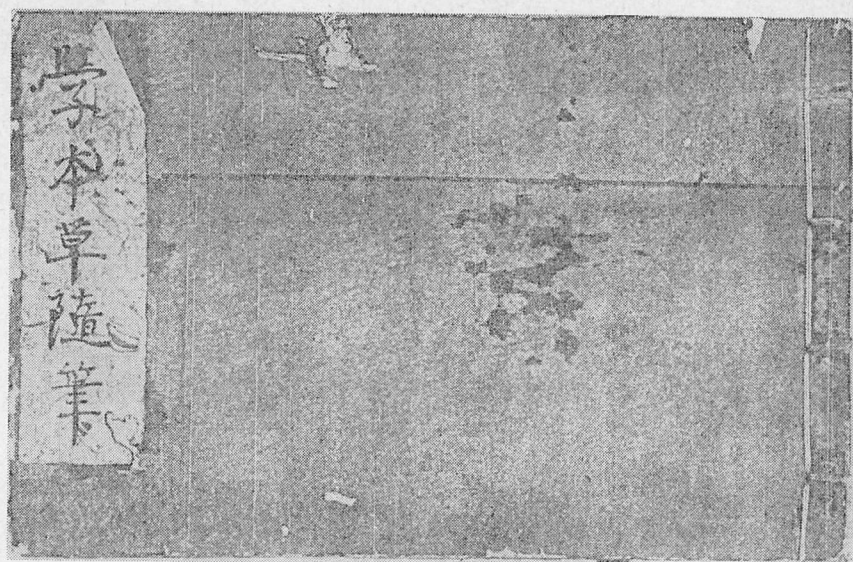


図 1 「学本草随筆」表紙

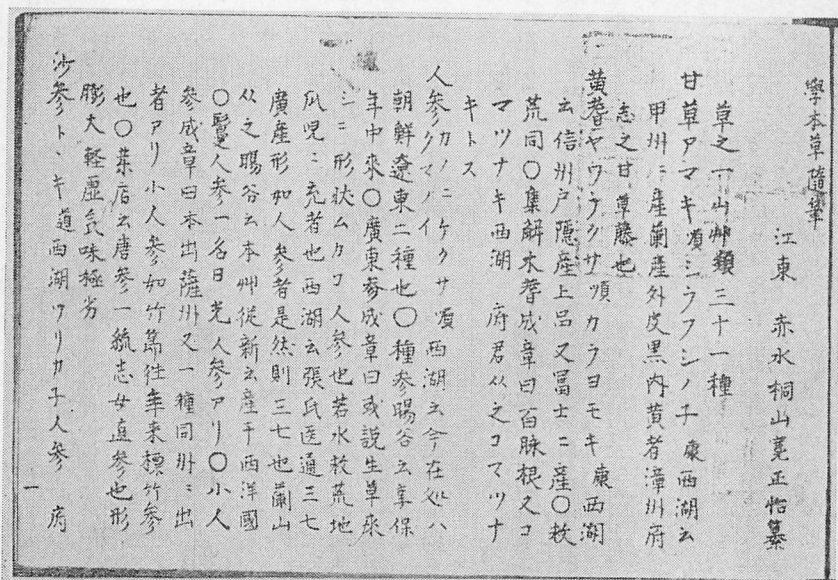


図 2 「学本草随筆」第 1 枚目

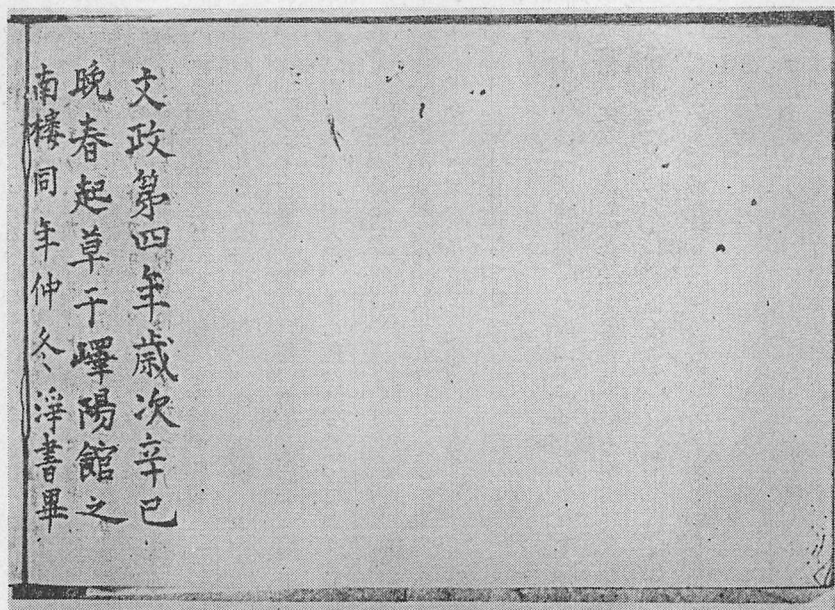


図 3 「学本草随筆」第89枚目

心となっているが、本書もまた井上博士の旧蔵本で「井上氏」という蔵書印が押印されている。

図 1 に示す如く、縦一〇・五センチ、横十六・七センチの大きさで、表紙の左に「学本草随筆」という題箋が付されているが、桐山の名はない。見返に「井上氏」の蔵書印が見える。

紙数は八十九枚で、一頁に二十五行わかりやすく墨書されている。

第一枚目の表には図 2 に示す如く「学本草随筆 江東桐山寛正怡纂」とある。

第八十九枚目の裏には「文政第四年歲次辛巳晚春起草千嶧陽館之南樓同年仲冬洋書畢」とあり図 3、これによって正怡がその居を「嶧陽館」と称していたことが判る。因みに「嶧陽」は中国の山東省嶧山の陽（みなみ）のことで、「嶧陽之桐」として古来から桐の名産地として知られている。このため正怡は自分の居を「嶧陽館」と称したものであろう。

次に本書の内容についてであるが、図 2 に示した如く、主として植物の名称と産地などについて正怡とその

仲間が集って論じたことを記し、さらに他書を参考にしながら簡略に記述したものである。これは本書の中に方言が散見することによっても窺われる。

したがって学問的に言えば、本書は内容の高いものとは言えない。

目次を抄出すると、草類 三十一種、芳草類 五十六種、湿草類 百二十六種、毒草類 四十七種、蔓草類 七十三種、水草類 二十三種、石草類 十九種、苔類 一六種、雜草 四十種、穀類 十二種、稷類 十八種、菽類 十四種、造醱類 三十九種、桑滑類 四十一種、蕨類 十一種、水菜類 六種、芝栴類 一五種、果類 十二種、山果 三十四種、夷果 三十一種、水果 六種、香木 三十五種、喬木 五十二種、灌木 五十種、寓木 十二種、苞木 四種、雜木 七種、附録雜木 十九種、その他拾遺となっており、詳細に見ると目次に示された数と実際に記載された数とは必ずしも一致しない所がある。

第七十九枚から最後の第八十九枚目までが拾遺であるがとくに見るべきものはない。

三 桐山正怡について

桐山正怡は「解体新書」の桐山正哲とどのような関係にあったのであろうか。

文化・文政年度に本草学を研究し、かつ桐山姓を称する人物は現在のところ弘前藩関係以外に知られていない。

本書第一枚目に記されているように、桐山正怡は江戸の「江東」に在住していた。当時弘前藩の江戸屋敷は本所にあり、したがって定府医官の住居も次に示すように本所に集中していた。

本所緑町二丁目	山上俊長	本所御台所町	矢嶋秀碩
本所緑町二丁目	山上俊泰	本所御台所町	矢嶋玄碩
本所緑町一丁目	湯浅養仙	神田元柳原六丁目弁慶橋際	波江道陸

本所御舟藏前大日横丁

嶋 弘 安

本所緑町三丁目

平 沼 養 敬

本所亀沢町

須 賀 隆 伯 須 賀 東 白

しかし何故かこの名簿の中に桐山の名が披見されないのは不思議である。なお右の「人名録」の中でも「嶋弘安」は「嶋広安」が、「須賀隆伯」「須賀東白」はいずれも「須河」が正しい。

右に述べた住所と名前に「正」の字が付くことから、桐山正恰が弘前藩関係の桐山であることが推定されるだけであるが、これを決定的なものにする証佐がある。

前述した如く、本書の内容は主として各種植物の名称と産地などについて記載したものであるが、この中に「津軽土人日クー」という風にしばしば方言が出現する。この方言の地方別出現頻度を調べて見ると左の如くなる。

津軽 十五、京師 六、日光 五、上総 三、肥後、那須、熱州 各二、平戸、箱館、石巻、上田、南部、石州、信州、紀州、能登、濃州、筑前、会津 各一である。

圧倒的に津軽方言が多い。因みに津軽方言の部を抄出すると左の如くである。

丹 参 (アニクサ)

ムマナコ

山 丹 (ヒメユリ)

クルマユリ

独 活 (ツチタラウト)

シャク

紫 菜 (アマノリ)

クロノリ、ツミノリ

鬼督郵 (コトコトシ)

チニツパ

梨 (ナシ)

イスコロシ

菟 葵 (イチリンソウ)

ヒカケノホタン

獼猴桃 (ヤマナシ、サルナシ)

マタタヒ

鬼 臼 (ヤクルマソウ)

オニツパ

辛 夷 (コブシ)

タウチサクラ、ヤマ

天門冬 (スキカスラ)

ホタルカサ (二回)

昆布

ノリ、ツミノリ

ヤスノキ (?筆者)

アララキ

石長生 (ヨメカハハキ)

ヨノメハシ

マテノキ (?筆者)

一般に方言は、日常語においてもその地方の人でなければ理解出来ない。ましてや植物名などは他国の人では全く記述することは不可能であろう。

本書の編纂者桐山正恰が弘前藩関係者であったからこそ、本書の中に多くの津軽方言を記載することが出来たと考えるのが最も妥当であろう。もっとも右の方言の中には、現在では廢語となつて全く使用されていないものもある。

以上によつて桐山正恰は弘前藩関係の桐山と見做してまず誤りはないと考えられる。弘前藩関係で桐山と言へば、「解體新書」に關係した桐山家一家だけである。

著者が桐山家の菩提寺である弘前市茂森町隣松寺の過去帳で調査した桐山家の代々の歿年は左の如くである。

初代 桐山正哲永孚 正徳六年五月二十四日

二代 桐山正倫永実 元文五年二月十五日

三代 桐山正哲忠英 明和七年五月六日

四代 桐山正哲永世 文化十二年七月十日

五代 桐山正哲喜宣 文政七年閏八月十日

六代 桐山正倫永久 明治十二年四月三十日

七代 桐山正哲常良 明治三年八月十四日

本書の正恰は文政四年（一八二二）までは生存していたのであるから、四代から五代の正哲とはほぼ同時代の人物ではないかと考えられる。隣松寺の過去帳には右に記した桐山家の初代から七代までの他に十三名の法諡が披見され、その中で五名は続柄が推定出来る。

名前と続柄が不明な残り八名の中で、最も新しい歿年「文政七年十一月九日」を有する「幽溪赤水居士」がある。居士号を有するから小児ではない。

この「幽溪赤水居士」が「解体新書」の四代正哲とどのような関係にあったか、現在のところは不明であるが、法諡中の「赤水」が「赤水桐山寛正怡」の「赤水」と同じであることからすれば、あるいは同一人物ではないかと想像される。

正怡は前述した如く、文政四年までは生存したのであるから、文政七年十一月に死亡しても何も矛盾しない。

五代正哲は「幽溪赤水居士」と同年に歿していることからすれば、正怡は、四代正哲の弟か息子（次子以下）の可能性が最も高い。しかしそれを断定するにはさらに新しい資料の出現を俟たなければならない。

四 おわりに

筆者が一昨年に発見した桐山正怡の編纂になる「学本草隨筆」について簡単に報告した。本書は主として草木を中心とした植物の名称や産地の異同を論じたもので、内容的には大して見るべきものはない。

名に「正」の字を有すること、本書の中に津軽方言が多数見られること、住居が弘前藩江戸屋敷の近所であったことなどによって、編者の正怡は、「解体新書」に関係した弘前藩医桐山正哲の縁者と考えられる。

桐山家の菩提寺の「隣松寺」の過去帳にある「幽溪赤水居士」と同一人物かも知れない。そうとすれば文政七年十一月九日に死亡していることになる。

文 献

- (1) 松木 明知 藩医桐山正哲の事蹟 津軽の医史所収 津軽書房 昭和四十六年
- (2) 松木 明知 津軽と解体新書 統津軽の医史所収 津軽書房 昭和五十年
- (3) 大滝 紀雄 今世 医家人名録（東） 日本医史学雑誌 二四卷四号 昭和五十三年十月

Shotai Kiriyaama and “Gakuhonzo Zuihitsu”

by

Akitomo MATSUKI

Recently the author found a manuscript entitled “Gakuhonzo Zuihitsu” in the Mukyukai Library in Tokyo.

This was written by Shotai Kiriyaama in 1821 and is 10.5×16.7 cm in size and numbers 198 pages.

Disseimilarities in nomenclatures and producing areas of over 839 vegetables were described in this manuscript.

Detailed information has not been obtained concerning the original author, Shotai Kiriyaama, however, he is considered a near relative of Shotetsu Kiriyaama, a famous physician of the Hirosaki feudal clan who contributed to the Japanese translation of “Kaitai Shinsho” as a member of Genpaku Sugita’s group.

C・G・マンスフェルト伝補遺

大 鳥 蘭三郎

蘭医マンスフェルト C.G. Mansvelt は慶応元年（一八六五）にボードインの後任として長崎精得館教師として来日し、その後も熊本、京都、大阪の医学学校の教師に次々と転職し、明治十二年（一八七九）まで日本に滞留した。このような経歴のマンスフェルトについてはオランダのどこで、いつ生れ、どこで医学の勉強をしたのか等のことは十分判明しているものと思つたが、意外にも、これ等のことはこちらにはあまりわかつていない。

そこで私は懇意のビンス Dirk Bins 氏を煩わしてこの問題の解決を計ろうとした。D. Bins 氏は、先年、在日オランダ大使館の書記官に在任され、現在はオランダ本国の外務省に奉職されている。同氏は劇務であつたにもかかわらず、早速手配して下さつた。その経緯のあらましをビンス氏からの書簡を通して考えるところになる。同氏は私からの問題をオランダ大使館のアジア、大洋洲部門担当の H.O. Fraser 氏に托された。Fraser 氏はこの件の調査方を系統（図）学中央研究所（Centraal bureau voor genealogie）に依頼された。これに対し所長 C.W. Delfortie 氏の名義でこの一件に関する返事があつた。

その本文はつぎの通りである。

Constant George van Mansvelt werd geboren te Diemermeer op 28 februari 1832 als zoon van Constans van Mansvelt en Elisabeth Koopmans. Hij studeerde medicijnen aan de Rijksuniversiteit van Utrecht, was officier

van gezondheid bij de Marine, later leraar in de geneskunde in Japan en tenslotte genesheer te 's-Gravenhage. Hij trouwde te Leeuwarden op 24 december 1879 Debora Henriette Elisabeth Suringar, geb. aldaar 10 juli 1849, dochter van Gerard Tjaard Nicolaas Suringar en Alida Baudina Koopmans en overleed te 's-Gravenhage op 17 oktober 1912.

これを日本語に翻訳すれば、次のようになる。

Constant George van Mansvelt は Diemermeer で一八三二年二月二十八日に Constans van Mansvelt と Elisabeth Koopmans の息子として生まれた。彼は医学を Utrecht の国立大学で学び、海軍々医となり、その後日本での医学教師となり、最後に Gravenhage で医師をしていた。彼は Leeuwarden で一八七九年十二月二十四日に同地で一八四九年七月十日に生まれた Debora Henriette Elisabeth Suringar と結婚した。その彼女は Gerard Tjaard Nicolaas Suringar と Alida Baudina Koopmans との間の娘で、彼は一九二二年十月十七日に 's-Gravenhage で死んでいる。

右の文に一、二の註を加えれば、Diemermeer は現在いわれている地名ではなく、もと Amsterdam の近郊にあった地名で、Leeuwarden はオランダ北部にある都市名である。

Supplementary Biography of Dr. C.G. Mansvelt

by

Ranzaburo ŌTORI

The biography of the dutch doctor, C.G. Mansvelt, is not yet complete. C.G. Mansvelt came to Japan in 1865. He stayed in Japan until 1879 as a medical teacher at Nagasaki, Kumamoto, Kyoto, and Osaka. As Dr. Mansvelt had such a career in Japan, it came to me as a surprise that I could find no information as to his date and place of birth in the Netherlands, where he studied medicine, etc.

With the grateful aid of Mr. Dirk Bins, and of the Central Bureau of genealogy, I could solve these problems as follows.

Constant George Mansvelt was born at Diermermeer on 28 February 1832, as a son of Constans Mansvelt and Elisaveth Koopmans. He studied medicine at the Rijksuniversiteit van Utrecht, then was a navy medical officer. Later he had been a medical teacher in Japan and lastly practiced medicine at 's-Gravenhage. He died 17 October 1912.

今世医家人名録

南部 文政三年版

大滝 紀雄

江戸南部を中心とした医家三九三名が掲載されている。芝口、外桜田、数寄屋河岸、築地、呉服町、茅場町、京橋、日本橋、麻布、三田、日比谷、白金、高輪、二本榎、目黒等である。江戸以外では神奈川青木、北総相馬郡、信州諏訪が記載されている。

順天堂大学医史学研究室山崎文庫本によった。

イ

外本	芝口二丁目裏通	伊東隆山	本	外桜田上邸	奥州森岡	飯富了哲	生食春庵	井関養玄	池永玄徳	岩本三省	壹岐宗伴	伊東養軒	岩井元民	茨木宣智	伊藤後安	石川良碩	伊東商山
外本	外桜田御堀通上邸	飯田忠林	本	木挽町上邸	信州高嶋	井手宗順	井関順庵	衣関順庵	伊藤字左衛門	飯田玄冲	石川良哲	井関玄東	井関玄東	井関玄東	井関玄東	井関玄東	井関玄東
本	数寄屋河岸	羽州米澤	本	芝口三丁目目裏町	備中松山	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	本南八丁堀上邸	作州勝山	本	芝口三丁目目裏町	奥州萩	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	愛宕下敷小路	江州膳所	本	芝口三丁目目裏町	奥州泉	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	芝金杉裏二丁目目片町	豊後岡	本	芝口三丁目目裏町	芸州広島	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	出雲町		本	芝口三丁目目裏町	濃州八幡	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	本木挽町三丁目上邸	越後石瀬	本	芝口三丁目目陰町	播州小野	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	二本榎		本	芝口三丁目目陰町	豫州松山	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
本	本木挽町築地上邸	上総一宮	本	芝口三丁目目陰町		飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲
針	針靈岸嶋長崎町		本	芝口三丁目目陰町		飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲	飯田玄冲

320

322

本	新橋竹川町新道	備前新田	松嶋良三	本	南傳馬町三丁目新道	江州大溝	児嶋純藏
本	愛宕下上邸		丸山周越	本	愛宕下二葉町上邸		小菅良策
外	武州神奈川青木	松井元達	松野道庵	本	柴井町裏通		郷谷文節
本	京橋南鍛冶町		牧良策	本	品川本宿養岸寺門前		甲陽道順
本	品川北番場			外	南八丁堀松村町		後藤玄庵
本	茅場町	羽州庄内	前田長伯	本	日本橋万町中通		甲良道策
本	木挽町五丁目		丸山岱順	外	木挽町上邸	信州高嶋	小寺春昌
外	中橋上榎町		丸山玄益	本	芝赤羽上邸	筑後久留米	古賀玄良
本	木挽町五丁目		丸山岱淵	本	中橋下榎町	下総佐倉	近藤玄庵
本	茅場町			針	木挽町五丁目上邸	和州柳生	古藤玄庵
本	愛宕下廣小路下邸	阿州徳島	藤本立策	本	北八丁堀上邸	丹波綾部	公庄寿遷
外	築地下邸	備前岡山	藤原全庵	本	日本橋数寄屋町	山城淀	小林玄昌
後世	山下御門外山城河岸		藤崎東陽	本	木挽町二丁目	肥前島原	近藤大道
本	靈岸嶋湊町二丁目	藝州広島	深井玄倚	外	中橋大鋸町		小堀祐益
外	芝赤羽上邸	筑後久留米	古川元適	本	三田台町一丁目	肥後熊本	遠藤快珉
兒	木挽町中邸	備中松山	福井玄雄	針	芝口三町目海手上邸	奥州仙台	遠藤玄碩
本	木挽町中邸	備中松山	福井玄泉	本	芝新堀上邸	筑前秋月	江藤良順
本	芝神明海手上邸	播州赤穂	舟曳常庵	本	芝新堀上邸	筑前秋月	江藤養泰
外	芝新堀端	摂州麻田	藤川春水	本	芝露月町	播州龍野	江藤養泰
本	愛宕下中邸	越後長岡	小山良岱	本	宇田川町横丁	越前丸岡	秋山外貞
本	高輪十町目	播州明石	高範國	本	山下御門内上邸	肥前佐嘉	青木松秀
本	柴井町裏通	郷谷文仲	郷谷文仲	本	木挽町采女原	遠州横須賀	朝日元淳
本							天野道周

本	品川台町	天津龍庵	本	京橋鞘町	沢	玄英
本	武州川崎	青山宗碩	本	二本榎	酒	寄元篤
折骨	難病 南八丁堀五丁目新道	浅井仙庵	本	本八丁堀二町横丁	坂倉中甫	
針	芝島森	安達松頭	眼	南傳馬町三丁目	坂田瀧尾	
外	茅場町河岸	青山周郁	本	本材木町三丁目	佐藤忠甫	
本	外桜田上邸	荒木隆泉	本	外桜田上邸	日向鉄肥	
本	品川南天王門前	赤松龍淵	眼	京橋南水谷町	木脇道隆	
本	鉄砲州中邸	青木雄岱	本	木挽町采女原	木村良伯	
本	宇田川町横丁	青木松垣	本	三拾間堀二丁目	清川玄策	
針	外桜田上邸	阿部友伯	本	茅場町寓居	北村伯春	
本	本婦 二本榎下邸	荒川瑞貞	本	木挽町上邸	下総佐倉	
本	二本榎	有富元説	産	本材木町四丁目	上総一宮	
サ			眼			
本	木挽町中邸	越後新発田	産	日本橋檜物町邸	阿州徳島	湯浅文生
本	南八丁堀一丁目久富町	豫州吉田	本	日本橋檜物町邸	阿州徳島	湯浅堯民
本	西久保神谷町	佐藤良貞	本	外桜田上邸	日向鉄肥	由地良察
眼	南傳馬町三丁目	坂田元龍	本			
本	芝口一丁目	沢周倫	本	芝新橋	河州丹南	宮原立庵
本	芝口一丁目西横丁	沢周伯	本	日本橋通一丁目	因州鳥取	溝部有謙
本	靈岸島中邸	佐藤昌甫	本	芝金杉中邸	豐前中津	三原祐川
本	愛宕下上邸	桜田玄察	本	二本榎下邸	上総五井	宮沢通石
本	二本榎	佐藤文昌	本	外桜田上邸		三浦泰庵
本	南八丁堀一丁目久富町	坂崎長哲				
本	芝通新町横丁	齊藤舜庵				

外 中橋松川町

本 品川北番場

本 築地中邸

本 芝三田小山

本 芝金杉中邸

本 裏茅場町

本 本銀町三丁目

追 加

外 本 北総相馬郡大房村

摂州高槻

因州鳥取

菅 原 立 哲

鈴 木 泰 順

杉 浦 玄 庵

諏 訪 宗 見

菅 谷 正 淳

鈴 木 良 庵

白 土 雙 儀

関 口 通 伯

資 料 二

宇田川玄随を繞る書簡四通

戸 塚 武比古

一 宇田川玄随様

桂 川 甫周

從^(註1)病家申上候。廉々乱書御免可^レ被^レ下候

セールゲハールレイキバシイント御座候。即刻御光来御診察、何

分にも御神療希候。咽喉は一甫外は私えもやはりキールスウェー

ルにて、最初に涎を取候症を、手を抜ものにて御座候。何とも工

夫付不^レ申候。何分御高案、一甫も一同奉^レ願候。心事拝顔始終之

處、無^レ御遠慮、御投薬希候 以上

閏月廿三日

註(1) Zeer gevarijk patient 危篤な患者(2) Klier zwel 腺腫

二 宇田川玄随様

桂 川 甫周

御手紙致^二拜見^一候。然ば御灸瘡過半は御快方候へども、尚又御薬可^レ差出^二旨被^二仰下^一、則調呈仕候。伺候可^レ被^二仰付^一ば、御左右次第参上可^レ仕候。何分宜御取繕被^二仰上^一可^レ被^二下奉^一願候。以上

正月七日

三 (註1) 神戸玄真様

宇田川玄随

貴答

恭見如^レ教、爾来久々不^レ接、清容、弥御安康被^レ成、御座^二奉^一恭

喜^(註2)候。此間は少々御風氣之由、折角御自重可^(註3)被^(註4)成候

然^(註5)ば宝函中之一処御披記爲^(註6)「御見^(註7)被^(註8)下、鎮訳仕上候様被^(註9)仰下

奉^(註10)承知候。猶々又熟覽之上御相談可^(註11)仕候。in Geen Zins 之一

語へ、註ニ in Genderhande, in genderlei Wijze と御座候故^(註12)

どもならぬ、仕様のなひと申事之様ニ相聞^(註13)く申候。hijs geen-

zins jalocs — quadardig, is Zait—lijden, あつこはど

ふもならぬ、焼餅だ——悪性だ。わしハどうもならぬ、堪忍

が

三月十日

註(1)神戸(こうど、又はかんべ) 玄真とは、宇田川玄真のこと

であろうが、玄真が神戸姓を名乗ったことは今迄は知られていな

いようである。(2)宝函 玄随がその著「西説内科選要」中に引用

のウォイツの「医学宝函」か (3)in geenzins, in genderlei, in

genderhande の三語共、英語で not at all の意 (4)賢い人 (5)

嫉妬深い (6)堪えられぬ

四 宇田川玄随様

過日之答書捧読、寒威甚御座候得共、御孝家万禧被^(註1)成^(註2)御渡^(註3)奉^(註4)

賀候。爾日は令息君御拝神被^(註5)相済、是上御祝飯御惠捐、謝々打

寄御祝申上候。(註6)小大旧飲御礼申上度申聞候。貴价之節他客交至、

稽服万々御有恩奉^(註7)仰候 頓首

十二月朔日賀々

尚々保馬も亦復外居被^(註8)仰付、此度移居仕候。御聞も被^(註9)下候半、

臥病御暇乞も不^(註10)申上二候。則回復後以^(註11)参御礼可^(註12)申上二候 不宣

註(1)津山松平五代藩主康哉の時に、儒者として一代士に取立てら

れ、近習として勤め、政務の相談にあつかった人(出典 津山地

方郷土誌中の隋涙口碑) (2)その日 (3)宮参り (4)身分の低い者

も、高い者も (5)御使者 (6)拜伏 (7)参上して

これらの読解と註解に当っては、片桐一男先生、山口啓二先生、

津山郷土館下山練氏の御助力をいただいたことを深謝いたしま

す。

日本医史学会例会記事

二月例会 二月二十四日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

- 一、瘍科秘録に見られる痔疾軟膏療法 衣笠 昭
- 二、国分寺創建の頃(スライド供覧) 秋山 房雄
- 三、C・G・マンズフェルト伝補遺 大鳥 蘭三郎

三月例会 三月二十四日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

- 一、最初に帝王切開を行なった伊古田純道伝 石原 力
- 二、富士川游伝の資料二、三 富士川 英郎
- 一、加藤弘之との関係
- 二、岡野知十との関係
- 三、富士川雪のこと

五月例会 五月二十六日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

- 一、お玉ヶ池種痘所成立をめぐって 深瀬 泰旦
- 二、インドの村人の健康の実態 杉田 暉道
- 三、戸塚家文書から(一) 戸塚 武比古

関西支部例会

日本医史学会関西支部春季大会

とき 昭和五十四年五月二十七日(日) 午前十時半より
ところ 大阪市南区末吉橋通三 牟田病院講堂

- (1) 英国医史考—中世— 栗本 宗治(大阪医大)
- (2) 戦前の大阪の病院 長門谷洋治(日生病院)
- (3) 『鼈氏内科学』について 安井 広(愛知県)
- (4) 「医師の誓詞」の唱和音楽(実演) 三木 栄(堺市)
- (5) 「当代医師処世五則」 中野 操(大阪市)
- (6) 明治初年の京都における医師への謝礼について
- (7) 江馬元弘(三代春齡)の「医之説」について 青木 一郎(岐阜県)
- (8) 天保二年(一八三一)正月の疱瘡記録(家内感染) 岩治 勇一(大野市)
- (9) 『諸病源候論』に見える齒科について 杉本 茂春(大阪歯大)
- (10) 浪花医師番付についての一考察 古西 義麿(大阪市)
- (11) 瀝青(ベッキ)の概念の変遷について 宗田 一(阪大)

北陸医史学同好会発足

去る五月十三日北陸三県を基盤とする北陸医学同好会が発足した。同会は昨年四月から高瀬武平会長の呼びかけで準備会が発足、数回の談合を重ね同年十一月に發起人会の発足となり、約八十名余の会員を得て、五月十三日同会の正式の発足をみたのであった。

当日は第一回総会および研究発表があわせて行なわれた。詳細は次の通りである。

なお、最後に同会規約を付記した。

第一回北陸医史学同好会、総会、例会

一 開催日時 昭和五十四年五月十三日(日) 午前十時より

一 開催場所 福井市大願寺町9

福井県医師会館 3階 中会議室

一 第一回総会 午前十時〜同十一時

会長選出、経過報告、会計報告

一 第一回例会 午前十一時〜午後三時

研究発表

(1) 金沢市立図書館所蔵の古式産科器械「探領器」に寄せて

加藤 豊明(金沢市)

(2) 黒川良安

越山 健二(富山県)

(3) 經穴(ツボ)という呼称の由来 多留 淳文(金沢市)
(4) 香月牛山と香月世譜 難波 恒雄(富山県)
(5) 「医範提綱内象銅版図」各種版本の分類 園部 昌良(金沢市)

(6) 山脇東洋の位牌について

松田 健史(富山県)

(7) 解体新書をささえた若狭の人々 正橋 剛二(富山県)

(8) 大野の寺社の医療について 田辺 賀啓(小浜市)

(9) deについて 岩治 勇一(大野市)

(10) 福井県に於ける結核の歴史概報 竹下外来男(勝山市)

(11) 福井県の医史紹介 白崎昭一郎(福井市)

― 外科学の発達展開を中心として ―

竹内 真一(福井市)

北陸医史学同好会規約

一、名称

本会は北陸医史学同好会と称する。

二、目的

北陸における医史学を愛好する者相互の連携を計り、お互に研鑽を重ねることにより、医史学の発展に寄与することを目的とする。

三、会員

本会の目的に賛同し、医史学に関心を有するものとする。

四、事業

本会は目的達成のため次の事業を行う。

- (一) 講演会、研究発表の開催
- (二) 会報の発行
- (三) 親睦諸行事の開催
- (四) その他

五、役員

- (一) 会長一名。会員の総意により選出する。

- (二) 幹事若干名。三県から夫々複数を各県ごとに選出するものとする。

六、総会

原則として年一回総会を開催するものとする。

七、会計

本会の事務所は会長所在地の県医師会館におく。

- 九、この規約の改正は、役員会の了承を必要とし、総会に報告するものとする。

附則

この規約は昭和五十三年十一月五日より施行する。

静岡県医史学懇話会結成

五月二七日(日)午後二時より、かねて準備中であった静岡県医史学懇話会の発会式が挙行された。宮原靖夫氏(清水市医師会)が司会をつとめ、まず土屋重朗県医理事が発会にいたるまでの経過報告を行った。本会の主旨に賛成し、年会費二、〇〇〇円

を納めた者五一名がとりあえず会員となった。役員は会長に中川長一(小笠医師会)、副会長に土屋重朗(県医理事)、理事に宮原靖夫(清水市医師会)、舟木茂夫(小笠医師会)、芹沢武男(沼津医師会)、岩崎鉄也(浜松女子短大)、監事に後藤猛(県医理事)の諸氏が選出された。

なお本会は発会と同時に静岡県医師会の分科会として認められることが県医理事会で了承されている。

記念研究発表として「戸塚静海とその一族の関係史跡」と題して舟木茂夫氏の講演が行なわれた。講演は一時間余にわたり主としてスライドを使用して、遠州が生んだ偉大な蘭方医家戸塚静海についての史跡・文献・史料を紹介し、さらにその縁者の医学関係の史跡についてもくわしく発表された。調査研究の詳細な点に感心したが、特に足であちこち歩き廻って調べられた努力に敬服した。掛川およびその周辺にこれほど医に関する史跡があるとは思わなかった。

次期の会合は舟木氏の講演に大変感銘したので、九月ごろ掛川を中心として医の史跡めぐりをすることに決定した。

本会は研究もさることながら、単に興味を持っているという理由で入会していただいても結構です。それぞれの目的に応じて結構楽しい会としてご利用できるよう企画していきたいと思っています。いまからでも入会を歓迎いたします。また県医師会員以外の方で特に医史に関心をお持ちの方の入会も歓迎いたします。年会費二、〇〇〇円。連絡先 静岡県医師会事務局(土屋記)

【書評】

ジョセフ・S・フルートン著 水上茂樹訳
『生化学史』

本書は Joseph S. Fruton: *Molecule and Life—Historical Essays on the Interplay of Chemistry and Biology*, John Wiley & Sons Inc. 1972 の邦訳である。著者フルートン（フルトン）は一九一二年ポーランドに生まれ、後にアメリカに帰化し、エール大学の生化学教授として、研究と教育に長く尽して来た。蛋白質分解酵素などの研究で名高い。また、著書の邦訳『一般生化学』（丸善）は、日本で大変広く読まれて来ている。科学史や医学史にも関心が深く、アメリカの科学史学会、哲学会の会員でもある。

本書の内容は「生物現象を化学的に解明しようとする科学活動のパターンを織っている糸をたぐるのを目的とし、一八〇〇年以降の時期に焦点をしばっている。なぜかというところの科学活動はこの時期の指導的な科学者の主要な仕事だからである。ここで取り扱う歴史的事件とは、観察・実験・仮説についての報告、およびこれに関して記録されている討論である」（第一章序論三頁）著者は一八〇〇年から一九五〇年代（実際には一九六〇年代に及ぶ）における生物の化学的研究を追跡した。そこで、著者は、一八〇〇年以降における化学と生物学の交流（相互作用）の例として、一九世紀に提起され、二〇世紀半ばに解明された五つのトピックス、すなわち、酵素の本態、蛋白質の化学、遺伝の化学的基礎、細胞呼吸および代謝経路を取り上げ、本書のテーマとした。

第一章 序論、第二章 発酵素から酵素へ、第三章 蛋白質の本態、第四章 ヌクレインから二重らせんへ、第五章 細胞呼吸、第六章 生化学変化の経路

著者の本書執筆の動機は「最近における生命の化学の成果によって生化学は科学の舞台の中央に置かれる様になった。しかしこのような成功に伴って、化学と生物学の交流を一九五〇年以降の進歩としてのみ記載する傾向が生まれてきた。（中略）一つには活発な研究者にとって古い研究はすでに自己の概念体系に織り込まれているので、自分の研究に関連ある最近の仕事のみに価値を感じていることによって。さらに化学と生物学の交流による発展を、知識と無知の間にある「辺境」の「突破」の続発とみなす歴史の記述にも原因がある。「革命」と呼ばれるような大きな進歩に伴う幸福感は理解出来るが、歴史的記録を調べると、生物学の発展は「革命」「辺境」「突破」などの言葉が意味する以上に連続的であり、複雑であることがわかる」（序文）という問題意識によるものと思われる。

本文には、原論文などをかなりの長さで数多引用しているが、この場合、著者は「研究の行なわれた直後に発表された記述や討論を主として用いることにした。事件の回想、特にその意義が明らかになった後の思い出に固有の欠点があることは、歴史家のよく知るところである。このことは科学者の回想についても成立する。（中略）引用は本文の一部として読まれることを期待し、後からの知恵を加えることなしにその人の見解を正確に示しうるよう意図した」（序文）

本文第二章から第六章の内容は、目次の題名からわかる様に、蛋白質、酵素、核酸、細胞呼吸及び各種の生体内代謝の研究史であるが、第一章序論は第二章以降を読む上に大切である。まず、十八世紀からの科学及び医学教育が取り上げられている。専門教育は専門家の養成と学問研究の質に密接している。続いて、十八世紀から二十世紀における関係学問分野の状況を語っている。化学や生物学の医学や薬学からの独立、動物生理学の確立、生理化学の発生、動物化学や医化学の動向、生化学の確立、生物物理学の意味内容の変遷、分子生物学などその展望は興味深く、教えられる。さらに、科学哲学論争と化学や生物学との関係に言及する。著者は一九世紀における生氣論と機械論、二十世紀の生体論または全体論と還元論の論争に触れ、これらが、新しい生物学的発見に影響されて来たが、逆の事実は殆んどなかったとし、一九世紀半ば以後、哲学論争の影響は減少し、第一次大戦後は現場では殆んど無視されるようになったとしている。そこで、科学者（医学者）の語る哲学と実際の研究とが一致しない例として、クロード・ベルナルの場合を具体的に語っている。また、評伝的科学史の欠陥を問題にし、要は歴史的問題を研究して集めた事実をいかに選びいかに評価するかが科学史の問題であり、本書はこの方針によって書かれたとしている。

第六章の中の「全体とその部分」は本書の要めの一つである。科学者達の発言を多用して、生氣論、生体論、還元反対論の攻撃にさらされながら、化学的な個別的発見とその知識が細胞全体や生体全体と関連づけられ、生物の体制の独自性や生物の挙動を化

学の言葉で完全に記載する方向に、生化学が進んで来ており、将来も進められて行くことを力強く説得的に示している。

巻末には、訳者によって「参考書」が挙げられ、次いで、原著者による一一四件にのぼる「参考文献」が付されている。また、「人名索引」はフルネームの人名、生没年、文献番号が示されている。本文の人名がカナ書きであるため、繰りにくい欠点がある。生化学の歴史は、川喜田愛郎著『近代医学の史的基盤』上下（岩波）一九七七でかなり学ぶことが出来るが、日本語の生化学通史書がない。最近、ニードム編木原弘二訳の『生化学の歴史』（みすず）一九七八が出版されたが、講演集であつて通史書ではない。

本書は著者も述べている様に、全領域を完全に網羅してはいないが、まとまった日本語の通史書として、本書邦訳は意義がある。

ところで、我が国の医学史は、現在のところ、完全な市民権を得ているとは言えず、（例えば、医学史の専門家を医学史の専任教員とする医学部は非常に少ない）実質の研究人口も多くなぐ、研究分野も片寄っている。医学史研究会然り、医史学会然り。また、ある尊敬する医学史家が、医学史は出来たら臨床経験がある方がよいと言われた。その言は一面の理はあるが、この言からも日本における医学史の状況を知ることが出来る。医学史の世界では、生化学史や生理学史などに関心をもつ層が少ないのが現実であり、この本を購入する人も少ないであらう。それ故にこそ、本書購読を期待する気持は大きい。訳者は九大医学部生化学の教授である。（A5版、本文四三八頁、参考文献・人名索引、共立出版、一九七八年十二月、六〇〇〇円）

矢部一郎

新刊紹介

中野 操著『大坂蘭学史話』

思文閣出版 三五六頁 三八〇〇円

本学会の理事であり、関西支部長でもある著者については改めて多くを語る必要はないであろう。著者の博学はすでに皆よく知るところであり、本学会の会員で著者の『日本医事大年表』を知らない人はまずないといひ。

著者は昭和三十四年に『大坂医学風土記』を出版された。今度の『大坂蘭学史話』はそれをさらに充実させた完成品といえよう。その内容は大阪に住み、蘭学と関わりのあった人々を、蘭学の先駆者、江戸の蘭学の流れを汲む者、長崎のシーボルトの弟子たち、緒方洪庵とその弟子、幕末・明治初期に来阪したオランダ人教師とに分けてそれぞれの伝記を書き、伝記をつなげていくことで大阪の蘭学を浮き彫りにしたものである。筆者がとりわけ興味を持ったのは、こうした流れからはずれた人々、つまり、蘭学のディレッタントを知蘭派というカテゴリーを造って、そこに入れていることである。木村兼葭堂などがその部類に入る。また、各人の評価を相撲番付などから当時の人々の評価にゆだねているところも面白い。豊富な資料を持ち、確かな資料を求めて歩いた跡が各所にみられ、著者ならではの書けない大阪蘭学史である。

大沢謙二回顧録「燈影虫語」(復刊)の頒布について

明治の黎明期に日本の生理学のみならず医学の興隆に尽された元東京大学医学部生理学教授大沢謙二氏の回顧録「燈影虫語」(東大生理学同窓会編)が復刻されました。

御希望の方は送料一二〇円(本代金は無料)を添えて本学会事務局宛にお申し込み下さい。残部が僅少の為なくなり次第メ切りさせていただきます。

正誤表(日本医史学雑誌二十五卷二号)

ページ	行	誤	正
二十七	後ヨリ三行目	工鉦業生衛研究室	工鉦業衛生研究室
四十一	上段二行目	北村矩明	松村矩明
七十四	上段二行目	上野護国寺境内	上野護国院境内
七十六	上段見出し、 上段三行目	「医業免札姓名録」	「医業免札姓名簿」
七十七	上段十六行目	安政一〇年	安政四年一〇月
七十八	上段四行目	故森下薫、加藤四郎	故森下薫、加藤四郎
一〇三		岡野錦弥、 E.C. Christian A.J. Duggan	岡野錦弥、 E.C. Christian A.J. Duggan

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) とする。

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室内におく。

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、学術展覧の開催等
- (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、内外の関連学術団体等との連携
- (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五、〇〇〇円を納める者ただし、外国居住者は年額30ドルとする。
- (2) 名誉会員
この会に対し功績顕著であっ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 正会員になろ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二、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ない。

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 賛助会員になろうとする者も第六条に準ずる。

第九条 第六条及び第八条の会員の資格取得は会費納入日より始まる。

第十条 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。
- 第十一条 会員は、会費を前納し総会の議決を尊重しなければならない。

第十二条 会員は次の事由によってその資格を失う。

- (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。

第十三条 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。

1 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。

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と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。

文部省科学研究費学術定期刊行物補助金を受ける

本誌は昨年度にひきつづき文部省の科学研究費補助金の交付を受けて刊行している。

『日本医史学雑誌』投稿規定

発行情日 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、二校以後は編集委員会にて行なう。

別 刷 別刷希望者には五十部単位で実費にて作成する。

原稿送付先 東京都文京区本郷二丁目一の一、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、三輪卓爾、室賀昭三、矢数圭堂、矢部一郎

編集顧問 小川鼎三、A・W・ビーターソン

事務担当 鈴木滋子

日本医史学会役員氏名(五十音順)

理事長	小川 鼎三	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	石原 力	大塚 恭男	大鳥蘭三郎	大矢 全節	緒方 富雄	小川 鼎三	浦原 宏	酒井 恒	佐藤 美実	鈴木 シヅ	宗田 一	中野 操	長門谷洋治	藤野恒三郎	三木 栄	矢数 道明	谷津 三雄	矢部 一郎	山形 敏一	蔵方 宏昌	酒井 シヅ	杉田 暉道	谷津 三雄	矢部 一郎	評議員	青木 一郎	赤堀 昭	安芸 基雄	阿知波五郎	石原 力	今市 正義	岩治 勇一	内田 醇	江川 義雄	大滝 紀雄	岡田 博	片桐 一男	川島 恂二	久志本常孝	榊原悠紀田郎	末中 哲夫	杉田 暉道	鈴木 正夫	鈴木 宜民	関根 正雄	瀬戸 俊一	高木圭二郎	高瀬 武平	高山 助三	竹内 真一	田代 逸郎	田中 勘一	津田 進三	筒井 正弘	土屋 重朗
-----	-------	------	-------	-------	------	------	-------	------	----	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	-------	-------	------	------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	-------	-------	------	-------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

編集後記

去る四月四日、当「日本医史学会」創立五十周年式典が慶大北里図書館講堂で挙行され、四月五日、六日両日にわたり野口英世記念館に於て第八十回日本医史学会総会及研究発表会が盛会の中に終了致した。

日本医史学会が半世紀の歴史をもった意義はきわめて大なるものであると考えます。先人の樹立した輝かしい業績を今後より一層たかめるために、私ども編集委員一同微力ながら力をあわせその責任を果たした

中川 米造 中沢 修 中西 啓
中山 沃 服部 敏良 樋口誠太郎
福島 義一 富士川英郎 古川 明
堀江 健也 本間 邦則 丸山 博
松本 明知 三浦 豊彦 三輪 卓爾
室賀 昭三 守屋 正 矢数 圭堂
山下 喜明 山田 光胤 安井 広
矢部 一郎 山中 太木 米田 正治
渡辺左武郎 (理事の名は省略)
名誉会員 赤松 金芳 石川 光昭 大塚 敬節
王丸 勇 杉 靖三郎 三廻 俊一
吉岡 博人 和田 正系

いと考えております。「日本医史学雑誌」の内容こそが本会の発展のひとつのパロメーターであらうかと考えますし、その質を少しでもたかめることが多くの先人の御努力にこたえる唯一の方途であらうかと思ひます。

本号は、そのような視点からも総会の研究発表をうけて、きわめて豊富な内容になりましたことを付け加えさせていただきます。(S・H記)

昭和五十四年七月二十五日 印刷
昭和五十四年七月三十日 発行

日本医史学雑誌

第二十五卷第三号

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 日本医学文化保存会

〒二三 東京都文京区 湯島二二一四

印刷所 三報社印刷株式会社 東京都江東区亀戸 二二六

❖ 貴方の診察室に目で見える「医学文化財の博物館」を!!

医学選粹

限定発行

隔月刊(年6冊)

第3期

第13号～第18号

* 予約募集中

本誌の目的は、一般になかなか見ることのできない古今内外の貴重な医学文化資料を、精巧な印刷によって広く紹介することであり、過去の医学文化を現在のみなさまに伝える雑誌です。今まで一ヵ所にこれだけのものが集められたことはありません。それがお手元に揃うのです。幸い、創刊以来たいへん好評ですので、ぜひ一度ご覧頂けたらと存じます。

編集委員

緒方 富雄	東京大学名誉教授 財団法人日本医学文化保存会 理事
小川 鼎三	東京大学名誉教授 財団法人日本医学文化保存会 理事
中野 操	日本医史学会理事 財団法人日本医学文化保存会評議員
大島蘭三郎	日本医史学会理事 財団法人日本医学文化保存会評議員
阿知波五郎	日本医史学会理事

編集幹事

大塚 恭男	横浜市立大学講師
酒井 シヅ	順天堂大学講師

〈第13号〉

本誌の使命……………財団法人 日本医学文化保存会	
巻頭図版解説……………	
カラー／賀川玄悦肖像……………解説 杉立義一	
カラー／飲食養生鑑……………解説 宗田 一	
モノクロ／シーボルト肖像……………解説 酒井シヅ	
東洞筆 若葉弗咲眩辰疾弗彦……………解説 酒井シヅ	
賀川玄悦と賀川流産科……………杉立義一	
トウルブの解剖学講義……………古川 明	

〈第14号〉

カラー／ヒボクラテス 分撥蛤拉跼斯肖像 桂川甫賢画……………解説 緒方富雄	
モノクロ／ヴェサリウス著「ファブリカ」の屏絵……………解説 酒井シヅ	
小野蘭山筆……………解説 大塚敬節	
坪井信道について……………青木一郎	
島根地方の医史……………	
松江藩・浜田藩・津和野藩……………米田正治	

〈第15号〉

カラー／神緯画 エジプトミイラ……………解説 神谷敏郎	
カラー／南涯賛 張仲景像……………解説 大塚敬節	
モノクロ／青洲筆 匹夫不可奪志也……………解説 矢数道明	
仙台藩の医学教育沿革史……………山形徹一	
東京大学にあるエジプトミイラ……………神谷敏郎	

完結*好評発売中

- 1 期 ■第1号より第6号まで(6冊)
■全6冊セット価格 ¥12,000.
- 2 期 ■第7号より第12号まで(6冊)
■全6冊セット価格 ¥12,000.

発行 隔月刊(偶数月発行・年間6冊)
誌代 1部2200円 配送料160円
予約前金購読料12000円 配送料960円
体裁 B4判 カラー2葉 写真4頁 本文・他8頁
挿絵は原色版・オフセット・コロタイプ印刷
○ご注文は最寄書店又は下記の発売所宛お願い致します。

発行所 〒113 東京都文京区本郷7-2-1(金原館内)
財団法人 日本医学文化保存会

発売所 〒113 東京都文京区本郷3-44-6
株式会社 金原商店 本店

reckoned according to the work points that the leading workers in the brigade achieved. At the end of the year they had to submit to comments and criticisms of their work by the other brigade workers. They might receive an incentive bonus which was based on their work performance and the annual comments. The other brigade members felt this was their due since the barefoot doctors also performed night duties. Women barefoot doctors took part in propagating family planning under the auspices of the womens federation of the brigade. The barefoot doctors gave the usual inoculations and helped in the training of their junior colleagues, and at the production team level they also helped to train health workers, who are engaged full time in agricultural work and who assist the barefoot doctors. The health worker received his training on four days in the month at the brigade health station. The barefoot doctors attended to 80 patients per day. This figure included calls. Of these 80 patients, only those who were special cases, needed X-rays taken, required dental treatment, blood tests, needed a consultation or an operation were referred to either the commune or the district hospital. Approximately one to two patients were referred per day. They took cervical smears annually from every married woman up to the age of 60 as a precautionary measure. The health station had a waiting room; a small surgery where patients were interviewed and treated, where the record cards of every family were kept, and where general medicines, both modern and traditional were stored; and there was an injection room which also contained the sterilizer. Next door to the station were the rooms of the barefoot veterinary doctor. The usual cooperative health scheme operated in this commune.

had already worked in the home for seven years. All three health workers attended continuation courses in the city.

The *Homue Production Brigade* of the Yingchunze Commune near Dalian in Liaoning Province consisted of 925 households, 3,950 people, and they worked about 340 ha of land. The health station was started in 1966, previously patients had been sent to the city which was a great expense in time and manpower. Young people were sent to the Dalian hospitals for training. The station started with three barefoot doctors and in 1978 had five. Their social origins were: one from middle peasants and the other four from poor peasants. Their duties consisted of: undertaking preventive work (such as inspecting latrines, proper disposal of night soil, maintenance of a clean water supply, etc.), engaging in mass health campaigns and health education, propagating family planning, treating patients, obstetric work, and the collection of medicinal herbs and the preparation of traditional medicines (they were producing 17 types of medicine). The professional history of two of the barefoot doctors was as follows:

Mrs. Han, aged 32 years, was married and had three children. She became a barefoot doctor in 1966 after having trained in a Dalian hospital for eight months. Her course included anatomy, physiology, internal medicine, surgery, midwifery, sanitation, hygiene and acupuncture.

Mr. Chian, aged 28 years, was about to become married. He became a barefoot doctor in 1970 having followed a course in a Dalian medical middle school where he studied for eight months. His course included basic medical sciences, hygiene, internal medicine and surgery. He then returned to his village to work. In 1974 he spent one-and-a-half years on further training in a city hospital and received education in clinical practice.

Both Mrs. Han and Mr. Chian went every year for two months further training to one of the hospitals in Dalian. The textbooks they used had been produced in the Chinese Medical College in Shenyang and were specific for Liaoning Province. The barefoot doctors engaged in about 150 days of physical labour per year. Their wages were

in a hospital for further training. The members of the health station undertook preventive work as well as patient treatment and home visits. Children, women and old people were treated and the usual preventive inoculations were given. Every year all married women up to the age of 60 years were checked for cervical and breast carcinoma. Family planning was propagated to married couples and devices supplied free of charge. The medical workers helped in the persuance of health campaigns. Injections were given, the blood pressure tested, acupuncture administered and both modern and traditional treatment were given. Old people were visited and looked after. The health station saw seven to eight people per day. The workers, men and women, and the school age children were looked after either by their place of work or in their schools. The station consisted of two ample rooms in one of which a sterilizer was being used.

Both the *Bethune Medical College* in Changchun and the *China Medical College* in Shenyang sent out mobile medical teams that also helped to train barefoot doctors.

The *Wusan Commune* near Shenyang in Liaoning Province consisted of 7,900 households and a population of 38,000 and occupied an area of 75 km² of which 31,000 ha were arable. It had 17 production brigades and 86 production teams. The commune had the usual cooperative health system. There was a commune hospital and each brigade had one health station and each team a clinic. The commune hospital gave six months training for barefoot doctors who then worked under the supervision of more experienced barefoot doctors for a further year. The hospital also organized continuation courses for all auxiliary medical personnel.

The *Fushun Municipal Old Peoples Home for Miners* is situated in the hills outside Fushun in Liaoning Province. The home catered for 70 men who had no dependents. The clinic was run by two red medical workers and one nurse. If necessary, cases could be referred to the municipal hospitals. One of the medical workers was a woman who had received her training in the Fourth Hospital in Fushun and

local hospital (basic medical care, acupuncture, massage, dressings, etc.). In summer they organized preventive health campaigns against gastroenteritis and in winter against colds and influenza. The station kept all the medical records of the children. The medical workers gave talks to young people emphasizing late marriage and family planning. They prescribed both modern and traditional medicines. The charges varied from 5 to 10 cents. A check-up cost 5 cents and an injection 10 cents. The red medical workers looked after 200 elderly people and 60 children. School-age children received their medical care at their schools. The usual inoculations were given and the growth and weight of all infants was recorded regularly. The clinic was open daily from 8 to 11.30 a.m. and from 2 to 5 p.m. The medical workers dealt with about 20 patients per day. While one of them attended to the health station, the other two went out on visits. In serious cases the family or medical worker sent the case direct to the hospital. Everybody was screened once a year, and for this purpose doctors brought the equipment from a nearby hospital. People working outside in factories or other establishments were X-rayed at their places of work. In each courtyard one person was responsible for family planning. Contraceptives were free for all married people.

The *North Yuetan Street Residence Committee No. 1* is part of the Yuetan Neighbourhood Committee which belonged to the Western District of Peking. There were 500 households with a total of 2,000 people in this unit. The health station, which was set up after the cultural revolution, was administered by two red medical workers, both women. In addition the station was visited by a nurse from a nearby children's hospital who taught and supervised the two medical workers. The latter worked six days per week and were paid RMB 32 per month by the residence committee and the nurse was paid by the state, i.e. her hospital. One of the medical workers had been trained for six months in the children's hospital. Her colleague was away on the morning of our visit. Apart from additional training by the visiting nurse, the two medical workers spent one month per year

about 100 screenings per year for IUDs, about 100 chest X-rays per year and one fracture per month. The clinic dealt with about 20 patients per day.

The *Double Bridge Commune* near Peking consisted of 46 villages and 8,500 households, with a total population of about 40,000. It occupied an area of 90 km² of which 3,600 ha were cultivated land. They had a cooperative health care system. Each adult member paid RMB 1.00 per year for this. They had one commune hospital, each production brigade (six) had one health station and each production team (62) had one clinic. The commune had 70 doctors, of whom 20 were Chinese traditional practitioners. These worked in the commune hospital or health station and were paid by the state. There were 150 barefoot doctors who also performed physical labour and received pay according to their work points. Each production team had 30 nurses and one midwife. The commune hospital, a modern building, had 50 beds and a total staff of 70 of whom 30 were nurses. Formerly this hospital used to train barefoot doctors, but since 1975 they had concentrated on giving refresher course which consisted of a one-year course for 30 barefoot doctors per year.

The *Fengshan Neighbourhood Committee** was situated in the Western district of Peking and had 14,000 homes with a population of 53,000**. It was composed of 26 Residential Committees and 100 Lanes. This neighbourhood committee had previously been studied by Ruth Sidel (1974). The residential committee provided the leadership for the local public health campaigns. It administered four hospitals, one clinic and 26 health stations. The health station had one room and was looked after by three women red medical workers, who each earned RMB 30 per month. Their wages were derived from the income of the production units. The three had been trained at the

* The administration of the urban areas is as follows: the municipal revolutionary committees control the districts, which in turn administer the neighbourhood committees. The latter are divided into residential committees which control the lanes.

** For the notes on this neighbourhood I am indebted to Dr. Pauline Frankenberg, University of Keele, U.K.

The *Nantsun Production Brigade* of Gungchung Commune near Loyang in Honan Province consisted of nine production teams which belonged to two villages with a total of 575 households, 2,536 people and they worked 130 ha of land. Health care was free. Their clinic had developed from a cooperative clinic and consisted of a large courtyard with a building on either side. The far one had three rooms, one of which was a pharmacy, and the near one had two rooms, of which one was used for giving injections. The clinic had six barefoot doctors (one traditional, three western and two masseurs), two pharmacists, one dentist, one inoculator and two midwives, a total of 12 health workers. One of the women barefoot doctors had studied at the Third People's Hospital in Loyang. The course occupied six months every year for three years and she practised and did field work during the other half year. Her wage was related to her work points. For one work day she earned RMB 1.10 (9 points per day) and she had 300 work days per year. She continued her training by going regularly to the commune hospital. During this period she received her usual pay.

The *Fenghuo Production Brigade* of the Fenghuo Commune near Sian in Shensi Province was made up of 235 households, 1,340 people. They worked 131 ha of land. There was free medical care. The brigade clinic consisted of several rooms: one for diagnosis, an obstetric room with a gynaecological table and three beds, a radiology room with X-ray and fluoroscope equipment, a pharmacy and a store. The clinic was staffed by four barefoot doctors, one of whom was a female, and a midwife. One of the male barefoot doctors had been trained in the People's Liberation Army for two years and was also able to take X-ray films. The others had studied for six months in the commune and county hospitals. They all attended refresher courses in the commune, or county, or provincial hospitals. The frequency of continuation courses depended on the work load. The cooperative health system of the brigade paid for outside treatment which was done by referral. Babies were delivered either at the clinic or at home. The number of X-rays taken at this clinic were:

Shanghai Chuansha Xian, Jiang-Zhen Commune Health Clinic: *Textbook for barefoot doctors (for the southern region)* Vols. 1 and 2. 赤脚医生教材 (供南方地区用) 上, 下册. (Ch'ih-chiao i-sheng chiao-ts'ai (kung nan-fang ti-ch'u yung) shang, hsia ts'e). Peking: People's Health Press 1977.

Shanghai First and Second Medical Colleges: *Prevention and treatment of common diseases in rural areas*. Vol. 1 and 2. 農村常見病防治, 上, 下册. (Nung-ts'un ch'ang-chien ping fang ch'ih, shang, hsia ts'e). Shanghai: People's Publication 1976.

Yenan People's Hospital: *Handbook of acupuncture for barefoot doctors*. 赤脚医生針灸手冊. (Ch'ih-chiao i-sheng chen-chiu shou-ts'e). Shensi: People's Publishers 1976.

Journal for barefoot doctors. 赤脚医生雜誌. (Ch'ih-chiao i-sheng tsa-chih). Peking: People's Health Press 1977.

APPENDIX 2

PERSONAL NOTES

Some personal notes from visits to China in 1977 and 1978 may help to illustrate the present auxiliary medical situation.

The *Provincial Hospital* in Chengchow, Honan Province, trained medical workers and sent mobile medical teams to the border regions and into the mountains. These teams together with local medical workers looked after health campaigns and studied and treated common local diseases. They took part in productive labour and integrated Chinese and Western medical treatment. The hospital also sent comprehensive medical teams to Third World countries such as Ethiopia and Afghanistan.

Nurses were basically selected from peasants and workers and were chosen on their practical experience. They received a two-year training. The first four to five months were spent on basic theory and this was followed by practical work on the wards. Half a day was spent on theory and the other half on ward work.

Barefoot doctors in Honan Province were trained for one year in commune hospitals and for advanced training they went to district, county or provincial hospitals. Mobile medical teams also helped by giving two-week courses on specific topics.

- Hygiene Department, Foochow Militia: *Textbook for health workers in the militia (for the southern region)*. 民兵衛生員課本 (供南方地區用). (Min-ping wei-sheng yüan k'e-pen (kung nan-fang ti-ch'u yung)). Peking: People's Health Press 1975.
- Hygiene Department, Hopei Province: *Textbook for Chinese traditional farmer doctors: Acupuncture* (trial vol.). 半農半醫中醫培訓教材: 針灸 (試用本). (Pan-i pan-nung chung-i p'ei-hsün chiao-ts'ai: Chen-chiu). Peking: People's Health Press 1970.
- Hygiene Department, Shenyang Militia: *Handbook for health workers in the militia (for the northern region)*. 民兵衛生員手冊 (供北方地區用). (Min-ping wei-sheng yüan shou-ts'e (kung peh-fang ti-ch'u yung)). Peking: People's Health Press 1975.
- Hygiene Department, Yuncheng Prefecture, Shansi Province: *The experience of barefoot doctors in the prevention and treatment of disease*. 赤腳醫生防治疾病經驗選. (Ch'ih-chiao i-sheng fang-ch'ih chi-ping ching-yen hsüen). Peking: People's Health Press 1978.
- Hygiene in Factories, Editorial Board: *Series for worker doctors: Hygiene in factories*. 工人醫生叢書: 工廠衛生. (Kung-jen i-sheng ts'ung-shu: Kung-ch'ang wei-sheng). Shanghai: People's Publication 1977.
- Kirin Medical School: *Textbook for barefoot doctors: a refresher course*. 赤腳醫生復訓教材. (Ch'ih-chiao i-sheng fu-hsün chiao-ts'ai). Peking: People's Health Press 1972.
- Kirin Medical School: *Textbook for barefoot doctors (for the northern region) Vol. 1: Basic outline*. 赤腳醫生教材 (供北方地區參考用) 上冊: 初訓部份. (Ch'ih-chiao i-sheng chiao-ts'ai (kung pei-fang ti-ch'ü ts'an-kao yung) shang-ts'e: Chu-hsün pu-feng). Peking: People's Health Press 1977.
- Kirin Medical School: *Textbook for barefoot doctors (for the northern region) Vol. 2: Revision outline*. 赤腳醫生教材 (供北方地區參考用) 下冊: 復訓部份. (Ch'ih-chiao i-sheng chiao-ts'ai (kung pei-fang ti-ch'ü ts'an-kao yung) hsia ts'e: Fu-hsün pu-feng). Peking: People's Health Press 1977.
- Lee Chai Kung (ed.): *Hygiene for the agricultural labour force*. 農業勞動衛生. (Nung-yeh lao-tung wei-sheng). Peking: People's Health Press 1976.
- Lee Chai Kung (ed.): *Protection of the agricultural labour force*. 農業勞動保護. (Nung-yeh lao-tung pao-hu). Peking: People's Health Press 1978.
- Out-Patient Department (eds.) New Acupuncture Therapeutic Centre, Shanghai: *Series for worker doctors: Acupuncture therapy*. 工人醫生叢書: 針刺療法. (Kung-jen i-sheng ts'ung-shu: Chen-tz'u liao-fa). Shanghai: People's Publication 1977.
- Shang De-Jun (ed): *Medicated thermohydrotherapy*. 熏洗療法. (Hsün-hsi liao-fa). Shantung: People's Publication 1976.

on basic medicine: 1. General introduction. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：1. 総論. (Ch'ih-chiao i-shen t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 1. Tsung-lun). Peking: People's Health Press 1975.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 2. Digestive system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：2. 消化系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 2. Hsiaohua hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1975.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 3. Respiratory system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：3. 呼吸系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 3. Hu-hsi hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1976.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 4. Reproductive system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：4. 生殖系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 4. Sheng-chih hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1976.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 5. Blood. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：5. 血液系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 5. Hsüeh-i hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1976.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 6. Circulatory system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：6. 循環系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 6. Hsun-huan hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1976.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 7. Endocrine system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：7. 内分泌系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 7. Nei-feng-pi hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1977.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 8. Nervous system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：8. 神經系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 8. Shen-ching hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1977.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 9. Urinary system. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：9. 泌尿系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 9. Pi niao hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1978.

Hopei New Medical College: Reference book for barefoot doctors: Questions and answers on basic medicine: 10. Special senses, dermatology and orthopaedics. 赤脚医生参考叢書：基础医学問答：10. 感官，皮膚和運動系統. (Ch'ih-chiao i-sheng t'san-k'ao ts'ung-shu: Chi-chu i'hsüeh wen-ta: 10. Kan-kuan pi-fu he yüntung hsi-t'ung). Peking: People's Health Press 1978.

- Paoshan County, Shanghai; Paoshan People's Hospital, Shanghai; No. 6400, People's Liberation Army: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Jaundice*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 黄疸. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: Huan-t'an). Shanghai: People's Publication 1975.
- Barefoot doctors in Paoshan County; Ya-po Community Clinic, Paoshan County; Paoshan People's Hospital; Changhai Hospital, 7th Medical School, People's Liberation Army: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Haematuria*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 血尿. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: Hsueh-niao). Shanghai: People's Publication 1975.
- Barefoot doctors in Shengsi Community, Oang-sin Community, Chiating County, Shanghai; Chiating People's Hospital, Shanghai: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Treatment of headaches*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 頭痛. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: T'ou-t'ung). Shanghai: People's Publication 1976.
- Chinchou Medical College: *Textbook for barefoot doctors*. 赤脚医生教材. (Ch'ih-chiao i-sheng chiao-t'sai). Liaoning: People's Publication 1977.
- Chungshan Medical College "New Medicine" (Eds.): *General knowledge for barefoot doctors*. 赤脚医生常識. (Ch'ih-chiao i-sheng chang-shih). Kwangtung People's Publication 1973.
- Drug Detection Office of Kwangchow: *Preparative techniques for Chinese herbal medicine in rural areas*. 農村中草葯制劑技術. (Nung-t'sun chung chao-yao chih chi chi-shu). Peking: People's Health Press 1978.
- Editorial Board: *A summary of the pioneer work of barefoot doctors*. Vols. 1 (1974), 2 and 3 (1975). 赤脚医生先進事跡匯編, 第一, 二, 三輯. (Ch'ih-chiao i-sheng hsien-ching shih-chi hui-pien, ti-i, erh, san chi). Peking: People's Health Press.
- Editorial Board: *Notes on the training of the red worker doctors*. (trial vol.) 紅醫工培訓講義 (試用本). (Hung i-kung p'ei-hsün Chiang-i (shih-yung pen). Shanghai: People's Health Press 1976.
- Honan Chinese Traditional Medical College: *Barefoot doctors, young doctors and students treatise: Method of medical treatment*. 赤脚医生和初學中醫人員參考叢書: 治法與方劑. (Ch'ih-chiao i-sheng he ch'u-hsüeh chung-i jen-yüan ts'an k'ao t'sung-shu: Chih-fa yü fang-chi). Peking: People's Health Press 1977.
- Hopei New Medical College: *Reference book for barefoot doctors and those starting to learn about Chinese medicine: Acupuncture*. 赤脚医生和初學中醫人員參考叢書: 針灸. (Ch'ih-chiao i-sheng he ch'u-hsüeh chung-i jen-yüan ts'an k'ao t'sung-shu: Chen-chiu). Peking: People's Health Press 1975.
- Hopei New Medical College: *Reference book for barefoot doctors: Questions and answers*

surgery of the cervix, obstetric procedures (external and internal version, artificial rupture of the membranes, delivery by application of scalp forceps and suction, episiotomy, delivery by forceps, breech delivery and craniotomy), and techniques of birth control (insertion and removal of intrauterine devices, therapeutic abortion and sterilization). There are also three addenda to this chapter, the first deals with fundamental aspects of radiography (chest, gastrointestinal tract and skeletal system), the second covers certain laboratory investigations (examination of blood, urine, faeces, sputum and cerebrospinal fluid, and liver and kidney function tests), and the third deals with fundamental aspects of ultrasonic investigations.

1.2 List of some of the available books

Barefoot doctors in Chiangchin Commune, Chuansha County, Shanghai; 85 Hospital, P.L.A.; Shanghai First Medical College, Chungshan Hospital: *Pharmacology for barefoot doctors*. 赤脚医生常用藥物. (Ch'ih-chiao i-sheng chang-yung yao-wu). Shanghai: People's Publication 1975.

Barefoot doctors in Chiating County, Shanghai; An-Ting Clinic, Chiating County, Shanghai: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Coughs*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 咳嗽. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: K'e-sou). Shanghai: People's Publication 1975.

Barefoot doctors in Chingpu County, Shanghai; Chongku Community Clinic, Chingpu County, Shanghai; Chingpu People's Hospital, Shanghai: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Fevers*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 發熱 (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: Fa-je). Shanghai: People's Publication 1975.

Barefoot doctors in Fenghsien County; Tai-Jie Community Clinic; Fenghsien People's Hospital medical training class: *Reference book on diagnosis for barefoot doctors: Arthritis*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 關節痛. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: Kuan-chieh t'ung). Shanghai: People's Publication 1976.

Barefoot doctors in Jincho Community Chingpu County, Shanghai; Lian-Tang Clinic, Chingpu County, Shanghai; Chukachau People's Hospital, Chingpu County, Shanghai: *Reference book on diagnosis for barefoot doctor: The acute abdomen*. 赤脚医生 (症狀鑒別診斷) 叢書: 急腹痛. (Ch'ih-chiao i-sheng (cheng-chuang chien-pieh chen-tuan) t'sung-shu: Chi fu-t'ung). Shanghai: People's Publication 1975.

Barefoot doctors in Paoshan County, Shanghai; Seng-sha Community Clinic,

labour and puerperal fever.

Chapter 10 is devoted to gynaecology. The introduction gives the main diagnostic methods used. This is followed by subsections on menstrual disorders, leucorrhoea, prolapse of the uterus, common female genital tumours (carcinoma of the cervix, fibroids and ovarian tumours), sterility and diseases of the breast.

Chapter 11 is concerned with dermatology. The topics discussed are dermatitis (drug, contact, plant and solar dermatitis), eczema, urticaria, neurodermatitis, psoriasis, lichen dermatitis, impetigo, herpes zoster and leprosy.

Chapter 12 deals with eye, ear, nose and throat diseases. Here such subjects as conjunctivitis, trachoma, keratitis, iridocyclitis, glaucoma, visual disturbances, pharyngitis, epistaxis (nasopharyngeal carcinoma), nasal congestion, suppurative discharges from the ear, deafness neural and conduction, dental abscesses, infection of the perioral fascial spaces, oral abscesses and common tumours of the oral cavity are dealt with.

Chapter 13 covers certain aspects of clinical pharmacology: drugs used in first-aid, tranquillizers, antipyretic and anti-inflammatory drugs, coagulants, antitussives, antacids, gastrointestinal sedatives, diuretics, analgesics, for rheumatic pain, tonics, clinical applications of hormones and vitamins.

Chapter 14 is devoted to certain surgical procedures: the establishment of rural operating theatres, antisepsis and sterilization, basic procedures in surgical operations, anaesthesia (preparation of patient; acupuncture, local, spinal and ether anaesthesia), techniques for cleaning wounds, surgical procedures for superficial infections (drainage of infections in the hand, skin and subcutaneous infections, breast abscesses), excision of superficial swellings (sebaceous cysts and benign tumours of the breast), surgery of the eyelid, dental extraction, tracheotomy, appendicectomy, inguinal herniorrhaphy, surgery of the anal region and male reproductive organs (perianal abscesses, anal fissure, anal fistula, treatment of haemorrhoids, phimosis, circumcision and hydrocoele), pleurocentesis, vesical paracentesis, venous cutdown,

diseases. It deals with their method of spread, their prevention and treatment. And this is succeeded by several pages devoted to each of the following: epidemic meningitis, encephalitis type II, influenza, diphtheria, measles, whooping cough, mumps, acute infectious hepatitis, typhoid fever, a variety of conditions caused by flukes, haemorrhagic fever, poliomyelitis, dysentery malaria, and various worm infestations.

Chapter 5 discusses endemic diseases, such as schistosomiasis, Ker mountain disease, suppurative arthritis, endemic goitre, leptospirosis, filariasis, undulant fever and hydatid disease.

Chapter 6 deals with medical and surgical conditions: productive cough, asthma, bronchitis, pneumonia, pulmonary abscess, pulmonary tuberculosis, carcinoma of the lung, a variety of cardiac conditions, hypertension, oedema, nephritis, tuberculosis of the kidney, nephrolithiasis, prostatic hypertrophy, vomiting, various abdominal pains, peptic ulcer carcinoma of the stomach, jaundice, hepatosplenomegaly, ascites, cirrhosis of the liver, liver abscess, carcinoma of the liver, masses in the abdominal cavity, diarrhoea, dysphagia, anaemia, purpura, hyperthyroidism, diabetes mellitus, lymphadenitis, low back pain, rheumatic pain, tuberculosis of certain joints, diseases of the anal region, headache, dizziness, epilepsy, hemiplegia, paraplegia, various types of meningitis, raised intracranial pressure and diagnostic features of psychiatric illnesses.

Chapter 7 is devoted to trauma. This is prefaced by some general considerations. The main part of this section deals with head and eye injuries, faciomaxillary trauma, postcranial skeletal and joint injuries, internal thoracoabdominal trauma and burns.

Chapter 8 is a paediatric section which is concerned with general features of paediatric illnesses, the prevention and treatment of diseases of the newborn, feeding problems, tetanus, pneumonia, rickets and certain congenital diseases of the newborn.

Chapter 9 deals with obstetrics: the physiology of labour, embryonic development, maternal changes during pregnancy, the physiology of parturition, toxæmia of pregnancy, ante- and postpartum haemorrhage, cardiac complications of pregnancy, abnormal

- Wheelright, E.L. & Mcfarlane, B.: *The Chinese road to socialism*. New York: Monthly Review Press 1970.
- Winfield, G.F.: *China: the land and the people*. New York: W. Sloane Ass. 1948.
- Worth, R.M.: "Health in rural China: from village to commune". *American Journal of Hygiene*, **77**: 228, 1963.
- Worth, R.M.: "New China's accomplishments in the control of diseases". In: Wegman, M.E. *et al.* (eds.): *Public health in the People's Republic of China*, Josiah Macy Jr. Foundation, p. 173, 1973.

APPENDIX 1

BAREFOOT DOCTOR LITERATURE

A summary of a textbook for further training of barefoot doctors (Lisowski, 1976) and a list of some of the available books is given below.

1.1 *Summary of a textbook*

Textbook for barefoot doctors: a refresher course (Ch'ih-chiao i-sheng fu-hsün chiao-ts'ai), edited by Kirin Medical College, illustrated, 560 pages. Peking: People's Health Press (1972), cost RMB 1.87.

Chapter 1 deals with the traditional philosophy and ideas of Chinese medicine and with present day knowledge of pathology. The latter covers the basic human tissues, injury and repair, infection, immunity, inflammation, allergy, tumours and metabolic disturbances.

Chapter 2 discusses rural sanitation, the prevention and treatment of various dermatites, chemical and drug poisons (which are used in the country), dust control, the prevention and treatment of silicosis, heat-stroke and exposure to cold. It also deals with the hygiene of workers in small regional factories; e.g. those manufacturing farm tools, coal mines, brick factories, and food processing plants.

Chapter 3 covers certain emergencies, such as pyrexia, unconsciousness, various types of shock, respiratory distress, haemoptysis, haematemesis, melaena, septicaemia and acute urinary retention. A few acute abdominal conditions are also discussed: acute peritonitis, appendicitis, ascaris in the bile duct, cholecystitis, acute pancreatitis and acute intestinal obstruction.

Chapter 4 concerns itself with common infections and parasitic

- Orleans, L.A.: "Education and scientific manpower". In: Gould, S.H. (ed.): *Sciences in communist China*, Publ. No. 68, American Association for the Advancement of Science, Washington D.C. 1961.
- Orleans, L.A.: "Propheteering: the population of communist China". *Current Scene*, 7(24): 13, 1969.
- Orleans, L.A.: "Population dynamics". In: Quinn, J.R. (ed.): *Medicine and public health in the People's Republic of China*. Washington D.C. 1972.
- Orleans, L.A.: "China's population, some confirmations and estimates". *Current Scene*, 12(12): 12, 1974.
- Orleans, L.A.: "China's birth rate, death rate, and population growth: another perspective". *Report prepared for the Committee on International Relations U.S. House of Representatives* by the Research Service, Library of Congress. p. 31. Washington D.C. 1977.
- Pickowicz, P.G.: "Barefoot doctors in China: people, politics and paramedicine". *Eastern Horizon*, 11: 25, 1972.
- Rifkin, S.B.: "Health care for rural areas". In: Quinn, J.R. (ed.): *Medicine and public health in the People's Republic of China*, Washington D.C., p. 141, 1973.
- Salaff, J.W.: "Mortality decline in the People's Republic of China and the United States". *Population Studies*, 27: 551, 1973.
- Selden, M.: *The Yen'an way in revolutionary China*. Cambridge: Harvard University Press 1971.
- Sidel, R.: *Families of Fengsheng: urban life in China*. Harmondsworth: Penguin 1974.
- Sidel, V.W.: "Medical personnel and their training". In: *Medicine and public health in the People's Republic of China*. Quinn, J.R. (ed.). Washington D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Publication No. (NIH) 63-67, 1973.
- Sidel, V.W. & Sidel, R.: *Serve the people, observations on medicine in the People's Republic of China*. Boston: Beacon Press 1974.
- Snow, E.: *Red China today: the other side of the river*. Harmondsworth: Penguin 1970.
- Sze, S.M.: "China's health problems". Chinese Medical Association 1943. Cited in: Sidel, V.W. & Sidel, R.: *Serve the people, observations on medicine in the People's Republic of China*, Boston: Beacon Press 1974.
- United Nations: *Population and vital statistics* (ST/ESA/STAT/SER/a/107) January 1974.
- Unschuld, P.U.: "The social organization and ecology of medical practice in Taiwan". In: *Asian medical systems: a comparative study*, Leslie, C. (ed.). Berkeley: University of California Press 1976.

- Haas, J.H. de & Haas-Posthuma, J.H. e: "Sociomedical achievements in the People's Republic of China". *International Journal of Health*, 3(2): 275, 1973.
- Han, Suyin: "How China tackles cancer". *Eastern Horizon*, 13(6): 6, 1974.
- Heller, P.S.: "The strategy of health-sector planning". In: *Public health in the People's Republic of China*. Wegmann, M.E., Lin, T.Y. and Purcell, E.F. (eds). New York: Josiah Macy Foundation 1973.
- Hinton, W.: *Fanshen: a documentary of revolution in a Chinese village*. New York: Monthly Review Press. 1966.
- Horn, J.S.: *Away with all pests.....: an English surgeon in People's China*. London: Hamlyn. 1969.
- Kleinmann, A.M.: "The background and development of public health in China: an exploratory essay". In: *Public health in the People's Republic of China*. Wegman, M.E., Lin, T.Y. and Purcell, E.F. (eds). New York: Josiah Macy Foundation. 1973.
- Lampton, D.M.: *The politics of medicine in China: the policy process, 1949—1977*. Folkestone: Dawson 1977.
- Lisowski, F.P.: "The barefoot doctor". *Eastern Horizon*, 25(1): 20, 1976.
- Macgraith, B.: "The Chinese are 'liquidating' their disease problem". *New Scientist*, December 5, p. 19, 1957.
- Mao Tsetung: "Be concerned with the well-being of the masses, pay attention to methods of work". *Selected works of Mao Tsetung*. Vol. 1, p. 147. Peking: Foreign Languages Press 1965a.
- Mao Tsetung: "In memory of Norman Bethune". *Selected works of Mao Tsetung*. Vol. 2, p. 337, Peking: Foreign Languages Press 1965b.
- Mao Tsetung: "The united front in cultural work". *Selected works of Mao Tsetung*. Vol. 3, p. 187. Peking: Foreign Languages Press 1965c.
- Mao Tsetung: "Instructions on public health work: a talk given to medical personnel on June 26, 1965". Translated in *Current Background* No. 892, p. 24, October 21, 1969.
- Maxwell, N.: "Learning from Tachai: the role of the exemplar in China's rural development". *World Development*, 3(7): 473, 1975.
- Mellander, O.: "Health services and medical education in China". In *Human rights in health*, Ciba Foundation Symposium 23(New Series): 154, 1974.
- Ministry of Public Health, Writing Group: "1,800,000 barefoot doctors in China's rural areas". *NCNA-English*, Peking, June 26, 1977.
- Myrdal, I.: *Report from a Chinese village*. London: Heinemann. 1965.
- Nee, V.: *The cultural revolution at Peking University*. New York: Monthly Review Press 1969.
- New, P.K.M.: "Barefoot doctors and health care in China". *Eastern Horizon*, 13(3): 7, 1974.

- Abel-Smith, B.: *Value for money in health services*. London: Heinemann 1976.
- Allan, T. and Gordon, S.: *The scalpel, the sword: the story of Dr. Norman Bethune*. Leipzig: Paul List (1956).
- Chabot, H.T.J.: "The Chinese system of health care". Supplement, *Tropical and Geographical Medicine*, **28**: 87, 1976.
- Chang, T.K.: "The development of hospital services in China". *Chinese Medical Journal*, **84**: 412, 1965.
- Chen, W.Y.: "Medicine and public health". *China Quarterly*, No. 6, p. 153, 1961.
- Cheng, F., Deputy President of the Chinese Medical College, Shenyang, at a briefing during a visit to the college in July, 1978.
- Cheng, T.H.: "Schistosomiasis in mainland China: a review of research and control programmes since 1949". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, **20**(1): 26, 1971.
- Chiao, C.M.: *Rural population and vital statistics for selected areas of China 1929—1931*. Shanghai: Bureau of Foreign Trade, Ministry of Industry. 1934.
- Chien, H.C.: "Prelude to the great march of orienting health work towards the rural areas, some questions concerning the work of the rural medical teams". *Chinese Medical Journal*, **85**(4): 209, 1966.
- China's Medicine: "The orientation of the revolution in medical education as seen in the growth of 'barefoot doctors': report of an investigation from Shanghai". *China's Medicine*, **10**: 574, 1968.
- Chinese Medical Journal: "News and notes". *Chinese Medical Journal*, NS, **1**: 466, 1975.
- Croizier, R.C.: *Traditional medicine in modern China*. Cambridge: Harvard University Press. 1968.
- Chu, L. and Tien, C.Y.: *Inside a people's commune: report from Chiliying*. Peking: Foreign Languages Press. 1974.
- Daubier, J.: *History of the Chinese cultural revolution*. New York: Vintage. 1974.
- Djerassi, C.: "Some observations on current fertility control in China". *China Quarterly*, **57**: 40, 1974.
- Editorial Board: *A summary of the pioneer work of barefoot doctors*. Vol. 1, 1974, vols. 2 and 3, 1975. Peking: People's Health Press, 1974—1975. (See under list of some of the available books).
- Elliott, K.: "Meeting world health needs: the doctor and the medical auxiliary". *World Hospitals* (Oxford). p. 94, July 1973a.
- Elliott, K.: "Doctor substitutes". *Health and Social Service Journal* (London). p. 1, July 7, 1973b.
- Faundes, A. & Luukainen, T.: "Health and family planning services in the Chinese People's Republic". *Studies of Family Planning*, **3**(7): 165, supplement. 1972.

liberate themselves from their own short-sightedness, futility and self-interest.

What one sees in China is an evolving health care delivery system. There is a step-by-step progress, often based on painful experience, but experience which ultimately benefits the whole population. One sees transitional phases in this evolution. The institutions, the medical programmes, the training of health workers are all constantly undergoing changes in order to adapt to the changing circumstances in which they have to operate. Western observers far too often consider a change as a permanent fixture—they do not realise that what they see is a transient phase in a developing spectrum of health care. As China advances agriculturally, industrially and economically so also the health care delivery system will advance.

Acknowledgements

I am very much indebted to the Academia Sinica who made it possible to visit China in the spring of 1973; to China International Travel Service for making the arrangements to visit China in 1977 and 1978; and to the many colleagues in China my sincere thanks for their help, warmth and generosity. I am thankful to Mr. L.Y. Wang for interpreting on so many occasions and helping me to collect the more recent literature on barefoot doctors. It is with pleasure that I record my gratitude to Dr. J.P. Plummer for her interest, critical comments and suggestions during the development of the paper. My thanks are also due to Mr. S.W. Kung and Mr. K.S. Lee for the tables and figures and to Miss A. Kwan and Mrs. P. Hui for typing the various drafts.

REFERENCES

- A barefoot doctor's manual.* An American translation of a Chinese paramedical manual: *Hunan chung i yao yen chiu so: Ko wei hui.* Reprint of the 1974 ed. published by U.S. Department of Health, Education and Welfare; Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda. Series: DHEW, Publications No: (NIH) 75-695, Philadelphia: Running Press 1977.
- Abel-Smith, B.: Statement quoted in *New Statesman*, September, 1, 1967.

schuld (1976) believes that they will become superfluous at some time in the future. However, the acceptance of the barefoot doctors by the people and the popularity they enjoy shows the profound value of the system and the unlikelihood of their disappearance from China's health scene. Indeed the experience of China is also relevant to the technologically developed countries where their various national health systems are becoming increasingly topheavy, over expensive and inadequate due to wrong emphases and medical manpower shortages. The distribution of medical manpower is a worldwide problem. Many countries are now providing substitutes for physicians, seven auxiliary health workers can be trained for the same amount of money as one medical doctor and much more quickly (Elliott, 1973 b). In this respect China has been the forerunner, with barefoot doctors providing primary care, prevention and health education. Western countries are becoming active in this field, thus America has training schemes for medical care auxiliaries. Similarly the World Health Organisation is also propagating the idea, both in developing and developed countries.

Certain Western critics have said that the training of barefoot doctors is lowering medical standards, that they are not really doctors at all, that it would be dangerous to permit them to work independently, and so forth. I consider that such viewpoints are quite unrealistic. The alternative, to put it bluntly, is between an indefinite period of medical poverty with all its attendant evils and misery, or breaking new ground and giving the country some basic form of community medicine and thereby benefiting the whole population. Whatever shortcomings there are in their training, whatever gaps in their knowledge, can be made good in the course of time. Their advantages are real and permanent. They have a place in the future and occupy one of the key positions in the health care framework. The barefoot doctor works in the rural areas because he belongs there. He is not separated from the peasants he serves, because he himself remains a peasant. He is the one who gets his people working together. He helps his people as individuals and as a community,

Table 5. Vital Statistics: China, India and England (about 1972)

	Population (millions)	Crude Death Rate (per 1,000)	Crude Birth Rate (per 1,000)	Infant Mortality Rate (per 1,000)
China	828 (a)	14 (a)	30 (a)	17—20 (b)
India (c)	563	16.7	42.8	139
England (c)	56	12.1	15	17.5

Based on: (a) Orleans (1977), (b) Faundes and Luukainen (1972),
(c) United Nations Population and Vital Statistics (1974).

Table 6. Comparison of Health Services in China with Other Developing Countries.

Health service	Developing country under Western influence	China
Priority for prevention in	Poor	Good
Priority for rural areas of	Poor	Good
Availability of	Limited	General
Technological level of	Good	Good
Unit cost	Often undefined	Very low
Coherence	Poor with separate pro- jects	Good
People's level of confi- dence in	Poor	Good
Attitude of health worker to consumer	Technical superiority	"Learn from each other"
Administration of	Centralized	Decentralized
International assistance	Considerable	None
Primary health care	Less than 20% coverage	High coverage
Front-line health person- nel	Doctors and nurses	Barefoot doctors

Adapted from Mellander (1974).

progressed in a short time. When considering these achievements it is also worthwhile comparing the health care delivery in China with developing countries in general. Table 6, adapted from Mellander (1974), presents a graphic picture of the situation. Again it has to be emphasized that at the grass-roots level the barefoot doctor plays a key-role.

While recognising the importance of the barefoot doctors, Un-

physicians are located in the urban centres (Elliott, 1973 a). The method of improving health without making impossible demands on scarce economic resources is insufficiently understood. The efficacy of the method used in China has been demonstrated. The key lies in simple village services provided by people drawn from the village and given suitable training to cope with the local needs.

In the ordering of priorities trained men and women come before bricks and mortar, and multitudes of competent auxiliaries before a multiplicity of specialists. The provision of training facilities for auxiliaries comes before all else. Here one of the main tasks of a doctor must be to act as a teacher, organiser, supervisor and consultant to a team of auxiliaries. Careful consideration should be given to the statement by Abel-Smith (1967) that in developing countries a doctor costs three times and in some cases ten times more than an auxiliary. Moreover, doctors are drawn from a limited pool of well-educated personnel. One wants to know what would be the effect on the health of the people of replacing three doctors with one doctor supervising three medical assistants, who in turn supervise ten auxiliaries. One needs to know precisely the type of case an auxiliary fails to diagnose correctly which a doctor would recognize, but one also wants to know whether the doctor, if he correctly diagnosed what the auxiliary could not diagnose, would be able to do anything about curing those types of illness.

It does not require five or more years of expensive university education to absorb and teach hygiene or start the battle against parasitic diseases with such weapons as are known to be effective. Nor does it require the equipment of a major hospital. What is required is a leadership which will secure population cooperation. This only emphasizes the fact that health is an integral part of socio-economic development. It is part of what people can do for themselves (Abel-Smith, 1976).

In this connection comparative data is presented for India, another heavily populated and developing country, and for England, an affluent country (Table 5). These figures illustrate how far China has

quisite for the economic advance of the country, for the development of a modern industry and agriculture.

Two major forces seem to provide positive reinforcement of the conduct of the health programme in China: first, it is imbedded in the whole framework of the organization of China and intermeshed with all aspects of political, economic, social and cultural life; second, the contrast between the past (preliberation) and the present (postliberation) conditions serves as a constant reminder to motivate the people for such change. Furthermore the provision of a sound health service yields political benefits by creating a greater sense of social cohesion (Abel-Smith, 1976). A health service which treats all alike reduces tension and helps to promote national unity. Equal access to services for the sick provides some compensation for inequalities elsewhere in society. Health services can bring tangible benefits to the rural population which cannot be rapidly demonstrated in other sectors of development.

Because of different basic assumptions the entire medical service in China is regarded as a part of a total system whereas in the Western tradition it is only technical and social. The result is that in the West the medical system works for the patient not with the patient whose role is assumed to be completely passive. In China, the patients are educated to cooperate with the service, they are given a key role in the promotion of their health and their recovery from disease.

The experience of China has also a relevance for other countries, and in particular for the so-called developing countries. This does not mean her experience should be copied slavishly and transferred *en bloc* from one environment to another very different one. But there are certain principles and guidelines which can be adapted to suit the widely varying local conditions. Two-thirds of the world's people live in developing countries. Their medical care under these circumstances is thus of the greatest importance from the global point of view—it is health care for the majority of mankind. In developing countries 80 per cent of the people live in rural areas while 80 per cent of the

Table 4. Estimated Number of Health Workers.

Health Worker	Year	Number	Population per Health Worker
Western doctors	1966(a)	150,000	4,833
Dentists	1966(a)	30,000	24,167
Pharmacists	1966(a)	20,000	36,250
Traditional doctors	1966(a)	500,000	1,450
Public Health Workers and Midwives	1977(b)	4.2 million	202.4
Barefoot doctors	1977(b)	1.8 million	472.2

Based on: A population of 725 million (1966) and a population of 850 million (1977). (a) Sidel (1974), (b) Ministry of Public Health, Peking (1977).

rate, which is generally looked upon as an index of economic and political stability and as a yardstick of the level of medical care provided for mother and child.

The medical manpower situation has also changed significantly, with at least some form of health care in even the remotest parts of the vast territory (Table 4). At the same time there is continuing improvement in the quality of the personnel.

We can see that China has made optimal use of scarce medical resources. The authorities place a heavy reliance on ordinary people for decisionmaking (Chabot, 1976). The advantage of this approach is that the pace of development is at all stages linked with the capacity of the people concerned. As Maxwell (1975) said: "From the modest beginnings suited to the meagreness of the peasant capacities, development expanded and grew in complexity in step with their abilities and vision". Their self-reliance in the process of development meant that the Chinese were not in any way influenced or advised by outside experts, they simply had to work with what they had available. There is no doubt that in spite of all difficulties and problems that had to be overcome, tremendous gains have been made in the delivery of health care in China. And this is where the barefoot doctor system has made its contribution, a contribution that is also improving qualitatively. A healthy population is a prere-

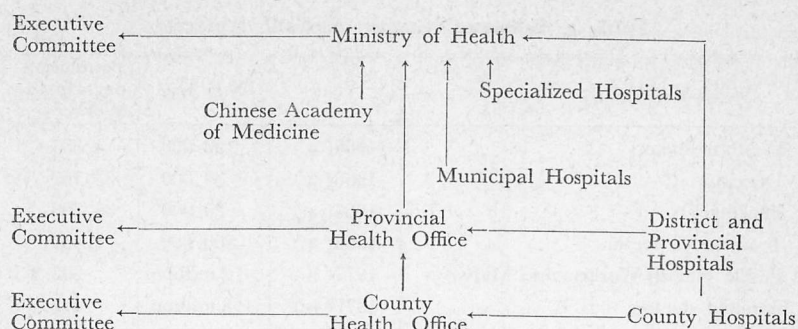


Fig 3. Organization of Health Care in China

Table 3. Trends in Vital Statistics 1949—1980.

	1949	1955	1965	1972	1980
Population (millions)	540(a)	601(f)	732(f)	828(f)	934(f)
Crude death rate (per 1,000)	30(b)	20(f)	16(f)	14(f)	9(f)
Crude birth rate (per 1,000)	40(b)	42(f)	35(f)	30(f)	22(f)
Infant mortality rate (per 1,000)	200(a)	40—74(d)	25(c)	17—20(e)	—

Based on: (a) Orleans (1974), (b) Orleans (1969), (c) de Haas and de Haas-Posthuma (1973), (d) Salaff (1973), (e) Faundes and Luukainen (1972), (f) Orleans (1977).

change in disease patterns, they are suggestive of profound improvements in the health of the Chinese people (Table 3). Many diseases have been eliminated while the incidence of many others has been greatly reduced.

Malnutrition is observed nowhere. The death rate has dropped steadily. The birth rate initially went up and then dropped quite rapidly, being lowest in the urban areas (Sidel, 1974; Djerassi, 1974). It is clear that China is achieving remarkable results in family planning—a reduction in the birth rate to two per cent a year. In this connection it has to be noted that the grain production is rising by four per cent per annum.

Most impressive, however, is the steep fall in the infant mortality

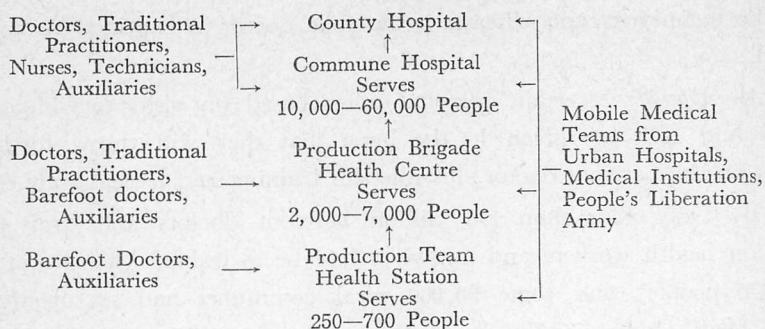


Fig 1. Rural Health Care

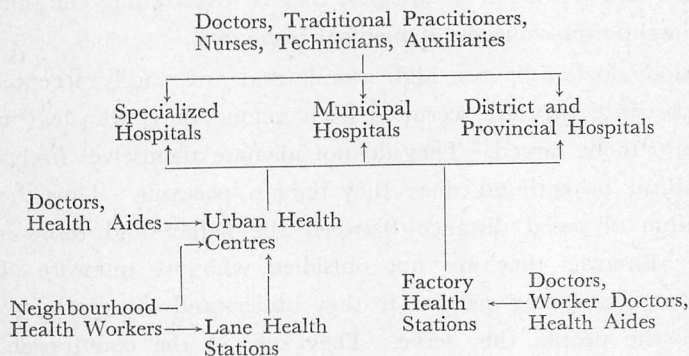


Fig 2. Urban Health Care

There is now a well organized health care structure for both the rural and urban areas (Figs. 1 and 2). This parallels the state organization (Fig. 3) at each level down to the commune and neighbourhood where formal government control ceases. Below this level the production brigades and production teams, as well as the residence and lane committees, have considerable scope for local initiative and implementation of policies within the general directives. This means that there is a large amount of flexibility in the solution of local problems and at the same time it also gives a good deal of responsibility to the local communities.

The changes that have occurred in vital statistics are of real significance, but when combined with the reduction in morbidity and

of the techniques and diseases a barefoot doctor is expected to cope with.

In *Appendix 2* certain personal notes based on visits to China in 1977 and 1978 are given in the hope that they will throw further light on the barefoot doctor, his role, his training and his environment.

By 1977 more than 1.8 million barefoot doctors and over 4.2 million health workers and midwives had been trained (a ratio of c. 1 : 470 people) and some 50,000 rural communes had set up their own health centres (Ministry of Public Health, 1977). As a result a basic health care network has been set up in the countryside for both prevention and treatment of diseases, thereby overcoming the previous chronic manpower shortage of medical personnel.

Barefoot doctors have a high morale and are readily accepted by the people since they are recruited from among those who live in the community to be served. They do not alienate themselves from their socio-cultural background since they remain peasants. Thus there is a minimum of social distance between the helper and those to be helped. Moreover they are not outsiders who are unaware of the local scene, but being part of it they understand the everyday problems of the people they serve. They stay in the countryside, for that is their home. Their patients are their neighbours, co-workers, and relatives, and their work gives them immense satisfaction. They are aware that they are helping to build their country and make it a better place to live in. The barefoot doctor is accountable, there is a constant possibility of criticism and this is accepted as a step towards public accountability. By this method of criticism and self-criticism people are urged to learn from their mistakes and improve their work performance against the background of collective goals (New, 1974).

The Emerging Situation and its Implications

The barefoot doctor system has undoubtedly made a major contribution to the improvement of the health situation in China. From the foregoing certain facts emerge.

of the barefoot doctor is backed up by his commune and county hospital and by the mobile medical team that visits his area. And referral to a higher-level hospital and consultation are readily available.

Upward mobility through the health professions is built into the auxiliary medical system, thus the barefoot doctor or the nurse can enter a medical school to study a full course of medicine, and in fact they are often given priority.

Of course the above is only a general outline of the overall training which varies from place to place in points of detail. But wherever the barefoot doctor trains or continues with his studies, there is this underlying pattern of medical education.

A whole variety of books, booklets, pamphlets and even journals has been written at the local, county, provincial and national levels for the training and continuing health education of barefoot doctors, worker doctors, red medical workers and others. These publications have been designed to cater for all levels, different geographic regions and localities. Mention of some of these has already been made by Pickowicz (1973) and Sidel (1974). In *Appendix 1* a summary of the contents of one textbook for further training of barefoot doctors is given. This work, *Textbook for barefoot doctors: a refresher course (Ch'ih-chiao i-sheng fu-hsun chiao-ts'ai)*, was produced by Kirin Medical College in 1972. Another, *A barefoot doctor's manual* (1977), was produced in Hunan Province in 1970 and lists 197 diseases occurring in that province. This was subsequently translated and printed in America in 1974.

Among the many books (*Appendix 1*) there are two large ones, one of which was produced for northern China and the other for the southern part, each of nearly 1,500 pages. Another work consisting of ten volumes is set out in the form of questions and answers covering a wide range of subjects. Other books for barefoot doctors deal with special subjects such as modern pharmacology, herbal medicine, acupuncture, sanitation, toxicity of agricultural crop and other sprays, surgical procedures, military and emergency problems, rural and urban accident, and so forth. A study of the literature gives an indication

and continued to expand. The various back-up services increased. And since a basic quantitative supply of medical manpower at most levels had been achieved, the authorities started a move for a qualitative improvement of health care personnel. In fact the Ministry of Public Health pointed out in 1977 that at the National Health Work Conference of 1973, Chairman Huo Kuofeng stated that it was necessary to raise the political and vocational levels of the barefoot doctors, and that attention must be paid to the word "barefoot" to insure that they are not doctors divorced from productive labour. The number of medical students also rose rapidly and their curriculum lengthened from three-and-a-half to five years. The emphasis in examinations in the various courses changed to ensure a proper standard at each level. Specialist courses were increased and lengthened. The courses for barefoot doctors, worker doctors, red medical workers, etc., were improved and became more uniform, though they retain their local variation owing to the different disease patterns. In fact education in all spheres was reformed, but it was not, as some people have claimed, a reversion to the former "mandarin" type.

Certain earlier improved courses for barefoot doctors have been pursued since 1976 and have become more widespread. There now appear to be two types. In the first, at the commune level, the trainees are generally sent to the commune hospital where they study theory for two months and then do practical work for a further three months. After that they return to their brigade or production team to be guided for at least one year by more experienced barefoot doctors. In the second type, at the district level, they are sent to special schools for a one-year course and then return to their own village. However, the continuation training is the same for both, namely two months are spent every year at either the commune hospital or the district, county, or city hospital, the most important part of the training being the continuing work of the barefoot doctor with regularly trained doctors in the local or central hospital. As in all medical education, formal education is seen as a beginning, rather than an end to a training which should last a lifetime. The service

foot doctors could tackle any medical condition and any call for further training would denigrate this "newborn thing". This led to overconfidence, and some medical auxiliaries looked down upon the medical personnel trained before the Cultural Revolution refusing to take their advice. False claims were made about spectacular cures. This was the very negation of the role of the barefoot doctor and resulted in their partial isolation and their getting a bad image which detracted from their intrinsic value. In the controversy "red" versus "expert" the "gang of four" overemphasized the former and ignored Chairman Mao's call for people to be both "red *and* expert". With all this went an anti-academic trend that led to a reduction in the quality of medical school training at a time when renewed efforts were needed for the production of more well trained clinicians for the rural centres in particular, and also the urban areas. Many clinicians had been sent to remote parts of the country where their skills were wasted rather than being sent to health care centres from which they could have operated properly. Vital research was also neglected. Administrative bureaucracy interfered with the health care programme. The older generation of cadres and skilled medical personnel were denigrated, expertise and specialisation were decried and denounced. This seriously interfered with the balanced expansion that should have occurred on all health fronts at that crucial stage. This only began to be rectified after the eclipse of the "gang of four" in the autumn of 1976. At the same time Chairman Mao's call for people to be both "red *and* expert" was repeated. (This paragraph results from lengthy discussions during visits to various parts of China in 1977 and 1978.)

D. 1976 to 1978

With the renewed countrywide call for the promotion of the "four modernizations: agriculture industry, defence, and science and technology" at the end of 1976, a further drive was initiated on the whole health care front. At the grass roots level the barefoot doctor system (rural and urban) and the mobile medical teams were consolidated

neighbourhood clean and ensuring proper sanitation. In addition minor ailments are treated. The medical worker can also be seen in her home should the health station be closed. Once a week she gets together with others in the health station for lectures and an exchange of experience, and each day a short period is spent on reviewing their medical activities. Biweekly or monthly there are meetings of all the red medical workers of the neighbourhood. The red medical workers received no pay in the early years of their establishment, but now they receive a modest amount which comes in part from small payments made by patients visiting the health station, in part from the collective income from neighbourhood factories and in part from home industries. The fee paid is never more than 10 cents and usually far less.

The rural or urban *midwife* rather resembles the barefoot doctor in training, but is invariably a woman (Lisowski, 1976). She provides prenatal care, performs the delivery and takes care of the mother and child postnatally. She is also responsible for health education, in particular providing education in and propagating the use of family planning methods. Women barefoot doctors and worker doctors also learn the elements of midwifery.

Although the momentum of barefoot doctor training was progressing well and their skills qualitatively improving, contradictions of a sociopolitical nature manifested themselves in health care during the later part of this period, particularly from 1974 to 1976. It is considered that the "gang of four" were responsible for this. The Cultural Revolution had highlighted the relevance of the mobile medical teams and brought about the barefoot doctor system, which without a doubt, was a major achievement. However, in certain quarters the barefoot doctor was heralded as someone who could displace the modern doctor, and who could cope with any medical situation. Pressures of a political nature increased to the extent that the barefoot doctor attempted forms of treatment for which he had not been trained when he ought to have referred the patient to more skilled medical personnel. The "gang of four" proclaimed that bare-

work allows him to do so. At his place of work he has the responsibility of looking after 35 to 50 workers. The major part of his health work is spent on health education and preventive medicine (including in some cases safety work, though this may be the duty of a special safety officer). His educational work includes teaching his fellow workers the early recognition and prevention of certain diseases. Among his preventive measures he has to make certain that the workers around him are up-to-date in their immunizations, and he has to attempt to limit the spread of infections. He treats such common illnesses as for example, headache, backache, sprains, common cold, gastroenteritis, and other maladies. He also deals with first aid and helps in emergencies. Like the barefoot doctor, the worker doctor has to realise the limits of his capabilities. His income is that of an urban worker and depends on the factory or workshop he works in.

Another category of health personnel is the *red medical worker*, usually a housewife who has been given formal training for about one month in a neighbourhood or district hospital and then, similar to the barefoot and worker doctor, continues with on-the-job training under the supervision of a visiting nurse or physician (Lisowski, 1976). She learns medical history taking, physical examination techniques, the use of Western and traditional medications, and preventive measures such as sanitation, immunization and family planning. She comes from, and lives in, the area that her lane health station serves and works closely with the doctor and/or nurse assigned to the station. Her major work involves prevention. The medical worker is responsible for health education and the dissemination of family planning information. She records the menstrual periods of all the married women, their method of contraception, the number of living children they have and their desire or otherwise to have more. She also registers the pregnancies, births and immunizations of each of the children under the care of the lane* health station. She takes part in the mobilization of the people for health campaigns, keeping the

* The lane is a subunit of the neighbourhood organization (see Appendix 2).

rural healthwork together with the full-time medical workers.

During the early part of the 1970s areas such as the mountainous Puchiang County of Chekiang Province began raising the preventive and medical skills of their barefoot doctors by organizing special continuation classes covering both traditional Chinese and Western medicine. Other measures taken by this County towards this end include internship periods in hospitals, visits to local villages together with the mobile medical units, and joint consultations on difficult cases with local and visiting medical staff (Chinese Medical Journal, 1975).

These various barefoot doctor training schemes also apply to the many different national minorities in China. In addition to having their own full-time medical doctors the people of the Yi nationality in Liangshan Yi Autonomous Prefecture of Szechwan Province had trained some 1,800 barefoot doctors by 1974 (Chinese Medical Journal, 1975). At the same time, while preventing and treating diseases, they spread knowledge of hygiene among the people. During the various health campaigns they also broke down superstitions and encouraged people to change old habits and customs that affected the health of the community and of the individual.

Barefoot doctors at the production team level also help to train *health workers* who work full-time in agriculture and act as assistants to the former. Their training takes place in the brigade clinic where they spend four days per month under the supervision of barefoot doctors and visiting health professionals from the commune.

Having considered the barefoot doctor in the countryside, one also has to take note of his urban counterpart, the *worker doctor*, who provides the basic health care in some urban factories and workshops while continuing with productive work there (Lisowski, 1976). His formal training in 1973 was about two months and has now been increased to six months or more and is similar to that of the barefoot doctor. Continuing on-the-job medical supervision and training is considered important, thus he may spend an entire day every two weeks in the health clinic of his factory or even an entire week if his

other parts of China, in addition to their medical work they also engaged in agricultural labour. They were deeply interested in the welfare of their community and in raising the productivity of their brigade.

As a result of the rapid expansion of the barefoot doctor scheme, together with the expanding referral facilities and the back-up of the mobile medical teams, an effective basic health network was provided. Due to this achievement the training of barefoot doctors and other medical auxiliaries was extended and improved, thus raising the quality of health care.

In 1974 and 1975 one-year barefoot doctor schools started to develop. Some of the earliest were in Honan Province where the first 20,000 students completed their course in 1975 and on returning to their production brigades, the second intake of 20,000 students was enrolled (Chinese Medical Journal, 1975). These schools were a new development and were there to serve the rural areas. They were (and indeed still are) run by leading members of the county health bureaus and staffed by teachers who include doctors from county and commune hospitals, experienced barefoot doctors and traditional practitioners. Emphasis in education is placed on the needs of the peasants, and on local medical and health conditions. The content of the earlier course was expanded and, throughout, theory integrated with practice and Western medicine with traditional Chinese treatment. The students are taught basic medical sciences, the prevention, diagnosis and the treatment of diseases commonly encountered in their particular locality. Then they go with their teachers to the rural and mountainous areas for on-the-job training in prevention and treatment and also to collect medicinal herbs. After this period of practical education they return to their schools for further theoretical study. In addition the students learn about politics and military affairs. On completion of their one-year training they are able to take preventive measures and to treat common diseases and to diagnose more serious cases for referral. The graduates return to their communes where they continue with their original agricultural work and at the same time engage in

to examine contaminated water, and to identify the eggs of worm parasites in excreta. They are taught how to treat night soil, how to make drinking water safe, how to sterilize instruments and how to give injections. They learn how infectious diseases are spread and how to diagnose the common ones. They accompany their medical teachers on their rounds and are taught how to take a medical history, how to diagnose common diseases, particularly those occurring in their locality, and how to detect the signs of serious illness. They examine patients who come to the clinic and discuss their findings with their teachers. They learn the use and dosage of some 50 to 75 drugs, and they are taught the techniques of acupuncture, about 50 to 100 acupuncture points, and the symptom complexes which they control. Each trainee is issued with a textbook specially written for the barefoot doctor.

A most important part of the training is considered to be the continuing work-study by the barefoot doctor in the commune hospital and health centre under the supervision of more highly qualified medical personnel. The nature of this continuing training varies from spending one month per year or one day a week to as little as one day per month at one or other of these centres. Urban doctors serve by rotation in the rural areas and thus provide medical care, and help in the further education of barefoot doctors.

In 1973, on my visit to the Hsin Hua Commune outside Kwangchow which consisted of about 65,000 people, I saw their small but efficient hospital which had trained some 125 barefoot doctors for their brigades and 360 for their production teams. During the tour I visited the brigade health station and met a young man and woman who were enthusiastic barefoot doctors. The former had been sent by the commune to an agricultural college for three years where he also trained as a barefoot doctor. On his return he was given the job of looking after the health station. The young woman had been sent to the hospital in their commune for a four-month-period of training. Both barefoot doctors regularly returned to this hospital for their continuation training and for refresher courses. However, as in

production team level virtually all prescriptions are for traditional herbs (Heller, 1973). Quite apart from the fact that herbal remedies are more economic, barefoot doctors realise their limitations as regards modern pharmacological drugs and the dangers of their side effects and therefore prefer the safer remedies.

One of the principal tenets of the barefoot doctor is that he should not divorce himself from productive labour, the people, or from practice. He has to be skilful and use his initiative, yet know the limits of his capabilities. While there are few overt restrictions placed on him there are definite limitations on what he is allowed to do and the conditions he is permitted to treat.

Barefoot doctors are usually people of poor and lower-middle peasant origins, though a few also come from an upper-middle or even rich peasant background. They have been selected by and from their fellow peasants and confirmed by the Party branch, and are chosen for their intelligence, educational level (most have completed junior middle school), keenness to become doctors, and their high degree of social consciousness and unselfish attitude (Chu and Tien, 1974). On occasion educated youth sent to the countryside have been amongst those selected by the peasants for training as barefoot doctors.

The pattern of education of the barefoot doctors has varied from place to place in China. In general, in the early stages they had a three- to six-month period of training, either in the commune or county hospital or at an agricultural college, or even in a medical college. This was followed by a variable period of on-the-job training under supervision. There is little emphasis on a specific duration or types of training, but rather on the skills that the trained can demonstrate in a particular situation.

The training is evenly divided between theoretical and practical work. For the first three weeks the trainees study anatomy and physiology and dissect domestic animals such as pigs. This is followed by basic courses on bacteriology and pathology for half the day and the other half is devoted to hygiene and clinical medicine. They learn

against snails, cockroaches, flies and other pests are his responsibility. And he has also to organize the spraying of homes with insecticides.

The mobilization of barefoot doctors together with enormous numbers of people for specific tasks is organized at the brigade, commune, district or county level. In these tasks the barefoot doctors may play a minor or major role. Some of these mobilizations concern: dredging and building vast irrigation schemes, sewerage systems, nightsoil conservation tanks, regular campaigns (the Patriotic Health Campaigns) twice a year against various pests, weekly street cleaning and other work. In all these campaigns the local people are actively engaged—this is not something that is done by an outside group on a passive population.

In the propagation of family planning extensive use is made of women barefoot doctors and midwives through the network of rural health centres and hospitals which include family planning in their health care. Antenatal care is also one of their tasks.

The barefoot doctor gives first aid and is readily available for medical emergencies since he often works in the fields with his potential or actual patients and also lives among them. He is skilled in the diagnosis and treatment of minor and common illnesses and refers cases when necessary. He also undertakes home visits and where necessary delivers the medicines to the patients. He is sufficiently knowledgeable in aspects of basic medical care and the conduct of post-illness follow-up. Those I met had an amazing knowledge of the nature of the medications they used, their indications and contraindications, and the kind of adverse reactions that should be watched for. The medical bag, a reflection of the nature of the work, contains medications ranging from traditional herbs to drugs such as aspirin, antacids, penicillin, chlorpromazine, etc. It also contains items such as gentian violet, surgical spirit, bandages, clinical thermometers, forceps, syringes and surgical and acupuncture needles (Horn, 1969).

The collection of Chinese herbs and preparation of traditional medicines is another activity of the barefoot doctor. At the brigade level, 85 per cent of prescriptions are for herbal drugs and at the

are separated from the people among whom they work. The barefoot doctor, on the other hand, is primarily a peasant who on the average spends a third to a half of his time doing agricultural work. At times of planting and of harvest, nearly all his time is spent in farm work. During periods of slackness more time is spent on the health needs of his production brigade, particularly in the areas of environmental control and preventive medicine. His income is that of an agricultural worker and depends on the total income of his commune and the number of work points that he collects.

The duties of the barefoot doctor vary from region to region and from commune to commune, but on the whole they are rather similar. He has three important tasks, the educative, the preventive and the curative.

The barefoot doctor has to give health education, including making people aware of their own inappropriate situation so that they start to shape their own environment. He has to engage in preventive medicine and to keep records up to date. Great emphasis is placed on health care for infants and children. Immunization, which is compulsory, is an important responsibility of the barefoot doctor. It has obviously played a large part in the reduction of infant mortality rates. All newborn infants are given BCG vaccine in hospital, or within four weeks of discharge at the commune (barefoot doctor), or factory clinic (worker doctor), or at the lane health station (red medical worker). During the first year of life infants receive immunization against smallpox, measles, pertussis, diphtheria, tetanus, poliomyelitis (Sabin Vaccine). Encephalitis B, meningococcal meningitis, cholera, typhoid and paratyphoid fever and yellow fever immunizations are also available. Appropriate reinforcing doses are given throughout the pre-teen years. All vaccines are manufactured in China and supplied by the state.

The barefoot doctor is responsible for environmental sanitation and has to supervise the proper collection, treatment, storage and use of human faeces as fertilizer. He has to inspect wells and insure that the water supply of the community is clean. The local campaigns

This movement grew and peasants were trained in large numbers to meet the health needs of the countryside. By the end of 1975 more than 1.1 million personnel from among the urban and People's Liberation Army public health workers had gone to the rural areas to give mobile medical treatment, and more than 100,000 urban health care personnel had settled down in the countryside. More than 70 per cent of the graduates from higher schools of medicine (Western type) and pharmacology had been assigned to the rural areas. A major effort was made to recruit health manpower from the areas where, and from among the people whom, they returned to serve. These barefoot doctors represent a "third" force in addition to the usual two categories of medical* and paramedical personnel** (Horn, 1969). The number of health clinics increased so that almost all of the brigades and many of the production teams had at least one health centre, often staffed by one or more barefoot doctors. By 1973 the number of barefoot doctors was estimated at about one million (Sidel, 1974) and by 1974 some 20,000 rural clinics had X-ray equipment, i.e. one for every 4,000 inhabitants. It is interesting to note that barefoot veterinary doctors have also been introduced for the expanding animal husbandry industry.

The *barefoot doctor* of the rural areas is analogous to the "worker doctor" of the factories and the "red medical worker" of the urban areas. The authorities do not confuse the barefoot doctor with regularly trained doctors, but include them in their statistics as peasants rather than as health-care personnel.

The barefoot doctor must not be confused with the assistant doctor in China (who is two-year trained), nor with the "assistant medical officer" in certain countries in Africa and in the south Pacific, the "medical health officer" in Ethiopia, or the "feldsher" in Russia. These are essentially full-time at their medical and health care and

* Medical personnel, i.e. fully trained doctors.

** Paramedical personnel, i.e. nurses, physiotherapists, pharmacists, laboratory technicians, etc. and middle or assistant doctors. All these have had about two years training.

1973). It is estimated that some one-third of all urban doctors were transferred to the countryside both for temporary and for permanent stays. While on tour they were paid by their sponsoring hospitals, so that they did not come at the expense of their hosts.

This also applied to the countryside around Shanghai where mobile medical teams were once again sent to cooperate with county authorities for the purpose of reorganizing and training medical auxiliaries from among the peasants of the production brigades. These were to continue with farming and at the same time engage in health work. It was precisely in this context that the term "barefoot doctor" became known in Chiangchen Commune and apparently first appeared in *Hung-ch'i* in September 1968 (China's Medicine, 1968). The barefoot doctor is defined as a peasant who has had a basic medical training and gives treatment without leaving productive work. Originating in the rice-growing areas of this part of eastern China, they got their name through carrying their medical kits with them when working barefoot in the paddy fields (Chu and Tien, 1974). In 1968 the Chiangchen Commune had a population of about 30,000 people with 21 production brigades and 27 barefoot doctors (by 1973 the number of barefoot doctors had increased to 69). These barefoot doctors in turn trained "health workers" for the production teams and their task was to help the former in practical ways as required (*A summary of the pioneer work of barefoot doctors*, 1974).

Gradually the term "barefoot doctor" was applied to a large number of existing auxiliary health workers particularly in the context of the introduction of the Cooperative Medical Service in 1968, following various trial runs in different regions, and its rapid development and expansion in 1969. Some of the barefoot doctors were self trained and some had short periods of training. From having been a conglomerate of health personnel with a variety of descriptive terms, the barefoot doctor system has now become more unified (*A summary of the pioneer work of barefoot doctors*, 1974). A whole body of literature, including journals, specifically for barefoot doctors has gradually emerged since 1968 (see Appendix 1).

in the rural areas and concentrated on providing an elite service for urban communities. These were all aspects of the contradictions in Chinese society that led to the Cultural Revolution in 1966 (Horn, 1969; Wheelright and Mcfarlane, 1970; Daubier, 1974).

C. 1966 to 1976

On June 26, 1965 Mao Tsetung (1969) stated: "Tell the Ministry of Public Health that it only works for 15 per cent of the entire population. Furthermore, this 15 per cent is made up mostly of the privileged. The broad ranks of the peasants cannot obtain medical treatment and also do not receive medicine.....Medical education must be reformed The training is more suited to urban areas and not at all suitable for the countryside.....In Medical and health work, put the stress on the rural areas." This directive led to extensive discussions all over China on such issues as: What are the priorities in health care? Is the medical curriculum geared towards the needs of China? What role can the doctors play in the expansion of agriculture?

As a result major changes occurred in the health policy which had far-reaching consequences for the health system: there was an important shift from urban to rural health care, from material to moral incentives, from disdain to approval of manual and mental labour.

Since the existing medical schools were unable to cope with the enormous and urgent demands for manpower, three complementary ways of solving the problem were pursued: recruiting traditional practitioners, shortening medical college education and expanding the number of medical auxiliaries, including those who became to be known as barefoot doctors during this period. At the same time both the medical curriculum and medical research were focused on the problems of effective delivery of mass health services.

In the first five months following the issue of Chairman Mao's directive, over 1,600 additional mobile medical teams comprising 20,000 urban medical workers were sent to the rural areas (Rifkin,

scheme, and of the Great Leap Forward in general, attempted to halt this development in 1961 (China's Medicine, 1968; Pickowicz, 1972). However, a mass campaign, called the Socialist Education Movement, was launched from 1963 to 1964 as a result of which the number of paramedical workers increased.

By 1965 all of China's 2,000 counties (*hsien*) had at least one Health Centre or Hospital with in-patient facilities, and Health Stations were established in the smaller villages (Chang, 1965).

In the early part of this period there were also some difficulties. The demands for medical services were escalating rapidly and competing with those of agriculture and industry (Lampton, 1977) and the economic decentralization which began in 1956 and accelerated during the Great Leap Forward met with certain obstacles in 1959. The years immediately following were ones of economic retrenchment and consolidation which became necessary due to among other factors, the rather too rapid attempt to develop the organisation necessary to carry out the greatly expanded economic policies during the Great Leap Forward, a series of natural disasters in the years 1959 to 1961, and the withdrawal of Soviet technical assistance and technicians in 1960.

Although impressive results were achieved, the rural health service was still not adequate. Emphasis again shifted towards urban medical care and specialisation along Western lines. By 1965 it was clear that the question of the correct orientation of medical and health work in China would become one of the many important issues of the Cultural Revolution. The political questions of the health care programme were basically the same as the political questions of economic planning, government administration, Party organisation and educational development. Also there were other tendencies that had to be guarded against, such as tendencies to bureaucracy and self-interest, white-collar workers feeling superior to blue-collar workers and peasants, and the reappearance of a group in which good education provided the basis for power for a new generation of ruling classes. As a result scarce resources were diverted from the establishment of health services

of these teams was: to provide preventive and therapeutic services - immunizations were carried out, hygiene was improved by helping with the construction of safe water sources and excreta disposal devices; to train and supervise auxiliary personnel on the spot - the forerunner of the present barefoot doctor; to spread the national policy of family planning; to give refresher courses to personnel in the hospitals and health centres in order to raise the quality of medical care; to cooperate with and assist the Patriotic Health Campaigns, which linked the teams directly with the villages; and to deepen the understanding of the labouring people and to change the thinking of the team members themselves, to stop a trend towards intellectual elitism, ivory tower attitudes and the enjoyment of special privileges. It would help to close the gap between mental and manual labour, between urban and rural life (Chien, 1966; Horn, 1969; Sidel and Sidel, 1974).

It was in connection with the mobile medical teams that a massive health campaign was initiated to train part-time paramedical personnel from among the ranks of the peasantry. Many young people received a few months training at a district hospital, or a county medical school, etc., but even more were trained by the teams. In many instances the initiative for training came from a few concerned peasants who through self-study were attempting to equip themselves to alleviate the conditions in their areas, where people were still resorting to superstitious practices owing to the lack of any health service in the vicinity. It is all these people with such a variety of training who gradually became known as barefoot doctors after 1968 (*A summary of the pioneer work of barefoot doctors*, 1974).

Some 10,000 doctors, nurses and paramedical personnel from Shanghai were organised into teams in 1958 and sent to the surrounding countryside to train a large number of health workers who were assigned to production brigades and did not divorce themselves from production. The term "barefoot doctor" (*ch'ih-chiao i-sheng*) was first used in this area in connection with such workers. Although quite a number of these had been trained, the opponents of this

had to be worked out largely by trial and error. Chairman Mao had always emphasized the importance of "learning by doing".

The Chinese leaders recognised that the great mass of the Chinese people had to be educated about health - principles of public health, sanitation, infectious diseases - for a revolution in health to take place. They realised that a dramatic change in the health care of China's vast population could not be imposed from above. For these reasons they set about involving people in their own health care. Their principle is health work must be integrated with mass movements. In health care "mobilization of the masses" has meant the broadest involvement of people at every level of society in movements such as the Patriotic Health Campaigns (Sidel, 1974).

The rural health network was further modified. A major feature of this period was the decentralization of responsibility from the state to the local level and the promotion of self-reliance. Although the state continued to operate the county hospitals, the communes ran their own basic medical units (Rifkin, 1973). The infrastructure was created for training barefoot doctors, for starting a health insurance scheme and for mobilizing large numbers of people to carry out health programmes. Success in the health field can therefore be traced back to the setting up of the communes.

The Great Leap Forward resulted in an expansion of medical facilities (Myrdal, 1965; Nee, 1969; Han, 1970). In 1958 the mobile health teams gave way to the Mobile Medical Teams, the latter consisting of urban health workers who served in the rural areas on a rotation basis. They not only treated the local people but also taught them to set up and support local health services. The task

* A commune is the lowest state administrative unit as well as an economic and social unit in which 10,000 to 60,000 people live. It is collectively owned and run by the people who live there and it organizes agricultural and even industrial production and caters to the educational, health, welfare and cultural needs of its members. Communes are composed of 5 to 20 production brigades of 2,000 to 6,500 people per brigade. The brigades are divided into production teams of which there are 60 to 300 per commune, consisting of 250 to 700 people. Production teams often are the same as a single village.

The government wanted to be sure that the knowledge of the medical community would be used for the purpose of serving the people, rather than for pursuing its own aims. China regards health as a community affair - it is too important an issue to be left in the hands of doctors alone.

The integration of traditional and scientific medicine was also promoted because: traditional medicine is cheap and easy to use; it helped to introduce scientific medicine in ways that are acceptable to the traditional rural communities; it helped considerably to solve the problem of manpower which scientific medicine could not do at that moment; and this form of integrating traditional and scientific medicine has helped to produce new varieties of treatment (Croizier, 1973).

A disadvantage, well recognised by the authorities, was the often poor quality of traditional treatment, but as long as there are no modern facilities, this argument remains quite hypothetical.

B. 1958 to 1966

In 1958 the Great Leap Forward was ushered in. This was an era marked by a tremendous push for progress on all fronts, economic, political and social. The countryside underwent major changes. The Chinese leadership saw the social misery and poverty of the peasants born into the fragmented, smallscale form of production, their endless struggle and the natural and economic disasters with which they were faced. This state of affairs maintained cultural isolation and primitive techniques of production (Hinton, 1966).

Earlier on land reform had been introduced which was superseded by cooperatives that now became communes. These communes* were the regional self-supporting units for economic, social and political activities. The more rational allotment of land and manpower based on collective ownership enabled not only diversification of agriculture but also the undertaking of a variety of new tasks such as mechanization and industrialization. In setting these up, new organizational problems of motivation, of management, planning and accounting, all

and began to reformulate their development strategies. The cornerstone for the development of rural health was a system of state-supported *hsien* (county) hospitals and health centres. In addition to providing medical care they organized patriotic health campaigns, aided smaller health units, sent mobile health teams to remote areas and trained medical personnel.

The mass campaigns were genuinely supported and carried out by the peasants and workers at the grass-roots level. An eradication campaign of the four pests: rats, flies, mosquitoes and sparrows*, was started and attention was paid to nightsoil conservation. By 1957, according to Maegraith (1957), an impressive standard of hygiene had been achieved. Anti-epidemic stations and mother-and-child-care services were established and vaccination campaigns and campaigns against communicable diseases were started (Rifkin, 1973; Worth, 1973).

For this task auxiliary workers were trained such as: specialists with two years training in a particular field of medical care: paramedicals-nurses and laboratory technicians-with two years training; hygiene workers with three to six months training who focused on environmental problems and disease control; and part-time workers who learned to give vaccinations and to recognize and report endemic diseases. Again this type of personnel was a forerunner of the bare-foot doctor. China has been more realistic with regard to medical education and has placed great emphasis on a variety of short-term medical training courses for both full-time and part-time medical and public health workers. In the early years after 1949 this was still at an experimental stage and had not yet become as institutionalized as it became later on.

However, the initial enthusiasm faded and emphasis shifted back to the urban areas, traditional medicine grew less important and a tendency towards "westernization" of medicine appeared. As a result the government instituted certain measures to overcome this retreat.

* Later sparrows were superseded by bedbugs.

A. 1949 to 1958

After the victory of the revolution in 1949, the Chinese Communists controlled the whole country and were faced with the enormous task of organising and reconstructing the nation. They inherited both the staggering health problems of a huge, undernourished, disease-ridden and war-torn population and an infinitesimal corps of medical personnel. For them the approach, as in all fields, was to use the resources that existed, both modern and traditional, and to "walk on two legs". The new government undertook gigantic popular campaigns in sanitation, immunization and public health education, and at the same time set in motion the slower development toward a sound modern medical establishment (Horn, 1969). The general socio-economic policy of the new regime profoundly influenced the emphasis of various aspects in the new health policy.

It has to be stressed that the new policies were not achieved overnight, nor were they conceived in a flash of inspiration. It was a long and hard struggle to formulate the main issues and took an enormous amount of time and discussion by millions of people to assimilate these ideas and put them into practice.

In July 1950 the National Health Work Conference formulated the following principles (Worth, 1973):

1. Health care must serve the people: workers, peasants and soldiers.
2. Priority must be given to the prevention of disease with prophylaxis and treatment combined.
3. Health campaigns should be conducted and coordinated together with other mass campaigns.
4. Scientific and traditional medicine should work together and eventually be integrated.

In those early years, particularly the period of the First Five Year Plan, 1953 to 1957, the emphasis was somewhat on the development of heavy industry and accordingly health policies focused on programmes to benefit urban workers. By 1956, economic planners realized the importance of agriculture as a means of capital formation

industry and transport and the general raising of the educational level of the people. It is therefore not difficult to realize that the organisation and development of health care plays an important role in the wellbeing and future of the people of China.

In order to get an idea of the magnitude of the problem involved one has to realize that China has a population some four times as large as that of either the United States or Russia and seventeen times that of either the United Kingdom or West Germany.

Although China has by no means the highest population density when compared with certain other countries, the distribution is uneven. Most of her people live to the east of a line that runs through the middle of the—north-eastern province of Heilungkiang down to the western borders of Yunnan Province, while the part to the west of this line—the Inner Mongolian Autonomous Region, Sinkiang, Chinghai and Tibet—is a vast region consisting largely of deserts, semideserts and mountains and containing only 4 per cent of the population. Furthermore 80 per cent of the people live in rural areas and even now only 15 per cent of the country is arable land. This is the demographic and geographic background.

Postliberation

In tracing the emergence of the barefoot doctor one has to follow the development of health care in general and one finds that since 1949 this development can be correlated with major national events that greatly enhanced its advancement. These are the Great Leap Forward, the Cultural Revolution (Chabot, 1976), and the elimination of the “gang of four”. For these reasons health care and the concomitant development of the necessary personnel is dealt with in four periods: A. Liberation 1949 to the Great Leap Forward 1958; B. The Great Leap Forward 1958 to the Cultural Revolution 1966; C. The Cultural Revolution 1966 to the elimination of the “gang of four” 1976; and D. the elimination of the “gang of four” 1976 to 1978.

invaders, they also propagated the fundamentals of health and hygiene and trained local people in health care work.

The education movement of 1944, which followed on the heels of the cooperative movement, attempted to instil into the consciousness of the people the idea that community action could produce a better future. The curriculum for the new middle schools underlined the concept of how to serve the people of the Border Region (principles of reconstruction) and the skills needed to serve production and undertake health care (Selden, 1971). In a speech in October 1944, Mao Tsetung said : "Among the 1,500,000 people of the Shensi-Kansu-Ninghsia Border Region there are more than 1,000,000 illiterates, there are 2,000 practitioners of witchcraft, and the broad masses are still under the influence of superstition..... We must call on the masses to arise in struggle against their own illiteracy, superstitions and unhygienic habits..... the human and animal mortality rates are both very high..... in such circumstances to rely solely on modern doctors is no solution. Of course modern doctors have advantages over doctors of the old type, but if they do not concern themselves with the sufferings of the people, do not train doctors for the people, do not unite with the thousand and more doctors and veterinarians of the old type in the Border Region and do not help them to make progress, then they will actually be helping the witch doctors and showing indifference to the high human and animal mortality rates. There are two principles for the united front: the first is to unite, and the second is to criticize, educate and transform."

This then is the socio-historical background to the subsequent health care developments in China which also provided a rich experience for the institution of the barefoot doctor system.

However, another aspect has also to be recognized. China, with a population that has grown from 400 million in 1930 (Chiao, 1934) to over 900 million today, has to arrange and organise the feeding, clothing and housing of this vast population. This is an enormous, ever present and ever increasing task that has to take place in conjunction with the modernization of agriculture, the expansion of

sanitation and health care as part of their ideological campaign (Selden, 1971). Some of the energy spent on political and social reconstruction was carried over into public health. At the same time they experimented with free health services, the amalgamation of traditional and modern systems of medicine and the education and mobilization of the rural population for health-related activities (Kleinmann, 1973). Further impetus to these developments was provided by the Kuomintang blockade and the Japanese occupation which caused the Border Region to be cut off from the urban areas with their modern medical facilities and the established public health institutional framework. Public health became part of the general social change. Modern doctors were encouraged to train the peasants in the kinds of basic medical practices which would have the most impact on the people (Pickowicz, 1972).

This type of programme was also in line with the concern of Dr. Norman Bethune, the Canadian surgeon who came to China in 1938 and worked in the Communist Eighth Route Army during the war of resistance against Japan. He designed makeshift medical equipment from whatever material at hand and trained peasant medical auxiliaries as he travelled about. Under the slogan of "learn while you work" Bethune instituted a programme of lectures to provide his hospital staff with a basic medical background. He founded a medical school, associated with the hospital, for the training of nurses and medical auxiliaries and also drew up a complete curriculum for the school and wrote a medical handbook (Allan and Gordon, 1956). Bethune's death in 1939 prompted Mao Tsetung (1965 b) to write his wellknown article: "In memory of Norman Bethune", in which Bethune's spirit, devotion, selflessness and sense of responsibility towards the people were extolled and held up as an example. As Pickowicz states, Bethune's name and spirit are as much a model for health workers today as they were in 1939.

During the years of the war of resistance the Communists were operating not only in the Border Region but also deep behind the Japanese lines where, apart from supporting local resistance to the

up in Kiangsi Province under the direction of Mao Tsetung which provided a one year course for health workers (Cheng, 1978). Though these were primarily trained for the Red Army, nevertheless other health personnel and associated workers were influenced by this college. As a result considerable experience was gained that was to prove useful to the developing health services in later years. Ways were found for controlling the spread of disease and providing medical treatment for the people. The priorities were public health education, sanitation and hygiene. And they also used traditional practitioners to provide health care. It was here that experience was gained in the training of medical auxiliaries that would help in the much later establishment of the system of barefoot doctors. In this way the Communists established the rudiments of the system which has developed today. As Mao Tsetung (1965 a) stated at a meeting in Juichin, Kiangsi Province, in early 1934: "Solve the problems facing the masses—food, shelter and clothing, fuel, rice, cooking oil and salt, sickness and hygiene, and marriage. In short, all the practical problems in the masses' everyday life should claim our attention."

In late 1935 came the Long March when the Communists moved to Yen-an in the northwest of China where they set up new bases on the eve of the Sino-Japanese war. On their march they propagated land and health reform as they made their way through the country. The Chinese Workers, Peasants and Red Army Medical College continued to function, turning out much needed health personnel. In 1937 it became established in Yen-an, and in 1940 it was renamed China Medical College. Later, in 1946, it followed the People's Liberation Army to the northeast where it first settled in Harbin, and finally in 1948, after liberation of the area, it became established in Shenyang where they now run a full five-year medical course.

On arriving in northern China, and establishing themselves in the Shensi-Kansu-Ninghsia Border Region in 1936, the Communists proceeded to organize health care at local rural levels through educational and sanitation programmes that were tied to rural land reform. They emphasized the fostering of community responsibility for hygiene,

Table 2. Medical Manpower in 1949.

	Number	Per 100,000 of Population	Population per Health Worker
Population	540 million		
Western doctors	20,000	3.7	27,000
Traditional doctors	500,000	92	1,080
Total health workers	520,000	96	1,038
No. of hospitals	600	0.1	—

Based on: Orleans (1972), Geiger (1973), Sidel (1974).

in the main ports of the six coastal provinces; 67 per cent were under the age of 40. Calculating on a basis of one doctor per 1,500 population, it would have required 266,000 doctors for the 400 million people estimated before 1949 (Chen, 1961). This enormous need for doctors could clearly not be met by the medical schools with their output of c. 1,300 graduates per year (Orleans, 1961). All efforts were devoted to training physicians following Western models and no account was taken of the specific needs of China. The 500,000 traditional Chinese practitioners were either left to themselves or curtailed in their daily practice. No attempt was made to incorporate them into the health infrastructure.

Modern health facilities were extremely scarce or even nonexistent—one hospital serving about one million people. If one takes a minimum standard of five hospital beds per 1,000 population, then 2 million hospital beds would have been required in 1949.

Although the above was the glaring picture of the health fabric of China, certain catalytic events had been taking place in the more remote parts of the country since 1927, when the Chinese Communists began establishing rural base areas in south China, and in Kiangsi Province in particular. They were faced with the challenge of wiping away superstitions of all sorts and providing basic health services for the millions of peasants living within the Soviet areas. It was at that time that they began to experiment with public health programmes and started to train their first paramedical personnel. In 1931 the Chinese Workers, Peasants and Red Army Medical College was set

sick and 34,000 dead. Hookworm infestation was endemic in the lower Yangtse region. Schistosomiasis depopulated whole villages (Horn, 1969, Cheng 1971). Tuberculosis accounted for 10 to 15 per cent of all deaths. Malaria in the southwest mountain region was endemic with about 75 per cent of all school children affected. Venereal disease in the urban areas was the fourth most common disease among new patients attending hospitals.

China at that time was faced with a growing population. The birth, death and infant mortality rates were rising. And life expectancy was low (Table 1). An individual was considered old at 35 and dead at 40 !

The prospect for women was that of early marriage, many pregnancies without prenatal care or safe management during labour and an expectation of early death in childbirth. In 21 provinces only 0.7 per cent of the women had babies delivered by trained personnel before 1949 (Salaff, 1973).

There was no real medical and health service in China to speak of, she suffered from a chronic shortage and maldistribution of medical manpower (Table 2). The vast majority of doctors were in urban areas and curatively orientated. At the same time there was a chronic lack of medical help in the rural areas. Superstition was rife. And there was also a struggle between scientific and traditional medicine.

In 1943 Sze estimated that there were 12,000 doctors in China of whom only 60 per cent were qualified; 75 per cent were concentrated

Table 1. Vital Statistics before 1949.

	1930 (a)	1940~1948(b)
Population (millions)	400	450
Crude death rate (per 1,000)	25	30(c)
Crude birth rate (per 1,000)	35.7	40
Infant mortality rate (per 1,000)	157	275(d)
Life expectancy	34(e)	—

Based on: (a) Chiao (1934), (b) Worth (1963), (c) Salaff (1973),
(d) Orleans (1972), (e) Winfield (1948).

remained unchanged. In any case health care was more concerned with quality treatment for a few than with the broad improvement of conditions among the population. In addition the activities of rampant commercial and political foreign interests contributed to the public health problems. And under the Kuomintang government economic dislocation continued, while warlordism, political factionalism, corruption, lack of basic social reforms, and civil and foreign wars all contributed to the serious plight of the country. Any advances in public health depended on fundamental social and economic reforms. The major problems of rural China, where the majority of its population lived, were ignorance, poverty, disease, and community disintegration. Any worthwhile health measure would have to be integrated into a programme of social reform and made effective at the local level by involving the population.

During the first half of this century China was suffering from an appalling health situation and staggering shortage of medical manpower that existed throughout the country, a situation that was getting worse with the passage of time. Socially and medically the period before 1949, that is preliberation, was known as the "bitter past". This was a past of utter misery, degradation, exploitation, hunger and humiliation for millions of people. In the old China the peasantry was perpetually on the threshold of chronic hunger, famine and disease, and ridden by illiteracy. They were impotent before the fury of every natural calamity in addition to being racked by every conceivable species of social parasite. Famine deaths to the tune of hundreds of thousands were the realities of China. Snow (1970), recalling a three-year famine which devastated parts of northern China from 1929 to 1932, wrote: "There for the first time I saw children dying by the thousands in a famine which eventually took more than five million lives but was scarcely noticed in the West."

The country was plagued with almost every known form of nutritional, infectious and parasitic disease (Chabot, 1976). It was estimated that 25 per cent of all deaths was due to faeces - borne disease (Winfield, 1948). Cholera in 1932 was reported in 21 provinces, 100,000

THE EMERGENCE AND DEVELOPMENT OF THE BAREFOOT DOCTOR IN CHINA*

F. P. Lisowski**

Introduction

In order to understand the development of the barefoot doctors and the role they play in health care, one has to look at the socio-historical background of the country. Barefoot doctors, as we know them today, are an integral part of the health care system in China and therefore cannot be considered in isolation. Although they first became known relatively recently, in the mid 1960 s, their antecedents can be traced back to the early times of the Chinese Soviet areas that were established in the late 1920 s. It was there that the beginnings of China's present day health care service germinated.

Before 1949

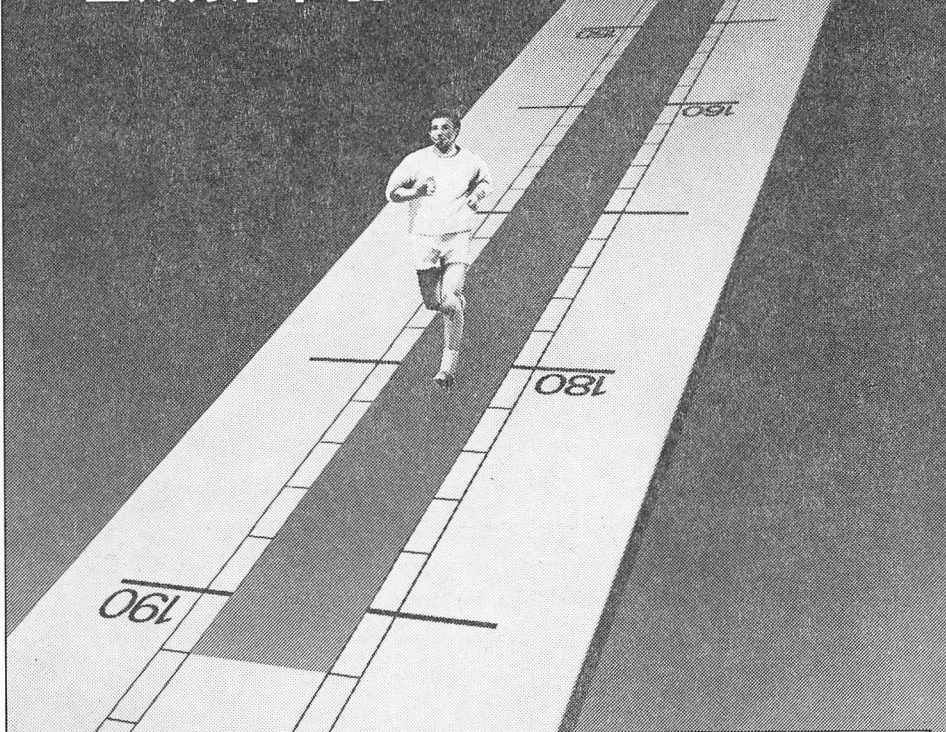
At the turn of the century when the Western powers thrust their way into China, the Ch'ing dynasty was undergoing a progressively worsening rural crisis. The population was increasing at an extraordinary rate, while at the same time there was no substantial increase in usable farmland. This resulted in a decline in the already marginal standard of rural living (Kleinmann, 1973). Economic dislocation and sociocultural disintegration were growing apace. As Kleinmann points out, in the following years neither indigenous nor foreign agencies had much impact on the health conditions in China since the underlying socioeconomic factors responsible for the disintegration

* This paper was presented at the 3rd International Symposium on the History of Medicine in East Asia, Susono-shi, Japan, October 8-14, 1978.

** Department of Anatomy, University of Hong Kong

BAYCARON®

塩類排泄作用を持つ降圧剤



食塩は、高血圧発症の重要な因子の一つとして知られています。バイカロンは塩類排泄作用を持つ

降圧利尿剤—非サイアザイド—で、糖代謝、腎機能に対する影響が少ないことが認められています。

【適応症】 ●高血圧症(本態性、腎性) ●次の慢性浮腫における利尿 心性浮腫、腎性浮腫、肝性浮腫 【用法・用量】 メフルシドとして、通常成人1日25—50mg(1—2錠)を朝1回投与するか、または朝、昼の2回に分けて経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。ただし、悪性高血圧に用いる場合には、通常、他の降圧剤と併用すること。【使用上の注意】(1)次の患者には投与しないこと 肝性昏睡、急性腎不全、重症の低カリウム血症のある患者。(2)次の患者には慎重に投与すること 1)肝機能障害のある患者(肝機能障害を悪化させることがある。) 2)本人または両親、兄弟に痛風、糖尿病のある患者 3)肝硬変の患者または強心配糖体の治療を受けている患者(連用により低カリウム血症等の電解質失調があらわれることがあるので、このような場合には十分なカリウム補給を行うなどの処置を行うこと。) (3)副作用 1)肝臓 ときに肝機能障害があらわれることがあるのでこのような場合には減量または投与を中止すること。2)代謝異常 低カリウム血症、低クロル性アルカロージス等の電解質失調があらわれることがある。また、高尿酸血症、高血糖症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には減量または休薬等の適当な処置を行うこと。3)過敏症 発疹等の過敏症状があらわれた場合には投与を中止すること。4)消化器 ときに悪心、嘔吐、胃部不快感、食欲不振、便秘、下痢、口内炎、口渇等の症状があらわれることがある。5)その他 ときに脱力感、眩暈、起立性低血圧等の症状があらわれることがある。(4)妊婦および授乳婦への投与 妊娠中の投与による胎児、新生児に対する安全性および授乳中

の投与による乳児に対する安全性は確立していないので、妊娠または妊娠している可能性のある婦人および授乳婦には治療上の有益性が危険性を上まわる場合のみ投与すること。【包装】錠(25mg)：PTP包装 10錠×10、10錠×100、バラ包装 1000錠

(健保適用)

降圧利尿剤—非サイアザイド—

バイカロン®錠

(メフルシド)



吉富製薬株式会社
大阪市東区平野町3丁目35番地

903-B9

NIHON ISHIGAKU ZASSHI

Journal of the
Japan Society of Medical History

Vol. 25. No. 3

July. 1979

CONTENTS

Articles

- Brain and Heart—on the seat of mind in Chinese medical
thought.....Yoshimitsu KANO... (229)
- Experiential Medical Science; A Medico-Historical
Study of Norinaga Motohri... (I) ...Masao TAKAHASHI... (244)
- Notes on Sanei Koseki.....Shoichi YAMAGATA... (260)
- Chapters of *Huang-ti-nei-ching-su-wen* derived from *Yin-yang-shih-
i-mo-chiu-ching*.....Akira AKAHORI... (277)
- TEZUKA Ryosai and TEZUKA Ryosen, Army Doctors-in-
chief of the Infantry Regiments.....Yasuaki FUKASE... (290)
- Shotai KIRIYAMA and his "Gakuhonzo Zuihitsu"
..... Akitomo MATSUKI... (307)
- Supplementary Biography of Dr. C.G. Mansvelt
.....Ranzaburo OTORI... (315)
- The Emergence and Development of the Barefoot Doctor
in CHINA.....F.P. Lisowski... (392)
- Materials** (318)
- Miscellaneous** (330)
-

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