

日本醫史學雜誌

第 27 卷 第 1 号

昭和 56 年 1 月 30 日発行

原 著

- 馬王堆出土の帛書『足臂十一脉灸経』読書札記(一)……趙 有 臣…(1)
- 18世紀日本の医学における科学革命——蘭方の発展のための
思想的な前提……………ウィリアム・D・ジョンストン…(6)
- 手塚良仙光亨知見補遺……………深瀬 泰旦…(21)
- 森井恕仙とその医学……………山形 徹一…(35)
- 日本における草創期の産科麻酔——産科麻酔の推奨者
としてのエルウィン・フォン・ペルツ……………松木 明知…(47)
- 弘前藩斜里越冬兵と壊血病……………松木 明知…(56)
- Theory and Practice in British Psychiatry from
J.C. Prichard (1785-1848) to Henry Maudsley (1835-1918)
……………W.F. Bynum…(94)

資 料

- 杉田(玄白)氏の家紋……………緒方 富雄…(64)
- 例会記事……………(66)
- 雑 報……………(67)

通 卷 第 1421 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

医学文化館・開館 2 周年記念

錦絵医学 民俗志

*半世紀に亘る錦絵蒐集の歩み、その特異なテーマの全貌を世におくる!!
ユニーク

中野 操 編著

編纂

(財)日本医学文化保存会／発行 金原出版株式会社

*庶民芸術の中に医学史の源泉を凝視した画期的な錦絵集

①本書は、医学史にご造詣の深い中野操先生がご研究、ご診療のかたわら、三十数年に亘って苦心収集された医学関係の錦絵コレクション約二百点の中から、特に医学に関連の深い逸品を選び、中野先生みずから分類、編集し、適切な解説を付したものです。

②病気の錦絵、医事や医療に関連のある錦絵はその性格上流布されているものが少ない。そうした困難な条件の中で多年に亘り収集されたこれらの錦絵はまさに特殊な収蔵であり、非常に稀少価値の高いものです。

これらの錦絵の集大成と言える本書は、わが国で初めてのもので、医学的にも興味深く、また江戸時代の庶民生活や風俗の一面を知る上にも貴重なものと言えます。

③以上のことから、本書は浮世絵、錦絵の愛好家や収集家はもとより、多くの医家や江戸時代の風俗史、人情史、人事生活史に関心ある方々の必読必見の書と言ふべきであります。



定価 68,000円

〔体裁〕A3判 二三〇頁

原色図版一八七点

懐中鏡おはん長右衛門 五渡亭国貞画

金原出版株式会社

東京都文京区湯島 2-31-14 (〒113-91)
電話 (03)811-7161 振替東京 2-151494

オール
カラー版

馬王堆出土の帛書『足臂十一脉灸經』札記（一）

趙有臣

一、「脾」の解義

脾の字は未だ嘗て見た事がない。故に多くの人はそれを知らない。しかし、「脾」について考察すると、これは『五十病方』の胸養の胸であり、穀道或は肛門を意味する。此の灸経には「足泰陽温、出外踝竇中……枝之下脾……其病産寺（痔）」とあり、下脾は下体の肛を指している。ここは「枝之下脾」とあるだけであるから、肛に痔が発病するという事である。盖し此の灸経で挙げてゐる発病の多くは其の経脉の循行の所に発するものである。

脾と胸の二字を考察すると、脾は本体字であつて胸は仮借字である。『説文解字』には「胸、肺脰也。」とある。肺脰は細長く伸ばした乾肉を指す。清代の朱駿声の『説文通訓定声』には「肺脰其端屈処曰胸」とある。段玉裁の『説文解字注』には「屈曰胸、申曰脰、就一肺析言之、非有曲直二種也。」とある。段氏は又、「胸、引伸為丸屈曲之称。」という。盖し人の穀道は両股臂の間に在り、そこは屈曲して肺の胸に似ている。故に胸と名称がついたのである。而るに人の胸は畢竟、肺の胸でない。従つて別に脾の字を作り、これを以つて區別したのである。

此の字は胸と丌の二つの部分から成る。「胸」は胸の別体字である（漢代の巴郡にあった胸忍県を、後世の人の多くが胸認県と書いた。これについて段玉裁、朱駿声諸先輩は皆「胸」は胸の訛字とする。今、この帛書を以つて考証すると恐らく必ずしもそうとい

えない。蓋し秦漢以前から既に胸は胸の別体であるといえる。「厶」は人の兩股をかたどっている。従って脾の正体は脾とすべきであり、これは人の肛の專用字である。『五十二病方』の脾養に胸を用いているのは仮借である。

脾或は胸を肛と訓解することは数多くの古書の中にもあまり多く見ない。唯『莊子・大宗師』の中の「句贅指天」の「句」は当に脾の仮借である（詳細は本文の「脛の解義」を参照）。又、許叔重氏の説文解字には「後」或は「后」を以て脾としている。例えば『説文解字』に「痔、後病也」とある。後病は即ち脾病である。その理由は馬王堆出土の『老子』乙本に「故失道而後徳、失徳而句仁、失仁而句義、失義而句礼。」とある。この中に三ヶ所ある「句」は、今の伝世本の『老子』の三十八章において皆「後」或は「后」となっている。これによって古代では句、后、後、胸、胸、脾、脾は皆相通ずるものであることが証明できた。

二、手痛と上于豆を論ずる

足泰陰温の循環は手には至らない。ところが手痛を発病するとある。その理由を考察すると手痛は即ち首痛であり、古に於いては手と首の二字は音が同じで意味も同じであったといえる。例えば舜の女弟の名は『説文解字』では「敷首」である。ところが『古今人表』では「敷手」とある。又『儀礼・泰射』に「後首」という語がある。漢代の鄭玄の注に「古文・後首為後手」とある。これ等は皆手首二字が相通ずることを証明している。

以上の検討から手痛を首痛とするならば、則ち此の経脈は必ず頭部に上がる。従って文中の上于豆はすべて「上于頭」と解釈すべきである。これを「上于脰」と解釈するのは誤まりである。蓋し脰の字は『説文解字』に「項也」とある。しかも此の経脈は項部を通っているが、次に示すように帛書の文章の意味をよく勘案すると豆を脰することは当たらない。帛書の「其直者貫 𠂔、夾脊 𠂔、項、上于豆、枝顔下、之耳……」という文章で豆をもし脰とすると、上述の如く脰は項となる。「上于豆」に続いて「枝顔下」という句がある。項部から何処を通路として顔下まで分枝したのであるうか。も

し耳を曲りめぐって達したというならば、下の文章に「之耳」という句が已にあることと矛盾する。因ってこれは決して耳を曲りめぐったのではない。況んや「上于豆」の前に漫漶空白がある。そこは当然「出項」の二字を入れるべきである。従ってそれは項を出て頭に上ることだけを意味し、そこで初めて「枝顔下」の順路となる。従って「上于頭」とすること初めて首痛（手痛）の発病があるといえる。

三、𩇛肉の解義

𩇛肉の二字は此の灸経の中に凡そ二回見られる。その一つは足泰陽に見る。他者は足陽明に見られる。𩇛肉を軌𩇛と解釈することは誤りでないように思えるが、未だそうだとは言い切れない点がある。特に此の灸経の出土によってもたらされた新しい示唆によって未だ解決するに至っていない。

手と首の二字は古代において相通するものであったことは既に前文で述べた通りである。従って𩇛は𩇛であるといえる。『説文解字』では𩇛について「九達道也」とある。此の字について許叔重氏は『説文解字』で二種の書き方を列記している。第一は九首に従うの𩇛であり、第二は疋壺に従うの達である。これに対して清代の朱駿声氏は「或曰、𩇛当為頰之或体、从首九声、面上高骨、与頰同、古者借𩇛為達耳、存疑」という。朱氏はその著書『説文通訓定声』の𩇛の条に前記のことを記し、又同書の「頰」の条においても類似のことを重ねて述べている。このことから朱氏が此の見解を重視していたことがわかる。朱氏のこの意見の本意は乃ち「九達道」は𩇛の本義ではなく、達の本義とすべきである。𩇛は頰の別体字とすべきであることにある。蓋し頰のもう一つ別の別体「頰」は九頁に従うの意であり「𩇛」は九首に従うである。『説文解字』には「頁、頭也」とある。故に頰、𩇛は同字である。両者は共に頰の別体である。その本義は「面上高骨」即ち顴骨である。朱氏の見解によると古代では必ずある人々が𩇛を借りて達として用いたという。故に許叔重氏は𩇛と達を併列して「九達道」と解釈したのである。ここで朱氏は言外に許叔重氏が仮借字の𩇛を「九達道」の本義字と処理

したことは誤りであることをいっている。朱氏は上述の議論より前に「或曰」を冠しているが、実はそれは朱氏自身の見解であるに違いない。ただ許叔重氏は一七〇〇余年来の文字学の泰斗であるから、朱氏は未だ敢て直接そうと名指すことが出来なかった。それで特に「或曰」を冠して以って批難を避けたのであろう。

朱氏はその議論の最後に「存疑」の二字を加えた。これはこの説が客観的証拠に不足していることをも示している。現在、この灸経では軌𪔐の軌を𪔐(𪔐、𪔐)と書いてある。軌と𪔐(𪔐)の字義は本より同じでない。𪔐(𪔐)は前述したように「面𪔐骨」である。軌は『説文解字』に「病寒鼻塞也」と解釈している。『釈名』にも「鼻塞曰軌」とある。依って軌、𪔐の二字はその本義からいえば全く混同する筈がない。今この灸経では𪔐(𪔐)を以って軌に借用しているのは六書仮借の類である。つまり𪔐を借りとして軌とし、𪔐を借りて軌としたと見做すべきである。𪔐と軌が互に仮借した例は『素問・氣府論』に見られる。そこでは「軌骨下各一」とあり、唐代の王冰は「謂𪔐𪔐二穴也。軌、𪔐也。𪔐、面𪔐也」と注をつけている。清代の顧觀光氏の『素問校勘記』は王注の「軌、𪔐也」について「六書仮借之例也」と評論している。

以上の如く『素問』は軌を仮りて𪔐としたが、此の灸経では𪔐を仮りて軌と為し、それに𪔐(𪔐)を用いた。そこで𪔐(𪔐)は𪔐の或体、又、𪔐の或体であるといえる。故に朱氏がいうところの「或曰、𪔐當為𪔐……与𪔐同」は正に是である。以上の如く𪔐の本義は𪔐或は𪔐と同じであり、「面𪔐」の意である。而して許叔重氏の「九達道」の達の本体字とすることは誤りであることが明瞭になった。但し、もし仮借の例を考え、𪔐を借りて達となし、転じて「九達道」と訓解したとすることは未だ不可とは言えない。故に朱氏の所謂「古者借𪔐為達耳」が正にこの例といえる。現在此の灸経を得て客観的証拠を得たことにより、朱氏の「存疑」の二字は已に削除すべきものといえる。

次ぎの𪔐を𪔐と訳すことも是に似ているが異なる点もある。此の灸経の𪔐𪔐の二字は『靈樞・経脉篇』の足太陽経脉と足陽明経脉の中ではいずれも軌𪔐となっている。これだけで𪔐を𪔐と訳するのは是に似ている。但し『素問・金匱真言論』では八風が五臓に邪氣として触れ発病させる事を論ずる時に「春病善軌𪔐」とあるが、これは明らかに外因感冒であり鼻

詰り、水鼻が出ることを指している。ここでもし軌を鼻塞、衄を鼻血と字に拘泥して解説すると実際の臨床所見と合わない。臨床上、軌する者で衄血ある者は稀であり、それは特例である。筆者はここを読む度にこの衄の字は鼻血と解すべきでないと考えてきた。今この灸経で衄を洩に当てていることから、この字形は水を当てて血を当てないといえる。これから、軌衄の衄が水鼻であつて、鼻血でないことが分る。

六書仮借の実例では「肉」を使う字の時、「丑」を以つて置換することがある。例えば医書において「閃肭腰痛」（多くの医書で「閃肭腰痛」とあるが、これは誤りである）を時に「閃扭（扭）腰痛」と書く。又、帛書『五十二方』中の「巢者」の項での「牛脰」が牛肉であるのもその例である。此の例から論ずると、洩は扭と書き換えられる。現在の『内経』で「軌衄」とあるのは衄を仮りて扭を意味するものである。

『説文解字』に「扭、水吏也」とある。段玉裁及び朱駿声両氏の注に拠ると、水吏は水𩇛であり、水𩇛は水𩇛である。故に軌扭は鼻が詰つて水鼻が止まらず駛り出ることである。多くの諸家は軌を鼻塞と解する。前述の『説文解字』と『釈名』もその例である。又『礼記・月令』の中の「季秋行夏令・則民多軌嚏。」が『呂氏春秋』に引用されたときに「軌嚏」を「軌塞」としている。これに高誘氏が「軌・鼽鼻也」と注をつけているが、これも鼻塞を主張して立った説である。唯、唐の王冰氏が『素問・金匱真言論』の「春不軌衄」を「軌・謂鼻中水出」と注解している。筆者が凡そ鼻軌塞者の多くが水鼻を伴う。故に軌を「鼻塞而涕水出」と解釈することで初めて全義を示す。即ち軌扭（軌衄）は鼻が詰り、水鼻が出ることであるが、単に軌というだけでも鼻詰り水鼻が出ることの意味する。然らずんば帛書『陰陽十一脉灸経』の陽明脉の鼻𩇛（𩇛）も『靈樞・経脉篇』の「軌衄」に当る。その意義は不可解になるばかりである。だが、此の病証は軌扭（軌衄）、軌嚏、軌塞、鼻軌のいずれにも鼻詰り水鼻出るのが含まれている。これで王冰氏の注に軌を「鼻中水出」と解したのは必ず根拠のあることで、決して杜撰ではないといえる。唯、衄が扭の仮借字である事を知らず、又続いて「衄・謂鼻中血出」と注していることは蛇足に他ならない。

（次号へ続く）

十八世紀日本の医学における科学革命――

――蘭方の発展のための思想的な前提――

ウイリアム・D・ジョンストン

はじめに

江戸時代、古医方の実験的な医学は蘭方医学が受容される前提であったということを指摘している論文は多数ある。例えば、佐藤昌介の蘭学勃興の諸前提⁽¹⁾、小川鼎三の「近代医学の先駆」⁽²⁾と「明治前日本解剖史」⁽³⁾、大塚敬節の「近世前期の医学」⁽⁴⁾、有坂隆道の「親試実験主義の展開」⁽⁵⁾などはこのことを指摘している。しかし、これらの論文では、次のような大きな問題が明瞭になっていないと思う。それは、医学思想の歴史的な発展のなかで、古医方とその前後の医学思想との連続的かつ非連続的な関係を明らかにすることである。この問題を解き明かすために、ここでは「科学革命」という概念を使用する。江戸時代の医学に科学革命が起ったということを実証するのが本論文のテーマである。しかし日本の学界では、「科学革命」という概念は、かならずしも共通のものとなっていないように思われるので、はじめに、本論文で用いるこの概念について少し説明しておこう。科学思想上、科学革命というのは世界観の変革を意味する。換言すれば、それは科学の理論、法則、応用、装置における質的な変化である。

科学革命が起るためには、前提条件として、まず一定の正統的な科学の存在が考えられなければならない。すなわち科学者の専門集団が一つの基礎的な理論を科学の唯一の規準としているということであって、ここではこれを「通常科学」と呼んでいる。ところが、科学者が観察したものと科学理論との間に異例や変則が出現すると、理論を新しく解釈することが必要となる。こうして、一つの理論に対して、たくさんさんの解釈が存在する状態になり、思想的な危機の徴候が芽生える。さらにもとの理論によって全く説明できない事実が現われると、異った見方に基づいた理論が登場し、一時的に、二つ以上の理論が科学界に併存するようになる。すなわち、科学の唯一の規準がもはやなくなっているのである。しかしそうなれば必ず科学者の間に論争や競争を起さずにはおかないであろう。このような過程によって、事実をよりよく説明できる理論が勝利し、それが科学の新しい規準となる。また、それとともに、科学の法則、応用、装置も再編成される。こうして革命的な科学理論にもとづく新たな「通常科学」が生れるのである。

これは科学革命の大雑把な説明である。詳細な説明が必要ならば、トマス・S・ケーンの『科学革命の構造』⁽⁶⁾を参考されたい。ケーン氏はそのなかで「パラダイム」という言葉を使っているが、この語の厳密な定義はないので、本論文では、それを使用していない。

本論文では、人体の形態論を医学思想の基礎として考え、その変化によって医学思想の基礎的な変革を跡づけることにする。⁽⁷⁾

第一章 江戸時代の医学と「科学革命」について

十八世紀、内発的な科学革命が江戸時代の医学のなかに起った。その革命は日本の医学思想を一つの世界観から全く違う世界観へ導いたものであるといっても過言ではない。また、換言すれば、それは中国の演繹的な思想に基づいた科学が

ら帰納的、すなわち実証に基づいた科学への転回である。これはおもに理論や技術の分野に起った革命であるが、それと社会との関係は決して無視しえない。具体的にいえば、この革命は人体の形態論から起ったものだが、この新医学を生んだ新たな社会環境の展開によって、この革命は可能となったのである。

蘭学、ことに『解体新書』はこの革命に主な役割を果し、杉田玄白、前野良沢などは『解体新書』の訳者として近代科学への変革を担う中心人物であるが、この革命の淵源ははるかに彼ら以前にある。『解体新書』の科学思想上の意味を理解するためには、蘭学を独自の思想として考察するだけでは不十分である。むしろ、近代的医学への変遷の歴史的な過程を総体として考察しなければならない。それが本論文の目的である。蘭学や近世医学史に関する論文は多量にあるので、その反復を避けるために、おもに当該時代の医学書などを資料として利用し、江戸時代の医学に起った科学革命を明らかにしたい。

どのような科学革命にも、一つの条件が必要である。それは、科学者集団の学派間の競争である。その歴史的な過程によつてのみ、科学者がかつての定説を廃して新説を採用することが可能となる。⁽¹⁾江戸時代の医学のなかに起った科学革命の歴史的な過程を理解するためには、この点は最も重要なものである。

本来、科学者は、医学者を含めて、自然の性状についての諸問題の解明に努めるべきものである。それは、単に個人的、自己満足的なものであってはならず、科学者の専門集団という特殊な集団に受け入れられるものでなければならぬ。さらに、科学的な問題を判断する際に、一国の権力者や、一般大衆に訴えかけてはならない。なぜならば、科学者は共通した訓練と経験をもつがゆえに、「明解な判断を下す規準の唯一の保持者とみなさねばならない。彼らがそのような評価の規準を共有していることを疑うのは、科学業績と両立しない規準の存在を認めることとなる。それを認めれば、どうしても科学における真理は一つであるかどうかの疑いが生じる。」⁽²⁾からである。

江戸時代、医師の専門集団は、医学問題に関して、権力者にも、一般大衆にも訴えかけることはほとんど見られないと

いう長い伝統を持つ。そして、江戸時代初期には、李・朱医方が医学上の諸問題に対して明解な判断を下す規準の唯一の保持者であった。(これについては、後述する。)しかし、時代の推移とともに古医方の諸学派も発展し、医学理論にも、臨床医学にも、さまざまな規準が出現し、医学における「真理」は一つでなくなつた。

古医方のうちで解剖学を重んじた学派の医師たちと、のちの蘭方医師たちはそれまでの日本医学の理論を拒否して、新しい理論を採り入れた。これらの新しい医学説は、それまでの通常医学を支配する規準に変更をもたらした。しかし他の科学革命と同様に、この新しい理論を採り入れるためには、それ以前に事実とされていたものを再評価する必要があった。この再評価することは「革命的な過程」である。その過程は、一人の人間によつて完成されるものではなく、また決して一夜にして成るものではない。⁽³⁾すなわち、江戸時代の医学革命も長い過程を辿つたのであって、孤立した事象として、一時点で把えることはできないのである。ところが、この革命を淵源から完成まで追究するには、あまり膨大過ぎる年代にわたつて考察しなければならないので、本論文では、その主眼をその前半におくことにする。

第二章 江戸時代の医学界

第一節 歴史的背景

科学思想と社会環境とには、必ず独特な相互関係がある。江戸時代の医学思想における科学革命という概念を明瞭にするためには、この時代のそのような関係へ目を向けなければならない。⁽¹⁾

江戸時代には宮中医師、幕府医師、藩医師、町医師の四種類があつた。また、すべての医師は本道(内科)、外科、眼科、婦人科、児科、口中科、針・灸科などの諸専門科に分かれていたが、多くの医師は二つ以上の専門科を兼ねて開業していた。ところが、当時「医者」といふことは本道のことしか示さなかつた。⁽²⁾本道は医学理論全体を支配し、外科やその他

の専門科は単なる医療技術者に過ぎなかった。経済的にも、社会的にも、本道の医師たちは他の専門科より上の地位を占めていた。「職掌録」には、このことがはっきりと指摘されている。⁽³⁾

医師

当職定員なし、奥表、本道雑科の差別あり、何も若年寄支配、奥医師御番料二百表、但外科雑科ハ同百表

また、南蛮流・和蘭流^{オランダ}外科の医師が幕府医官になることは、ごく通常のことである。一六六三（寛文三）年という随分早い時期にも、長崎の南蛮流外科杉本忠恵は幕府医官、のちに法眼にまで昇った。また、一六九二（元禄四）年、長崎の外科吉田自庵、栗崎道有、村山自伯は幕府医官となり、更に三人とも法眼になった。彼らも、また南蛮流もしくは和蘭流の医者であった。しかし、このことにはいかなる革命的な性格も認めることができない。この医師たちは単なる外科として、自分の専門のなかで優れた技術を採用して、腫物や外傷を治療したということに過ぎない。

江戸初期、本道（内科）、すなわちほとんどの医学理論は曲直瀬道三流の李・朱医方（のちに後世方と呼ばれた）に支配されていた。道三流の医方は日本の医学界を風靡し、医学の唯一の規準であった。沢庵はその「医説」に「日本国大かた皆、道三流に成りぬるなり」と書き、⁽⁴⁾このことをはっきりと指摘している。道三流の医方は単に中国の医学を直輸入したのではなく、李・朱医方とその他の古来の医書から実用的なものを選んで、その思弁的なところを捨てて、自ら一家の医流を作った。⁽⁵⁾道三の「切紙」の巻頭に出ている「医工^{（6）}宜^{（7）}慎^{（8）}持^{（9）}之法、五十七ヶ条」を読んで見ると、その療方の実用的かつ厳格な性格を見出すことができる。⁽⁶⁾この厳格さは日本の医学の方法に大きな影響を与えたのであった。

しかし、道三流の医方が日本の医学界を風靡してからもなく、別の医流が登場してきた。それは古医方と呼ばれ、医学の復古を唱える思想であった。古医方の先駆者永田徳本は曲直瀬道三と同じ頃（十六世紀の後半）に活躍したが、伊藤仁斎と古義学派の勃興（十七世紀の半ば）の頃までは、医師の間内では有力な医説にはならなかった。いかなる思想におい

ても復古思想が出現すると、それは特定の風潮を萌すものである。西洋のルネサンスの思想、またのちに、古義学派と同じ頃に活躍した古典主義は日本の復古思想と同様に、同時代の正統的な学説に対する不満と新しい学説の探求を示していると考えても間違いではあるまい。

古医方の創始者名古屋玄医は、医の源流に溯つて、後漢時代の張仲景の『傷寒雜病論』と『黃帝內經』（素問・靈樞）という医学古典を重んじて、李・朱医方の理論をほとんど捨てて、より実験的な医説を創作した。⁽⁷⁾

この医学思想の風潮から、古医方の偉人後藤艮山が生まれてきた。彼は医学への勉学の動機について書く。「我、儒たらんか、伊藤仁斎に上たり難し。我、僧たらんか、隱元に兄たり難し。已むことなくばすなわち医か、豪傑の士の先鞭を著くるものあるなく」と。⁽⁸⁾ 艮山は名古屋玄医の門に入れなかったために、独学して古医方の第一人者になった。艮山自身の著作は少数であるが、弟子は二百人をこえたので、彼の影響はかなり大きかった。弟子は浪華の市瀬穆、伊勢の山村重高、京都の香川修徳、山脇東洋という名医を含んでいる。

第二節 医学の発展と社会情况

玄医や艮山の復古の医学運動が可能となるためには、特定の社会的な「触媒」が必要であった。最も大切なのは、医師の自由な移動と、医学における情報の自由な交換であった。江戸時代、医学生は遠方へ遊学することも、二人以上の師の門下生になることも普通であった。また、医師たちは医書や書翰を広く交換したために、諸流派の医学思想が全国に普及した。そのため、江戸時代の医学界ではほとんど全国の医師がある程度交流していたといつてよい。すなわち、当時の国家は幕府と藩という二重の専制政権の下に支配されていたにも拘わらず、医学思想は自由に発展してきた。⁽⁹⁾

しかも、また別の社会的な条件が医学の発展を促進した。医師として立身出世することは、当時の厳重な身分制の枠に

も拘わらず、可能であった。医師の資格試験のようなものはなかったために、師について学び、業を修めさえすれば開業することはごく簡単であった。その上、医業は相対的に安定した職業で、大変収入になった。⁽¹⁰⁾ 上述した理由のために、医業への志望者は非常に多かった。

ところが、医療の効果は目に見えるものである。医者は治療で失敗すると、より効果のある療法を使用して信用を回復しなければ医者として滅びることになる。このために医者たちの間に激しい競争が起こり、医学の研究が非常に促されたのであった。

医学の研究を促進したもう一つの社会的な「触媒」は非常に大切に思われる。それは幕府や藩の医家は世襲制になっていたが、必ずしも閉鎖的な制度ではなかったことである。医師の実子が無能であった場合には、才能のある人——普通は自分の弟子——を、身分に拘わらず養子に貰うのが普通であった。また、優れた藩医師や町医師が「御目見医師」(幕府の医官)になった場合も少なくはなかった。例えば、身分の低い「隠医」永田徳本が徳川秀忠の疾病を治療したという話は有名である。⁽¹¹⁾ このようなことは優れた医療、すなわちより効果のある療法によって可能となった。このことについて、「明良帶録」には、つぎのように書かれてある。⁽¹²⁾

(御目見医師)

医師は職業なればその術に堪へたる、町医師、陪臣医師、新規御目見被_レ仰付_二らる、是より御番医に昇るものあり、いづれも学術修業次第也

また、幕府は医師を大事にして、すでに侍医となっている医師の勉学を奨励したということは『徳川禁令考』に明らかになっている。⁽¹²⁾ これにより官医は怠惰になった場合には、罰せられる可能性があったということが分かる。

寛政元己酉年四月

寄合医師へ達

(前略) 殊医業者大切之職業、人命を預候儀を怠り可申様無之儀ニ候、以来其身一代出精、無甲斐其悴医業等閑ニ而并人柄等之儀相慎候事薄き輩へ、禄之多少差別ニよらず、其時宜ニ随ひ、家督等之節ニ至り候而も減禄被仰付儀も有之間敷儀にも無之候、乍然其者取来候禄へ、成丈先規不省様有之度儀ニ付、其身追々修行を遂致出精候へ、連々又御加増有之、(後略)

これにより幕府の侍医はその収入や家を守るために、医療に精を入れたということを推理できる。さらに、一八六二(文久二)年閏八月十六日の令を見ると、このような事情は幕末まで続いているということが分かる。⁽¹⁴⁾

医師推挙ノ儀ニ付達

覚

総医師共家業心懸候儀者勿論ニ候得共、生得之才不才も有之、生質より何程出精仕候而も、勝れ候ものハ容易ニ出来難致、依之前々より世上手広療治致し、医業勝れ候ものハ、町医師又は陪臣より其時々被召出候(後略)

この情況のなかでは、医学の研究は全面的に奨励されていたということが判明する。

この研究熱心の成果として、幕府のレベルでは躋寿館(医学館)が一七六五(明和二)年に創設された。また、藩のレベルでも医学校が創設された。幕府の医学館の場合にも、諸藩の医学校の場合にも、入学は身分に拘わらず相当自由になっていた。明和二年十二月七日、奥医師多紀安元は医学館の創設を求め、入学について、つぎのように書いた。⁽¹⁵⁾

松平右近將監殿御渡　奥医師

医学館神田佐久間町　多紀安元

右安元義、此度相願、右之場所江、医道致講釈、御医師之子弟、并陪臣医師、町医師、總而医道ニ志之輩、右学館江
罷越候儀、勝手次第之事、

藩の医学学校も同様な性格をもっていた。例えば、和歌山藩医学学校（一七九二、寛政四年建設）の規程には、つぎのように
書いてある。⁽¹⁶⁾

一此館以ニ徳高学篤者ニ為レ貴、故雖ニ人有ニ貴賤之異ニ、而度無ニ上下之別ニ、遊此館者、賤無レ凌レ貴、貴無レ驕レ賤、只宜ニ
謙遜ニ、

他の藩もこれと同様な政策をもっていたらしい。個人医師の塾の場合にも、志望者は入門のための入門料を払うことが
できる限り、入門は大体自由になっていた。

このような情況のなかで、医学思想が猛烈に醸酵してきたのは、不思議なことではない。

第三章　医学思想の変遷

第一節　総論

上述したように、江戸時代前期の医学界の社会的な構造は、概ね、特定の思想的な基礎の上に築かれてきたものであ

り、この基礎は道三流の医学理論であつた。この理論は儒学の陰陽五行説に基づいており、それを理解するために、内科の医師はまず儒学を修めることが必要であつた。しかし医学の發展は新しい医流である古医方を生じた。

古医方の理論はそれ以前の理論と基本的に異なつてゐた。古医方は陰陽五行説を輕視し、親試実験主義を唱へた。ところが、古医方はまた二つの基本的に違う流派に分離した。一つの流派は吉益東洞の医学思想を中心にして、臨床実験を重んじた。もう一つの流派は、山脇東洋の医学思想を中心にして、基礎医学を重んじて新しい医説を立てた。この新医説の理論は基礎医学に基づいてゐたので、儒学は医学の基礎ではなくなつた。また内科と外科の基礎は一緒になり、その区分はそれ以前ほどはっきりとしなくなつた。この実証に基づいた医流の医師は、自ら人体解剖を行ない、西洋の基礎医学の正確さを証明した。基礎医学は人体の正しい形態論、すなわち解剖学を根拠してゐるので、この医流の医師たちにとって、正確な解剖書が不可欠となつた。こうして、西洋医学の理解は可能となつたばかりでなく、日本の医師の解剖学の水準を上げるために、西洋のより正確な解剖論が求められたのであつた。

つぎに、江戸時代の人体の形態論の近代解剖学への發展を考察して見よう。

第二節 人体の形態論の変遷——「頓医抄」から「内景図説」まで

江戸時代の医学の本流、すなわち本道（内科）においては、人体の形態論は儒学の世界観の表現であつた。その世界観は、大宇宙と小宇宙に分離してゐる。大宇宙は天地万物であり、小宇宙は人体である。すべてのものは陰陽五行の原理に支配されてゐると考えられた。したがつて、当時の医師、すなわち内科医はまず儒学を修めてから医学を勉強した。

この科学理論は演繹的な方法論に根ざしてゐる。古代中国の人々は世のなかの一般的な現象から陰陽五行説を考え出し、これを森羅万象に演繹的にあてはめる科学方法論を作つた。のちに医者はこの理論を利用し、人体の現象を解釈し

て、一つの形態論を作り出した。この医学理論が日本に輸入され、根をおろしたのである。

鎌倉時代、梶原性全という僧医は偉大な医学書「頓医抄」を著作した。性全は「頓医抄」に北宋時代の解剖書「欧希範五臓図」を載せ、日本で初めて人体の内景について記載したという事で広く知られている。しかしこの内景図そのものよりも、その解釈が重要である。性全は「頓医抄」巻四十三に書く。⁽¹⁾

五蔵六府形候

論曰、夫人ハ天地ノ氣ヲウケテ生ル、故ニ内ニ五蔵六府精氣骨髓筋脉アリ、(中略)四時五行陰陽冷熱虛実ヲ弁ベシ、(中略)凡五蔵ハ天ニ在テ五星タル、地ニ在テハ五嶽タリ、時ニ在テハ五行タリ、人ニ在テハ五蔵タリ、

続けて、性全は五蔵六府、陰陽五行と病氣との相互関係を説明している。

「頓医抄」は鎌倉時代の書であるが、江戸時代の写本が多いので、それまで医学の教科書に使用されていたということが判明している。

江戸初期の人体の形態論における医学書のなかで、岡本一抱が一六九〇(元禄二年)に著作した「臟腑経絡詳解」(これから「詳解」と略する)は代表的なものである。一抱は後世方の医師で、のちに幕府の医学館の教師になった。

「詳解」は、この儒学思想に基づいた人体の形態論をより詳細に説明している。現在このような理論を見ると、比喩に基づいたものに見えるが、当時の人々はそれを事実と見なしていたということを忘れてはならない。また、この医学理論を哲学の視点から見ると、一種の存在論とも解釈できる。「詳解」の序に、医師(所屬不明)菅山宗徳は述べる。⁽²⁾

夫^レ人^ハ者^ハ万^ノ物^ノ之^ニ靈^ニ而^{シテ}与^ニ天^ノ地^ノ同^シレ^ル体^ニ矣^ハ。蓋^シ氣^ハ血^ハ者^ハ陰陽也^{ナリ}。十二経絡^ハ者^ハ十二経水也^{ナリ}。三百六十五穴^ハ一^ノ会^ニ者^ハ以^テ応^ズニ

周歲[、]之度^ニ也。

また、「詳解」の本文に、一抱は次のように書く⁽³⁾。

夫人ハ天地ノ氣中ニ生ジ。五行造化ノ道ヲ具テ。陰陽剛柔一身ニ萃^{アツマル}。所謂小天地也。天地ノ氣和シテ萬物化生シ。

この二つの例を見ると、後世方の医学理論と人体の形態論の演繹的な方法かつその存在論的な性格が判明する。人体は天地の氣から生まれ、小宇宙であった。そこで人体の特徴は大宇宙のそれと同様に考えられた。人体の「経絡」は十二經水と同様に見られた。(經水は地の水で、海水、湖水、江水、などである。また、「素問」の離合真邪論は「經水者、行氣血、通陰陽、以榮^チ於身^ニ者也」という。)更に、穴会(いわゆる「つぼ」)は一周年の三百六十五日と連想されていた。人体は自立したものではなく、単なる天地万物の原理の一表現であった。また、人体の臟腑はつぎのように説明された。⁽⁴⁾

臟ハ蔵也。陰ニ属ス。(すなわち、各臟は特定のものを蔵^{かく}す。肺は魄をかくし、心は神をかくす云々)。(中略)腑ハ府也。言ハ府庫^{フコ}ノ如シ。(中略)腑ハ陽タリ。陽ノ德ハ喜通ズ。是以腑ハ水穀ヲ通シテ敢テ不^{アエ}蔵^{カササシバ}。蔵則滯^{トトリ}テ病ナル。

すなわち、臟腑は陰と陽によって区分され、また各臟腑の機能は五行説によって説明されていた。⁽⁷⁾

儒學の世界観では道德は自然の道から出るものである。したがって、人体の性理學も道德の視点から説明された。そのため右の文章には「陽ノ德ハ喜通ズ」と書かれている。更に菅山宗徳の序では、人間の病氣はつぎのように見られた。⁽⁸⁾

天地失^{スレハ}常則災害作^リ焉。人身失^{スレハ}常則疾病生^ス。

病氣をこのように想定すると、医師の役割は「良相」と同様に考えられる。宗徳は続けて書く⁽⁹⁾。

良^リ相^ト佐^{ケル}君^ノ徳^ヲ化^ス布^ス下^ニ而^テ災^ヲ害^ヲ自^ラ退^ス。良^シ医^ヲ施^ス治^ス薬^ヲ力^ヲ徹^ス内^ニ而^テ疾^ヲ病^ヲ自^ラ去^ス。

このように、岡本一抱の「詳解」は極く正統的な人体の形態論を唱えたが、一抱はこの説で満足していなかった。彼はより正確な形態論を求めて、一七〇〇（元禄十三年）年に「医学三蔵弁解」（これから「弁解」と略する）を著わした。そこで彼は治療のために臓腑の正確な知識が必要であるということを主張し、その正統的な形態論の変形を作り出した。「弁解」の総解で、一抱はつぎのように書いた⁽¹⁰⁾。

蓋^シ三蔵ノ弁トハ何ゾヤ。此人^ノ身ノ枢要。医家ノ綱領。施治ノ切務ナル者ナリ。凡^ソ医タル者ハ。人身ノ從^フテ。來^ル所ノ道。蔵府形体ノ理。明^カニ不^レ可^レ不^レ察。苟クモ其業ニ居テ。其理ヲ明^カニセズンバ。医トモ云ベケンヤ。

勿論、「弁解」の内容は近代的な人体の形態論に程遠いものであるが、歴史的に重要な発想の表現である。第一に、医者が「蔵府形体ノ理」をよく知らなければ医者資格はないと述べることは、近代的な基礎医学に向うものである。第二に、彼がこのように正統的な説に疑問を持って、それを作り直したということは、当時の医師には、思想的にある程度自由があったということを示している。

この風潮は服部範忠の「内景図説」（一七三二、享保七年）に、よりはっきりと現われてきた。その自序には、範忠は数年間「蔵府之形象」の正しい知識が必要であると強く訴えていたということを書いている。彼は友人の山岡氏（人物不明）

の「為_レ医者不_レ知_ニ藏象_ヲ何_ヲ以_テ活_レ人_ヲ」という質問を契機にして、「内景図説」を書き始めたのであった。彼はより正確な人体の形態論を求める上で、方法として覬臆を利用せず、まさに思弁的な発想で五臓六腑の説を見直した。近代医学から、この「新説」とその「新図」を見ると、旧説の弱点をむしろ改悪したといってもよいが、このようにして彼が「聖人」の説をある程度否定したことに注目してよい。

「内景図説」の心の部を見ると、知能の高低に関する伝統的な説明と、それに対する範忠の改筆がどのようなものであったかが分かる⁽¹¹⁾。

難經図註曰、上_ニ智之人_ハ心_ニ有_ニ七_一孔三毛_一、中_ニ智之人_ハ心_ニ有_ニ五_一竅二毛_一、下_ニ智之人_ハ心_ニ有_ニ三_一竅一毛_一、常_ノ人_ハ心_ニ有_ニ二_一竅無_ニ毛_一、愚_ノ人_ハ心_ニ有_ニ一_一竅_一、下_ニ愚之人_ハ心_ニ有_ニ一_一竅_一甚_ニ小_一矣⁽¹²⁾。(中略)此人之所以具_ニ受_一於天_ニ也。無_ニ愚_一智_一賢_一。不_レ肖_ニ無_ニ以_一相_一倚_ニ於_レ是_一考_ニ則_一邪僻偏傾共_ニ不_レ預_ニ乎_一藏象_一、之_ニ在_ニ私_一爾_一。

すなわち、個人の性格的な特徴に関係なく、人間の臓腑の構造はすべて同様であると主張している。とすれば、治療方法も、対象によって、変化するものではないことを述べた。それまでは、ひとの地位によって、病気の治療も違っていた。このように、「内景図説」は近代医学へ向って、以前より一歩進んでいたことが指摘できる。

当時の医学思想の状態を理解するために、「内景図説」の序はより貴重な資料である。そこでは、後世方の理論的な矛盾とその限界が明らかになっている。一方では、より正確な人体の形態論を要求しているが、他方では、この知識を得るためには儒学の理論以外、根拠がないということを述べている。「内景図説」の序で、六代目と思われる曲直瀬道三はこの矛盾を明らかにしている。

扶^テ膜^ニ豈^ニ誰^ニ知^ニ七^ニ孔^ニ三^ニ毛^ニ之^ニ所^ニ乎。導^テ筵^ニ何^ニ夫^ニ得^ニ胞^ニ絡^ニ三^ニ焦^ニ之^ニ形^ニ乎。唯^ニ有^ニ至^ニ靈^ニ洞^ニ視^ニ之^ニ聖^ニ而^ニ驗^ニ幽^ニ索^ニ隱^ニ卒^ニ內^ニ景^ニ之^ニ管^ニ攝^ニ玆^ニ著^ニ。一^ニ身^ニ之^ニ運^ニ用^ニ各^ニ得^ニ其^ニ處^ニ与^ニ河^ニ洛^ニ洪^ニ範^ニ。

この短い文章で、道三の医学理論の思想的な基礎が明らかになっている。

ここでは、当時の一部の医師は腑分け（人体解剖）に興味をもっていたということが分かる。「膜をえぐって、むしろを導く」ということは、腑分けの方法を指しているが、実際に解剖が行なわれていたかどうかは、この文章だけでは明瞭に⁽¹⁵⁾ならない。しかし、道三が覬臓を方法として否定する必要があるほど医学界で腑分けに興味を持つものがあつた、といえる。すなわち一七二二（享保七）年には、帰納的な科学思想への転回がすでに始まっていたということが判明する。

ところが、道三は覬臓では正確な人体の形態論を得られないと述べている。むしろ、伝統的な演繹的な科学論を唱え、道三は内景を支配している原理は聖人が洞察したものであり、身体の生理は「河図洛書」と「洪範」（「天地の大法」、みな易経の思想）によって理解すべきものであると述べている。このように道三は儒学に基づいた認識論を唱え、覬察に基づいた科学理論を否定している。しかしこの文章には、近代的な科学の視点から見ても正しいことがある。それは、覬臓しても「七孔三毛の所」や「胞絡三焦の形」を知ることができない。これらは後世方の基本的な概念であつたが、もちろん近代医学から見れば実在していないものである。したがって、覬臓に基づいた人体の形態論を作れば、後世方の儒学に基づいたそれを否定せざるをえないということは、道三自身が分かっていたのではないか。しかしまた、道三は「旧図尤不可^レ欠、新図^ニすなわち範忠の「新図」亦^ニ不可^レ廃」と書いて、旧図にも新図にも、絶対の規準を指摘していない。すでに道三が両説を認めていることは、後世方の最高の権威にしても人体の構造を正確に説明できなくなっていたことを意味する。すなわち、医学の基礎的な理論が混乱し、危機状態に陥つていたということが分かる。日本の医学がこの状態から脱出するためには、完全に新しい理論が必要であつた。この理論を整えた人は、山脇東洋であつた。（次号へ続く）

手塚良仙光亨知見補遺

深瀬泰旦

はじめに

幕末の軍医として活躍した歩兵屯所医師取締手塚良仙については、すでに報告したところであるが、そのさい明治以降の経歴についてはなお詳かにしえなかった。しかし、その後の調査によって、いくつかの新知見をしりえたので、今回はそれについて報告する。

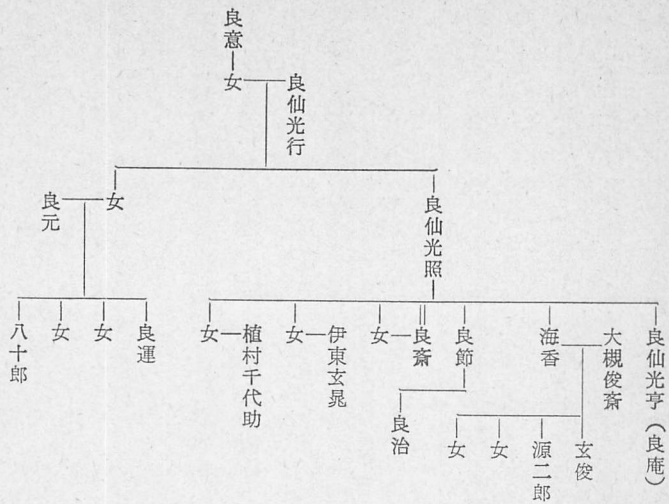
弟鮭延良節と甥鮭延良治

手塚良仙は常陸府中、松平播磨守の侍医、手塚良仙光照の長男で、字は光亨、父の死後良仙を襲名したが、それ以前は良庵をなのっていた。

良仙には同胞が六人（男二人、女四人）ある。

弟、次男良節は文政四年（一八二二）生れ。節蔵（節三）とも称した。二〇歳のときに金沢藩医鮭延秀庵義知の養子となつた。⁽²⁾ 鮭延家は出羽国石部郡鮭延出身の井上将監孝義に発し、ゆえあつて鮭延姓をなのるにいたつた。その子元益義尚が

手塚家系図



医を志して、江戸で町医者をいとなみ、その孫周益義利の代になって、天明年間にはじめて町医から金沢藩医にあげられたのである。この義利は良節の祖父にあたる。

養父秀庵義知は寛政一三年（一八〇一）に、義利のあとをついで金沢藩医にあげられ、文政元年（一八一八）には法梁院^{（注）}の病にさいして拝診御用を命ぜられた。文政五年（一八二二）に御医師として一五人扶持をたまわり、それ以後奥医師として活躍したが、弘化二年（一八四五）八月に病死した。秀庵は妻帯しなかったので、ここに良節が養子としてはいったわけである。

良節の略歴については自筆による経歴を次に引用しよう。

給禄高八拾八俵三斗三升貳合

本国出羽生国武蔵五拾歳

鮭延節蔵源義行^{ノリユキ}

私儀実^{（ノリユキ）}は松平播磨守殿手医師手塚故良仙二男ニ御座候処天保十一年奉願御医者鮭延故秀庵養子ニ罷成弘化二年十二月十三日亡

良節は妻の縁にうすかった。最初の妻は大槻俊斎の妹であるが、嘉永四年（一八五二）四月に病死し、第二の妻は小笠原佐京大夫の家臣西村周右衛門の娘である。しかしこれも文久三年（一八六三）六月に病死したので、慶応元年（一八六五）八月に今井泉の妹を第三の妻としてむかえいれている。

良節には一男一女があり、嗣子は良治である。良治は嘉永三年（一八五〇）十二月二〇日の生れで、明治七年五月二二日、緒方惟準の主宰する東京の適々斎塾に入門した。⁽³⁾ ついで軍医試補となり、西南戦役にさいしては大阪陸軍臨時病院に配属され、病室勤務をつとめた。⁽⁴⁾ 後にのべるように伯父良仙が、赤痢のためこの病院で病没したとき、その治療に従事し、臨終にたちあつたとかんがえられる。明治一二年には軍医補となり、明治一六年の官員録には⁽⁵⁾ 剂官補として登載されているので、このころ薬剤官に転じたものとおもわれる。翌一七年には三等剂官となつたが、二年後にはふたたび軍医畑にもどつて二等軍医、明治二三年には一等軍医に昇進した。この間、連隊附軍医として、金沢、姫路、佐倉の各連隊に勤務している。明治三三年に医術開業免状の下附をうけて、東京市麴町区飯田町に開業した。

良仙には四人の妹がいた。長妹は海香といい、大槻俊斎のもとに嫁して玄俊をうんだ。次妹は信州更級郡川中島今里村の内村政富を婿養子として結婚し、手塚姓をなのっている。政富は良斎と号し、良仙光照の弟子であるとともに、坪井信道の門にはいつて蘭医学を学び、さらに長崎へも遊学して研鑽をおさめた。お玉ヶ池種痘所設立にさいしては、資金拠出者の一人となっている。良仙とおなじく、歩兵屯所医師取締に就任した。⁽¹⁾

三妹は永井肥前守の侍医、伊東玄晃に嫁し、末妹は植村千代助に嫁している。

良仙の叔母、すなわち父良仙光照の妹は良元を婿としてむかえた。手塚良元もやはり松平播磨守の侍医であり、その嗣子良運は良仙の従兄弟にあたるが、坪井信道の門人で江戸小石川同心町にすんでいた。⁽⁶⁾

歩兵屯所医師としての良仙

良仙がはじめて文献にみえるのは『適々斎塾門人姓名録』である。その第三五九番に「常州府中手塚良仙 手塚良

庵」とあり、安政二年（一八五五）十一月二五日の入門であることをしる。父良仙光照は常陸府中藩、松平播磨守の家来であり、小石川三百坂にすみ、小児科、産科を開業していた。良仙光照が文久二年（一八六二）に六二歳で病没したのち、父のあとを襲って良仙をなめるにいたった。安政五年の種痘所開設にあたつては、設立資金を抛出しており、すでに江戸に在住しているとかがえられるので、適塾在塾は約二年間と推定される。

緒方洪庵の『勤仕向日記』によると、文久二年閏八月一五日、医学所において四人のこどもに種痘を施しているが、このとき良仙は、師の洪庵とともに立会っており、又この日、医学所に入門を希望した石川元貞の門人某の入門試験官の一人として、これに許可をあたえている。適塾における師弟関係が、江戸の医学所においても継続して、洪庵のよき弟子として師をたすけて活躍している様子をうかがいしることができる。

文久三年（一八六三）一月二七日、洪庵は江戸城中において陸軍奉行大関肥後守増裕と会見して、二月に新設される予定の歩兵屯所附の医師として、医学所の医師を派遣してほしいむねの依頼をうけた。よく相談のうえ、後日返事をすることを約してわかれたが、その二日後（二九日）に城中で林洞海、竹内玄同にあつて、このことを話しあっている。

二月一日に洪庵は大関肥後守に出役医師のことをつげた。人選がほぼ内定したので、その結果についてのべたものとおもわれる。そして二月三日に御軍制懸り塚原次左衛門とあつて、屯所医師についての取はからいをたづねたところ、早速申し出るようにとの要請があつたので、翌二四日、七名を推薦するむねの書面をしたためて、これを北角十郎兵衛をへて、若年寄田沼玄蕃頭意尊に提出した。

『勤仕向日記』によると、それは戸塚静甫、千村礼庵、宮内潤亭、手塚良斎、手塚良仙、伊藤玄晃、程田玄悦の七名であつたが、三月一二日に発令されたときは、手塚良仙をのぞいた六名である。その間の事情は『勤仕向日記』によると

歩兵屯所医師之方左之御書付出ル

右歩兵屯所出役申渡候出役中御手当扶持拾五人扶持宛被下候間可被得其意候事

戸塚 静甫
程 田 玄悦
手塚 良斎
伊 藤 玄晃
宮 内 潤 亭

但し手塚良仙事ハ此節京洛主人之供いたし罷登居候事故帰府之上其段可申聞旨被仰渡（文久三年三月一二日）
とあって、まづ良仙をのぞく六名が三月一二日に発令され、主君松平播磨守頼繩に侍して上洛していた良仙は、江戸帰府ののちに任命されたわけである。その日について『勤仕向日記』には明記されていないが、手塚良斎の『医学所御用留』¹⁰により、それが三月二八日のことであることをしることができた。

『医学所御用留』は文久三年から慶応四年にいたる五年間の歩兵屯所における動きを記した記録である。一〇六丁、半紙本の写本で、順天堂大学山崎文庫の蔵するところである。これによると、文久三年三月一二日に歩兵屯所医師を命ぜられたのは一〇名であって、『勤仕向日記』の記事と異なっている。さきにあげた戸塚静甫らのほかに、吉田策庵、高島祐啓、曲直瀬正廸、古田瑞春らで、これら四名は医学所に所属しない医師達である。すなわち歩兵屯所医師は、一部は洪庵の推薦により医学所医師を出役としたが、ほかに漢方に従事している医師もあげられていることがわかる。

文久三年一二月將軍家茂は公武合体体制をかためるため、海路江戸を出発して京にのぼった。このとき西丸下屯所と大手前屯所所屬の千六百名の歩兵が、歩兵奉行溝口伊勢守勝如の指揮のもとに、陸路上洛した。西丸下詰医師であった良仙は、この歩兵組の附添として進発している。前回、文久三年二月の將軍上洛では、尊攘派によって手痛い目にあい、不愉快なおもいしなければならなかったが、今回は朝廷から手厚い待遇をうけているので、これにしたがう歩兵組も緊張を

しいられることはなかったであろう。良仙もおそらく病兵の治療程度で終ったにちがいない。

將軍家茂は翌元治元年五月、海路により江戸にかえったが、良仙がこれにしたがって帰府したかどうかは不明である。

『医学所御用留』には

三月九日（元治二年……引用者註）西丸下上京之病一大隊鋼太郎殿（歩兵頭並徳山鋼太郎……引用者註）引率帰府ニ相成候

良仙松庵之両子帰府之事

とあり、あるいは元治二年三月まで、一年二ヶ月にわたって京師にとどまっていたのかもしれない。

元治二年五月、良仙は山本長安とともに御抱医師をおおせつけられ、ついで慶応二年一月には歩兵屯所医師取締介となり、さらに翌三年四月京都に滞在中、御番医師並、屯所医師取締に榮進した。

このころの歩兵組は、京師守護も大きな役目の一つで、交代で上洛し、一定の期間任務についたのち帰府している。慶応二年一二月、良仙は交代のために上洛する大手前屯所歩兵組二大隊につきそって江戸をたった。一大隊は約四百名の兵士をもって組織し、歩兵頭並（中佐相当官）が指揮にあたっている。二大隊に四名の医師がつきそっているので、一大隊あたり医師二名ということになる。医師取締に榮進したのは、このときの京師滞在中のことである。

文久三年以降、良仙が歩兵屯所医師としてせわしい日々をおくっている様子は、『医学所御用留』のとおしい記事の中からもうかがいしることができる。江戸在府の折は、小石川三百坂の自宅に弟子を養っていた。その数など、くわしいことは不明ながら、門人のうち風間淡斎、種瀬俊安の二名が歩兵屯所手伝に任命されている。

種痘医、軍医としての良仙

明治新政府は旧幕府の医学所を再興し、一方医学館を種痘館にあらためた。それぞれ、明治元年六月二十六日、同年八月一五日のことである。この八月一五日に、良仙は桑田立斎ら五名とともに種痘館出張を命ぜられたことが明治元年六月か

ら一二月までの大病院の『日記』にみられる。⁽¹²⁾ 九月一日からの種痘は、それまで六日に一度であったものが、隔日におこなうことにあらためられ、明治新政府が本腰をいれて種痘の普及にのりだしたことがうかがえる。

良仙ら六名が種痘館出張をおおせつけられた、とあるのはどのような意味であらうか。筆者はこれを、当時新し橋にあった医学館あらため種痘館への勤務ではなく、山崎佐が明治二年六月のこととしている。⁽¹³⁾ 種痘所を一ヶ所にかざるのは不便であるので、種痘館のほか六ヶ所にもうけた出張所への勤務と解したい。^(注4) さきの『日記』の九月二一日の条に

大野松齋種痘出張所六人江上納銀之義申達し候事

とあるのをみても、九月にはすでに六ヶ所の出張所がもうけられているのを知ることができる。良仙の勤務した出張所は小石川三百坂、すなわち良仙の自宅であり、その管轄する地域は、「麴町四ツ谷市ヶ谷牛込小石川駒込大塚巢鴨大久保辺」である。⁽¹⁴⁾

さらに、明治元年に種痘館出張所がすでに存在していた事実をしめす記事がある。

十二月十八日御下ヶニ相成候ニ付早速医学所江廻ス

私義此迄小石川町静寛院宮附矢島久三郎上地之内借地住居罷在候処辺鄙之間道故自然人行乏敷且家作大破間狭ニ付種痘館出張所御用向相勤候不都合之廉有之候処小石川富坂町徳川亀之助家来用人組齋藤惣左衛門上地貳百七十五坪相応之家作有之且惣左衛門由緒にも御座候ニ付家作譲請置申候就而は右地所拝借転住仕リ種痘館出張所御用向十分ニ相勤奉申上度何卒願之通拝借被 仰付被下置候様奉願度依之此段奉願上候以上

十月十七日

鎮将府御支配

種痘館出張所

手塚良策印

現在おこなっている種痘館の建物は、場所も辺鄙であり、人どおりもすくなく、さらに破損もいちぢるしく、手狭まにな

ったので、種痘館出張所として充分機能をはたすことができない、とのべて、良仙は転住を願いでている。一〇月一七日のこの願書にたいして、許可するむねの下ケ札が一月一八日に廻章された。

良仙は明治二年三月には医学所の産科教授方に就任した。その名簿をみると、五等医師以降におかれており「以下等級未被仰付」とあるように、まだ五等医師にもなっていない。ついで同年五月には医学学校の部にその名がみえ、八等官に昇進し、三等教授試補並産科掛になっている⁽¹⁶⁾。以後医学学校において教鞭をとっていたが、その後は三転して軍医畑にすすんだ。これがいつのことかあきらかにしえないが、大植四郎によると明治四年ごろであるという⁽¹⁷⁾。

明治四年ごろ陸軍一等軍医副(中尉相当官)に任じ、七年には軍医(大尉相当官)に任じ正七位に叙せられた。明治一〇年の西南戦役には、近衛歩兵第一連隊第二大隊の医官として出征し、第二旅団中央小繙帶所附となつて治療に従事した。

西南戦役における小繙帶所は、一時的な傷病兵の收容所で、病兵にあっては一週間以内に回復しないもの、傷兵にあっては二、三週以上の回復期間を要するものは、すべて後方の大繙帶所に転送された。大繙帶所は今日という野戦病院である。ほかに大阪に陸軍臨時病院をもうけて、すべて戦地の患者を收容して治療にあたつた⁽¹⁸⁾。

西南戦役は明治一〇年二月一九日の鹿児島暴徒征討の詔によつて、その幕がきられた。以来七ヶ月の戦闘をへて、九月二四日城山にたてこもつた西郷軍に最後の総攻撃をくわえて、政府軍の勝利におわつた。

鹿児島城の旧趾諏訪の馬場にあつた小繙帶所に勤務していた手塚良仙が発病したのは、戦火がすでにおさまつた九月二六日のことである⁽¹⁹⁾。「下痢ニ罹リ上圍數行、食嗜振ハス。身神安カラ」ざる状態であつた。ただちに海路により神戸港を経由して大阪にいたり、二九日に大阪城内にあつた臨時病院士官室に入院した。入院時の現症は、

日夜上圍頻數、後重努責シ便意休止ナク大便中ニ粘液ノ多量ト血液トヲ混淆シ臭氣劇甚、而シテ食嗜益益欠乏シ舌上白苔ヲ被ヒ頻ニ口渴ス。

表 西南戦役における病死者

病 名	患者数	死亡数	致命率
コレラ	1,864名	860名	46.1%
腸チフス	1,031	416	40.3
脚 気	1,832	125	6.8
赤 痢	270	57	21.1
発疹チフス	28	14	50.0
梅 毒	923	3	0.3
その他	8,943	188	2.1
計	14,891	1,663	11.2

文献 (18) より作成

赤痢であった。佐藤進軍医監、石黒忠憲一等軍医正、佐々木東洋一等軍医正、中泉正軍医（中泉行徳の養父）などの回診をうけ、諸種の治療をほどこされたが、その甲斐なく、明治一〇年一〇月一〇日午前一一時二〇分、ついに死亡した。この日は征討総督有栖川宮熾仁親王が東京に凱旋した日にあたる。

さきにもべたように甥の鮭延良治は、このとき軍医試補で大阪陸軍臨時病院に勤務し、病室勤務であったので、伯父良仙の治療にくわり、その臨終を見まもっていたのではないだろうか。

西南戦役の戦死者は四六五三名で、出征軍人四五八一九名にたいし一〇・二%にあたる。ほかに病死したもの一六六三名（三・六%）があり、両者の合計は六三一六名（二・三・八%）に達した。

病死者の内訳をみると、第一位はコレラの八六〇名（全病死者の五一・八%）である。明治一〇年のコレラの流行は、文政五年、安政五年、文久二年の流行とならんで歴史にのこるものである。腸チフスがこれについて四一六名（二五・〇%）で、以下は表のごとくである。

明治八年六月、適塾の人々をあつめて、緒方洪庵の一三回忌が東京駿河台の嗣子惟準邸でひらかれた。⁽²⁰⁾ 未亡人八重を中心にして、あつまるもの三八名。石井信義、高松凌雲、長与専斎、福沢諭吉、佐野常民などにまじって、手塚良仙の顔もみえる。

堂に上て先生の影像を礼拝して坐に就く。斉しく追悼愛慕の念あり。席上酒撰陳列す。既に酔ひ既に飽き、各旧を話し今を論じて諱む所なく挾む所なく、満坐の和気洋洋として同窓の歡情皆面に溢れ、夏昼半日尚其短を憾むに至る。実に尋常得難き盛会なり。

出席者の一人坪井信良の手記である。師の遺徳をしのび、旧友との心あたたまる交流が、よむものに暖かい雰囲気をつたえてくれる。席上福沢諭吉がたって、毎年六月一日（洪庵の命日）と十一月一日の両日を恩師の記念日とさだめ、緒方家にあつまつて洪庵の霊前にぬかづき、同窓の交誼をあたたためようと提案していれられた。

翌明治九年六月一日、前年の約束にしたがつて、洪庵の一四回忌を期して、旧塾生のうち東京在住の一部のものが、当時滞京していた八重を中心にして、ふたたび緒方邸にあつまつた。このときの記念写真が今につたわるが、ここに会するものは前年の一三回忌に参列したものよりすくなく、旧塾生は二五名をかぞえるにすぎない。陸軍軍医の制服に身をつつんだ良仙は、前列中央に足をなげだして、くつろいだ姿ですわっている。良仙にとっては、あるいはこれが旧友との最後の交情であつたかもしれない。

本稿の要旨は第八一回日本医史学会総会（昭和五五年一〇月一日）において発表した。

稿を終るにあたり、ご指導、ご校閲をたまわった小川鼎三教授、酒井シヅ講師に感謝する。種々ご教示いただいた緒方富雄名誉教授、津田進三先生に謝意を表する。

注1 法梁院は加賀藩第一一代藩主前田治脩の夫人正子である。支藩の大聖寺藩五代藩主前田利道の次女で、文政二年に五八歳で歿した。

注2 緒方洪庵の『勤仕向日記』は、洪庵が幕府にめされて、大阪から江戸についた文久二年八月一九日にはじまり、翌三年三月一三日におわる自筆の日記である。昭和一七年から一八年にかけて『科学史研究』（三号―六号）に連載されて、活字本として利用しうるようになり、さらにこれが『緒方洪庵伝』（第二版昭和三八年）に収録された。

原本とこれら二著を比較検討すると、文久三年二月二三日から三月一二日にかけての記事にいくつかの異同がみられる。原本に徴して次のように表すのが正しい。

二月廿三日

一、御軍制懸り塚原次左衛門へ面会

一、右ニ付翌廿四日左之七人書面ニ認北角を以て玄蕃頭殿江差出ス

三月十二日

歩兵屯所医師の方左之御書付出ル

注3

生野松庵は文久三年五月一八日の第一次増員にさいし、歩兵屯所医師となった漢方医であり、良仙と同じ西九下屯所詰であつた。文久三年暮の將軍家茂の上洛にさいしては、良仙とともに歩兵組にしたがつて上落した。

注4

このとき種痘館出張をおおせつけられたのは次の六名であつた。¹³⁾

渡辺春汀（三拾間堀三丁目）

奥山玄仲（芝赤羽根）

手塚良仙（小石川三百坂）

大野松齋（浅草三間町）

桑田立斎（深川海辺大工町）

生田良順（赤坂田町三丁目）

戸塚 千村 宮内 手塚 手塚 伊藤 程田
静 礼 潤 良 良 玄 玄
甫 庵 亭 齋 仙 晁 悦

千村 戸塚 程田 手塚 伊東 宮内
礼 静 玄 良 晁 潤
庵 甫 悦 齋 亭

生田良順以外は、いづれもお玉ヶ池種痘所設立資金の拠出者である。

参考文献

- (1) 深瀬 泰旦 歩兵屯所医師取締 手塚良斎と手塚良仙 日本医史学雑誌 二五卷 二九〇頁 昭和五四年
- (2) 鉦延 節蔵 先祖由緒并一類附帳 明治三年 金沢市立図書館蔵
- (3) 緒方鉦次郎 東京に在りし適々斎塾 日本医史学雑誌 一三二二号 三八五頁 昭和一八年
- (4) 石黒 忠意 大阪陸軍臨時病院報告摘要 陸軍文庫 明治一一年 七二丁
- (5) 改正官員録 明治一六年八月 六六丁
- (6) 青木 一郎 坪井信道詩文及書簡集 岐阜県医師会 昭和五〇年 第一部 三三三頁
- (7) 緒方 洪庵 勤仕向日記 緒方富雄 緒方洪庵伝 第二版増補版 岩波書店 東京 昭和五二年 三九三頁
- (8) 同右書 四八八頁
- (9) 緒方 洪庵 勤仕向日記 緒方富雄氏蔵
- (10) 手塚 良斎 医学所御用留 順天堂大学山崎文庫蔵
- (11) 勝 海舟 陸軍歴史 勝海舟全集 勁草書房 東京 昭和五二年 一七卷 六〇頁
- (12) 日記 明治初年医史料 中外医事新報別刷 日本医史学雑誌 昭和一八年(復刻版) 思文閣出版 京都 昭和五四年 五二頁
- (13) 山崎 佐 日本疫史及防疫史 克誠堂書店 東京 昭和六年 二九八頁
- (14) 同右書 二九八頁 三〇〇頁
- (15) 大病院 医学所 種痘院 梅毒院 医師姓名 明治初年医史料 一七頁
- (16) 医学校職員 明治初年医史料 二三頁
- (17) 大植 四郎 明治過去帳 東京美術 東京 昭和四六年 一一三頁
- (18) 西村 文雄 明治十年西南戦役衛生小史 陸軍軍医団 大正元年 一八九頁
- (19) 同右書 一六六頁
- (20) 浦上 五六 適塾の人々 修文館 大阪 昭和一九年 三三三頁
- (21) 緒方鉦次郎 東京に在りし適々斎塾 医譚 一七号 四五頁 昭和一九年

(順天堂大学医学部医史学研究室)

Tezuka Ryosen, Army Doctor-in-Chief of the Infantry Regiment (Futher Report)

by

Yasuaki FUKASE, MD

Tezuka Ryosen was the first son of Tezuka Ryosen Kosho, doctor of Hitachi-Fuchu Clan and he was admitted to Ogata Koan's Institute (Tekijuku) in 1855 (2nd year of Ansei). He contributed money to funds for construction of the vaccination infirmary in Edo in 1858, so it was supposed that he had been in Osaka for about 2 years.

Ryosen was appointed an army doctor of the newly-established infantry regiment with Tozuka Seiho and Tezuka Ryosai in 1863 (3rd year of Bunkyu). It was stated that the date on which he was appointed was March 12, by "Kinshimuki-nikki (Working Diary)" recorded on "Ogata Koan Den (Biography of Ogata Koan)", but the fact that the correct date was March 28, by "Igakusho Goyodome (Memorandum on Medical School of Edo)" was made clear.

In the Meiji Era he was appointed vaccination-doctor along with Kuwata Ryusai and others, and engaged in a vaccination project in Sanbyaku-saka where his own house was located. He joined the battle of Seinan in 1877 as an army doctor and suffered from dysentery in the battle field.

Ryosen was transported to Osaka immediately, where he died on 10 October 1877. His figure wearing the uniform of an army doctor is seen in the photo of the 14th anniversary of Koan's death.

森井恕仙とその医学

山形 徹 一

まえがき

大正四年（一九一五）七月十四日設置された東北帝国大学医科大学の源流は文化十四年（一八一七）藩学養賢堂から分離
造営された仙台藩医学校にあることは周知のことであるが、その学風の根底には養賢堂副学頭大槻平泉（一七七三—一八五
〇）の学制改革案と仙台藩医員大槻玄沢（一七五七—一八二七）の医師育才案があった。ことに、玄沢が文化七年（一八一〇）
平泉の学制改革案と並んで提出した医師育才案によれば、医学校に入学できるのは藩医の子弟だけでなく、家中医師や町
医師の子弟でも入学することができるし、また町医師でも学力のあるものは医学校の講師に採用することを進言してい
る。

仙台藩医学校では、このような人材登用の方針に従って、村医師から家中医師となっていた佐々城朴安（一七八五—一八
六一）を附属薬園長に抜擢し、また一関藩の医員佐々木中沢（一七九〇—一八四六）と鶴岡の町医師小関三栄（一七八七—一
八三九）をそれぞれ蘭学方の外科と内科の教授に任命し、全国に魁けて西洋医学講座を開設した。

嘉永二年（一八四九）仙台藩医学校の四代学頭に任ぜられた森井恕仙（一七九七—一八五二）も町医師から登用されて医

学校の施業所執ヒ（附属病院長格）となり、次いで学頭に昇進して侍医を兼ねたのである。

恕仙の経歴

仙台人名大辞書（昭8）によれば、「森井恕仙は儒医、世々仙台藩医員、諱は以貫、字は子道また以一、通称恕仙、月艇また釣鼈道人と号す、医を渡辺道可、河野緝庵に、詩書を松井梅屋に学び、並に其蘊奥を極む、医学館執ヒ（施業所長）より学頭に進み、奉業（侍医）を兼ね、天資高潔濶達、最も詩を善くし、油井牧山、松井竹山と併称して仙台三井の名あり、嘉永四年七月五日歿す、享年五十五、仙台通町玄光庵に葬る」と記されている。

三代学頭河野杏庵（一七四九—一八四九）の庶子通之（一八四二—一九一六）が恕仙の嗣子恕三（一八三五—一八七四）の七回忌に撰文した墓碣銘には次のように記されている。「君姓森井氏、諱以文、字伯約、称恕三郎、号喬村。陸前人、世々列仙台藩籍、祖考諱某、坐事、被除祿。考諱以貫、以善医术被復祿。」

しかるに、十石以上の仙台藩士一九三二名について延宝七年（一六七九）までの由緒書を集録した「仙台藩家臣録」（昭54、歴史図書社）には森井家はなく、また、文政七年（一八二四）までの仙台藩医員の家系を記述している田辺希績（一七四六—一八一三）の「伊達世臣家譜続編」および田辺希道（一七八二—一八三一）の「伊達世臣家譜続編乙集」にも森井家の名が見られない。

私の所蔵する仙台藩医家人名録について検討してみると、寛政九年（一七九七）の「医家正例録」（文化三年までの記入あり）、寛政十年の「陸奥公御臣家列」（文化元年までの記入あり）、文政十年（一八二七）二月松木氏筆写の「医師名元」、天保十四年（一八四三）三月本郷篤根筆写の「御番医師名前帳」にも森井の名は載っていない。したがって、恕仙の父は恕仙の生れた寛政九年にはすでに仙台藩医員の籍を除かれて町医師となっていたと考えられる。

しかるに、嘉永元年（一八四六）の「御家中御医師」の末尾に小野寺元的、菅野淡水、森井恕仙の名が書き込まれ、五

兩四人分を給せられているが、安政六年（一八五八）の「仙藩医名数」には五兩四人分森井恕三と記されているから、嘉永四年（一八四九）に恕仙の死亡したのち嗣子恕三が仙台藩医員に任命されて家禄を継いだことがわかる。

明治四年（一八七二）二月の「仙台藩士族籍」には、「森井恕三郎藤原以文 三十七歳 嘉永四年七月五日父恕仙死去ニ付家督 御扶持米四斗五升入拾六俵」と記されている。五兩四人分は三十五・八石であるから、戊辰戦争（一八六八）で敗れた後七・二石に減禄されていたことが知られる。

町医師の子として生れた恕仙は渡部道可（一七七三—一八二四）と河野緝庵（一七八九—一八二九）から医学を学び、松井梅屋（一七八五—一八二六）より詩書を学んだが、とくに大槻磐溪（一八〇一—一八七八）より油井牧山（一七九九—一八六一）、松井竹山（一八〇四—一八六二）と並んで三井と併称される程詩人としての令名を得ていた。

渡部道可は名は弘光、字は黄美、確齋と号し、旧姓佐藤氏。小兒科医員渡部道甫の養嗣子となり、儒医として名声あり、文化八年（一八一二）養賢堂医学講師、同十二年医学校の初代学頭、翌年侍医を兼ね、医学校の分離造営に努力し、文政七年（一八二四）五十二歳で急逝した。

河野緝庵は名は通盈また通熙、字は季錫、刈谷藩土井侯の家臣で、夙慧の誉があり、以庵通永の養嗣子となり、「先君遺稿」を著わしたが、病弱のため杏庵公突（旧姓竹中氏）を養嗣子とし、文政十二年四十一歳で歿した。

松井梅屋は名は元輔、字は長民、通称は玄輔、文化十四年医学校助教、文政五年副学頭となったが、文政九年四十二歳で歿した。詩書を善くし、「澄心堂遺稿」を著したが、菊池五山より仙台三詩人の一人と称せられた。仙台三井の一人竹山（旧姓亘理氏）は養嗣子である。

恕仙は宮城郡高城の近くの松島周辺で開業医生活を送ること十余年、天保十五年（一八四四）に撰述した「百一堂方函」によって古方家としての学識を認められ、翌弘化二年医学校施薬所執じに拔擢されたが、これは三代学頭河野杏庵（緝庵の養嗣子）の推輓によるものと考えられる。

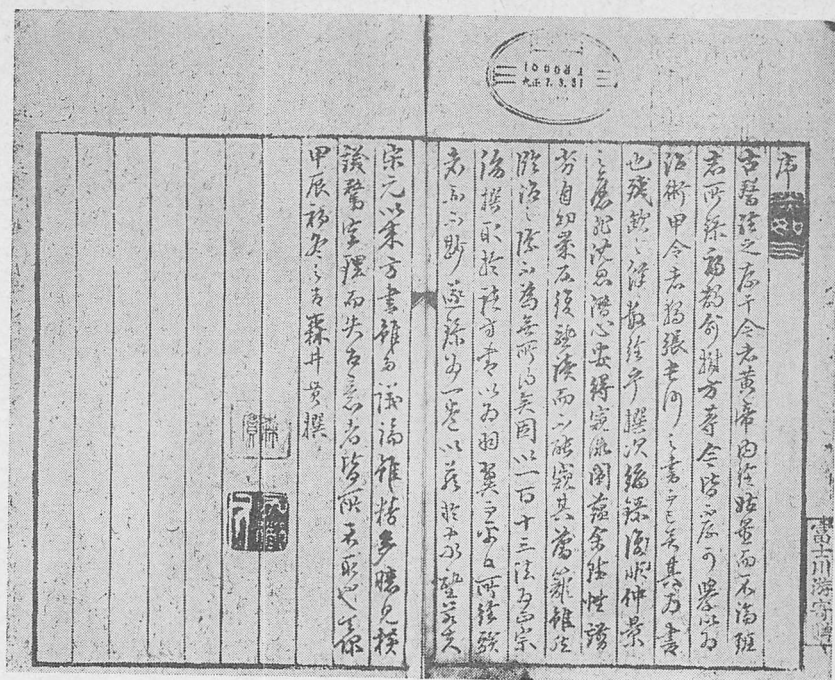


図1 「百一堂方函」序

百一堂方函

十余年に亘る町医師としての流寓生活を送っている間に恕仙が撰述したのは「百一堂方函」で、天保十五年（一八四四）十月のことである。

本書の序（図1）のなかで、「可拳以為治術甲令者独張長沙之書而已矣、余賦性譎劣自幼歲反復熟誦而不能窺其藩籬。雖然臨治之際不為無所得矣。因以一百十三法為正宗。傍撰取於諸方書以為羽翼。而平日所經驗者亦不勘。遂錄為一卷以藏於家塾。宋元以來方書雖名議雖精多臆見橫議驚空理而失古意者皆所不取也」と述べているところより明らかなように、張仲景の百十三法を正宗とし、和漢の医書を渉獵し、これに自家経験の処方を書き記しているのが特徴である。

本書の目次（図2）は、中風、傷寒、中湿、脾胃、鬱症、発熱、痰飲、水気、脚気、滯下、泄瀉、虚勞、諸氣、積聚、虫病、咳嗽喘急、瘡疾、嘔吐胃反、噦、噫気吞酸、黄疸、腹痛、脇痛、頭痛、眩暈、痞満、脹満、噎膈、腰痛、臂痛肩背痛、体痛、歷節風、吐衄

二便血、疝氣、奔豚、霍亂、癩癰狂、驚悸怔忡健忘虛煩不眠、胸痺心痛、麻痺、汗症、消渴、関格、淋瀝濁多遺溺転胞、遺精、秘結、瘰癧、瘰癧、肺癰、腸癰、胃脘癰、五痔脱肛、耳病、鼻病、眼目、咽喉疳腮梅核氣、口舌、牙齒、癰疽、疔瘡、脱疽、瘰癧贅疽癰瘤癰頤、流注、乳癰懸癰腎癰癰口疽、下疳便毒微毒結毒、疥癬、丹毒、天泡、跌撲、金瘡、湯潑火燒、婦人產前產育、產後、婦人衆疾、小兒初生、諸癰驚風、諸疳、小兒諸症の七十八項目に別れている。

これらの項目について、それぞれ方劑を列挙し、その出典を記し、主だった方劑の製法と適応を簡単に漢文で述べている。しかも、殆んど全項目にわたり、細字の仮名混り文で頭註を加え、それらの方劑の具体的用例を記述している。

橘皮竹茹湯 金匱 治噦逆

橘二升 茹二升 棗三十枚 姜半斤 国五兩 參二兩

百一堂方函目次			
中風	傷寒	中濕	脾胃
辨症	發熱	痰飲	水氣
脚氣	滯下	泄瀉	虛勞
諸氣	積聚	蟲病	咳嗽
瘧疾	嘔吐胃反	喘	噎氣吞酸
霍亂	黃疸	腹痛	脇痛
頭痛	眩暈	痞滿	脹滿
陰痛	腰痛	臂痛肩背痛	體痛
產前風	吐衄便血	疝氣	奔豚

図 2 「百一堂方函」 目次

右水煎

柿蒂湯 濟生 治欬逆

丁 柿蒂 各一兩 姜五斤

右水煎

三黃瀉心湯 三承氣湯 黃連解毒湯 白虎湯

吳茱萸湯 參附湯

刀豆煨存性服 干柿蒂 本草備要 或曰水煎服亦

可 灸 斯門 関元 腎俞

孫氏仁存方曰素問云病深者其声噤宜服此方 如不

止灸斯門開元腎俞穴 方吳茱萸酢炒熱 橘皮 附

子去皮各一兩

右三味為末麵糊丸梧子大姜湯下七十丸 此方吳茱萸湯ト四逆湯ノ間々ニカカル症ニユク也

恕仙は頭註のなかで次のように述べている。

○傷寒中ノ噦驚ヘカラズ

○痢病中并諸病ノ末ニナリテ足跗ニ腫ヲ見ス時分ノ噦ハ必死ト知ヘシ

○傷寒ノ噦陰症ニナリテハ多クアラズ 陽症ニテ心下ニ迫リテ発スル者多シ 其時ハ半夏瀉心ニ呉ヲ加ヘテ効アル者ナリ

このように頭註が極めて具体的に方剤の適応を述べ、さらに予後にも言及していることは恕仙の学殖のほどを知ることができる。例えば、腰痛の部では、本文の当帰酒に就いて、「当 三斤 酒 五合」という処方だけを記しているが、頭註では、「当帰酒ハ腰湯ヲサスル方也。分量ハ本文ノ通ニテハノボセル也。当半斤ニ酒一合位ニテヨシ。手キワニ効アル法也。一日ニ二三回モ腰湯サスル也。腎着湯大黃附子湯ノ場ナレバ兼テヨシ。外ノ処ヘハ用ヘヌ也。腰湯酒ニテノボセルト云者ニハ酢ヲ代用スルコトモアリ」と述べており、きわめて具体的である。

すなわち、本文および頭註に引用している方剤の原典は、次に述べるように、まことに多数の和漢の医書を網羅しているだけでなく、自分で試みて効驗を見た方剤はすべて記載していることは古方家としての恕仙の実力を知ることができる。

恕仙が本書のなかに引用している漢書としては後漢・張仲景の「傷寒論」、「金匱要略」を初めとして、晋・葛洪の「肘后方」、唐・孫思邈の「千金方」・「千金翼」、玄宗の「広濟方」、王燾の「外台秘要方」、宋・王懷隱等の「聖惠方」、徽宗の「聖濟總錄」、陳子文の「和劑局方」、劉昉の「幼々新書」、元・李東垣の「脾胃論」、朱丹溪の「局方發揮」、明・張介賓の「景岳全書」、陳実功の「外科正宗」、清・郭右陶の「痧脹玉衡」等多数にのぼっている。

また、わが国の医書としては、張仲景を宗とする復古医方家の流派である古方家では香川修庵の「行余医言」、吉益東

洞の「毓春園小冊」のほか、奥村良竹、荻野元凱、中神琴溪、田村玄仙らの処方を用いているが、折衷学派のなかでも香月牛山、望月三英、亀井南溟、吉村遍宜、福井楓亭、和田東郭、竹中文輔、また漢蘭折衷派の山脇東洋、奥劣斉、小林方秀、永富独嘯庵、亀井南溟らの著書や処方をも引用している。まことに博覧強記というべきであろう。しかも随所に自己の経験による治療方針および予後の判定を行っていることは古方家の面目躍如たるものがある。

これ丈の実力を備へた恕仙が町医師から一躍医学学校施薬所執じに迎えられ、次いで医学学校学頭兼奉薬に昇進したことは当然であつたと考えられる。

徽治小成

恕仙は天保十五年（一八四四）十月脱稿した「百一堂方函」につづいて弘化四年（一八四七）冬に「徽治小成」を完成した。恕仙は十数年に及ぶ町医師の流寓生活に終りを告げて医学学校施薬所執じとなり、医学学校構内の執じ役宅で執筆を完了したのであつた。

「百一堂方函」の「下疳便毒微毒結毒」の項目の頭註に「梅瘡 痘疹 傷寒三病ハ治療ノ変化他病ノ比ニアラズ 故ニ別著ニ詳ニス」と記し、また、「傷寒」の項目の末尾に、「貫日傷寒之一症千態万状非所区々方函能尽 須就仲景之書熟読而自得之 故不録此於別書選 可具遺漏者一二為部爾」と述べ、痘疹については記載がない。

したがって、本書は「百一堂方函」では充分に記載できなかった微毒の治療法を述べたもので、痘疹、傷寒の治療法と三部作になるべき著述であるが、後二者が撰述されたか否かは明らかでない。

恕仙は「徽治小成」の序文（図3）に次のように記している。

「微毒之病上古不聞有之 至唐宋雖有似之者其論未審 隆而明季此病最多其論之者亦不勘 雖然率属経路配当之腐説而
不当実用 本邦当今此病漸盛都郭蔓延海浜更甚 而雜病中暗挾此症百治不愈者往々有之 故為医者不審其候多誤人実多

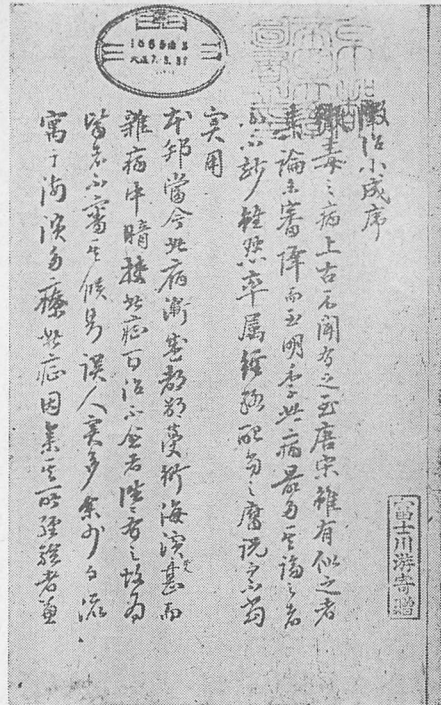


図3 「癰治小成」序

余少而流寓于海浜多療此症 因集其所經驗者兼採諸家之說書以国字 而授塾生徒以為癰治之楷
梯 弘化丁未冬日 月艇外史 森井貫書於官舎燈下」

この序文からも経験を重んずる古方家としての
の惣仙の面目を知ることができる。

冒頭の癰瘡治法のなかに、「癰ノ字モト癰ニ
作りテナシ 癰瘡発シタル色ノ癰ニ似タル故
名ツケン 癰瘡ノ名先醒斎筆記ニ見エルガ始リ
ニテ宋アタリノ方書ニハナキ也 丹溪ノ語ニ耻
瘡トアルハ今ノ癰瘡ノ類ナルヘシ 癰瘡秘録ニ

午會ノ初ニヲコリ嶺南ノ地ヨリ諸国ニ蔓延ストアリ 午會ハ明季ノアタリヲ云ト覺ユ 何レニ盛ニヲコナワレシハ明ノ時
分ヨリト見ユ 治療ニハ下疳便毒結毒ト三ツニ分ケネハナラヌ也 今病人ニ徴スルニ劳咳或ハ喘息小児ノ疳ナトニ梅毒毒
ヨリ発スル者多シ 其外色々ノ病ニ梅毒ノ形ヲ見ワサスシテ内ニ梅毒毒アリテ它症ヲ見ハス者多クアリ コレヲハ華人ハ
一向論ノナキコト也 本邦今世ニアタリテハ梅毒ノ症大ニクワシキ也 喘息ナトニ化毒ヲ用ルハ即毒ニトリテ治スル者也
故ニ何ノ病ニテモハヤク梅毒ニ心ヲ注テ治スルカヨキ也」と述べているのは卓見である。

本書の記載にあたって惣仙は明の張介賓の「景岳全書」のほか、香川修庵の「葉選」・「行余医言」、山脇東洋の「養寿
院方函」、吉益東洞の「毓春園小冊」、永富独嘯庵の「漫遊雜記」、和田東郭の「癰瘡一家言」のような古方家や折衷学派
の著書を参照し、さらに松岡恕庵、奥道逸、花井仙蔵、中山玄亭、大江雲琢らの処方も自分が経験して良いと思ったもの

を記している。

例えば吉益東洞の桔梗解毒湯（治輕粉毒）の傍註に、「貫按スルニ粉毒ヲ解スル方種々アリ 毓春園小冊ニアル方此和方ニテ粉毒ニテロ中腐爛スル時ノ含ミ藥ナリ 予此ヲ用テ試ミシニ功ナリキニアラサレトモ柘榴皮ニハ不若也」と東洞の処方^{（1）}を認めながら、自家処方^{（2）}の柘榴皮の効能と比較しているのは古方家としては当然のことである。

恕仙の詩風

養賢堂七代学頭大槻磐溪（一八〇一—一八七八、諱は清格、字は士広、通称は平次、玄沢の二男）が、「仙台元詩国 就中推三

風栞

ニ

西曳東梳拂軟條
叙橫髮意作何消
桐前畫
暖晴正動簾
か春深秀骨
紅丹枕
衣祇
舞舞
舞仙
秋弄
原松
於然
乾態
離梅
意在
信天
風
於
是
端
搖曳
又
霏
強
學
楊
花
月
在
飛
白
香
陽
未
明
影
蹤
堪
疎
心
驚
亦
暖
時
輝
爲
衣
祇
而
染
之
宴
雲
訪
襟
文
織
女
機
前
畫
芳
姿
石
沈
沙
陽
柳
干
か
夕
陽
後

森井恕仙の詩稿

図4 森井恕仙の詩稿

井」と推称してから、森井恕仙は松井梅屋の同門である油井牧山（一七九九—一八六一）、松井竹山（一八〇四—一八六二）とともに仙台の三井と併称されるようになった。このうち牧山は「和易堂詩集」、「海嶽詩囊」、竹山は「歲寒堂詠物詩選」、「鷗盟詩選」を著わしたが、恕仙は年長者でありながら生前詩集の刊行は行われず、恕仙の「月艇詩集」が牧山の「海嶽詩囊」、竹山の「歲寒堂詠物詩選」とともに「三井集」として刊行されたのは大正十三年（一九二四）である。

「月艇詩集」^{（3）}には主として松島周辺の流寓生活に取材し、詩友と交換した作品五十五首が載って

おり、牧山や竹山のほか、船山万年（一七九一—一八五七）、村上伯以（一七九七—一八五六）、高橋巴山（一七九七—一八七二）、若林靖亭（一七九九—一八六七）、油井大壑（一八二五—一八六五）、伊藤菊園（一八二五—一八九二）ら、当時の仙台における著明な詩人と親交を結んでいたことが知られる。

しかも、その末尾には、「拜初月十三歳」という詩が載っており、恕仙が夙成の詩人であったことを示している。

著者の所蔵する恕仙の詩稿のなかには、嘉永四年（一八五二）四月、すなわち死亡三カ月前に宮城郡作並温泉に入湯して浴効を讃えた詩稿⁽³⁾があるが、ここには「風桜」二首の詩稿を掲げておく（図4）。

むすび

森井恕仙は仙台藩医員の籍を除かれて町医師となっていた森井家に寛政九年（一七九七）生れ、家学を受けたのち渡部道可、河野緝庵より医学、松井梅屋より詩を学び、宮城郡高城の近くの松島周辺で十余年の町医師生活を送っていた。その間に和漢の医書を渉猟して天保十五年（一八四四）「百一堂方函」を撰述した。本書のなかでは随所に自己の経験による治療方針および予後の判定を行ない、古方家の面目を発揮しているが、これが三代学頭河野杏庵を動かして、町医師から一躍医学学校施薬所執^レ（附属病院長格）に登用される端緒となった。恕仙はさらに弘化四年（一八四七）に「徴治小成」を著わしたが、自分が経験して良いと思った処方載せていることも古方家としては当然のことである。

恕仙は大槻磐溪によって油井牧山、松井竹山とともに仙台三井と称されたが、恕仙の詩集は生前刊行されず、「月艇詩集」が出版されたのは大正十三年（一九二四）のことであるが、「拜初月十三歳」という詩が載っており、恕仙が夙成の詩人だったことがうかがわれるのである。

引用文献

（一）山形 敏一 東北大学医学部の源流と学風 長陵新聞 昭54

- (2) 山形 敏一 仙台藩に於ける医学及蘭学の發達 仙台市史第四卷 昭26
 - (3) 山形 敏一 森井恕仙の事績 仙台郷土研究 昭54
 - (4) 菊田 定郷 仙台人名大辞書 昭8
 - (5) 山形 敏一 河野杏庵の事績 仙台郷土研究 昭54
 - (6) 今泉寅四郎 仙台風藻 大1
 - (7) 鈴木 省三 三井集 仙台叢書第七卷 大13
 - (8) 落合 泰藏 漢洋病名対照録 明21
- (追記、京都大学図書館富士川文庫の「百一堂方函」、「徽治小成」のスライド作成に協力して下さった京大第一内科三宅健夫助教の厚志に謝意を表する。本論文の要旨は第八十一回日本医史学会総会で発表した。)

Josen Morii and his medicine

by

Shoichi Yamagata

Josen Morii was born in 1797 in the family of Morii which occupied, previously, the position of medical staff of the Sendai clan. He studied Chinese medicine under Dōka Watanabe and Shuan Kōno, and also learned Chinese poetry through Baioku Matsui. After this, he practiced his medicine in the outskirts of Matsushima for about 10 years, became famous for his poems and was counted among the three, representative poets of Sendai which include, besides himself, Bokuzan Yui and Chikuzan Matsui. He, on the other hand, studied the classics of Chinese medicine, accumulated his own experiences following his own ideas of therapy and prognosis, and in 1844 published Hyakudohokan

and became famous as the master of the classic Chinese medicine, received an appointment as the head of the medical school hospital of the Sendai clan. He planned to publish three volumes of a medical work on syphilis, small pox and febrile diseases. In 1847, the first volume titled Biji-Shosei (therapeutic notes on syphilis) was published. After the death of Kyoan Kōno, he was appointed as the 4th dean of the medical school of Sendai in October 1849 and was then nominated to the position of attending physician to the landlord of Sendai and died on July 5th 1851 at the age of 55.

日本における草創期の産科麻酔

——産科麻酔の推奨者としてのエルウィン・フォン・ベルツ——

松 木 明 知

1 はじめに

我が国における産科麻酔がいつ頃から開始されたか、その嚆矢については現在のところ不詳である。

古来から東洋とくに我が国においては、分娩時の疼痛は我慢しなければならないものとされ、それを耐えるのが「良き母」となる最大の条件の如く考えられて来た。

このことからすれば、少くとも江戸時代以前の日本においては、分娩時の疼痛を幾分でも緩和しようと考えた医師はまずいなかったとしても大過はないと思われる。

事実、多数の手術症例を通仙散による全身麻酔下で施行した華岡青洲でさえも、通仙散を分娩時の疼痛軽減に应用したこととはなかった。

青洲の学統を最もよく継いだと言われる本間玄調と鎌田玄台の著書を見ても、無痛分娩への応用については記されていないようである。

以上のことを考慮すれば、少くとも江戸時代には日本人によって無痛分娩は行われなかったであろうとしても差支えな

い。

もし例外があるとすれば、第一に長崎のオランダ商館付医師として来日した医官が、その家族やあるいは日本人に対して無痛分娩を行った可能性は残されている。

第二に幕末に来日した外国人医師がこれを行った可能性がある。例えば北海道の開拓使に乞われて函館の医学校の教授となったスチュアート・エルドリッヂ⁽¹⁾は「近世医説」第一号の中でクロロホルムによる無痛分娩の効用を力説している。

エルドリッヂが産科方面にも大いに興味をもっていたことは、彼が明治十二年末に、我が国で最初の全身麻酔下の帝王切開を行っていることも知られよう。

2 お雇い医師としてのベルツの来日

安政五年（一八五八）長い間の鎖国令を排して我が国は各国と通商条約を結んで開国した。

以来、江戸幕府や明治政府は医学を含めて各界の外国人指導者、つまりお雇い外国人多数を招聘して、彼我の差を一举に短縮し、早急に文化国家を形成しようと企画した。これが明治期の急激な外来文化の具体的摂取として知られるのである。

とくに医学の分野で来日したお雇い外国人は、単に医学のみならず、文化全般にわたって我が国の文化の向上に貢献した人達が少くない。

明治二年、佐賀藩の相良知安と福井藩の岩佐純が医学御用掛に任ぜられた。彼らは、我が国の医学はドイツに範をとるべしという意見であったが、政府当局とくに文部大臣に相当する大学别当山内容堂はこれに反対した。しかし相良や岩佐らは、政府の顧問フルベッキ Herman Fridolin Verbeck が医学ではドイツが最高であると述べ、政府要人の副島種臣、大隈重信らの賛同も得た結果、明治政府はドイツ医学を採用することに決定したのである。

もともと鎮国以前にも、オランダ商館の附属医官として多くのオランダ・ドイツ人の医師が来日し、その度に我が国に新しい医学情報を齎らしたことは諸書に詳しいので省略する。

3 ベルツとスクリバ

⁽⁵⁾お雇い外人医師の中でも滞日期間が長期にわたり、我が国の医学の発展に貢献するところが著しかったのは内科ではベルツ、外科ではスクリバであった。

⁽⁶⁾スクリバ (Julius Carl Scriba) が、前任者シュルツェのあとを継いで来日したのは明治十四年 (一八八一) であり、以来東京大学の外科教師として勤め明治三十四年 (一九〇一) に職を退いた。明治三十八年 (一九〇五) 五十六歳の時鎌倉で没した。スクリバについては改めて論ずる予定である。このスクリバより五年程早く来日したのが内科担当のベルツであった。ベルツ (Erwin Von Baetz) は明治九年 (一八七六) 六月六日横浜に着き、六月九日東京本郷の加賀屋敷の公舎に落ちついた。以来明治三十五年 (一九〇二) まで二十六年間、東京大学内科医師として勤務し、医学は勿論のこと社会活動も活発に行ったことは幾多の書籍に詳しい。

4 ベルツによる産科麻酔

⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾ベルツの業績の中では、肝ジストマの研究、恙虫の研究、脚気の研究、温泉療法などが知られており、さらに皮膚科領域の業績として *Aurantias cutis* や *Mongolenfleck*、ベルツ水などは令に有名である。

しかし、彼が産科麻酔の推奨者でもあったことはほとんど知られていない。

ベルツはこのことを「中外医事新報」一五五号に発表した。臨床に多忙な諸氏はほとんど披見する機会がなからうと思うので以下全文を記す。

分娩ハ生理的作用ナリ。故ニ理論上迷朦藥ヲ正規分娩ノ經過中ニ投与スルハ、必用ナラサルニ似タリ。就中日本ニ於テハ、歐洲ニ比スレハ、分娩輕易ニシテ、且ツ陣痛モ亦タ歐洲人ノ如ク劇烈ナルモノ希ナリ。然レ共、分娩機能ハ他ノ病的変症ニ比スレハ、其苦痛ノ甚シキコト、強壯ノ烈婦ト雖モ喚叫シテ苦惱ヲ訴ヘ、殆ント全ク堪忍シ難キ状貌ヲ呈スルニ至ルモノトス。殊ニ人類愈々昔日ノ蛮風ヲ遠カレハ、從テ益々分産ノ困難ヲ覺ユルモノニシテ、野蛮ノ人民ハ分娩迅速且ツ輕易ニシテ、一民族ニ在テモ社会ノ上下ニ依テ著シク輕重アルモノナリ。即チ職人ノ婦妻ハ、何レノ邦国ニ於ルモ分娩迅速且ツ輕易ニシテ、産後直ニ常職ニ就クカ如キハ、予輩ノ常ニ目撃スル処ナリ。之レニ反シテ、紳士ノ婦人ハ知覺敏捷ナルカ故ニ、分娩困難ニシテ且ツ出産ノ危害ヲ蒙ムル事從テ多端ナリ。蓋シ神經ノ過育、知覺過敏、小兒婉出ニ要スル筋肉收縮ノ不全等ハ、開明及ヒ教育ノ結果ニシテ、開明ノ婦女ハ野蛮ノ婦女ニ比スレハ、分娩ニ障害ヲ来スノ多数ナル事已ニ事實ニ於テ明瞭ナリ。故ニ分娩ヲ輕快スルノ方法ヲ講スルハ、道德上ニ於ルモ亦タ忽ニスヘカラサルモノニシテ、該目的ヲ達シ且ツ其分娩經過ヲ害セサル藥物ヲ撰用スルハ、實ニ至要ノ件ナリ。而メ今此目的ニ適合スル藥品如何ト云フニ、其方法ト時期トヲ誤ラサル限リハ、嘔囉吩ノ右ニ出ルモノ恐ラクナカルベシ

分娩時ニ使用スル嘔囉吩迷朦ノ方法ハ、外科の手術ニ応用スルモノト全ク異ナルナリ。外科ニ於テ嘔囉吩ヲ給用スルハ、随意筋全部及ヒ不随意筋一部ノ完全弛緩ヲ図リ、随意的及ヒ反射的麻痺ヲ企図スベシ。而メ此目的ヲ達スルニハ、五分時乃至十五分時或ハ尚ホ永久ノ分時ヲ要スベシ（麻醉期ニ先テ甚シキ興奮期前驅スル時ハ術者ハ十分ノ注意ヲ要スベシ然ラサレハ往々危嶮ニ陥ル事アリ）産科ニ於テモ、亦タ大手術ヲ行フ際、即チ非常ニ困難ナル回転法、小兒截除術

等ヲ行フ場合ニ在テハ、斯ノ如キ深迷朦ヲ以テ子宮ノ十分ナル弛緩ヲ計画スル事アリ。

予カ今産科ニ応用セントスル嘔囉疔ノ効用ハ、外科ニ用ユルモノト全ク反対ノ成果ヲ要スルモノニシテ、陣痛ヲ鎮止セントスルノ趣意ナラサルノミナラス、却テ陣痛ヲ促進シ腹圧ノ作用ヲ強存セシメントスルニ在リ。故ニ素ヨリ深迷朦ニ至ラサルヲ要スルナリ。

予ノ經驗ニ拠レハ、正規或ハ正規ニ近キ分娩ニ嘔囉疔ヲ応用スルニハ、其娩出期即チ子宮口ノ最モ開大シ、頭（若クハ臀）部ノ通過ヲ許ス場合ニ於テスルヲ良トス。殊ニ此際ニ在テハ、産婦最劇ノ陣痛ヲ感スルモノニシテ、嘔囉疔ノ効ハ迅速且ツ完全ニシテ持秀ノ効ヲ呈スベシ。但シ陣痛ノ間歇時ニハ、迷朦藥ハ、廃藥スルヲ佳トス。扱陣痛ノ発作スルヤ直チニ嘔囉疔ニ浸シタル布片ヲ、口若クハ鼻（該部ニハ最初予メ脂油ヲ塗布シ置クヘシ）前ニ裝置スヘシ。然スル時ハ數秒時ニシテ、陣痛大ニ輕快シ、一種ノ無痛症ヲ發シテ輕度ノ酩酊態トナリ、意識ハ少シク濁濁スルモ苦痛ヲ感セス。而シテ陣痛機能ハ減却セサルノミナラス、却テ益々劇甚トナリ、産婦ハ充分ノ腹圧ヲ惹起シ、小數ノ陣痛ヲ以テ容易ニ小児ヲ娩出シ、産婦自ラ其分娩ノ迅速ナルニ驚ク事アリ。

該迷朦法ハ、産婦ニ危害ヲ与フル事ナキハ勿論ニシテ、亦タ小児ニ不良ノ影響ヲ及ホスモノニアラス。他ノ迷朦藥例之ハ依埒児、「ブロームエチュール」、亜酸化窒素加酸素等ヲ分娩時迷朦用ニ供シタルモノアリト雖モ其奏効ノ迅速ニシテ且ツ用法ノ簡便ナルハ嘔囉疔ノ右ニ出ルモノナキナリ。

以上開陣セル事項ヲ要約スル、産科ニ於ル嘔囉ノ利用ハ、分娩時ノ娩出期ニ限り、殊ニ紳士ノ婦人ニシテ神經過敏且ツ劇烈ノ陣痛ヲ訴フルモノニ適當スヘシ。（句読点筆者）

分娩は全く生理的であり、病的状態とは異なるのであるが、余り藥劑を投与するのは必要でない。しかし分娩時の疼痛は極めて耐えがたく、とくに文明人においてこれが顯著である。

現在このための薬剤としては、クロロフォルム（囁囁）が最適の薬である。しかし、外科麻酔と異なつて、浅い麻酔でよく、とくに分娩第二期の末期に陣痛の発作時に吸入するとよく意識を失うことなく疼痛が直ちに緩和する。エーテル、ブロムエチール、笑気なども応用されるが、作用が迅速で効果的であるのはやはりクロロフォルムがよいというのが、ベルツの論文の主旨である。

しかし、文中に「予ノ経験ニ拠レハ正規或ハ正規ニ近キ分娩ニ囁囁ヲ応用スルニハ其娩出期即チ子宮口ノ最モ開大シ頭（若カクハ臀）部、通過ヲ許ス場合ニ於テスルヲ良トス……」とあることによって、彼が単に知識だけの普及を目的としたのではなく、十分と言えないまでも、相当産科麻酔を行つた経験に基づくものであったことが理解されるであらう。事実ベルツは内科の講義のみならず、諸所で婦人科の講義、講演もしている。

⁽¹⁰⁾彼の日記、明治十三年六月二十六日（東京）の項には「夜七時から八時まで、医学協会で婦人科診療に関する講演の続き、できる限り通俗的な形式で説明し、納得いくようにしたのだが、果して聴衆がその全部を理解したかどうか」とあることによつても傍証される。

⁽¹⁰⁾同年七月十四日（東京）の日記には、「気が狂いそうだノ旅に出ようとすると、いつもどこかの夫人が病氣になったり、子供を生んだりする」とある。どこかの夫人が具体的に誰を指すのか知ることとは出来ないが、この記載によつて外交官など諸外人の夫人の分娩に際し、ベルツが無痛分娩のためしばしば応診を余儀なくされていたことが推察される。これはさらに次の日記の記載によつて首肯されるであらう。

⁽¹⁰⁾明治二十五年三月八日（東京）

今日、ある出産に立会つて、ヨーロッパの婦人が自然に對してこの義務を果すとき、まあなんという義務、なんというわめき声だらうノ泣き叫ぶことを最大の恥としている日本婦人に對して、自分はいつも恥ずかしく思っている。

日本婦人が陣痛時にもすこぶる我慢強く、それに比して外国人婦人の分娩時の疼痛が、日本婦人のそれに比して極めて強烈であることを認めるにしても、それでもなお恥ずかしいことであると言っているのは、ベルツの本心でもあったであろう。

4 トクの誕生と産科麻酔

明治十七年（一八八四）ベルツは一時帰国し、翌十八年に日本に帰った。ドイツで結婚するのが主な目的であったといわれるが、弟のヘルマンがボヘミアで重症の腸チフスに罹患し、その看病のため目的が達せられなかったという。

この帰国の間に、とくに産科麻酔について故国で学んだという事実はないようである。

明治二十一年（一八八八）ベルツは花井花子と結婚し、翌明治二十二年（一八八九）に長男トクが生まれた。さらにその四年後の（一八九三）に女兒ウタが生まれた。ウタはベルツが第二回目の帰国中に生れたのであるが、トクの分娩時、ベルツが花子にクロロフォルム麻酔を行ったか否かは、明治二十二年五月二十三日の日記からは不明である。忍耐強い花子夫人に対して、果して西洋の婦人に対するが如く、クロロフォルムを吸入させたか否か、更に新史料の出現を期待しなければならない。

5 おわりに

明治十九年（一八八六）に発表されたベルツのわずか三頁の論文一篇で、ベルツが日本の産科麻酔に大なる貢献をなしたと言いつもりは全くない。

事実、小池正直は明治十三年に「平産ニモ麻酔薬ヲ撰用スヘキ論」⁽¹¹⁾を発表し、明治十七年には忍田勝斎はクロロフォルム麻酔が初生児に害のないことを発表している。⁽¹²⁾

しかし、当時のベルツの東京大学教師としての地位や、その社会的影響力を考えると全く彼の論文を等閑に附すわけにはいかないし、やはり相当の影響があったと見なければならぬ。そして何よりもここに報告する理由は、この論文が従来ほとんど注目を集めていなかったためである。

いずれにせよ、ベルツの論文は日本に於ける産科麻酔に関する極めて初期文献の一つであることは確かである。

文献

- (1) 松本 明知 「近世医説」 第一号について 日本医史学雑誌 二十四卷 一号 昭和五十三年一月
- (2) お雇い外国人(一、十六) 鹿島出版会 昭和四十三年三月
- (3) ユネスコ東アジア文化研究センター 資料御雇外国人 小学館 昭和五十年五月
- (4) 富士川 游 日本医学史 日新書院 昭和十六年
- (5) 小川 鼎三 医学の歴史 中公新書 三十九 中央公論社 昭和三十九年四月
- (6) 東大第一外科同窓会 東大第一外科の歩み(第一集) 昭和五十一年三月
- (7) 石橋長英、小川鼎三 お雇い外国人(九) 医学 鹿島出版会 昭和四十四年九月
- (8) 森下 弘編 ベルツ博士とビーティハイムー日本とドイツの一つの懸け橋 日本新薬株式会社 昭和四十一年八月
- (9) エルウィン・フォン・ベルツ 嘔嘔防ノ産科の応用 中外医事新報 第一五五号 明治十九年九月十日
- (10) トク ベルツ編 ベルツの日記 岩波文庫(上・下) 岩波書店 一九七九年二月
- (11) 小池 正直 平産にも麻酔を撰用すべき論 東京医事新誌 第一二二号 明治十三年
- (12) 忍田 勝斎 格魯々保児母ノ初生児ニ危害ナキ論 東京医事新誌 第三一〇号 明治十七年

Erwin von Baelz as a Pioneer in Obstetrical Anesthesia in Japan

by

Akitomo MATSUKI

Erwin Baelz, widely known as a German professor of internal medicine at the University of Tokyo for 26 years, wrote a short paper entitled "Obstetrical Use of Chloroform" which appeared in Chugai Iji Shinpo No. 155 published on Sept. 10, 1886. In this article, he recommended chloroform for relieving severe pain especially during the late second stage of delivery.

In his diary, he described several operations using obstetrical anesthesia probably with chloroform for European ladies residing near Tokyo.

It is concluded that he is considered to be one of the pioneers in obstetrical anesthesia in Japan.

弘前藩斜里越冬兵と壊血病

松 木 明 知

1

今から約一七〇年程前の文化年間、日露間の関係は極めて険悪な状態となり、遂に文化四年（一八〇七）四月末、ロシア船がエトロフ島の幕府会所に来襲し、同所を占領していた津軽、南部兵が敗退した事件があった。所謂文化四年の露寇事件として世間の耳目を集めたのであった。

幕府側では、これより先きの文化元年（一八〇四）から、いわゆる奥蝦夷地のエトロフ島を越冬警備するよう津軽・南部藩に命じ、遅れて他の場所も地理的に近い東北諸藩に命じて警固させた。

しかし、厳冬の蝦夷地に不十分な装備で越冬守備するのは極めて難渋を極めた。酷寒には慣れた東北諸藩の兵士達であったが、所謂「浮腫病」（はれやまひ）と称された疾病のため次々と陣歿して行った。恐らく文化元年（一八〇四）から文化十年（一八一三）までの間に越冬病歿した兵士は、千名を越すかも知れない。

この「浮腫病」について、北海道の郷土史研究者は原因不明としていたが、昭和三十九年著者は、諸史料に記されていたその症状から、本症を壊血病と診断した。さらにその後発見した本病に関する新資料すなわち、大槻玄沢の『寒地病案』

と多紀元簡の『蝦夷地異疾考』などによって、著者の説は全く間違いないことが判明し、これらの研究の結果を日本医史学会総会や著書の中で発表してきた。

その結果浮腫病の本態が「壞血病」であることは一般にも大分理解されて来たが、最近新たに刊行された『新北海道』（六八三頁）では、まだ原因不明としており、その内容は約五十余年以前に発行された『新撰北海道史』の記載とほぼ同じで、最近の研究が全く考慮されていないのは甚だ遺憾である。

2

弘前藩は東北諸藩の中でも蝦夷地に最も近かったため、エトロフ島をはじめ諸所の警固を幕府から命ぜられた。

斜里場所（現在の北海道斜里郡斜里町）もその一つであった。斜里は寛政二年（一七九〇）に開かれたが、運上屋以外に何もない所であった。

文化四年（一八〇七）同所に一〇〇名の弘前藩兵が越冬し、そのほとんどが浮腫病で病歿したが、越冬兵の一人斉藤勝利は生き延び、その上毎日刻明に日記を付け病歿者の氏名をも誌した。

「松前詰合日記」と題するこの日記の原本は、現在北海道大学図書館に所蔵されているが、本書の公開が機縁となって、斜里町には昭和四十八年「津軽藩士殉難慰霊の碑」が建立された。

これと同時に『松前詰合日記』も公刊されたので、これに基づいて改めて「浮腫病」の原因について論考してみたい。なお一般には「津軽藩」で通用しているが正式には「弘前藩」が正しい。

3

勝利の一行は文化四年（一八〇七）五月二十六日弘前を出立し、箱館着は六月四日であった。六月十一日陸路宗谷に向

けて箱館を出発し、二十六日かかって七月九日宗谷へ到着した。

さらに七月十六日斜里場所の警固を宗谷詰合の中から百名派遣するよう命令が下り、約十人宛三回小班に分かれて斜里に赴いた。

三十名の一番立ちつまり第一班が宗谷を出発したのは七月十八日で、斉藤勝利は「道中小頭役」を仰せつかった。

十二日目の七月二十九日（陽曆九月一日）に斜里に到着した。諸種の事情により第三班は宗谷からではなく国後から廻つて来た。八月十一日には斜里に全員が集った。この頃、幕府役人として最上徳内が斜里に在勤していた。

陣屋の敷地は陰湿な土地で、上長屋（三十六坪）が早速建築され、屋根は桎や萱であった。下屋敷はもっと粗末であった。上長屋には上級の藩士、下屋敷には下級の藩士が居住した。

十月七日最初の浮腫病患者が発生した。大鰐村の富蔵が罹患したのである。

十月十五日（陽曆十一月十四日）から益々寒気は厳しくなり、翌二十六日幕府から「加味平胃散」が一人宛五服ずつ配給になった。

十一月十四日（陽曆十二月十二日）からは吹雪が愈々強く外出が禁止された程であった。

そして遂に文化四年（一八〇七）十一月二十五日（陽曆十二月二十三日）斜里での「浮腫病」の最初の犠牲者が出たのである。十月七日に発病した大鰐村の富蔵であった。発病以来約八週間で死亡したのである。

勝利の日記には、十一月中旬から人員の大半が浮腫病を患い、翌文化五年（一八〇八）三月十五日には全員浮腫病になったと記されている。富蔵の死後、毎日の如く一人、二人、時には四人と彼の跡を追って病歿していった。

文化四年十一月二十五日 一人

十二月 一日 一人

二十六日 一人

五日 一人

二十九日 三人

八日 三人

十二月十日

十四日

十五日

十七日

十八日

二十三日

二十五日

二十六日

文化五年

一月

一

二目

三

四
目

六日

七日

八日

九日

十日

十二日

十三日

文化五年一月

十六日

十七日

十九日

二十目

二十三

二十五日

二十八日

二十九日

二月

—

四日

七
日

十五目

十六日

十八日

十九日

二十一日

二十四日

二十五日

二十六日

文化五年二月二十八日 一人

三月

四日

三人

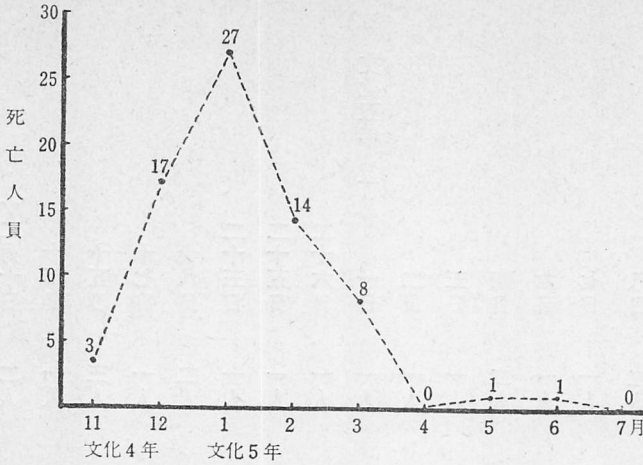
六日

五人

五月 十八日 一人

六月 十三日 一人

合計 七十一人



月別に見た死亡者数

これを月別のグラフにすれば上図の如くなる。
斜里の詰合に勤務した津軽藩兵は約一〇〇人で、この中実に約七十%の七十一人が浮腫病で病歿したのであった。

他の原因で死亡した一人は文化五年（一八〇八）閏六月十三日に出兵した藤崎村の忠助である。行方不明であった。

これに加えて、漸く死亡せずに越冬出来た、三十一人の内の十三人は病気のため帰国した。したがって文化五年閏六月二十六日、引揚船千歳丸に乗船したのは、斉藤勝利を含めてわずか十七人であった。

5

七十一人の死亡者を月別に分類したグラフを観ると、陰暦一月つまり大陽暦では大略二月をピークとするきれいな分布を形成していることが一目瞭然である。

仲間とのけんかによる死亡や崖からの転落死もなく、況んやロシア兵との戦闘もなかったし、勝利も「病死」以外の原因を日記の中に全

く挙げていない。

さらに兵士達がいずれも「浮腫病」に罹患していたのは事実であるから、病歿者七十一人の殆んど全てが浮腫病によるものと見做してだれも否定しないであろう。但し余病を併発しそのために歿したことは十分に考えなければならない。

勝利の日記には症状の記載はないが、このように多数の人が主として酷寒の二月（太陽暦）をピークとして死亡する原因としては、壊血病以外考えられない。厳冬でもあり、消化器伝染病は最も考えにくく、痘瘡や麻疹も当時の一般の人々は容易に区別できたのである。

勝利の日記のどこを見ても、食物が欠乏したことは一行も出てこない。量的には“食料”は十二分とまでは行かないにしても十分確保されていたのである。単純な食料不足による饑餓では数カ月も体がもたないし、症状は全く異なるはずである。しかし新鮮な野菜や魚肉類は全く欠乏したのである。

日記の文化五年（一八〇八）四月二日の条には、生魚は去年の九月に食べてから現在まで全く口にせず、魚影すら見ることは出来ないと記述していることによっても容易に理解されるであろう。

九月末日から生野菜、生魚が全く入手不可能になったとするのと、その時から最初の死亡者が出た十一月末日までに二カ月経っており、約四分の一の二十七人が死亡した一月末までに四カ月経過していたことになる。そして一月末日までに約半数が死亡しているのである。これはちょうど日露戦争時旅順に籠城したロシア兵が、数カ月間生鮮食品を断たれ、壊血病の大発生を見たのと同じであろう。

二月、三月に死亡者が急激に減少しているのは、それまでに死亡者が続出して、“死亡するべき”重病者の人数が減少したためと理解される。

死亡者は四月に〇人、五月に一人と激減しているが、病氣帰国した十三人中、殆んどが四月末日から五月一日にかけて斜里から帰国したことに因る。

吳、坂本、沖中の『内科書』によれば「壊血病は、徐々に発生し、出血も侵襲的に起り、数カ月持続の後に高度の貧血、悪液質に陥る。直接の死因は、二次感染症であることが多く、出血による死亡はまれである」としている。壊血病のみでも腹腔に漿液（腹水）が貯留することもある。

兵士達の糧食は当然のことながら、米、味噌を中心とした炭水化物が主であったため、蛋白質に欠乏しており、壊血病と共に種々の合併症を併発したのは当然の成行であった。

医史学者として著名なアッカークネヒト教授はその著の壊血病の項の最後に、「ビタミンCの発見などによって壊血病は最早地理的あるいは距離的な問題ではなく、ビタミンCの不足する食事に最も関係し、冬期が長いために最も発生しやすい」と述べている。

文化四年から五年にかけての斜里の冬は、弘前藩兵にとっては洵に永かったに違いない。

参考文献

- 外務省編 日露交渉史 明治百年叢書 第九八巻 原書房 昭和五十四年
- 斎藤勝利 松前詰合日記全 斜里郷土研究会 昭和四十八年
- 新撰北海道史 第五巻 北海道庁 昭和十二年
- 新北海道史 第二巻 北海道庁 昭和四十五年
- Ackermann E.H.: *History and Geography of the Most Important Diseases*, New York, Hafner, 1965
- 内科書 (中巻) 吳建、坂本恒雄、沖中重雄 南山堂 昭和三十七年
- 松木明知 津軽の医史 津軽書房 昭和四十六年
- 松木明知 北海道の医史 津軽書房 昭和五十年

Scurvy prevalence among the soldiers of the Hirosaki Feudal Clan in Yezo area

by

Akitomo MATSUKI

During the period of 1807 to 1808, the Hirosaki feudal clan despatched about one hundred soldiers to the Shari camp of the Yezo area for defence against the Russian's possible invasion.

Unfortunately, most of them suffered from a strange disease called "Hareyamai" due to a serious shortage of fresh vegetables. Over seventy percent of the soldiers died during a short period of five months from November, 1807 to March, 1808 due to the disease only.

The dead numbered 1 in November, 17 in December in 1807, 27 in January, 14 in February and 8 in March.

Hareyamai disease must have been scurvy considering signs and symptoms of the disease described in a diary written by Katsutoshi Saito, one of the surviving soldiers. Monthly distribution of the numbers of the dead substantiated the above mentioned diagnosis.

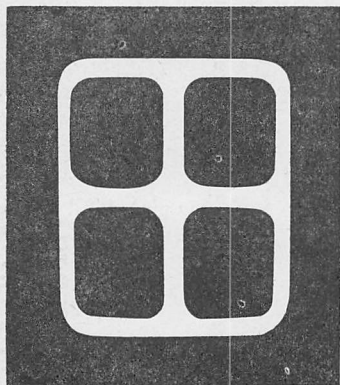
杉田（玄白）氏の家紋

緒方 富雄

杉田玄白の時代の正式の家紋を知る必要があったので、杉田秀男氏におねがいして教えていただいた。このことに関心をお持ちの方にお知らせする。

昔は、各家に標準の紋型を板などに画かせて保存し、これによって、紋をつけるときなどの正確を期したものである。ちかごろ

杉田氏家紋「田の字」



は標準の家紋をあつめた紋帳ができていて、これによって注文するのが普通である。しかし、それでも特殊の家紋は紋帳に載っていないので、心をくばらなければならない。

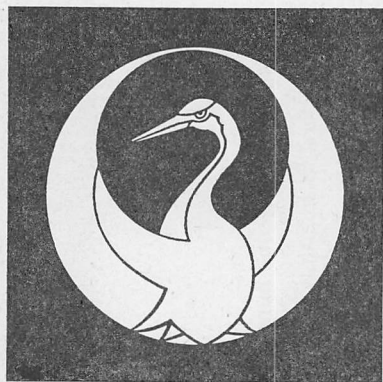
杉田家の家紋にもその心配があるので杉田秀男氏からの資料によって仕上げた紋章をかかげる。

杉田家の紋章の名称は、杉田家では現在「田の字」、替紋が「坂東鶴」とよんでいられるそうである。以前には前者は「四つ目結」、後者は「坂東鶴」とよばれたようであるが、杉田氏各家に伝えられている各紋の由来と、それに付随する家紋の変遷があったりして、かならずしも、系統立ったものといえない。

杉田秀男氏は、伯父に当られる杉田盛氏は、つぎのように書い

杉田氏家紋（替紋）

「坂東鶴」（「光淋鶴の丸」）



ていられるそうである。その要点をかかげる。

「紋所は四つ目結と鶴の丸（坂東鶴）である。杉田家はもと間宮姓であった。小田原北条の臣、間宮主人次郎長安が杉田家の祖先である。長安は北条氏康、氏政に仕え、武州久良岐郡杉田村を領していた。後年豊臣氏のため小田原城に滅され……然し長らく領していた杉田村は忘れ難く懐しいとて間宮を改めて杉田をもって姓とし、紋所は四つ目結と鶴の丸（坂東鶴）である。間宮氏は近江源氏で佐々木氏から出たものであるから、四つ目の紋所を用い、即ち杉田氏は近江源氏で、佐々木氏と同じである。」

なお「四つ目結」とよばれる紋章は、現在杉田家の用いられているものとはちがっている。また「鶴の丸」は多くの変型があつて、「日本紋章学（沼田頼輔）や「紋典」には「光琳鶴の丸」とある。阪東鶴」あるいは「阪東彦三郎鶴」の名は出ていない。

杉田秀男氏にあつく御礼を申しあげる。

例会記事

十一月例会 十一月二十二日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

- (一) Vesalius の Fabrica の初版本と再版本その他の比較に
 関して……………高木和男・保坂捷子
- (二) 慶応義塾医学部情報センター所蔵 富士川文庫中の
 山田業広の著作……………大鳥 蘭三郎

十二月例会 十二月二十日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

- (十二月例会は蘭学資料研究会との合同で行われた)
- 一、愛生館に………片桐 一 男
- 二、来日宣教医 Wallace Taylor (一八三三—一九三三) に
 関して……………長門谷 洋 治
- 三、玉障院様御麻診諸留帳……………戸塚 武比古
- 四、Cauffman 大使が京都大学で行なわれた講演(一九世紀に
 おける日蘭関係の一面)の内容紹介……………緒方 富雄

日本医史学会関西支部秋季大会

とき 昭和五十五年十一月九日(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

- 一、「坪井九馬三日記」について 青木 一郎(岐阜県)
- 二、英国医史考—二十世紀補 栗本 宗治(大阪医大)
- 三、人間医学史序説 三木 栄(堺 市)
- 四、「二角纂考」の刊行をめぐる 宗田 一(大阪大学)
- 五、賀川玄悦産科の免許状 杉立 義一(京都市)
- 六、緒方洪庵献上と伝えられる温度計について 青木 允夫(くすり博物館)
- 七、① 佐渡のコレラ流行について 山中 太木(大阪医大)
- ② 翁槐の複製供覧 岩治 勇一(福井県)
- 八、啓蒙医松村矩明の洋印について 岩治 勇一(福井県)
- 九、嘉永甲寅に発刊された「続砦草」と「銃創攷言」 佐久間温巳(西尾市)
- 十、獅子の時代と官員録 中野 操(大阪市)
- 十一、ベルツの書翰について 安井 広(愛知県)
- 十二、北里研究所本館は明治村へ 藤野恒三郎(兵庫医大)
- 十三、続・大阪市立市民病院(大阪市大医学部附属病院の
 前身)について 長門谷洋治(日生病院)
- 十四、一切経音義と鉗子類の吟味 杉本 茂春(大阪歯大)

京都医学史研究会設立

杉 立 義 一

京都府医師会では、京都の医学史本文篇は今年三月に、資料篇は八月に出版されたので、この編纂にあたってきた医学史編纂室を発展的に改組して、医学史資料室を新発足させた。

これに伴って阿知波五郎氏以下十二名の室員が中心となつて、かねてよりの懸案であつた京都医学史研究会を設立した。

十月二十二日午後二時より府医師会館で七十名の会員（近畿各地・医療界その他）が出席して設立總會を開いた。終つて宗田一氏の医学史研究の現状と題する記念講演が行われた。

今後、毎月第一木曜午後二時より例会をひらき「京都の医学史」を教材とした抄読会を行い、同時に会員の研究発表も行う、また三月と十月には講演会をひらき、十一月には見学会を行う予定である、次に会則を記す。

京都医学史研究会会則

昭和五十五年十月二十二日制定

一、〔名 称〕

本会は、京都医学史研究会といひ、京都府医師会館内（〒六〇四 京都市中京区御前通松原下ル 電話〇七五—三二二—三六七一）におく

二、〔目 的〕

本会は、医学・医療を中心とした歴史を調査・研究・研鑽することを目的とする

三、〔会 員〕

本会の目的に賛同する京都府医師会会員は、会員になることができる。なお、府医師会会員以外の者でも、会員が推せんし、本会が認めた場合は会員になることができる

四、〔幹 事〕

本会には幹事若干名をおき、会務を運営する

五、〔幹事の任期〕

本会の幹事の任期は二年とし、總會で選出する。但し重任をさまたげない

六、〔總 会〕

總會は、当番幹事が招集し毎年一回開催する。なお、収支決算は總會の承認を経なければならぬ

七、〔事 業〕

本会は、次の事業を行う

例会、調査旅行、見学会等の開催。講演会、講習会、展示会等の主催、後援専門医会、他団体との協力、交流

先哲、医人顕彰のための諸行事
会誌、資料集等の刊行

その他本会の目的に添う事業

八、〔経 費〕

本会の経費は、会費およびその他の収入をもってこれに充てる

九、〔会費〕

本会に入会しようとする者は、年会費三、〇〇〇円を収めるものとする

十、〔会計年度〕

本会の会計年度は各年四月一日に始まり翌年三月三十一日に終る

日本学術会議第八〇回総会報告

日本学術会議第八〇回総会は、十月二十二日九時四〇分から同講堂において開催された。今総会には、二〇件を超える提案事項があり、できるだけ審議に時間をあてるため、諸報告は文書だけによることとし、口頭報告は、特に追認・承認を必要とする事項に限って行われた。続いて第六部、食糧需給問題特別委員会、栄養・食糧科学研究連絡会から提案された「食糧自給力の向上について」の勧告案が審議された。しかし多数の会員から、このままでは賛成できないという発言があり、提案者により大幅に修正されたが、なお多くの会員からの反対があったため、さらに修正を行い、翌日審議することとされた。続いて発展途上国学術協力問題特別委員会提案の「発展途上国からの留学生を対象とする情報センターの設置について」(勧告)が採択された。午後には、最初に国公立研究機関問題特別委員会から、第九期以来の本会議における検討をとりまとめた提案された「国・公立試験研究機関の運営の改善について」(勧告)が採択された。続いて、第

七部・癌研究連絡委員会老化分科会提案の「国立老化・老年病センター(仮称)の設立について」(勧告)および第七部と学術情報生産・流通問題特別委員会提案の「医学情報センター(仮称)の設立について」(勧告)が採択され、一六時四十五分一日目の議事を終了した。

二日目の二十三日は一〇時開会、第五部提案の「日本工芸技術機構(仮称)の設立について」の勧告案について審議が行われた。この提案は、総会前日の二十一日、特に連合部会が開かれ前もって説明がなされていたものである。しかし、多くの疑問や懸念が述べられたので提案者により修正され、二十四日に改めて審議することとされた。次に、第七部提案の「医学教育会議(仮称)の設置について」の勧告案について審議が行われたが、この会議の法律上の性格が問題にされ、この点を修正のうえさらに翌日審議することとされた。続いて、第四部、地質学研究連絡委員会、地球化学・宇宙化学研究連絡会、南極研究連絡委員会提案の「隕石科学及び隕石による宇宙科学研究の振興について」(勧告)、学術体制委員会提案の「研究者養成の振興策について」(要望)、科学史・科学基礎論研究連絡委員会提案の「生産に関連する科学・技術資料の保存・管理・利用について」(要望)、研究費委員会提案の「大学における経常的研究費の増額について」(要望)、国際学術交流委員会提案の「日本学術会議の国際学術交流に必要な予算の増額について」(要望)がそれぞれ審議の上採択された。続いて、前日に提案された「食糧自給力の向上について」(勧告)の修正案が審議されたが、なお反対意見が多く、投票による採決の結

果賛成少数で可決されるに至らなかった。続いて海洋学研究連絡委員会、水産学研究連絡会提案の「海洋科学調査について」の要望案はなお検討の必要ありとして、提案者により取り下げられた。二日目は一八時に終了した。

三日目の二十四日は、最初に会長から前日の「食糧自給力の向上について」の提案は、総会で可決されなかったが、本会議はこの問題の重要性を否定するものでないので食糧需給問題特別委員会の名でこれまでにまとめた見解や資料を外部に発表することを了承された旨が述べられ、承認された。続いて第七部、実験動物研究連絡委員会提案の「動物実験ガイドラインの策定について」(勧告)が採択された。前日の「日本工芸技術機構(仮称)の設立について」の勧告案は、提案者により「工芸技術振興の方途を早急に講ずることについて」の要望案にかえることを提案され、活発な討論の後、投票により可決された。次に前日提案の「医学教育会議(仮称)の設置について」(勧告)の修正案が採択された。この後、科学者の地位委員会提案の「外国人の国公立大学専任教員任用について」(見解)、第七部、第三部、第五部提案の「労働衛生の効果的推進について」(要望)、国際協力事業特別委員会、環境・健康問題特別委員会、自然保護研究連絡委員会提案の「環境科学研究の推進について」(申入れ)、環境・健康問題特別委員会提案の「騒音問題の重要性を訴える」(声明)、原子力平和問題特別委員会提案の「放射性物質を使用する際の心構えについて科学者・技術者に訴える」(声明)、会長提案の「国際紛争の平和的解決の必要性について」(声明)が採択され、一六時

三〇分全議事を終了した。

本総会は、提案件数が多かったが、多くの会員から活発な意見が述べられ、第一期最後の総会にふさわしいものになった。なお、本総会の出席率は、一日目八五・六%、二日目八六・一%、三日目八二・三%であった。

(日本学術会議広報委員会)

温知社結成一〇一年記念行事開催

山田業広、浅田宗伯、森立之らが、漢方医学存続の必要性を強調して、明治十二年(一八七九)温知社を結成し、「温知医談」を発刊した。温知社結成より一〇一年目に当る昭和五十五年十一月三日、記念行事が日本東洋医学会、東亜医学協会、日本医史学会その他三団体の共催で開催された。

当日午前九時、湯島聖堂に集合し、観光バス二台に分乗して、矢数道明東亜医学協合理事長の解説で、温知社幹部の墓参と漢方医家墓域を巡回した。午後は一時より湯島聖堂で、山田光胤日本東洋医学会会長による祭祀式典が催され、日本医史学会からは小川鼎三理事長の名代として、大島蘭三郎理事が玉串奉奠を行った。続いて寺師睦宗、矢数道明、藤平健の三氏による温知社並びに漢方先哲医家を偲ぶ追悼講演が行われ、夕六時から、日本学生会館で懇親会が開かれた。

(蔵方宏昌)

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内におく。

第三条 この会は、医史を究研しその普及をはかるを目的とする。

第四条 前条の目的を達成するために次の事業を行う。

(1) 学術集会、その他講演会、学術展観の開催等

(2) 機関紙「日本医史学雑誌」「日本医史学会会報」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成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、随事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

発行期日 年四回（一月、四月、七月、十月）末日とする。

投稿資格 原則として本会会員に限る。

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。

原稿送り先 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・ピーターソン

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	高山 坦三	大鳥蘭三郎	大塚 恭男	會計監事	宗田 一	堀江 健也	理事	石原 力	大滝 紀雄	大塚 恭男	大鳥蘭三郎	緒方 富雄	小川 鼎三	蒲原 宏	酒井 シヅ	酒井 恒	杉田 暉道	鈴木 勝	宗田 一	中野 操	長門谷洋治	富士川英郎	藤野恒三郎	古川 明	三木 栄	矢数 道明	谷津 三雄	矢部 一郎	山形 敏一	幹事	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	青木 允夫	赤堀 昭	安芸 基雄	今市 正義	岩治 勇一	内田 醇	江川 義雄	岡田 博	奥村 武片桐	一男 川島 恂二	久志本常孝	蔵方 宏昌	榊原悠紀田郎	末中 哲夫	杉立 義一	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 坦三	田代 逸郎	田中 助一	津田 進三
------	-------	------	-------	-------	-------	------	------	-------	----	------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	------	-------	------	------	------	-------	-------	-------	------	------	-------	-------	-------	-------	----	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------	-------	------	-------	-------	-------	------	-------	------	--------	----------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

名誉会員

筒井 正弘	土屋 重朝	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	堀江 健也	三浦 邦則	丸山 博	松木 明知	本間 豊彦	三輪 卓南	室賀 昭三	守屋 正	矢数 圭堂	山下 喜明	山田 光胤	安井 広	山中 太木	米田 正治	渡辺左武郎	阿知波五郎	赤松 金芳	石川 光昭	大矢 全節	王丸 勇	佐藤 美実	杉 靖三郎	三廻 俊一	吉岡 博人
-------	-------	-------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------	-------

(理事の名は省略)

編集後記

本号には、外国からの投稿が三編ある。本誌が国際的にも重要な役割を果すようになったといえようか。

国内的にも本誌は医史学関係の雑誌として独自の基盤をつちかい、自他とも認める特異な雑誌となっている。これをさらに発展させるのもまた逆の道をたどらせるのも会員の力に依るものであることは言うまでもない。会員諸氏のいっそうのご協力を願

い、よりよい雑誌に作っていきたいと思っている。

なお、昨年、戦前の医史学雑誌を復刻した機会に、明治一三年の中外医事新報の創刊以来の医史学関係の論文の索引を作った。これにより、過去の雑誌も活用されうる状況ができ上り、医史学の研究が一段とやりやすくなったと喜んでいる。

(酒井シヅ)

昭和五十六年一月二十五日 印刷
昭和五十六年一月三十日 発行

日本医史学雑誌

第二十七巻第一号

編集者代表 大鳥 蘭 三郎

発行者 日本医史学会 代表 小川 鼎三

〒二三 東京都文京区本郷二一

順天堂大学医学部 医史学研究室内

振替 東京六一五二五〇番

製作協力者 金原出版株式会社

〒二三 日本医学文化保存会

東京都文京区 湯島二二一四

印刷 所 三報社印刷株式会社

〒二二 東京都江東区亀戸

- 36) José López-Piñero, *Orígenes históricos del concepto de neurosis* (Valencia, 1963); and José López-Piñero and José Morales Meseguer, *Neurosis y psicoterapia* (Madrid, 1970).
- 37) E. Fischer-Homberger, *Die traumatische Neurosen* (Bern, 1975).
- 38) Prichard (n. 27), ch. 12.
- 39) Fred Kaplan, *Dickens and Mesmerism: the hidden springs of fiction* (Princeton, 1975); Fred Kaplan, 'The Mesmeric Mania: the early Victorians and animal magnetism', *J. Hist. Ideas*, 35 (1974): 691-702.
- 40) Aubrey Lewis, 'Henry Maudsley: his work and influence', in his *The State of Psychiatry* (London, 1967); Alexander Walk, 'Medico-Psychologists, Maudsley and the Maudsley', *Brit. J. Psychiat.*, 128 (1974): 19-30.

- reprinted London, 1973), with an introduction by R. Hunter and I. Macalpine. The passage quoted is from Hunter and Macalpine, eds., *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860* (London, 1963), pp. 1034-1035.
- 13) J.C. Bucknill, in *The Asylum Journal* 1 (1855), p. 16.
 - 14) For comparative events, see Gerald Grob, *Mental Institutions in America* (New York, 1972), ch. IV; J.G. Howells, ed., *World History of Psychiatry*, chs. 4, 10, and 19.
 - 15) Alexander Walk and D.L. Walker, Gloucester and the beginnings of the R. M.P.A.; *J. Ment. Sci.*, 107 (1961): 603-632.
 - 16) For general discussions, see Ruth Hodgkinson, *The Origins of the National Health Service* (London, 1967).
 - 17) W. Parry-Jones, *The Trade in Lunacy* (London, 1972).
 - 18) Scull (n. 5), p. 198.
 - 19) Henry Viets, 'West Riding, 1871-1876', *Bull. Hist. Med.*, 6 (1938): 477-87.
 - 20) Roger Smith, 'The background of physiological psychology in natural philosophy', *Hist. Sci.*, 11 (1973): 75-123.
 - 21) For some of this work, see R.M. Young, *Mind, Brain and Adaptation in the Nineteenth Century* (Oxford, 1970), chs. 6-8; Arthur M. Lassek, *The Unique Legacy of Doctor Hughlings Jackson* (Springfield, Ill., 1970). On neurological disease in Victorian asylums, see R. Hunter and I. Macalpine, *Psychiatry for the Poor* (London, 1974).
 - 22) For a good biographical account, see George Stocking, Jr., Introduction to a reprint of Prichard's 1813 *Researches into the Physical History of Man* (Chicago, 1973).
 - 23) W.F. Bynum, 'Rationales for therapy in British psychiatry, 1785-1830', *Med. Hist.*, 18 (1974): 317-334; and Scull (n. 5).
 - 24) W. Bynum, 'Varieties of Cartesian experience in early nineteenth century neurophysiology', in S. Spicker and H.T. Engelhardt, eds., *Philosophical Dimensions of the Neuro-medical Sciences* (Dordrecht, 1976), pp. 15-33.
 - 25) J.C. Bucknill, in *Asylum Journal* 1 (1855), p. 77.
 - 26) J.C. Bucknill and D.H. Tuke, *A Manual of Psychological Medicine* (London, 1858), p. 353.
 - 27) J.C. Prichard, *A Treatise on Insanity* (London, 1835), ch. 1.
 - 28) Bucknill and Tuke (n. 26), pp. 86-91.
 - 29) Bucknill and Tuke, *Manual*, 4th ed., (London, 1879), p. 310.
 - 30) E.H. Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1846* (Baltimore, 1967); R.H. Shryock, *The Development of Modern Medicine* (London, 1948), chs. 9-10.
 - 31) Prichard (n. 27), ch. 5.
 - 32) Bucknill and Tuke (n. 26), pp. 401-402.
 - 33) Robert Hoeldtke, 'The history of associationism and British medical psychology', *Med. Hist.*, 11 (1967): 46-65.
 - 34) In addition to Young (n. 21) and Smith (n. 20), see R.M. Young, 'Association of ideas', in P.P. Wiener, ed., *Dictionary of the History of Ideas* (New York, 1973).
 - 35) Bucknill and Tuke (n. 26), p. 536.

The Physiology and Pathology of the Mind (1st ed. 1869), a monograph in which he attempted to integrate psychology, reflex physiology, and psychiatry into a single synthetic whole.

Apart from the addresses of Sir Aubrey Lewis and Dr. Walk, Maudsley remains a too little appreciated figure⁴⁰. But he played a key role in the directions taken by late Victorian and Edwardian British psychiatry and deserves more attention than can be devoted to him here. His importance for his own time—and by extension, for our own—is symbolized by the fact that his works were translated into the major European languages and, as the first introduction of Western psychiatry into the East, into Japanese.

NOTES

- 1) E.H. Ackerknecht, *A Short History of Psychiatry*, 2nd ed. (New York, 1968); Karl Jaspers, *General Psychopathology*, trans. from 7th German ed. (Manchester, 1963); Henri Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious* (New York, 1970).
- 2) E.P. Thompson, in a brilliant essay entitled 'The peculiarities of the English' has defended English empiricism; in his collection, *The Poverty of Theory* (London, 1979).
- 3) e.g. Gregory Zilboorg, *A History of Medical Psychology* (New York, 1941).
- 4) For discussions of 'moral therapy', see E.T. Carlson and Norman Dain, 'The psychotherapy that was moral treatment'. *Amer. J. Psychiatry*, **117**, (1960): 519-524; K.M. Grange, 'Pinel and eighteenth century psychiatry', *Bull. Hist. Med.*, **35**, (1961): 442-453.
- 5) Quoted in Andrew T. Scull, *Museums of Madness: The social organization of insanity in 19th century England* (London, 1979), p. 133.
- 6) Michel Foucault, *Madness and Civilization*, trans. from the French, (London, 1971).
- 7) On therapeutic optimism, see Ida Macalpine and Richard Hunter, *George III and the Mad Business* (London, 1969).
- 8) R. Pinel, *A Treatise on Insanity* (Sheffield, 1806, reprinted New York, 1962) with an introduction by Paul Cranefield, Section 5; Scull (n. 5); David Rothman, *The Discovery of the Asylum* (Boston, 1971).
- 9) On partial insanity, see Henry Werlinder, *Psychopathy: A History of the Concepts* (Uppsala, 1978).
- 10) Samuel Tuke, *Description of the Retreat* (York, 1813, reprinted London, 1964), with an introduction by R. Hunter and I. Macalpine,
- 11) Scull (n. 5), chs. 1, 2; Kathleen Jones, *A History of the Mental Health Services* (London, 1972).
- 12) John Conolly, *Treatment of Insane without mechanical restraints* (London, 1856,

matters, but the extent to which British psychiatry revolved around institutional treatment meant that what, despite Bucknill, were called the 'functional' nervous disorders were much more likely to be seen by general physicians, gynaecologists, and neurologists than by alienists³⁹.

IV. Concluding Summary

In this paper I have attempted to sketch briefly the major formative social forces and the principal intellectual and practical themes which are central to nineteenth century British psychiatry. Any one of the characteristics which we have looked at in conjunction with the systematic treatises of Prichard and Bucknill and Tuke would bear examination in greater detail, since in actual fact there was rather less unanimity of opinion than my brief remarks may have suggested. Nevertheless, the most striking feature—the identification of the British psychiatric profession with the asylums—will stand.

By the 1870s, there were signs of change, though asylums continued to be the dominant reality in British psychiatry until after World War I. The changes were partly catalysed by the collapse of the optimism which had generated the earlier reforms, for with the gradual silting up of the institutions with chronic cases, and the inevitable mechanization and regimentation which accompanied their increase in size ('A gigantic asylum is a gigantic evil,' wrote one psychiatrist), it became more frustrating for psychiatrists to throw creative energy into the asylums. We have already seen some indications of the resulting new directions—the establishment of a department of pathology and research laboratories in the West Riding Asylum, the foundation of a new journal, *Brain*, in which psychiatrists and neurologists joined forces, and new attempts by men such as Henry Maudsley to broaden the basis of psychiatric thought. Maudsley (1835–1918) is today remembered primarily because of the psychiatric hospital which he founded late in his life. From the late 1860s, though, he produced a series of popular and scholarly monographs which made him the first British psychiatrist since Conolly to establish an international reputation. His most important work was

If Prichard, Hack Tuke and Bucknill did not seem too interested in the nuances of either the normal or diseased mind, neither were they interested in integrating another rich nineteenth century British field of investigation: reflex physiology. By mid century, W.B. Carpenter (1813-1885) and Thomas Laycock were extending the notion of the reflex arc to the higher cerebral centres, and both Bain and Spencer drew on this work in their evolutionary psychologies, as did Hughlings Jackson in his neurological writings. Attempts by men like Meynert in Vienna to apply reflex physiology to psychiatry were not satisfactory in the long run, but Bucknill and Tuke did not even bother to consider the possibility to dismiss it, a reflection no doubt of their general neglect of the 'normal'.

(5) *There was virtually no concern with the 'neuroses'.*

In two interesting but too little known monographs, Professor López-Piñero and his colleague have shown how the concept of 'neurosis' originally was developed by general physicians such as William Cullen (1710-1790), John Brown (1735-1788) and other late eighteenth century figures³⁶. It was only late in the nineteenth century that a modern notion of neurosis began to be incorporated into psychiatric thought, though as Fischer-Homberger has shown, the idea of 'traumatic-neuroses' was much discussed from the 1860s³⁷. While there was in Britain a considerable interest in phenomena such as mesmerism (the word 'hypnosis' was actually coined by a Manchester surgeon named James Braid), animal magnetism, somnambulism, ecstatic states, and, above all, hysteria, these phenomena were by and large not of much concern to nineteenth century British psychiatrists. Prichard to be sure included a final chapter in his *Treatise* which reviewed the history of what he called 'animal magnetism' and described interesting cases of somnambulism and maniacal ecstasy³⁸, but one finds very little of this kind of material in the pages of *The Asylum Journal*, and hysteria rates less than two pages out of 556 in the first edition of Tuke and Bucknill's *Manual*. Much more work needs to be done on the place of these phenomena in Victorian medicine and society before we can fully understand these

context, Herbert Spencer (1820—1903) and Alexander Bain (1818—1903)³⁴⁾.

Curiously enough, neither Prichard nor Hack Tuke and Bucknill made use of this or any other psychological tradition. Prichard began his *Treatise* with preliminary remarks on the definition and nosography of insanity; Hack Tuke and Bucknill their *Manual* with a history of the treatment of insanity. Their concern with 'diseased' minds takes no cognizance of 'normal' ones, a rather striking omission particularly when one recalls how much German-speaking psychiatrists like Feuchtersleben and Griesinger made use of theories of normal psychological function. In the case of Bucknill and Tuke, I suspect the reason for this omission lies in their belief that psychology was too 'metaphysical' and introspective, and they were all too keen to establish psychiatry on a firm empirical basis. Even so, the loss was considerable, for their case histories lack subtlety when it comes to discussing what they call 'the mental state' of insane patients. For instance, the history, mental state and physical condition of one patient, described as a case of 'acute mania subsiding into quiet melancholia' was given as follows:

An engineer; a clever, industrious man, of steady habits. Three months before admission experienced a severe disappointment, in not getting an order for a certain steam-engine which he had calculated upon; he became excited and irritable in manner, neglected his work, and acute mania gradually came on. *Mental State*.—Extreme excitement; believes that he is going to be shot; asks everyone why he is not killed, and begs of them to kill him; shouting all night long; tears his clothes, destroys his bedding, scribbles on the walls and doors; jumps at the gas-pipes, and attempts to pull them down; very destructive and violent; wets and dirties his bed; miscalls persons, fancying he has seen everyone before: no power of fixing his attention. *Bodily Condition*.—Expression pale, wild, haggard; skin clammy, extremities cold, head cool; losing flesh; pulse small and quick, bowels constipated³⁵⁾.

Histories like this do not satisfy the modern reader.

The theory of partial insanity, without appreciable change of the brain, is as follows: When the disease first exists, it is attended by pathological states of the cerebral vessels. A morbid condition of the cerebral organization is occasioned, attended by the phenomena of insanity. After a short time, the vessels recover their tone, the brain is nourished, and its size maintained as a whole. But the original balance of its organs is not regained; their nutrition having been impressed in the type or mould of their diseased state. Perhaps some of the cerebral organs encroach on others by their actual bulk; undoubtedly, some of them overbear others by their greater activity. The result is chronic mental disease, of a nature which leaves behind no pathological appearance³².

'Brain mythology' was not a German monopoly.

(4) *The organic commitment was accompanied by a neglect of normal psychology or even neurophysiology.*

Until the 1870s, when Francis Galton (1822-1911) began elucidating his theories of psychological functions based on the notion of the faculty, much formal psychology in Britain can be seen as a continuation of the work started by John Locke (1632-1704). Locke stated that at birth, the mind is a blank tablet (*tabula rasa*) on which impressions are made through sensations and the combination of these sensations into reflections. Experience was thus the source of all knowledge. In the eighteenth century, various attempts were made by men such as John Gay (1699-1745), David Hartley (1705-1757) and Joseph Priestley (1733-1804) to develop the *association of ideas* as the mechanism through which the mind works. Locke had, in a rather offhand comment, remarked that madmen reason correctly from false premises, and a number of eighteenth century writers on insanity used this starting point, together with the association of ideas, to explain something of the aetiology of madness and the mental content of the insane mind³³. In the nineteenth century this psychological tradition was continued by James Mill (1773-1836), his more famous son, John Stuart Mill (1806-1873), and, in an evolutionary

were aware that various attempts had been made to explain the symptoms of insanity in terms of the routine categories of 'physical' diseases such as tuberculosis or cirrhosis. They were also aware that such attempts were generally indecisive and mutually contradictory. Nevertheless, Prichard discussed at considerable length French 'patho-psychiatric' work, and while favouring explanations which involved either local hyperaemia and inflammation, or the sympathetic neurological response to thoracic or abdominal inflammation, he realized that definitive patho-physiological explanations had not yet been produced³¹⁾. Indeed, on occasion Prichard seemed genuinely relieved by the failure of pathology, for it seemed to support his belief in the separate existence of mind from brain. Likewise, Bucknill and Tuke recognized that many cases of chronic insanity had been autopsied without uncovering any structural defects in the brain and central nervous system. To explain this apparent anomaly, they developed an elaborate notion of nerve 'force', normally generated by the healthy brain but under conditions of local vascular change unable to exercise its 'normal' functions. This was ultimately a nutritional problem, but once set in motion could lead to compensatory mechanisms in other parts of the brain so that the relative balance was lost and chronic symptoms without visible structural changes could occur.

Now, we recognize explanations of the kind put forward by Tuke and Bucknill as essentially speculative, based at best on analogy but with little in the way of specific or direct evidence to support them. Yet Bucknill and Tuke shared a horror of mixing overt metaphysics with their psychiatric writings and placed their own work firmly within the pragmatic, empirical British tradition. This was easier because they eschewed a new or esoteric vocabulary and based their pathophysiological discussions on what they conceived to be the sound work of men like Rokitsansky and Virchow. In this way, the conclusion to a fifty-page section on the pathology of insanity can end with the following summary which, while admirably clear in its expression conveys little in the way of information:

Pinelian framework as modified by Esquirol. Thus Prichard divided insanity into two grand forms, moral or intellectual, with the latter sub-divided into monomania (with a frequent element of melancholia), mania, and incoherence or dementia²⁷). Bucknill and Tuke added a third general class, those involving the propensities or passions, though in practice they preferred the simple classification of idiocy; dementia (primary or secondary); delusional insanity (either manic or depressive); emotional insanity (either 'moral' insanity or melancholy without delusion); and mania, either acute or chronic²⁸). They recognized that epilepsy and general paresis could complicate any of the above diagnoses, but believed that these latter conditions did not warrant primary diagnostic categories of insanity in their own right. Although they continued to use this same classification through the final edition of their *Manual*, by 1879 they were aware of the desirability of an *aetiological* classification²⁹). Only one good analogy seemed worth considering, though, and this was the relationship between intoxication and insanity. Accordingly, they suggested that toxic factors as yet unde-termined might eventually be implicated in the causation of the various forms of insanity. Until these were identified, however, they stressed that speculation was of little use.

(3) *The organic commitment led to a search for pathological or pathophysiological mechanisms to explain symptoms.*

The general medicine which was developing in the early nineteenth century has been called 'hospital medicine' by Ackerknecht. It derived largely from the Paris hospitals after the re-founding of the French medical schools in 1794, and was based on the notion of *local* pathology, the practice of careful physical diagnosis, the systematic use of autopsies to correlate clinical signs and symptoms with pathological lesions, and the use of large series of cases numerically reported to establish firmer diagnostic and therapeutic indications³⁰). Pinel was an internist as well as a psychiatrist, and certainly the psychiatry of Esquirol, Georget, Foville, Calmeil and other French doctors reflected many features of this hospital medicine. Autopsies were more routinely performed in French asylums than British ones but British alienists

insanity—the moral sense could be diseased without disturbance of the intellectual faculties. Furthermore, though his underlying dualistic philosophy of mind could not easily accommodate it, he allowed for the primary efficacy of moral therapy. Prichard was the victim of the difficulties created for us in the West when Descartes divided the world into two categories, mind and matter²⁴.

These tensions were less acute in Bucknill and Tuke, partially because they simply set aside the metaphysical question of *how* mind and body acted on each other and concentrated on the pragmatic fact that minds and brains are found together. In 1853 Bucknill had insisted that the distinction between organic and functional diseases is spurious: *All diseases are organic*, he wrote, even if we are unable to discover the underlying pathological changes²⁵. In the *Manual*, he and Hack Tuke summarized their position as follows:

The brain, like every other organ of the body, for the performance of its functions, requires the perfect condition of its organization, and its freedom from all pathological states whatever. Consequently, the existence of any pathological state in the organ of the mind will interrupt the functions of that organ, and produce a greater or less amount of disease of the mind—that is of insanity²⁶.

Elsewhere, they remarked that since even perceptions and sensations must result in some minute change in the nervous system, there was no theoretical reason why moral therapy should not be effective, even though the disease was organic.

(2) *Nosologies were relatively simple and based on behavioural characteristics.*

Although the Greeks had provided a basic vocabulary—mania, melancholia, dementia—for classifying mental disorders, late eighteenth and early nineteenth century British nosologists such as William Cullen, Thomas Arnold, and John Mason Good had produced rather clumsy and elaborate schemes. Pinel, however, had returned to the basic simplicity of classical authors and, with some exceptions, nineteenth century British authors had been content to work within the

at Charing Cross Hospital, and a long-term association with Bethlem Hospital (Bedlam), the famous London lunatic establishment. His *magnum opus*, still a work of considerable historical value, was the *Dictionary of Psychological Medicine* (2 vols., 1892), which was probably as close as British alienists got to a work of a comprehensive conception and execution so common in Germany.

The first edition of Bucknill and Tuke's *Manual* was separated from Prichard's *Treatise* by twenty three years, and the works naturally exhibit considerable differences, as do the first and last editions of the *Manual*. Beneath the differences, some the result of accumulation of empirical information, others of shifting fads in regimen or specific new theories about the cause, diagnosis, or prognosis of insanity, lay some striking continuities of approach and style. Five of these are particularly worth stressing, for they reflect more general characteristics of British psychiatry in the middle decades of the century.

(1) *Though operating within an explicitly psychosomatic framework, the ultimate commitment was always to an organic idea of insanity.*

Though there were some exceptions, nineteenth century British psychiatrists had difficulty accepting a notion of *primary mental disease*: some of the difficulty was theological, for the equation of mind with soul protected the latter and hence the former from the ravages of disease and death. As I have suggested elsewhere, there were also strategic professional motives at stake, for the claims of medical men against clergymen or lay reformers as the primary experts in insanity relied on the notion of organic disease for much of its validity²³.

Nevertheless, there were problems with an organic model. Prichard, for instance, combatted the phrenological doctrines of Gall and Spurzheim particularly for what he saw as phrenology's inherent materialism, and advanced instead a notion of unified and indivisible mental faculty using as its instrument a unified cerebrum which consequently could not be localized as subserving discrete mental functions. Against this backdrop, though, he insisted on the idea of partial insanity, and in particular on the notion that—in moral

of human races. Prichard also published works on mythology and philology, on the vital principle, and a number of shorter pieces on medical topics such as fevers. His interest in psychiatric matters stemmed from early in his career (1811) when he had been elected physician to St. Peter's Hospital, a Bristol hospital for paupers which from early in the eighteenth century had admitted a high proportion of insane patients. In addition to the general psychiatric volume of 1835, Prichard wrote a *Treatise on Diseases of the Nervous System* (1822), dealing with convulsive and maniacal disorders, and, late in his life, a short work on the relation of insanity to jurisprudence (1842). This gave him the opportunity to expound the practical consequences of what was the most novel element of his 1835 *Treatise*, the concept of 'moral insanity'. Prichard left Bristol for London in 1845, when he was appointed one of the Commissioners in Lunacy and it was during his pursuit of these duties that he contracted the illness which led to his premature death in 1848²².

By contrast, Bucknill and Hack Tuke were both full-time psychiatrists. Bucknill (1817—1897) had a distinguished student career at University College London, and was contemplating a career in surgery when his health broke down and he moved to the warmer climate of south-west England. He consequently became medical superintendent of the Devon County Asylum at Exminster (1844 to 1862). It was there that he established his name, as first editor of *The Asylum Journal* (1853 to 1862), and as co-author, with Hack Tuke, of the *Manual of Psychological Medicine*. Bucknill left asylum life in 1862, to become Lord Chancellor's Medical Visitor of Lunatics, from which post he retired into private practice in 1876. In 1878 he founded, with Hughlings Jackson, David Ferrier, and J. Crichton-Browne, *Brain: a journal of neurology*, in itself a reflection of developments in the neurosciences in Britain.

Daniel Hack Tuke (1827—1895) was the great-grandson of the founder of the York Retreat, and for several years was visiting physician to that institution. He eventually settled in London, where he combined a private practice with a lectureship on mental diseases

that men like Griesinger and Wernicke in Germany attempted, and partially succeeded, to create a genuine neuropsychiatry. One condition for this integration certainly existed in British asylums: diseases which we would nowadays classify as neurological—epilepsy, ataxias, Parkinson's disease, etc.—were common there.

The integration did not occur, however, and British psychiatry, though wedded to basic organic theories of insanity, remained rather circumspect in its approach to the diagnosis, classification, and treatment of insanity. Asylums became isolated institutions, cut off from the everyday world, and, too often, from mainstream medicine. Some indication of the difficulties facing nineteenth century British psychiatrists can be seen from the paucity of general, systematic works on the subject. There was not in Britain a tradition equivalent to that established by Esquirol, Guislain, or Morel in French, or Jacobi, Feuchtersleben and Griesinger in German, where the most eminent psychiatrists offered original and far-reaching surveys of the subject. In fact, two treatises (the second in multiple editions) served British alienists and general physicians as a source of systematic information on mental disorders for the half century following 1835. These were the *Treatise on Insanity* (1835) of James Cowles Prichard, and the *Manual of Psychological Medicine* (first edition, 1858, fourth edition 1879) of J.C. Bucknill and Daniel Hack Tuke. I should like to examine these works, for several of their common characteristics reflect broader aspects of British psychiatry during the period.

Prichard (1786—1848) was a Bristol physician of Quaker background who converted to evangelical Anglicism as a young man. He remained devoutly pious and politically and medically conservative throughout his adult life. However, he was a man of vast erudition who is best known for his anthropological and ethnological writings which culminated in the five-volumed, third edition of his *Researches into the Physical History of Mankind* (1836—47), a work which in its first edition (1813) contained original and influential views on heredity, geographical distribution of plants and animals, and the formation

802 in 1890¹⁸⁾. Success led to diminished clinical or scientific opportunities. Small wonder that recruitment of good people was difficult, or that ambitious young doctors like Henry Maudsley, or James Crichton-Browne used short term appointments in the asylums as opportunities to gain clinical and pathological experience before seeking more prestigious appointments in general hospitals, medical school or higher government circles. Maudsley left the Manchester Royal Lunatic Asylum, Cheadle, after three years, becoming shortly afterwards Professor of Medical Jurisprudence at University College London; Crichton-Browne (1840—1938) spent nine productive years as Medical Superintendent to the West Riding Asylum (Yorkshire), before in 1875 becoming the Lord Chancellor's Visitor in Lunacy. He established the first formal pathology department in a British asylum while at the West Riding, but it was a relatively informal affair and his talents were recognized only by a part-time lectureship in the nearby medical school in Leeds. For Crichton-Browne as for other eminent Victorian psychiatrists, promotion was not through the academic ranks and meant a diminution in his clinical responsibilities¹⁹⁾. Indeed, in mid-century, Thomas Laycock (1812—1876), who in addition to a chair in the practice of medicine in Edinburgh also held a lectureship in medical psychology there, came as close as anyone in Britain to devoting himself full-time to academic psychiatry. Though the London medical schools began appointing lecturers in mental diseases around the same time, these were part-time posts which were usually combined with private practice and the operation of a private madhouse. Laycock himself was a fertile thinker who first applied the reflex concept to cerebral functions and developed a sophisticated notion of the unconscious²⁰⁾. His approach to medical psychology was rather through neurology than psychiatry; consequently he belongs more appropriately to the very distinguished nineteenth century British neurological tradition, which also included such clinicians as John Hughlings Jackson, Sir David Ferrier, Sir William Gowers and Henry Charlton Bastian²¹⁾. This tradition was never integrated into British psychiatry in the way

Nevertheless, the existence of these two journals by the 1850s attests to the extent of British medical interest in psychiatry; the demise of Winslow's journal also underscores the fact that the possible career structure in psychological medicine in Britain was not such as would permit the leisured and systematic investigation of serious mental disorder. For though the public asylum physicians achieved many of their aims—a network of compulsorily erected and publicly financed asylums, and the requirement of full-time resident medical practitioners within those asylums—they fell victims to their own limited success. With the exception of a few posts—Chief Medical Officer to the Privy Council, the Commissioners in Lunacy, among others—medical careers in the public sector remained badly paid and low in prestige during the middle decades of nineteenth century Britain. Asylum physicians were grouped with Poor Law Medical Officers and Medical Officers of Health in running the portions of the Victorian medical service financed by the State⁶¹). The public asylums catered for a larger portion of the public than did the Poor Law Infirmaries, for many of those who would have been treated for their general medical problems in the Voluntary Hospitals, if diagnosed insane would likely end up in a county asylum. From around mid-century the private 'trade in lunacy'—the keeping of a licensed house with paying psychiatric patients—declined in importance relative to the county asylums¹⁷). This meant that there were gradually diminishing opportunities in the private sector; while within the public sector, ambitions were thwarted by county officials anxious to keep asylum running costs to an absolute minimum, and by the silting up of asylums with chronic cases who were beyond hope of recovery and who lived monotonous, institutional existences for years. Unlike the part-time posts in general voluntary hospitals, which served as entrees into lucrative private practices, posts in insane asylums were full-time, and while advancement within the system could lead a young resident medical officer to the better-paying post of medical superintendent, the latter post was largely administrative, as average county asylum size increased from 116 patients in 1827 to

III. Theory and Practice in the new Profession

British psychiatry acquired its professional trappings—professional organization and a specialized journal—in the late 1840s, at roughly the same time as equivalent events in France, Germany, and America¹⁴. The first meeting of the Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane (now the Royal Medico-Psychological Association) was held in 1841, under the stimulus of Samuel Hitch, resident physician to the Gloucestershire Asylum. For its first dozen years or so the Association remained precariously small, attracting attendances of only ten or twelve to its annual meetings, held each year in a different asylum, so that its members could compare the various therapeutic programmes employed¹⁵. By the time that the Association established its own journal in 1853 (*The Asylum Journal*, now the *Journal of Mental Science*), another periodical devoted to psychiatry had already been founded. This was *The Journal of Psychological Medicine*, which survived from 1846 to 1863 under the editorship of its promoter, Forbes Benignus Winslow (1810–1874) and was briefly reestablished between 1875 and 1883 by Winslow's son. Although there was an inevitable sense of rivalry between the two journals, in a sense they served the complementary functions which are indicated by their titles. For, during its early years, *The Asylum Journal* was largely concerned with the practical and professional matters involved in running the growing number of public asylums. Much journal space was devoted to analysing the annual reports of the Commissioners in Lunacy, the official body which oversaw the Victorian asylums; to publishing articles on asylum design, statistics, or therapeutic experience; and to providing British doctors with descriptions of asylum life and its problems in America and in Europe. In a sense, Winslow's journal was more intellectually ambitious, for it published rather more strictly clinical material, but it suffered from the lack of any formal professional support and possibly from Winslow's own rather acerbic personality. Winslow was also the owner of two private madhouses, and his journal naturally tended to support the private sector, or 'trade in lunacy.'

1838. But Gardiner Hill, though medically qualified, saw himself working within a humanist tradition, whereas Conolly saw non-restraint as the ultimate *medical* achievement within the asylum, a system of total environmental care aimed at restoring to the patient that loss of self control which was at the heart of his disease. As Conolly put it, 'the mere abolition of fetters and restraints constitutes only a part of what is properly called the non-restraint system. Accepted in its full and true sense, it is a complete system of management of insane patients, of which the operation begins the moment a patient is admitted over the threshold of an asylum'¹²). Not surprisingly, the still weak psychiatric profession applauded Conolly's efforts while turning a cold shoulder to Gardiner Hill, whose activities actually seemed to minimize their own claims to professional expertise.

Conolly left Hanwell after a few years in order to establish a lucrative private practice, though he continued to visit the institution in his capacity as consultant physician. More importantly, he continued to turn out a stream of books and articles which defended non-restraint. By the 1850s, when the asylum movement was in full swing as a result of the 1845 Act which required each county to provide one, British psychiatrists could look upon the combination of moral therapy and non-restraint as genuinely indigenous, humane, and therapeutically sound. They also saw it as peculiarly adopted to Britain, with its well developed tradition of individual liberty and toleration. As one psychiatrist wrote, commenting on the fact that Continental psychiatrists had not picked up non-restraint to any degree, it would 'be folly to expect that the merits of the non-restraint system should be recognized [in Germany] where even the sane portion of the community are drilled into order by soldiery and the police'¹³).

Thus, although moral therapy was generally linked to medical therapy in the total therapeutic programme, and although the non-restraint system was not rigidly observed in many asylums, these two themes were the most visible ones around which the nascent psychiatric profession emerged in early Victorian Britain.

and a number of other laymen active in the reform of facilities for the insane, presented testimony to a Parliamentary Committee inquiring into the conditions of madhouses in England and (in 1816) Scotland. The evidence, published by the Committee, seemed to establish three propositions: first, that moral therapy was associated with the best in the care of the insane and was both more humane and probably more efficacious than medical therapy; second, that doctors who had been in charge of various establishments for the insane had been in many instances guilty of neglecting their patients; third, that specialized asylums for the insane were desirable, particularly if these asylums were run along the lines established by the endeavours of the Tukes and their allies. At the time, most insane paupers in Britain were still confined in general workhouses or poor houses, even though an Act of Parliament passed in 1808 had given counties permission to erect, at public expense, specialized psychiatric asylums¹¹.

These events were to shape the character of British psychiatric debates until mid-century, for doctors with a vested interest in the treatment of the insane felt threatened by the nature of the lay reforms achieved by the Tukes. Through a variety of activities, including a considerable literary output, public lectures, pressure groups, and, by the 1840s, a professional association and specialized journal, they worked to establish a disease concept of insanity located in the brain (rather than the mind, which was still frequently equated with the theological soul); to assert their own professional rights as the primary diagnosticians and therapists in cases of insanity; and to convince the ruling elite that public asylums, under the charge of a doctor, were worthwhile public investments. It is within this professional context that the achievements of Robert Gardiner Hill (1811—1878) at the Lincoln Asylum and John Conolly (1794—1866) at the Hanwell Asylum, near London, must be seen. Gardiner Hill began abolishing all mechanical restraints shortly after he became resident medical officer to the Asylum in 1835 and by 1837 he had effected their complete abolition. Conolly achieved his reforms beginning in

and other forms of physical restraint and coercion which had been common in the late eighteenth century. But as Michel Foucault has insisted, Pinel and the Tukes were as concerned as had been their predecessors to control their charges. The power structure in the institutions had not changed but the methods had: in the new therapeutic environment, control was to be achieved by the altogether subtler means of moral therapy. As Foucault has put it, 'A purely psychological medicine was made possible only where madness was alienated in guilt'⁶. At the same time, the desired goal of therapy was to enable the patient to gain control of himself, for with this new therapeutic movement came an optimism about the curability of madness⁷. The patient's environment assumed such importance that, from the early nineteenth century, beginning particularly with Pinel, most writers on insanity devoted much space to the details of asylum design⁸.

The other significant aspect of moral therapy is the extent to which it coincided with new definitions of insanity, and in particular, the notion of *partial* insanity, elaborated by Pinel and generally accepted by French and British authors, though less so by some German psychiatrists such as Griesinger⁹. There was no logical connexion between the efficacy of moral therapy and the idea that insanity need not involve a total eclipse of the reasoning faculty, but the faculty psychologies of, first, the Scottish common sense philosophers, and, second, the phrenologists, reinforced the belief that insanity could be partial and that the lunatic could still be reached through his undamaged faculties. The idea of partial insanity thus increased the therapeutic expectations of the relatively optimistic early nineteenth century psychiatrists.

In Britain, these new notions of the nature and preferred treatment of insanity found physical embodiment in the Retreat, established by the Quaker philanthropist family named Tuke. The Retreat achieved national prominence in 1813 when Samuel Tuke, grandson of the founder, published his *Description of the Retreat*¹⁰. The book was widely and favourably reviewed and, in 1815, Samuel Tuke, his grandfather,

system, we shall look at the ways in which the values reflected in these themes continued to dominate psychiatry in Britain until the 1870s, within the asylum movement itself a new ethos began gradually to emerge.

II. The Social Meanings of Moral Therapy and Non- Restraint

Moral therapy has had no lack of historical attention; indeed, it is customary to date the birth of modern Western psychiatry from the efforts of Chiarugi in Italy, Pinel in France, and the Tukes in Britain³). The word 'moral' both in English and in its European cognates, meant more to these late eighteenth and early nineteenth century reformers than simply 'psychological', though generations of post-Freudian historians, attuned to the idea of the 'talking cure', have sometimes emphasized this aspect of moral therapy⁴). In its historical context, however, moral therapy was often contrasted to *medical* therapy and in this sense could include virtually everything except the administration of drugs, bloodletting, cupping, and other standard remedies which were employed for many disorders, and not simply psychiatric ones. In practice, it came to include education, work, interpersonal interactions and attempts at gradual re-socialization, and is the natural ancestor of contemporary behaviour therapy rather than psychoanalysis.

As initially developed by Pinel, from 1794 at the Bicêtre, and shortly afterwards at the Salpêtrière, and by the Tukes at the York Retreat (opened in 1796), moral therapy largely replaced medical therapy in those institutions, since on the basis of experience as well as for other reasons, both Pinel and the Tukes came to doubt the efficacy of medical remedies in the treatment of insanity. As Samuel Tuke wrote, 'the experience of the Retreat.....will not add much to the honour or extent of medical science. I regret.....to relate the pharmaceutical means which have failed, rather than to record those which have succeeded'⁵). More dramatically, though, the new moral therapy replaced not just medical remedies but the chains, whips,

worth studying except for its parochial interest. Certainly there was a flow of ideas and influence in nineteenth century psychiatry, and Britain exported to America and the Continent as well as receiving imports from those localities, as a number of translations, citations, and foreign visits attest. Nevertheless, I believe that we can understand the particular development of psychiatric theories and practices, and the psychiatric profession in nineteenth century Britain only by first grasping the ways in which that development was rooted in British medicine, and perhaps more importantly, in the religious, philanthropic, and cultural values of British society. It should be recalled that while Continental thinkers such as Comte and Weber were developing sociology, the British were busy perfecting the idea of social work; that while the Continental Intellectual has been identified with theoretical and systematic pursuits embraced under the rubric of *Wissenschaft*, the Intellectual in the land of Francis Bacon and John Locke has by and large been content with more limited, empirically grounded pursuits; that most nineteenth century Britons were suspicious of what they saw as narrow, abstract specialization, and that British doctors were proud of the pragmatic, utilitarian, and practical dimension of their medicine.

These British characteristics can be dismissed as shallow and amateurish, or they can be defended as a genuinely positive, rich, empirical tradition which produced one of the greatest intellectual achievements of the nineteenth or any other century: *The Origin of Species*. But whatever our attitude towards the comparative worth of what one historian has called 'the peculiarities of the English'²², these peculiarities are surely related to the fact that the two most richly discussed themes in nineteenth century British psychiatry were *moral therapy* and the *non-restraint system*. Both were overwhelmingly practical issues, and while the former was independently though not uniquely British in its origin, moral therapy provided the conceptual underpinning for the development of the asylums with which so much Victorian psychiatry was associated. After a brief examination of the initial elaboration and ramifications of moral therapy and the non-restraint

THEORY AND PRACTICE IN BRITISH PSYCHIATRY FROM J.C. PRICHARD (1785-1848) TO HENRY MAUDSLEY (1835-1918)

W.F. Bynum**

Introduction

Viewed within the European context, nineteenth century British psychiatry was something of an intellectual backwater. Ackernecht's *Short History of Psychiatry* mentions only five nineteenth century Britons, three psychiatrists, one neurologist, and one layman. Karl Jaspers' brilliant historical appendix to his *General Psychopathology* concentrates exclusively on French and German psychiatrists. And Professor Ellenberger's monumental *Discovery of the Unconscious* centres primarily on great Continental cities—Vienna, Paris, Zürich, Berlin—or on New York and the other American ports of call where not a few early pioneers of dynamic psychiatry settled. In the West, modern psychiatry, both the 'university psychiatry' of Kraepelin and Wernicke, and the dynamic psychiatry of Janet, Freud, and Jung, was largely created in Continental Europe. Even in the present century British psychiatry has benefitted from imported talent, for arguably the two most distinguished practitioners of university psychiatry and psychoanalysis in post-war Britain have been Sir Aubrey Lewis and Anna Freud, born in Australia and Vienna respectively¹.

This is not to denigrate the native British contribution to psychiatry, nor to suggest that the history of the subject in Britain is little

* Paper presented at the Fourth International Symposium on the Comparative History of Medicine—East and West, Fuji Institute of Education and Training, Japan. October 1979.

** Wellcome Institute for the History of Medicine and University College London, England.

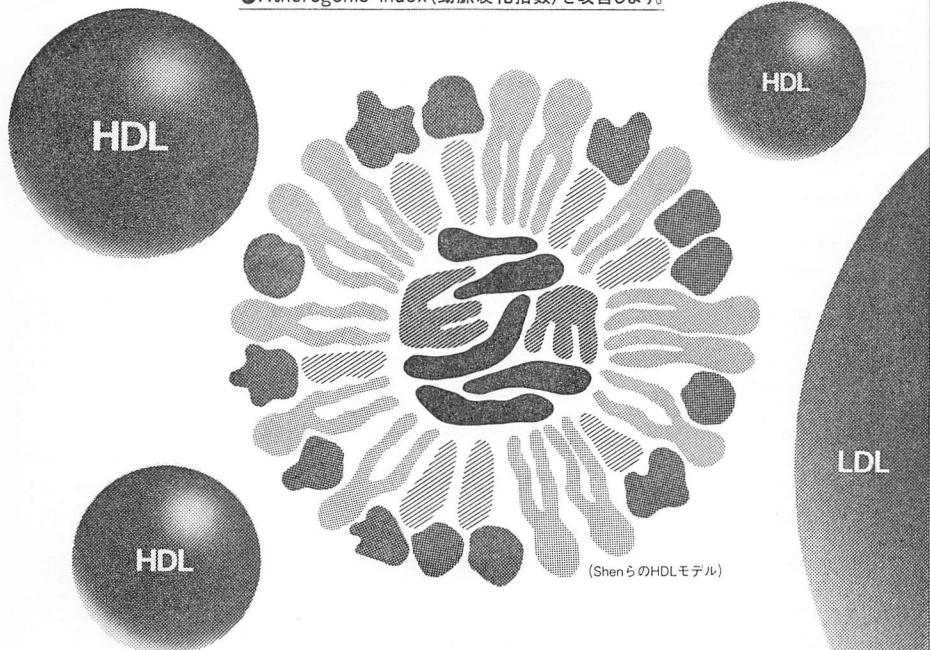
リポ蛋白とコレステロール

コレステロールは動脈硬化性疾患の発症に関連が深い血漿リポ蛋白に対し

●防御因子としてのHDL-コレステロール(亜分画では特に注目されているHDL₂-コレステロール)を上昇させます。

●促進因子としてのLDL-コレステロール、VLDL-コレステロールを低下させます。

●Atherogenic Index(動脈硬化指数)を改善します。



脂質代謝改善剤

コレステリン[®] カプセル
細粒
(シニフィラート)

【適応症】 下記諸症に伴う高脂血症の改善/動脈硬化症、脳動脈硬化症、冠動脈硬化症、高血圧症、糖尿病
【用法・用量】 カプセル剤：通常1日3～6カプセル(シニフィラート0.75～1.5g)を3回に分けて食後に経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。細粒剤：通常1日1.5～3.0g(シニフィラート0.75～1.5g)を3回に分けて食後に経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。
【使用上の注意】 ①一般的な注意 本剤の適用にあたっては、次の点に十分留意すること。(参考情報については「7その他」の項を参照) ①適用の前に、十分な検査を実施し、高脂血症であることが確認された上で、本剤の適用を考慮すること。なお、Fredrickson分類のいずれに属するかを診断することが望ましい。②Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型の場合は、本剤に比較的良好な反応を示す。Ⅳa型の場合にも反応を示すことがある。③あらかじめ高脂血症治療の基本である食事療法を行い、さらに運動療法や高血圧・糖尿病等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分に検討した上で、食事療法または他の療法で効果が不十分の場合のみ適用を考慮すること。④投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合は投与を中止すること。⑤次の患者には投与しないこと ①胆石、またはその既往歴のある患者 ②経緯又は疑われている可能性のある婦人・授乳婦 ③次の患者には慎重に投与すること 肝・腎障害又はその既往歴のある患者 ④副作用 ①血液 ときに白血球数の変動・白血球減少症が、またまれに無顆粒球症があらわれることがある。②肝臓 まれに黄疸が、ときに肝腫瘍があらわれることがある。またときに肝機能検査値の上昇(GOT、GPT、LDH値の上昇等)が認められることがある。③胆のう ときに胆石があらわれることがある。④筋肉 ときに血清クレアチンホスホキナーゼ値の上昇が、また筋肉痛があらわれることがある。このような症状があらわれた場合には投与を中止し、休養すること。⑤中枢神経系 ときに頭痛が、またまれにめまい、脱力感があらわれることがある。⑥皮膚 ときに発疹等の症状があらわれることがある。⑦腎臓 ときに悪心、食欲不振、胃部不快感、腰痛・尿痛、尿頻、尿痛が、またまれに腎や腎等の症状があらわれることがある。⑧その他 ときに胸部圧迫感、心悸亢進、不整脈、虚脱感等が、またまれに投与があらわれることがある。④副作用 ①経口投与薬血中の作用を増強する。②使用する場合に、プロパロリン時間を測定して、投与量の量を調整し、慎重に投与すること。③経口血糖降下剤の作用を増強する。④経口血糖降下剤と併用する場合には、血糖値を測定し、慎重に投与すること。⑤妊婦・授乳婦への投与 胎児又は母乳中の移行が観

告されているので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人、授乳中の婦人には投与しないこと。(7その他 ①類似化合物(ワロフィラート)について、次のような疫学調査結果が報告されている。約3万人の疫学調査(追跡調査30～40歳の健康な男性)における血清コレステロール値分布の上位3分の1から、各5千人のワロフィラート投与群(第1群)と対照群(第2群)を選び、また血清コレステロール値の低い群からも5千人の対照群(第3群)を選び、約5年間の追跡調査を行ったところ、虚血性心疾患の発現率は、第1群において有意に低下し、これは非致死性心臓病の発現率の低下に起因している。致死率は第1群において有意に高く、この差はほとんど虚血性心疾患以外の原因に起因しているが、年齢補正を行っても、各群間に差はみられない。また、胆石症による胆石摘出術が第1群で有意に増加した。投与中止後の死亡率に関する追跡調査では、第1群において有意に死亡率が高かったが、これは投与期間との関係はなく、特定の疾患によるものでもなかった。また、悪性腫瘍およびその他の原因による死亡のいずれについても相対的特異性は認められなかったことが報告されている。②類似化合物(ワロフィラート)をワレット及びマウスに長期経口投与量(0.100mg/kg)投与したところ、対照群に比較して肝腫瘍の発生が有意に増加したとの報告がある。【取扱い上の注意事項】 (注意) 細粒剤は特殊包装を施してあるため、調剤時強く湿潤すると、包装が破れる恐れがある。従って調剤時強く湿潤しないこと。(貯法) 1.室温保存。2.湿気をさけて貯入すること(細粒剤のみ)。【包装】 コレステリンカプセル(250mg)：6カプセルX100、6カプセルX250、6カプセルX1000、1500カプセル(細粒剤)：500g、1gX500錠 (健保適用)



吉富製薬株式会社
〒541 大阪市東区平野町3丁目35番地

NIHON ISHIGAKU ZASSHI

Journal of the
Japan Society of Medical History

Vol. 27 No. 1

Jan. 1981

CONTENTS

Articles

- A Study on the ancient medical manuscript
"Tsu-pei-shih-i-mo-chiu-ching" resently found
in ma-wang-t'ui, China (I).....Chao Yǒu Chén...(1)
- The scientific Revolution in the Japanese medicine
of 18 th Century—The idial Premise for the
Development of Dutch learning.....William D. Jonston...(6)
- Tezuka Ryosen, Army Doctor-in-Chief of the
Infantry Regiment (Futher Report)Yasuaki FUKASE...(21)
- Josen Morii and his medicineShoichi YAMAGATA...(35)
- Erwin von Boelz as a Pioneer in Obstetrical
Anesthesia in JapanAkitomo MATSUKI...(47)
- Scurvy prevalence among the soldiers of the
Hirosaki Feudal Clan in Yezo area ...Akitomo MATSUKI...(56)
- Theory and Practice in British Psychiatry from
J.C. Prichard (1785-1848) to Henry Maudsley
(1835-1918)W.F. Bynum...(94)
- Materials**(66)
- Miscellaneous**(67)

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