

# 日本医史学雑誌

第 27 卷 第 4 号

昭和 56 年 10 月 30 日発行

## 原著

- 古京出土遺物の医史学的研究 その(一)——木簡について  
.....樋口誠太郎...(293)
- 大槻玄沢と厚生新編.....山形 敏一...(304)
- 呉秀三・富士川游両先生がはじめてであった頃  
——わが国医史学の濫觴をさぐる.....岡田 靖雄...(316)
- 日本眼科学の先覚・井上達也(1848~1895) 伝補遺  
.....福島 義一...(324)
- 本邦における草創期の胆のう外科.....松木 明知...(335)
- Man as Machine and Man as Microcosm: A Comparison  
of Western and Traditional Japanese Approaches to  
Patient Care.....Margaret M. Lock...(422)

## 概説

- 日本解剖学史.....酒井 シヅ...(344)

## 資料

- 帝国大学医科大学別課医学科第十九回, 二十回卒業生名簿  
.....小関 恒雄...(359)
- 医史学関係論文目録.....(362)
- 例会記事.....(383)
- 雑報.....(384)
- 日本医史学雑誌第27巻総目次

通 卷 第 1424 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  
振替口座・東京 6-15250 番  
電話 03 (813) 3111 内線 3544

# 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

オールカラー版!!

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穫であり、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云うべきであります。



懐中鏡おはん長右衛門 五渡亭国貞画

定価 68,000円

(体裁) A3判 二三〇頁  
原色図版一八七点

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

## 古京出土遺物の歴史学的研究——その一——

木簡について——

樋口 誠太郎

### 一、はじめに

われわれは、紙が発明される以前は文字を木や竹に記したということ、歴史的知識として一応は知っている。しかし、それが具体的にどのようなもので、どのようなことが書かれていたのかという「使われ方」までは良くわからなかった。しかし近年考古学研究の著しい発展とともにその内容を知ることができるようになってきた。

我国でも藤原宮や平城宮などいわゆる「古京」発掘調査により「木簡」その他の出土遺物が多数発掘され従来文献研究に依存する以外は困難であった古代史研究にあらたなる途がひらけたためである。

このことは医史学研究においても例外ではなく、われわれは、このような他の学問研究の分野の成果を導入し、いわゆる「学際的研究」を展開する必要があるのではないかと考える。

一例をあげるならば平城宮跡の発掘調査により昭和三六年一月に木簡が出土して以来此処だけで二万点以上に及び、木簡研究の本家ともいべき中国よりも点数の上ではこれをしのいでいる。その他飛鳥板蓋宮伝承地とか藤原宮跡などからも多数出土している。

紙が貴重品であった古代においては、役人の事務処理、記録の仕事は主として木簡を用いていた。このことは、中央で

も地方の政庁でも同じであった。中国では役人のことを「刀筆の吏」と称した。これは役人の仕事の木簡に字を書き、処理がおわると表面を削りとりまたあたらしいことを記録することであることを形容した表現であろう。正倉院御物の中に「刀子」いわゆる小刀状の刀物があるが、その鞘は懸垂用の組紐がつけられ帯に下げられるようになっている。これは武器とか、工芸の用に使うのではなく、当時の役人の職務に必要なものであったのであろう。

こうして当時使用された木簡やその削りとられた部分が飛鳥・奈良の古京趾より発掘されたことは、発掘された当時は一大ニュースであったがその後次第に関心がむけられなくなっているようでもある。

本稿では、単に木簡に限らず同様に出土した人面土器なども併せ二回に分けこれら出土物の医史学的研究としてまとめていくことにした。

## 一、古京出土の木簡とその形態

ここに木簡出土地として対象にとりあげた古京とは「藤原宮」と「平城宮」である。

藤原宮は、藤原京ともいわれ持統天皇八（六九四）年から和銅三（七一〇）年まで、持統・文武・元明の三代の帝都であり大和平野南部の畝傍、耳成、天香具山の三山に囲まれた盆地で、平城京にみられる条坊制がしかれていたらしい。すでに昭和九年以来朝堂院の遺跡が発掘調査され、その回廊は南北六一メートル、東西二二六メートルの大規模なものであったことがわかり想像をはるかに上まわる大きな帝都が営まれていたことが判っていた。

平城宮は寧楽の都（奈良の都）ともいわれ和銅三年から延暦三（七八四）年元明天皇から桓武天皇の御代まで約七〇年近くの帝都であった。途中で一時天平時代に恭仁京、山城国長岡京に移ったこともあったといわれる。しかし弘仁元（八一〇）年におこった藤原葉子の乱以後全く荒廃し地中に埋没してしまった。

戦後歴史考古学研究の発達にともない、このような「古京」の発掘調査研究が進展し、それまでの文献学的方法で研究

されていた歴史的事実が出土物によってはっきりと証明されたりした事例が数多くみられる。

ここでとりあげる「木簡」もこのような発掘調査の過程で出土したものである。

木簡は形態（用途を含み）上からおよそ一五種に類別されているがこれをさらに整理すると次のように大別できる。

1 短冊形 a 短冊形をしたもの。

b 短冊形で側面に穴がある。

c 原形は短冊形であったと推定されるもの。

2 小形矩形 a 小形で矩形のもの。

b 小形矩形で一端が圭頭状にしたもの。

3 長方形 a 長方形の両端左右に切りこみのあるもの。

b 長方形の一端に切りこみのあるもの。

c 一端の左右に切りこみがあり他端をとからせてあるもの。

d cの形態であるが他の一方が原形がくさったりして不明なもの。

e 一端だけとがらせたもの。

f cの形で他端が不明なもの。

4 折 損 原形不明

5 削 屑 原形不明

6 木製品

医学史的研究において、木簡が重要な史料であると考えられるのは、木簡に記されている墨書の内容である。

木簡に記されているのは、当時の薬物の名称のほか、処方箋にも用いられたらしく薬物の調法を記した大型の木簡の断

片、内薬司、典薬、菌司、菌官など、律令官制の中にあつたといわれている医療制度上の職名、薬物給付をうけた記録、本草集註とか、「く之病者多在……」と記されたものなど完全なものあまり存在しないのが残念である。しかし千年以上も地中に存在したものが出て来るのであるからむしろこれ以上を要求する方が無理であろう。この限られた内容からも無限の医史学的研究の手がかりを得ることができないかと私は考えている。

### 三、木簡の墨書内容について

現時点においては平城宮趾の発掘調査は進行中であり藤原宮趾の方は一応おわっているため、内容的に見ると藤原宮趾の出土木簡の方がまとまったものがみられる。

写真は藤原宮趾（奈良県橿原市）から出土の木簡中でも比較的大型のものでタテ（長さ）が二〇、四センチもある。たくさん文字が見えるのはおそらく練習用か或は使用済みものをさらに、下書きに用いたものであろう。したがって文意は整っていないが、次のような文字が判読できる。

#### 写真1 右側（仮・表面）

（右）有公公 五十六梧六六六朱平年 那奈者

（中央）○根五十草株○何○何奈良者

（左）公道枝梧太梧公○奈良者

これについてみれば（中央）に記された「○根五十……。」が使



写真1 藤原宮趾出土木簡  
（部分）  
材 檜  
タテ 20.4 cm  
ヨコ 3.1 cm

用された部分かと推定される。このような薬物を記した木簡はいくつかあるが写真に示してあるように「麦門冬三合」とか「麻子一斤五升」とか記されている。麦門冬は「ヒツジグサ」ともいわれ薬用としては止嘔・ねあせ、などに用いられた。このほか麻黄（かつみくさ）、罌頂、（やまといも・山芋）、龍骨、などさまざまな当時用いられたものがみられる。

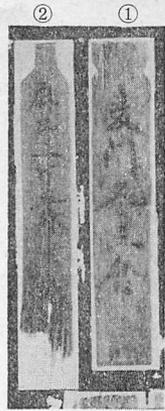


写真 2  
 藤原宮趾出土木簡  
 材・檜  
 ① タテ 13.8 cm  
     ヨコ 1.9 cm  
     厚 0.3 cm  
 ② タテ 12.8 cm  
     ヨコ 2.3 cm  
     厚 0.4 cm

また木簡で興味をひかれるのは現在の「処方箋」にあたるようなものも見られることである。

写真 3 で示したものは「漏盧湯方」と記され次のように書かれている。

① 右側

漏盧湯方漏盧二両升麻二両黄芩二両大黃二両枳実二両白朮二両白薇二両夕薬二両甘草二両 ② 左側に続き麻黄二両：漏盧は「くろかさ」ともいい、よもぎの一種で升麻は「あはま」ともいい、黄芩は「こがねばな」ともい、にんにくの一種で以下現在でも東洋医学で用いられている薬用植物の名がみられる。

② 左側

麻黄二両漏盧

新家親王 湯方兎糸子□ 本草



写真 3  
 藤原宮趾出土木簡  
 材・檜  
 ① おもて 30.2 cm  
     うら 3.4 cm  
 ② タテ 0.5 cm  
     ヨコ 厚

この漏盧湯方という薬の調方がみられるのは、七世紀の中国（唐代）の医師孫思邈の千金要方である。

『漢方の臨牀』第一八巻第四・五

号に大塚恭男氏の「『千金要方』について」を参照すると孫思邈（五八二～六八二）但し生年は推定）が七世紀（六五九年と推定）に著わしたものとされている。

国立中国医薬研究所刊行の『備急千金要方』（複製版）をみるとこの巻五下「少小嬰孺方下」の中に「漏盧湯。治小兒熱

表1 『千金要方』をもたらし可能性のある遣唐使船

回	例	節	出発年	帰国年	航路	備考
第4回	坂合部	いわし 石	659	661	北路	第1船遭難
5回	守	大石	665	667	北路	唐使送る
6回	河内	くじら 鯨	669	?	北路	
7回	粟田	まこと 真人	702	704	南路	

毒、疸赤白諸丹毒瘡癩」とあり木簡に記された十種の薬物名があげられていて、これを参照するとこの木簡が①がおもてに当り②うらへ続いていることがわかった。

さらに、藤原京が六九四～七一〇年までおかれ、この間中国の文物がわが国に入るのは遣唐船の交流を通じてであるがこの点からみると第七回遣唐使（使節粟田真人）のみになるが『千金要方』が刊行されて以来これを日本にもたらし可能性のある遣唐使船の交流となれば第四回～第六回までがこの範囲に入れられるであろう。これは上の表1を参照されたい。

また②にみられる新家親王のことであるが、この親王に関しては、『日本書紀』卷廿九の天武天皇十一年八月廿八日己丑の条に「勅為日高皇女更名新家皇女之病大辟罪以下男女共一百九十八人皆赦之」とある。新家皇女は後の女帝元正天皇で、天平二〇（七四八）年に六九歳で死去されているので、天武天皇十一（六八三）年には三～四歳であられたと推定され『千金要方』の記す「少小嬰孺方」にある漏盧湯方の処方の対象になられる年代であり、しかも、治病のため特赦を行うほどの重い病にかかられたことがあったのである。

また親王という表現は一般には皇子に対するものといわれるが皇子・皇女をひろく親王と称する表現方法もあるので、親王と記されているから絶対男子であるとして、これが後の元正天皇（女帝）ではないということにはならないと考える。しかし、これは十分検討を加えきれない仮定であることを付言しておきたい。

さらにより大きな問題はこの木簡は藤原宮跡より出土したもので、天武天皇十一（六八三）年は帝都は飛鳥浄御原宮である。したがって漏盧湯方が幼い皇女を重病から救った効能ある処方として藤原宮へ持ち運ばれたものかどうか、残念であるが判然としない。しかし天武天

皇十一（六八三）年新家皇女の病氣と木簡中の新家親王が結びつくとすれば『千金要方』を孫思邈が著わしてからわずか二十年もたない間に日本もたらされたことになり当時の日唐間の交通事情から考えて驚くべき早さであり、一枚の木簡から中国文化を日本にもたらすための当時の人々の必死の努力を具体的に知ることができるといえる。また人の生命にかかわる医学的内容のものは、伝播することも他の文物に比して早かつたのであろう。

また写真にみられるような薬を給付した記録も木簡にみられる。

写真 4



写真 4  
藤原宮趾出土木簡  
タテヨコ 31.8 cm 3.5 cm  
厚さ 0.5 cm

① 右側、多治麻内親王宮政人正八位下陽胡甥  
② 左側、受被給薬 車前子一升 西辛一兩

久參四兩 右三種

これは多治麻親王（母は藤原鎌足の女で、水上）が薬を与えられた記録である。この種のものには他にも数点存在する。



写真 5  
藤原宮趾出土木簡  
(削層)  
タテ 15 cm  
ヨコ 1.2 cm

またこの他としては文物を記したものと（医学関係）は、写真5に示した木簡の削層にみられる。ものがもっただけにはつきりと読みとれる部分が少ないが「本草集註□……」と記されているのが①（右側）のものである。写真6は同じ削層である

が、「典薬」と判読できる。写真は木簡の断片で「……菌官」の二文字がみられる。これらはわれわれが文献でみることのできる律令官制のなかの職制に関するもので、典薬寮に関するものかと思われる。このような古代の官制は後に記され

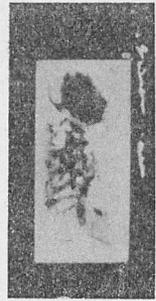


写真 6  
タテ 4.3 cm  
ヨコ 1.3 cm  
削層



写真 7  
藤原宮出土木簡  
(断片)  
タテ 9.1 cm  
ヨコ 1.8 cm

た文献では「いつごろ」、「どのように」ということがあいまいになっているものも多いが、木簡に記されているものが発見されることにより部分的ではあるが一応の判断の根拠を得るものとして貴重であろう。

次に平城宮出土の木簡に関してみると、ここから出土したもののなかにも薬物の調査と服用方法に関するものが見られる。

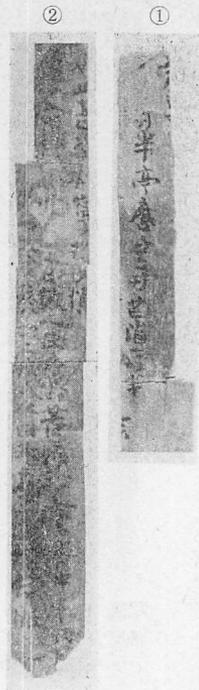


写真 8  
平城宮出土木簡  
『平城宮発掘調査  
出土木簡概報』より

写真 8 はその一例である。

- ① 兩半亭<sup>てれきし</sup>歴子二兩芒消一兩半 以下不明
- ② ① 当□□□也□甚□寧將少□
- 大小共□通支□□北二三目○人○塩以
- 苦酒和□齊申干又□

□服之大方葵子二升以水四升煮<sup>(取力)</sup>取一升頓服之

しかし、これは何に用いられたものか詳細は不明である。

また木簡にしばしばみられる二兩とか一兩というのは当時の度量衡の単位で衡(重さ)に関するものであることがわかる。当時の衡・斤・兩・銖制で大宝律令制定以前から用いられ、大称(大兩)と小称(小兩)の別があり大称と小称の比は三対一であったといわれる大称は銀や銅をはかるのに用いられ後には大称を多く用い小称は湯薬など少量のものはかるのに用いられるのみになった。したがって、ここに記されている一兩は小称で二四銖(一銖は黍一〇〇粒の重さに当たる)と

いうことになる。『大日本貨幣史』大一四刊・大蔵省内閣印刷局)

このほか平城宮趾出土木簡の中には当時の医事関係の官制の名称を記したものもあり、「内薬司」とか「典薬」などの名称がみられる。

このほか明白に薬用の食物として用いられたものの名称も見られる。



写真 9  
平城宮趾出土木簡

が相承した(類聚三代格・弘仁二一年二月二七日官符)。また文武天皇の年一〇月使を諸国に遣して蘇をつくらしめた等の記録があるが、奈良時代以降仏教がさかんになると、次第に後退してしまい、江戸時代享保二二(一七二七)年幕府が「白牛酪」(バター)を安房国嶺岡牧で試作し、当時の上流階級の一部が薬用に食するまで、ほとんど消滅してしまふ。このほか、「ニラ」と書かれた木簡も出土している。

#### 四、まとめ

このように、地中に埋れた帝都跡から出土した木簡の記述は部分的で、年代などが記されていることもほとんどないもので、くわしいことを知ることは不可能であるが、帝都が営まれた期間という年代的わくづけがあることや、わずかな記載でもそれが存在することにより、当時の資料として大変貴重で、現在われわれが手にすることのできる文献との照合や考証により、これまでわからなかったことに、多くのヒントが与えられることは重視すべきことであろう。これは歴史考古

学の成果でもあり同時に、これらにもつと注目すべきではないかと考える。

今回は主として文字が書かれた木簡のみに焦点をあててが、医史学研究の視点からみると、木簡以外の出土物からも当時の人々の「くらしと医学」に関するものがあるので、次回にこれを中心にとりあげてみたい。

A Medico-historical Study on Unearthed Remains in  
Ancient Capitals of Japan  
Part 1 : on Mokkan, or Wooden tablets

by

Seitaro HIGUCHI

The historic remains of Japanese ancient capitals; Fujiwara Kyo (697—710) and Heijo Kyo (710—784) have been researched since the second world war ended. Many wooden tablets were found by these excavations. Among them we can find the wooden tablets on which prescriptions and names of herbs and medicaments were written.

In this paper I discussed on these documents and compared them with old medical books.

## 大槻玄沢と厚生新編

山形 徹 一

まえがき

厚生新編はリヨンの司祭 Noel Chomel (一六三二—一七二二) が一七〇九年リヨンで刊行した百科事典 *Dictionnaire économique* を P. Danjou 神父が一七四〇年パリで刊行した第四版を基礎にして、J.A. de Chalmot によって蘭訳され、一七七八—一八八にかけてライデンから刊行された *Algemeen huishoudelijk, natuur-, zedekendigen kunstwoordenboek* の第二版再刷八冊本を幕府天文方に設置された蛮書和解御用で譚訳したものである(菊池俊彦編、厚生新編索引 昭54・3)。

厚生新編は一九三七年(昭12)貞松修蔵によって刊行されたが、次いで一九七九年(昭54)菊池俊彦による厚生新編の影印復刻と総目次・索引の刊行によって、ようやくその全容が明らかとなった。すなわち、一八一一年(文化8)三月長崎訳官馬場佐十郎貞由、同年六月仙台医員大槻茂質玄沢が天文方訳員に任命されて厚生新編の訳業を開始し、一八四五年(弘化2)に最終巻の献呈を終えているから、三十四年の歳月を要したことになる。その間訳校者として署名しているのは馬場佐十郎(一七八七—一八二二)、大槻玄沢(一七五六—一八二七)、宇田川玄真(一七六九—一八三四)、杉田立卿(一七八七—一八四六)、大槻玄幹(一七八五—一八三七)、宇田川裕庵(一七九八—一八四六)、小関三英(一七八七—一八三九)、湊長安(一七八六—一八三八)、大槻玄東(一八一三—一八四二)、箕作阮甫(一七九九—一八六三)、杉田成卿(一八一七—一八五九)、

竹内玄同（一八〇五—一八八〇）の十二名である。

これらの蘭学者のうち、玄沢、玄真、榕庵がそれぞれ前期、中期、後期の編集主任の立場にあり、シーボルト事件で高橋景保、吉雄忠次郎が連坐したとき打ち切りの可能性があったが、玄真の上書により存続した。しかし、榕庵死後中心人物となるべき阮甫が当時の時局に即応する海外地理書の研究に向ったことが厚生新編の訳業が中止された理由と考えられる（石山洋、厚生新編索引、解題 昭54・3）。

### 訳業の端緒と玄沢

厚生新編巻頭の訳編初稿大意によると、訳業開始は馬場佐十郎と大槻玄沢が天文方の蛮書和解御用（通称天文台訳員）に任命された一八一一年（文化8）とされている。しかるに、大槻玄沢の長子玄幹の「蘭学事始附記」によれば、「佐十郎を東下せしめて暦局にいれ蘭書を読ましめしに、一、二年にして長崎より帰し給るべきよし公に請ひ奉る事切なりければ、官にも策尽きて如何はせんとありし時に、余土生玄碩翁に面会してシヨメール翻訳の事を説き、佐十郎へ命ぜられれば其功なりて国益多からんといひしに、玄碩君其旨をやんごとなき御方堀田侯へ告げまいらせ、頓て「シヨメール」和解御用をなるべし佐十郎へ命ぜられ、終には御家人にかずまはれるなり」と記されていて、発頭人は大槻玄沢の長子玄幹であったことが

わかる。堀田侯とは伊達宗村の六男で、一七八六年（天明6）三月堀田正富の嗣子となった堀田正敦（一七五五—一八三二）と思われるが、玄幹は長崎遊学より帰ったのち、一八〇七年（文化4）の堀田正敦の蝦夷松前の巡視に随行している。一七八六年（天明6）五月仙台藩医員となった大槻玄沢も正敦とは面識があったと考えられる。それにも拘らず幕府医官土生玄碩（一七六八—一八五四）を介し、堀田正敦に進言して実現させたのは玄沢並に玄幹の遠謀深慮の人柄のあらわれでもあるうか。果せるかな、佐十郎は一八一三年（文化10）松前で捕えられたゴロウニン（一七七六—一八三二）の出張訊問に与し、魯西亜辞書取調御用掛を命ぜられたのちは厚生新編訳述の責任は玄沢の負うところとなった。依って玄沢は一八一

三年（文化10）四月門人宇田川玄真を訳員に加え、佐十郎の病が重くなるや、一八二二年（文政5）八月門人である杉田立卿（玄白の妻手）、翌年十二月長子玄幹を訳員に加え、厚生新編の訳述に当り、第三十八卷まで玄沢等の訳校として責任を分担したが、一八二七年（文政10）三月死亡した玄沢の後任として宇田川榕庵が訳員となって以来、訳者と校訂者の責任を分担するようになった。

馬場佐十郎が関与したもののうち、第三卷終末の食物部まで馬場佐十郎訳、大槻玄沢校、次いで、第四卷冒頭の生植部の杏は馬場佐十郎訳、大槻玄沢同校、宇田川玄真統訳と署名しているに對して、杏に次ぐ地稻以下は玄沢、玄真、或いは馬場佐十郎を加えても訳校として分離していない。このように、玄沢が主任編集者だった前期には訳校者を分離しなかったことも、玄沢の慎重な性格のあらわれと考えられる。

### 玄沢と生計纂要

伊達家文書（大日本古文書伊達家文書之十）には大槻玄沢口上書（仙台博物館）が載っている（図1）。「御物置江是迄納來候厚生新編、品々御座候而、此度相達候上、生計纂要と相改申候、定而右之御首尾合相成候半奉存候、扱右御書物目錄之事被仰談候所、彼国いろは寄之如き書に而、其順ニ和解仕差上候事故、類分ケ之通ニ御座候、依之、年々相納來候御写本之順立取調へ候所、別冊之通ニ御座候、先以右之次第に而、第壹第貳之巻數御記し被置候方と奉存候、若し御写等ニも相成候訣ニも候ハハ、外題不殘為御改、尤一人之手に而も出来申間敷奉存候間、御序ニ御改写本之每卷ハ類分ケニ為御写直候而被差置候ハハ可然、左様仕候ハハ、御見合御調法ニも相成可申候、扱亦是迄相納候御写本も、右之訣故、私方ニ而も相紛レ候事も御座候故、是迄 公義江差上候分之目錄、御用御役所控目錄、不殘写取指出申候、御引合被成候而、此目錄ニ無之分、猶為御知被下度奉存候、先ハ私心覚も御座候故、未差出候分ハ、追々写取指出可申事に而御座候、依而是等之趣申達置候 已上 五月 大槻玄沢」

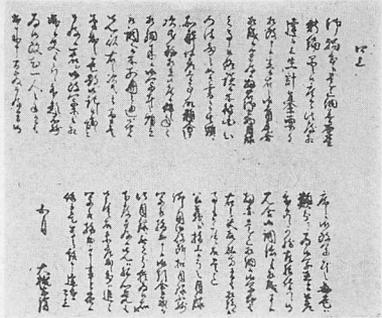


図1 大槻玄沢口上書

この口上書は後に考察する理由によって、一八二三年（文政6）五月、すなわち仙台藩医学校に蘭科が設置され、佐々木中沢の在職中と考えられる。

一九四九年（昭24）宮城県図書館が伊達文庫として伊達家旧蔵書三・五万冊を一括購入したなかに生計纂要八十八冊のあることが確認された。生計纂要訳説進呈順次目録には、一、訳編初稿大意の第一冊より、一、雑集 同珊瑚等の第七十三冊まで記入されているが、実際には、その後も納入されており、一、雑集 同龍の第八十六冊が最後となっている。

なお、表紙の生計纂要訳説順次目録には鉛筆で八十八冊と記入されているが、第三十五冊と第五十七冊はそれぞれ上下に分れており、順次目録には88-1というシールが貼ってあるから、実存する八十八冊と一致している。

伊達文庫本のなかには、一八九三年（明治26）から一九〇四年（明治37）まで旧仙台藩士有志の創設した私立図書館の仙台文庫で収集されたものと歴代藩主の収集した観瀾閣本とがあり、大半は青葉城の書庫より江戸の品川藩邸に移されたものである。

一八二二年（文政5）三月仙台藩医学校教授として着任した玄沢の門人佐々木中沢が葡萄酒の新醸を試みようとして、玄沢より厚生新編の訳説を借覧したい旨申し出たのに対して、玄沢は同年九月十一日付書翰で「御訳説官庫の秘書他へ漏し可申様無之訣故にて面々御旨御心得可被成候、別本御見合済候ハハ早速為御登可被成候」と記し、しかも、葡萄酒の新醸に成功しても厚生新編を参考にしたことは話さないように念を押している（仙台郷土研究 昭18・7）。生計纂要第五十七、五十八、五十九冊に相当する厚生新編第二十四巻は文政四辛巳年（一八二二）正月十四日に幕府に献呈されており、厚生新編第二十六巻に相当する生計纂要第六十四冊の草果等までは表紙の厚生新編の墨書を朱筆で生計纂要と書き改め、第六

十五冊の阿仙葉等から表紙も内容も生計纂要と墨書し、第八十六冊の龍等までを仙台藩庁に呈出していた。

したがって、伊達家文書の大槻玄沢口上書は一八二三年（文政6）五月のもので、中沢の厚生新編借覧申込みの行われた翌年のものと考えられる。

玄沢が一七八八年（天明8）刊行した蘭学階梯の巻下、書籍の条の末尾に、「シヨメール、ホイスホウデレキウワールデンブック二冊、増統七冊居家纂要の全書なり」と記している。厚生新編の訳語は、一八一一年（文化8）秋に馬場佐十郎と大槻玄沢の識した巻頭の訳編初稿大意に明らかである。「ホイスホウデレキといふ辞を訳すれば人各家職を務め、それぞれの生産を計り修めらるべき云々という語義あり。これに漢字をあてば厚生ともいふ義なるべし。「ウワールド・ブック」は即ちそれら事物の寄語の書といふ事なり（中略）。我いろは寄に明解あるものなり（中略）。原語の訳名を厚生韻府と題して可ならむか、然れども本編和解訳文を為すものを見ればたへて音寄のものにあらず、故に別に義を転じ姑く新編の字を厚生の下に附続し、厚生新編と題す。」

すなわち本書の題名は馬場佐十郎の首導下に命名されたが、仙台藩に提出する場合には、蘭学階梯のなかの訳語である居家纂要を改め、訳編初稿大意のなかの「生産を計り修めらるべき」という点を重視して生計纂要と名付けたものと考えられる。

### 厚生新編と生計纂要の異同

訳編初稿大意のなかに次のように記されている。「此書編集する所の事物、A(ア)音より初りZ(セイダット)字に終る故に開初条ア音字なれば、先ツ首に「アアル」の説あり、これ鰻鱺魚なり、次に「アアルベシオン」あり、これ覆盆子（いちご）なり、其次に「アアンボルシチグヘード」を出す、これ喘息病なり、扱鰻鱺は気形に属し覆盆子は生植に属すべく、喘息は疾病に属すべきなり。しかるに、本編はこの分類に論なく皆彼邦語の字音の順序に従ひ集めたるものなればかくあ

るなり（中略）。よつて草案一二冊を呈して、明旨を待ち奉りしに、初巻より字音の順次に従ひてこれを訳すべき事は、はじめ命を下し給ふが如くにして、唯其和解草稿の際、其草成るに従ひ先づ仮りに生植部、畜獸部、技巧部、医法薬劑部、漁獵部といふが如く概別を為し、訳草重りてその某の部に数葉一卷を為すに至らば、某部の第一第二第三として進呈すべし。其区分類聚は総巻全備の日に在るべしとなり。」

すなわち、AよりZまで逐次訳述して行き、訳草が多くなつて一卷を成すに至つたならば某部第一、第二のように類別することになつて編集されたのが厚生新編である。すなわち、第一巻は訳編初稿大意に次いで、諸鳥並飛虫類卷之一（鶯等）、生植部卷之一（アアルベシオン等）、生植部卷之二（アアルドアッペン等）、第二巻は巧芸部（油水の重さを量る器等）、医法方療部卷之一（刺絡）、疾病部卷之一（喘息等）のように配列されている。

玄沢が仙台藩に呈出した生計纂要訳説進呈順次目録（図2）は第一冊の訳編初稿大意に次いで、「い印ノ部」と部立して、第二冊の諸鳥並飛虫類卷之一から第二十二冊の地土集説卷之下（同活套等）まで、「い」と記入し、「ろ印ノ部」では

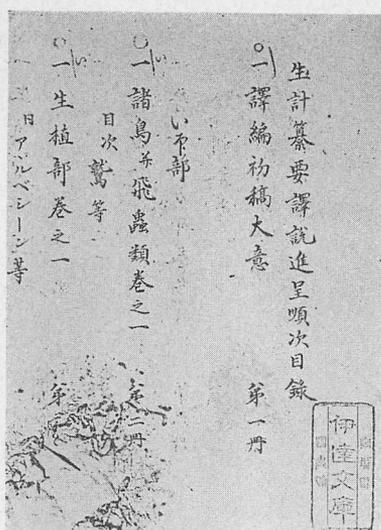


図2 生計纂要訳説進呈順次目録

第二十三冊の禽獸部生植部魚介部（同バールド・ギール等）から第六十冊の雑集（同瀉劑等）まで「ろ」と記入し、「は印ノ部」では、第六十一冊の雑集（同カーピア等）から第七十三冊の雑集（同珊瑚等）まで「は」と記入してある。

しかも、第一冊には訳編初稿大意に次いで厚生新編卷之一（図3）として鰻鱺魚（うなぎ）と覆盆子（いちご）について訳述している。

したがって、玄沢が仙台藩に呈出した第一冊は訳編初稿大意のなかで、「よつて草案一二冊を呈して明旨を待ち奉りしに」と記してある草案の控本であることがわかる。すなわち、鰻鱺魚は厚生新編で

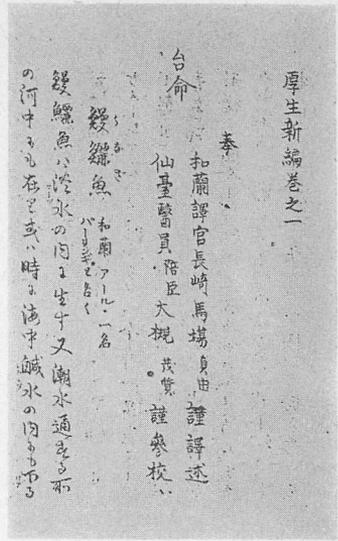


図 3 厚生新編卷之一 (伊達文庫本)

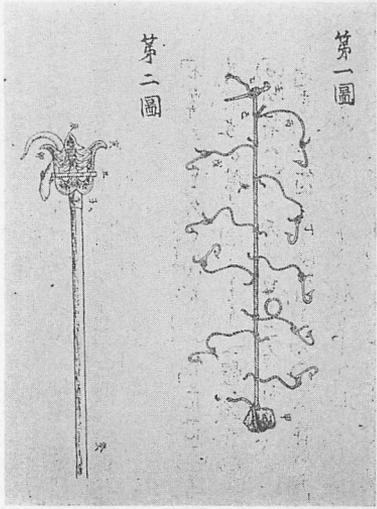


図 4 「鰻鱺魚」挿絵 (伊達文庫本)

は第六卷にあり、「戊八月二十九日撰津守殿江上二冊之内」のなかに入っているが、生計纂要では、さらに第十九冊と第二十冊に分れる厚生新編第六卷の第二十冊の魚介部に鰻鱺魚が入っている。しかも、文化八年秋幕府に呈出した第一冊では、厚生新編卷之一の鰻鱺魚は馬場貞由謹訳述、大槻茂實謹参校と記しているのに、文化十一年八月二十九日幕府に呈出した第二十冊の厚生新編第六卷魚介部の鰻鱺魚では馬場貞由の名を除き、大槻茂實玄沢、宇田川璞玄真訳校と訳されている。このことは、どちらも大槻玄沢が訳述の責任者だったことを示しているものである。もっとも、玄真の関与のあるためか、両者の内容にはかなりの異同が認められる。すなわち、生計纂要では、冒頭に、「鰻鱺魚にハ淡水(マミツ)の内には生ず、又潮水通する所の河中にも在り或ハ時に海中鹹水(シホミツ)の内にも下(サガ)るなり「ヒヒバラ」(自註曰ヒヒバラハ卵生せず直ちに形を具へたる小魚を生む)の種族とす二類有り」しとあるのが、厚生新編では、「淡水(マミツ)の内には生ず。又潮水(シホミツ)往来の川にもすむ。或は時に海へも下るなり。此魚は非々八蠟(ひひばら)の種族(るい)に入れ(自註に曰ひひばらは胎生ならず、直ちに形を具へたる小魚を生む)其類二品あり」と訂正し、仮名を附けて字義を説明している。その他にも若干の訂正があり、

ことに厚生新編で、(第一、二の図は共に原本に脱す)と記されているのに、生計纂要では、第一冊でも第二十冊でも入っている(図4)。もっとも、第一冊では第一、第二図が正しく入っているのに対して、第二十冊では正反対に記されていることが、厚生新編では原本に脱すとして、省かれた所以ではあるまいか。なお、生計纂要の末尾に、「按に我方にて数珠子(ずずこ)とやらん呼べる釣法(つりかた)これに似たりときけり」という註は厚生新編でははぶかれている。数珠子は奥州地方の方言で、伊勢山田生れの玄真になづまなかつたのであろう。これも、生計纂要第一冊は玄沢の訳述、厚生新編第六巻は玄真の増訳を示すものであろう。

生計纂要第一冊の厚生新編巻之一には鰻鱺魚に次いで覆盆子(いちご)があるが、四冊に分れている厚生新編では、第一巻の第三冊生殖部巻之一に入っている。両者の内容を比較すると、再提出の厚生新編の記載が良くまとまっています。しかし、生計纂要では、西洋イチゴを見聞していなかったらしい佐十郎と玄沢の困惑ぶりが如実に認められる。例えば、冒頭に、「按に「アアルベシイン」ハいちごなり漢名覆盆子」と断定しながらも、「本草家の諸説を閱(ミル)するに(中略)、和漢いちご覆盆子共に通称にして其中に品類を分つと見ゆれハ又和蘭ハ風土も差へある事なれハ形状の大同小異ハあるへし然れ共アアルベシンの覆盆子たる事ハ相違なけれハ以下にも原書のままに赤覆盆子、白覆盆子、黒覆盆子と訳するなり」と述べている。しかし、厚生新編の方では、単に赤実、白実、黒実として、要領良くその気味、機能を述べている。しかも、焼酎や杜松子に浸じた未熟の黒覆盆子が石淋、結石諸症に、葉や嫩葉に虫下しと毒解しに機能あることについて、生計纂要では、「按に、右の性功東医未だ説さる所なり」と述べているが、厚生新編では削除している。これは一般漢方医の反感を考慮したためでもあろうか。

なお、大槻玄沢から佐々木中沢にひそかに送られた厚生新編には、「蒲桃酒」の控本並補訳共ニ貳冊および「刺絡」があった。

前者については、生計纂要第三十七冊の蒲桃酒第一、第四十冊の補訳巻之一と考えられ(仙台郷土研究、昭18・7)、ま

た刺絡については、生計纂要第六冊の厚生新編医療法方部卷之一と考えられる（日本医史学雑誌・昭13・7）。しかし、現存する刺絡は、既述の伊達伯観瀾閣図書印のある観瀾閣本と伊達文庫の図書印のある宮城県図書館蔵本とがある。両者は書体も内容も全く同一筆蹟であり、厚生新編第二巻医療法方部卷之一と同一内容である。

したがって、既に考察したように、伊達文庫本は玄沢より仙台藩庁に直接呈出された生計纂要であり、観瀾閣本は玄沢より直接中沢に送られて仙台藩医学校蔵書となり、その後伊達家に収蔵されて観瀾閣本になったものと思われる（日本医史学雑誌 昭53・7）。

### むすび

一八一一年（文化8）より一八四五年（弘化2）まで三十四年間にわたって幕府天文方の蛮書和解御用として行われたシヨメールの百科字典の翻訳は、仙台藩医員大槻玄沢・玄幹父子の発議で実現したものである。その間、馬場佐十郎、大槻玄沢、宇田川玄真、杉田立卿、大槻玄幹、宇田川榕庵、小関三英、湊長安、大槻玄東、箕作阮甫、杉田成卿、竹内玄同の著名な蘭学者十二名が訳員となって実施されたが、玄沢、玄真、榕庵の三人がそれぞれ前期、中期、後期の編集主任の役目を果たした。

一七八六年（天明6）五月仙台藩医員に任ぜられた大槻玄沢は、官庫の秘書である厚生新編を初めは愛弟子の仙台藩医学校外科教授佐々木中沢に貸与したが、その後翻訳の出来上り次第仙台藩庁に呈出して、仙台藩の厚生利用に役立たせようとした。

シヨメールの蘭訳字典について、大槻玄沢は蘭学階梯（一七八八）刊行時には居家纂要と名付けていたが、一八一一年（文化8）馬場佐十郎と翻訳に従事した時点で佐十郎と協議して厚生新編と名付けた。しかし、仙台藩庁に秘かに呈出したとき生計纂要と名付けたのは居家纂要よりも具体的で合理的名称と考えたためであろう。

なお、伊達家旧蔵書の生計纂要八十八冊が宮城県図書館の伊達文庫に収められているが、静岡県立中央図書館の葵文庫所蔵の厚生新編と比べると、生計纂要の訳編初稿大意につづく巻之一の鰻鱺魚と覆盆子は厚生新編には欠けているが、厚生新編第六巻魚介部の鰻鱺魚、第一巻生植部卷之一のアアルベシーンと比較してみると、訳文は後者が洗練されており、厚生新編訳述の成立過程を知るのに良い実証であることが明らかとなった。

このように、厚生新編の成立に対する大槻玄沢の意義は従来考えられていたよりもはるかに重要であると考えられるのである。

# Gentaku Ōtsuki and Kōsei-Shinpen

Shoichi Yamagata, M.D.

The translation of the Dutch encyclopedia “Huishoudelijk woordenboek” by Chomel was carried out by the hand of the official astronomers of Tokugawa shogunate and took 34 years to complete starting from 1811. The work was initiated at the suggestion of Genkan Ōtsuki (1785-1837) and his father Gentaku (1756-1827). Besides Gentaku and Genkan Ōtsuki, numerous famous Dutch-scholars such as Sajurō Baba (1787-1822), Genshin Udagawa (1769-1834), Rikyō Sugita (1787-1846), Yōan Udagawa (1789-1834), Sanei Koseki (1787-1839), Chōan Minato (1786-1838), Gentō Ōtsuki (1813-1842), Genpo Mitsukuri (1799-1893), Seikyō Sugita (1817-1859), Gendō Takeuchi (1805-1880) were appointed to the shogunate astronomical translator’s position. In these scholars group, Gentaku Ōtsuki worked as the chief editor in the initial period followed by Genshin Udagawa, then, later, by Yōan Udagawa. The title of Chomel’s encyclopedia was translated at first as Kyoka-sanyō by Gentaku Ōtsuki but the title was then changed to Kōsei-shinpen at the time Sajūrō Baba joined the translation work. The private translation made by Gentaku Ōtsuki which was presented to the clan government of Sendai, is titled as Seikei-sanyō, consisting of 88 volumes and is now kept in Date library in Miyagi prefectural library. Official shogunate translation, consisting of 102 volumes, are now available in Aoi-library in

Shizuoka prefectural library. The comparison in between these two different editions gives clearer understanding of the process of the translation work and it was found that the translation is more refined in the official one than the Ōtsuki's private translation. Gentaku Ōtsuki played a more important role in the translation work than it was previously appreciated.

## 呉秀三・富士川游両先生がはじめてであった頃

——わが国医史学の濫觴をさぐる——

岡田靖雄

わが国の医史学が呉、富士川両先生にはじまることは、だれしもみとめるところである。それだけに、両先生の最初の出会いがいつごろであったか、重要な問題である。富士川英郎・三枝博音両氏の執筆になる『富士川游先生』（富士川先生刊行会、一九五四年）付録年譜は、一八九〇年（明治二十三年）のところに、「この年、呉秀三、土肥慶蔵と相識る」としている。だが、わたしは新資料によって、この出会いがもっとはやいことをたしかめたので、報告する。

### 一、両先生の年譜より

両先生が共同して医学史の仕事をはじめられるまでの主要な出来事はつぎのようになる、——

一八六五年（慶応元年）三月一四日（大陰曆二月一七日）呉、江戸青山の芸州藩下屋敷にうまる。六月四日（大陰曆五月一

日）富士川、芸州にうまる。

一八七九年（明治十二年）富士川の父君雪を中心すまぐに奨進医会が組織された。

一八八一年（明治十四年）九月富士川、広島県病院付属医学校に入学。

一八八五年（明治十八年）呉、東京大学予備門分館をおえて、一二月一日東京大学医学部へ入学（翌年帝国大学医科大学へ

入学)。

一八八七年(明治二〇年)七月富士川、広島県広島医学校を卒業、秋に上京して中外医事新報社に入社。

一八八九年(明治二二年)四月富士川『私立奨進医会雑誌』を創刊。

一八九〇年(明治二三年)十一月一七日呉、帝国大学医科大学を卒業(正式には翌年七月)。

一八九二年(明治二五年)はじめより、ふたりで交代のように『中外医事新報』に医人伝をかきはじめた。三月四日

第一回医家先哲祭。九月に『日本産科叢書』の編集はじまる。

医学史への志は両先生とももつとはやくからいだいておられた。呉先生は、予備門分齋から文科に転じて歴史学をおさめようとして、令兄や親戚の箕作秋坪・菊池大麓などに反対されておもしろどまったとはいえ、医科にはいつてからも医学史への志はつよかった。予備門で同級であったドイツ文学者菅虎雄(一八六四—一九四三)は、おそらく予備門時代のこととしてつぎのようにかたっている(「呉秀三君を憶ふ」、『呉秀三小伝』、呉博士伝記編纂会、一九三三年)、——

呉君はシーボルトに関し種々研究をされ、その伝記等を作つて居られるが、その日本研究の著書を或時呉君が知合ひの家から借りて来て私に見せてくれた、私は暫く借りて読んだが大面白かつたので譲つて貰ふように呉君に相談したが先方で他に譲ることが出来ぬとのことで余り長く借りてゐてもいけないので呉君に返却して貰つた。シーボルトへの関心は予備門時代にすでに芽ばえていたのである。

富士川先生のばあいも同様で、土肥慶蔵「日本医学史序」(富士川游『日本医学史』、裳華堂、一九〇四年)に「子長幼時父ノ家ニ在リ曝書ニ際シテ東洞ノ遺著医事或問ヲ観テ医学ノ發達ニ由来淵源アルコトヲ知り後ニ黒川道裕ノ本朝医考吉田憲徳ノ國史医言鈔ヲ読ム共ニ同郷ノ人ナルヲ以テ遂ニ先輩ノ業緒ヲ継グノ志アリ」とあるのは、富士川先生本人からききしつたことであろう。『富士川游先生』には、その友人の談として、先生が広島医学校生徒のころ、休日に広島市内外の墓地をおとずれ、墓誌をノートするのに余念がなかつた、ということがのべられている。

ここで参考に、呉先生の医科大学同級生の名の一部分をあげておくと、井上通泰・加門桂太郎・近藤次繁・高橋金一郎・土肥慶蔵・永井徳壽・増田知正・宮入慶之助・森篤次郎などがいた。土肥の医史学における業績は周知のことであるが、増田は『日本産科叢書』の編集にあずかった人である。

## 一、出会いについての証言

両先生の出会いについてはいくつかの証言がある。土肥の「日本医学史序」は、この証言にはじまっている、——  
往年余ノ大学生タリシ時嘗テ呉芳溪ト居ヲ同ウス芳溪好ミテ医史ヲ講ジ余モ亦我国医史の欠ゲテ備ハラザルヲ歎ジ遂ニ二人胥謀リ起テ之ヲ修メントス一日客アリテ芳溪ヲ訪フ〔中略〕余是ニ於テ始メテ富士川子長ト相識ルヲ得タリ  
おなじく呉先生の「日本医学史の序」はいう、——

〔前略〕二十余年前余が富士川君と初めて交を締んだ頃は余が医学を修めることに心を定めてより暫時の後であつたから此の如き趣味を抱いて居ることがまだ濃く殷んであつた故森川に釘店に君が余の下宿を訪ひ来つた頃に嗜好が似て帰趣が同じで心意気が相ひ投合したのも当然である。

また富士川先生は「故医学博士呉秀三君」(『芸備医事』、第四二八号、一九三二年、および『呉秀三小伝』)に當時をこうかたっている、——

〔前略〕私が故博士と相知つたときは、故博士が大学に入りて医学を修め始められてからまだ間もない頃でありましたが、私も医史を修むることに志して居つたので、話がよく合ひまして、私はしばしば故博士の下宿して居られた本郷釘店の本間をたづねたのであります。

これらから、呉先生が同級生土肥(当時石渡姓)慶蔵と同宿していた時期、森川町や本郷釘店に下宿していた時期が問題となる。

### 三、新資料「自紀資料」一

呉先生は一九三二年三月二六日になくなられた。没後満五〇年にあたる来年の三月二七日に予定されている呉秀三先生没後五〇年記念祭をまえに、わたしは「芳溪呉秀三先生之伝」をかきあげるべく資料集めをはじめた。先生の二男にあたる呉章二氏は、呉家から医学文化館に寄託されているものを自由に閲覧することをゆるしてくださった。その寄託品のなかに、一八九一年までの先生の日乗があり、先生の友人であった森林太郎の「自紀材料」にならって、わたしはそれを「自紀資料」一とかりに名づけた。

番号A243の「自紀資料」一は、一五行縦野和紙をとじた七・五センチメートル×一五・〇センチメートル、横長で、茶色の表紙がついている。無題で、記載のあるのは四三ページである。字体からみて一八八四、五年のころに、呉家の由来から家族の動静、自分についての主要な出来事を目乗ふうにかいており、あとはそのときどきにかいている。大部分は筆で、一部分は鉛筆またはペンでかかれており、走り書きで判読困難なところもすくなくない。先生に打撃となる出来事のとらえとしばらく記載のとだえることもあり、記載の精疎はさまざまである。一八九〇年一月一七日にベルツの試験(卒業試験)がおわったところからはくわしく、一八九一年五月二一日で全体がおわっている。あとからかきくわえたところもあり、記載の一部分に日付けなどの誤りがはないではない。

この「自紀資料」一から、当時の先生の下宿などに関する記載をかきぬいてみよう(不明字は□とした)、――

〔明治廿一年〕十一月末森川町五捨耆番地野口氏ニ移ル

二十二年一月廿五日西片町十番地石原氏ニ移ル是日大学火アリ早川庄次郎死

四月廿八日石渡慶蔵其郷□□□□ニ移ル四月卅日名古屋人藤波鑑太郎来寓

〔日付けなし〕白山前町ニ移ル

〔日付けなし〕 弥生町三番地ニ帰ル

〔明治廿四年一月〕 十二日鷺湯伊香保ニテ広島県書生ニ招待サル

十八日午後県友会へ赴ク午後ヨリ私立奨進医会ニ招カル

二十六日〔中略〕午後五時本郷四丁目二十九番地本間好兼方へ転寓

三月十五日日本行寺ヨリ上野散步県友会へ□私立奨進医会ノ会へ

「自紀資料」一は、一八八九年後半および一八九〇年前半の記載が不充分で、同年六月二日から一月一六日の間については記載をかき空白九行がのこされている。これらのあいだに、ほかに下宿している可能性があるので、もうすこしほかのものをさがした。

吳先生の「土肥慶藏君を憶ふ」〔『体性』、第一七卷第六号、一九三二年二月〕にはこうある、――

〔前略〕明治二十年頃には君と同宿して数ヶ月間西片町の石原と云ふ人の二階に住つて居たことがある。此家に私は君が何かの事故で去つた後は、今は病理学の大家である藤浪鑑君と同宿して居た。石原が白山前に移つて、兩人ともついで引越し、それから森川町の下宿へ二人で又相宿して居た。

その藤波は、追憶講演会でこうかたっている（『吳秀三小伝』、――

〔前略〕年は忘れまじたけれども私が未だ高等学校に居つた時分、吳秀三君が大学の三年か四年の学生であつた頃のことです。二人は室を一緒にして森川町の下宿に居りました。

これらをつきあわせると、吳先生は一八九〇年に弥生町三番地にうつるまえに、白山前町から森川町にうつっているが、このときは藤浪がいっしょであつた。吳先生が土肥と同宿していたことがはっきりしているのは、この西片町時代であるが、記憶というものの性質からすれば、そのまえの森川町時代に同宿していなかつたとはいえない。いずれにせよ、「自紀資料」一にはこの同宿の始期についての記載をかくのである。

そこで、呉先生と土肥との同宿は西片町一〇番地だけとすると、呉先生は一八八八年（明治二年）十一月末から翌年一月二五日まで森川町の下宿におり、ついで同四月二八日まで、西片町に土肥と同宿していた（呉先生の姉岩崎ゆき子が兩人の世話をした）。本郷釘店の本間方にうつつたのは、一八九一年一月二六日である。

#### 四、結論

前章の最後にまとめた事実とまえの証言とをかさねあわせると、呉秀三・富士川游両先生がはじめてであったのは、一八八八年十一月末から翌年一月二五日までのあいだであった可能性がきわめておおい。呉先生の令兄文聰は広島県出身者の会の世話をしていたから、そこで富士川先生が呉文聰とであり、秀三先生へ紹介されたのであろう。もちろん、両先生が広島県出身者の会で直接にであった可能性は否定できないが、そういうことがあったとしても前記の期間内かその寸前であろう。呉、富士川、土肥の三先達の出会いはそれにつづく一八八九年一月二五日から四月二八日までの間か（もっとも、「日本医学史序」における土肥の証言からは、このとき呉・富士川両先生が初対面であったかにもよめる、すでに顔をあわせた仲間なら、呉先生が土肥に富士川先生をまず紹介するのが普通であるから）。そして、両先生がしばしばあうようになったのは釘店時代、つまり一八九一年にはいつてからであらう。

いずれにせよ、まえから医学史への志をいっていた両先生の出会いは、相互に触媒となり結晶化の核となって、一九二二年にわが国の医学史が両先生の協力によって本格的にはじめられることになったのである。

これは一九八一年五月二三日日本医学史学会・蘭学資料研究会合同例会で報告した。報告にすぎだつて、森川町、西片町、釘店の現地をたしかめようとした。旧西片町一〇番地はきわめて広範囲にわたっているので、現在の西片町のどこあたりか、わからない。旧森川町の道路はジグザグであったがまっすぐになっていたりして、地図をかさねあわせただけではすこしくふたしかであるが、森川町五一番地とはいまの本郷六丁目二二、三番地のあたりであらう。その

向かい二一番地には、石川啄木も止宿した本郷館が木造の姿をそのままのこしている。本郷四丁目二九番地とは、現在の  
本郷五丁目一番地で、本郷通と菊坂とはさまれる第一区画の、本郷通からみて裏側である。

日本医史学会理事長として呉、富士川両先生のあとをうけておられる小川鼎三先生満八〇歳（一九八一年四月二四日）  
の賀に本小論をささげる。

（峡田診療所 東京）

# The First Encounter of Dr. Kure Shūzō and Dr. Fujikawa Yū

—searching the beginning of full-fledged study of medical  
history in Japan

by

Yasuo OKADA

Two founders of medical history in Japan, Dr. Kure Shūzō and Dr. Fujikawa Yū came from the same clan, Hiroshima-han, and were born in the same year. Kure (1865-1932) graduated from the Imperial University (Tokyo) School of Medicine in 1890. Fujikawa graduated from the Hiroshima Medical School in 1887 and removed to Tokyo in the same year. Kure and Fujikawa began their joint full-fledged study of medical history in 1892. But both had determined to study medical history in their younger years. It is very important to determine the date of their first encounter.

Kure left diaries of his younger years. The study of the diaries made it possible to determine the date of their first encounter between the end of November of 1888 and January 25<sup>th</sup> of 1889.

## 日本眼科学の先覚

### 井上達也（一八四八—一八九五）伝補遺

福島 義一

#### 一、井上達也略歴

今般創設以来百年になる東京都駿河台に在る井上眼科病院（院長井上正澄博士）改築工事準備中、その旧倉庫から多数の古文書がみつかった。調査の結果、その中には日本眼科学の先覚井上達也に関するものが多数含まれていることが判明し、井上達也の伝記中従来不明であった点が明確になってきた。

井上達也は、阿波藩医井上肇堂（一八〇四—一八一）の四男として嘉永元年（一八四八）徳島県板野郡板野町矢武（旧称松坂村大字矢武）に生れた。この地は四国八十八カ所五番札所羅漢地藏寺の近郊にあたり、かつては幕藩時代門前町として繁栄したが、現在は静かな村落である。また、この地には代々井上家墓塋、達也の生家なども現存するが、近く国道が新設されるので、大きな変貌をきたすものと思われる。

彼は尊父肇堂の儒教的教化をうけて成長し、幕藩制末期の藩医の子弟として幸福な少年時代をおくった。

青年に達した頃の阿波藩医界は漢方派と洋方派とに分かれて抗争し、はなはだ混乱した情勢に在ったが、達也は東京に出て西洋医学研修の道を選んだ。

初期明治政府は、従来の漢方を排して西洋医学を早く全国に普及する手段として、大学東校入学生を甲乙二種とし、甲種学生は各藩から有為な青年をあつめて五、六年間医育を行って卒業後帰藩せしめ、乙種学生は現職医師を各藩からあつめて約二年間西洋医学を研修して帰藩開業させることにした。

彼は、藩首脳の推せんをうけて明治三年（一八七〇）大学東校に入学した。はじめ乙種学生として入学したようであるが、ほぼ一年間で全学科修了するような秀才であったので、東校当局が卒業をまたずにひきつづき留學研修を求めたようである。しかし、史料によるといろいろ複雑な事情があったようである。文部省は彼に対して全科修了より二カ月も早く、明治四年九月十五日等外二等出仕申付候事の辞令を發し、それからわずか十五日後に明治四年九月三十日免出仕の辞令を出している。その他、履歴史料の中には種々不可解なことが認められるが、当時の政府はドイツ国の医制および医育を急いで模倣実施した結果、矢つぎ速やかに法規制度に関する示達公布を行った影響かと考へる。

父肇堂に宛てた書簡（史料三）の中に、「私儀明治四年來大学医院に奉職し、友の策に陥り一年間余地に遊べり云々」とある他、井上家保管史料の中には多数の教官署名の医学各科修業証書の類が認められるが、何れも明治三年か明治四年に交付されたものである。従來の伝記には卒業を明治五年としているが、実は明治四年に全科修了したが、何等かの理由によつて明治五年となつた。この書信中に「友の策に陥り云々」とあるが、これはよく判らない。一年間余地に遊べりといふのは、東校全学科修了後、父肇堂・実兄源貞などの懇望を容れて一時帰郷して徳島市内（當時の堺裏丁？）で開業していたことを指すものと考えられる。しかし、親友藤本文策（一八三九—一八九四）のすすめによつて再び東校にかへつて研修をつづけ、明治七年（一八七四）眼科学を専攻することを決意した。

はじめは、A.F. Bauduin（一八二一—一八八五）の講義をうけたが、つづいて着任した Leopold Müller（当時四七歳）、つづいて着任した Schultze（明治七年から講義）などの講義をうけた。しかし、少くとも眼科学の学識・手術手技はドイツ人教師 Müller, Schultze などは、オランダ人教師 Bauduin にくらべてはるかに劣るものであった。それで、先生は、ドイ

ツ語を修めてドイツ語眼科書を読み、その不明な点を教師に尋ねながら研修された。

前記 Müller, Hoffmann 等の着任によって、彼等の指導のもとにわが国医育制度には抜本的な改革が加えられた。しかし、当時、ドイツ人教師と厚生行政、医学校主脳との間には、医師養成について大きな意見の相違があった。すなわち、ドイツ人教師たちはゆっくり歳月をかけて立派な医師を養成することを主張したのに対して、医育の責任者であった佐藤尚中（一八二七—一八八二）を代表とする日本側では、早急に漢方を排して西洋医学を普及する必要があるこの時期に、こんな長期間を要する医師養成制度（少くとも七ヶ年を要する）は時代に適しないとして反対した。そこで、明治七年ドイツ人教師が解任帰国すると翌明治八年五月通学授業による変則生（別課生とも呼ばれた）の制度をつくった。これは、日本人教師により日本語で修業期間は三カ年で西洋医学を修めた医師を養成するものであった。

この変則生別課で眼科学講座担任教官の選考がはじまったのは明治七年九月十五日で、翌明治八年井上達也は助教（當時は助教とも呼んだ）に任ぜられ、明治九年十二月十九日東京医学校眼科掛を命ぜられ、ここにおいて日本人による最初の眼科学講義がはじめられた。さらに、明治十二年三月医学部別課生教授兼勤、同十四年七月医学部助教（判任）、眼科臨講兼医員、医学部別課生教授となり、同十五年十月二十三日依願退官された。その後は開業して診療のかたわら井上眼科研究会をおこしてその機関誌「井上眼科研究会報告」（明治二十二年二月発刊・我が国で最も古き眼科雑誌）を刊行し、「井上眼療書」その他多数の著書論文を発表し、その門弟数百名をかぞえると伝えられている。

明治二十八年（一八九五）七月十五日落馬事故による複雑性骨折によって没した。享年四十八。墓所は東京都北区田端大龍寺谷中墓地と生地徳島県板野郡板野町矢武井上家墓塋（分骨？）とに在る。法名は泰願院観蓮智定居士。

なお、前記大龍寺谷中墓地には門弟たちが建立した巨大な「井上達也君之碑銘」がある。この銘文には達也は井上肇堂の第二子とさざんであるが、これは明らかに間違いで第四子であった。この碑銘原本は、東京井上家に保管されている。

二、新史料

史料(一)

貴書拝見、如諭(ゆのごとく)冷氣、増加之処、倍(ますます)御安静に相成御坐候、奉多賀(たがしたてまつり)候、降而当方矢武共皆々無異送光仕候、御休意可被下候、然者(しかれば)おもん(達也先生母堂)も全快に而先月下旬より平素之通り家事相勤居申候、此頃(このころ)に而は、家法平常に相成り、佐喜太(家兄源貞の息)も米本へ寄宿仕候、兼而御望之覽戒之語、種々御坐候得共、其内にも論語に勝る要語も無御坐候に付、御用間には論語御読可被成候、歴史諸子之類に而は心思鄙野(しんしひや)に相成り、悪中迷而は姦曲邪智に落入り可申候間、論語耳(のみ)御心掛け可被成候、先達而嚙(はなし)之「毀誉榮辱 無疑同時之人 貧福寿夭 可信上天之命」之語は、貴様之性質に砭鍼之要語と存候間、是又御忘却被成間敷候、此段申述度如此御坐候、

逐々(おいおい)寒冷え候相向候間、随分御保護可被成候、以上

肇堂

十一月朔日

達也様

史料(二)

……中略……教師貴様(達也先生を指す)を憎み来春本科を卒業したれば、貴様を退け、教師命令しやすき者(須田哲造を指す)に代へたく存じて其の様に言(もお)すと云ふは、恐らくは貴様の邪念なるべし、貴様は悪しき性質にて□□□□(判読困難)一人乎(か)二人乎(か)は代りに仇の如く思ふなり、教師は左様には思はざるべしと拙子(肇堂を指す)に於いては思ふなり、併しながら大猫にても此方より睦(むつ)めば彼よりも睦むなり、唯々如在(じよさい)なくつき合ふべ

き也、世間には格別の悪人も多くは無きものなり、其上教師一人の病院にても無ければ教師の自由にも無らぬなり、衆人一致にて貴様を更（かえ）るなれば貴様の致し方下手なる也、自らをあきらめるより外無き也、勤務は病院の講義と治療精勤する方乎宜しきと拙に於いては思ふなり、眼科の一局講義治療法盛大なれば、やはり貴殿の盛大なるにて、退けられ出店（診療所開設の意味？）するも盛大なるべしと拙子は思ふなり、少々の金子の多少にはかかわるべからざる也、勤務の側（かたわら）、教師の講義を聞くと言ふは何の講義なるや承り度く存する也、御申し下され度きなり、講示（議義の意味？）を聴くなれば師は大切に思ふべき也、必ず邪念を挿むべからざる也

右の段頼み度く校堂（講堂？）の事件（不明であるが、講義筆記者追払のことを指す？）所存申し伸（述）べ度し、以下略。  
（発信日不明であるが、恐らく明治十五年十月某日達也の書簡に対する返信と思われる）

肇堂

達也様

史料（三）

私儀明治四年来大学医院に奉職し、友の策に陥（おち）入り一年間余地に遊べり、同七年初て眼科専門を課に起す、同八年助教授、須田氏彼の親属三宅氏校長たりし所、眼科長となり来る、同七月三宅氏辞任、同八月勤務間私療為し、學術の有無を識見せしむ、当今の如く月給の二十倍に到る事は意外の事なり、同十年須田氏広島に到る、又十四年三宅氏校長となり須田氏十二月に再勤す、尤も位置高くして下級の生徒を教授す、（中略）須田氏に於（おいて）するは私に於て一卷を生ぜざる事は論を待たざれば第一病院に転役を願へ共不用（もちいず）、且以上の証は認定なるのみなれば、確徴を得んと欲すれども、此よりの確徴は願の人を出すより外なければ得る事得ず、尤も確徴出し三宅氏に迫れば、止むを得ず第一病院へ転移を得可しと言ふ説有ればなり

三月私の講義不分明或は私の言葉（ことは）不明なりと、故に筆記者を連行き筆記して生徒に渡し処其声止む、然る所、

其筆記者を追払わる、以来生徒の筆記を以て轉集の所、其轉集者反問（うらぎり）す、其廃止哀（かな）し、

或日、此の証を奉る事遅れば免職成る可しと、因て第一病院に回る乎、然ざれば辭職す可しと云ひ出さんとせしに六月七日旧来の一友人頼みも為さざるに私宅に來り如く為さず大量に取扱ふ可しと（頼んで成る事とは不得心尤も頼まれし徴候は二三あり之を略す）、同九月石黒惣理心得より非役無月給助教の内命有り、再来出勤を止められる、

私志は皇国医学の西洋に並立せん事の万一を致し度、尤も不弁なれば行ふ事に決意す、其意は山県參議及び田中不二齋殿は少しく御存じ有らん、且私しの行（おこない）を御存じあり、

十月廿三日石黒惣理心得より「旨を示す」とやらにて以上痛に付辭表する様に取扱われたり、

私は自分通徑を守り道を達せざるも吾が知識の不足たるより出るなれば、人を罪する事は不本意なれども又又（またまた）以来吾が覆轍（ふくてつ）に入るものあらざる様希望し、且速に外出の畏（おそれ）なき様只々（ただただ）相計奉願候也

達也

（宛名を欠くが父肇堂であることは明らかである。また、発信日を欠くが本状は恐らく下書きで、書簡は明治十五年十月終りか、十一月はじめに出されたものであらう。）

### 三、住所

史料には多数の書簡封筒があるが、これによって上京後の住所が判明した。

明治九年六月東京下谷泉橋通り御徒士町一丁目山中伝三郎方、明治十年七月東京水戸橋内三崎町一丁目、明治十一年頃東京本銀町二丁目、東京本白銀二丁目十二番地、明治十二年六月東京水道橋三崎町一丁目一番地、明治二十七年二月東京神田駿河台東紅梅町十一番地などである。なお、井上家の御教示によると、在職中余暇に開業して、明治十年頃

には神田三崎町で開業し、火災に遇つて芝白銀町へ移つて開業し、ここで再び火災に遇つて駿河台へ移つて眼科病院を創設して現在にいたるということである。

#### 四、解明された伝記補遺

井上達也伝の中で、今回発見史料によつて新しく解明された点を要約すると次のようである。

##### 1、性格について

井上達也の人間像について、その伝記書には「先生は鼓勵にして苟も人を容れず」(野地談)、「先生は顯貴に屈せず、世俗に拘せず、辺幅を修めず、小節を省みず、その言行往々人の意表に出づ、或人評して曰く、先生は英傑にあらず、俊才にあらず、実に一代の奇物なり」(石黒忠恵談)など評されている。

しかし、今回発見の史料(一)によつて、自らその性格上の長短をよく知り、父に対してその坐右とする警句を求められている。これに対して父肇堂は四男達也の性格をよく知っているので、論語を熟読することをすすめ、また、「毀誉榮辱は同時之人を疑ふこと無かれ、貧福寿夭は上天之命を信ずべし」(出典不詳)を示して、これこそ貴殿(達也)にとつて砥礪の要語であると教示したことが判つた。

語学、数学の才にめぐまれた理智的性格の井上達也が常に坐右の書として論語を離さず、尊父の警句によつて自己の欠点を補うようつとめた。

その郷里徳島矢武に在る井上家靈域には東向(東京に向つて)して二基の古い彰徳碑がならんで建っている。これは達也が建てた父(肇堂)母(もん)の孝養碑である。交通不便な当時、容易に帰郷ができなかつたので、はるか東京の地から父母を想つて遙拝する目的で建てたと伝えられる。

##### 2、東校の入学と修業

明治初期の東校には甲、乙二種の学制があったが、達也の東校卒業を明治五年とするものが多い。しかし、今回発見史料によって卒業（全科卒業）は明治四年十一月であったことが判り、明治三年入学したのであるから、わずか一年余で卒業したことになる。井上家史料中には各学科にわたってその教官が認証した合格証が保管されているが、化学・解剖・生理・病理など各科のものがのこっている。その認定年月は、明治三年十二月から同四年六月にわたるものである。

当時東校の医学修業過程は、教官の講義をきき、会読会に出席し、更らに各学科の試験をうけ、合格すると教官から各学科ごとに「卒業候者也」の証書をうけた。この教官合格証書が全科揃うと学校懸（かかり）から「医学修業申付候事」すなわち東校卒業証書が授興されたことが判った。ただし、当時は医師については特別の資格試験はなかったようである。

### 3、東京大学医学部別課生教授退官について

従来伝記書には、この問題について深くふれたものが認められない。今回発見の史料(三)、すなわち達也が父肇堂に送った書簡内容によってその詳細が判明した。

明治十五年十月九日石黒惣理心得から非役無月給助教の内命をうけ、達也は心中甚だ不平不満であったが、明治十五年十月二十三日依願退官した。このとき父に送った書簡には「私は自分の通徑を守り、道に達せざるも、吾が知識の不足たるより出るなれば、人を罪する事は不本意なれども、又又以来吾が覆轍に入るものあらざる様希望し」と当時の心情をよく書き伝えられている。

この問題の解明には、明治十五年一月東京大学医学部助教となった須田哲造（一八四八—一八九四）がそのライバルとしてうかんでくる。

須田の義父経哲は江戸詰阿波藩医で、哲造は井上達也と同じく嘉永元年に生れ、明治二年大学東校予科に入学し、本課を終えたのは明治九年であった。以後、達也と同じく眼科学を研修し、明治十九年依願退官して東京市小石川区春日町（当

時)で開業し、明治二十七年(一八九四)四月二十五日病没した。

阿波藩医の子弟、東校に学び、眼科学を研修して助教授となり、依願退官して開業生活をおくって没した同年輩の明治期眼科学の先覚として、兩名はよく似た人生をたどつたのであったが、その修学過程は大変違っている。

達也が明治四年以降ほとんど独学速成の道をあゆんだに對して哲造は正規晩成の道をすすんだ。

明治初期には眼科学教授に日本人として適当な人材なく、達也を指名してその教育にあたらせたが、東校正課卒業者の中から眼科学専攻の須田哲造が出るにいたつて、大学医学部首脳は須田を井上に代えようと策略した。

こんなことから、達也にとつて甚だ不愉快なことが続発して、遂に高圧的にその理由の解明を充分に申し渡しもせず、辞職をせまつたのが事実のようである。

なお、この達也の退官問題について、須田哲造自身がどんな運動を行ったかは史料不足で言及することができない。

小文をむすぶにあつて、新史料を提供された東京都井上正澄・徳島市井上千歳両氏、史料判読に協力していただいた竹治貞夫徳島大学教育学部(漢文学)教授に對して感謝の敬意を捧げ、小文の時代から約百年後の現在、なおひきつづいて御盛業中の井上眼科(達七郎・誠夫・達二・正澄各氏)、須田眼科(卓爾・信濃夫・経宇各氏)両家の御発展を慶賀して筆を擱く。(徳島市開業)

#### 文献

- (1) 拙著 日本眼科史 日本眼科全書第一巻眼科史 井上達也(一五八頁)、須田哲造(一五九頁)、金原出版(昭和二十九年)。
- (2) 拙著 阿波漢方受難史 日本医史学雑誌第二十六卷第二号(昭和五十五年四月)。
- (3) 拙著 新説 日本眼科学の先覚 井上達也先生伝 ①(Na 86 十二頁)、②(Na 87 二〇頁)、③(Na 88 二十三頁)、④(Na 89 二十二頁)、⑤(Na 90 二十一頁)、  
エクセルファミリー(銀海)千壽製薬株式会社(昭和五十五年十月から連載)。
- (4) 井上眼科病院百年史(仮題、東京一誠堂書店編集、近刊予定)〔退官後の井上達也伝は本書に詳し〕

# Supplement to a Biography of Dr. Tatsuya Inoue, Pioneer of Japanese Ophthalmology (1848-1895)

Giichi Fukushima, M.D.

A number of old manuscripts (mainly letters) were recently discovered when Inoue ophthalmic hospital (director; Masumi Inoue, M.D.) at Surugadai, Kanda, Tokyo was being reconstructed. Among them were many records concerning Tatsuya Inoue, the founder of this hospital and a pioneer of Japanese modern ophthalmology in the Meiji era. The following are details of his life hitherto unknown but recently revealed by the author's investigation.

Inoue was born in 1848 at Yatake, Itano-gun, Tokushima prefecture and entered Daigaku Tokoh (National Medical School) in 1870, but since he was promoted so rapidly that he finished the whole medical course in only a year or so, his graduation actually occurred in 1872. After 1874, he specialized in ophthalmology, and when the regular and special courses were established at Tokyo Medical School in 1875, he was an assistant professor of the special course and gave the first lecture on ophthalmology presented by a Japanese. He was promoted to a professorship in 1879, but retired in 1882, for previously unknown reasons. However, it has been revealed by the current discovery that he was pressured by personnel changes to resign his post in favor of Tetsuzo Suda (1848-1894).

After retirement, Inoue founded an ophthalmic hospital at Surugadai, Kanda, Tokyo the first such

hospital in Japan, and published Inoue's Journal of Ophthalmology in 1889 after he had established Inoue's Medical Society of Ophthalmology. He also published Inoue's textbooks of ophthalmology and other works and papers concerning ophthalmology; there are several hundred ophthalmologists who studied under his tuition. Inoue died in Tokyo on July 15, 1895 at age 48. It was also discovered from a letter given him by his father, Chodo Inoue, a member of the surgical staff of the Tokushima clan (1804-1881) that he tried to improve his character by reading the Chinese "Rongo" which he always kept at his elbow.

## 本邦における草創期の胆のう外科

松 木 明 知

### 一、はじめに

日本の医学史の総論は、比較的よく研究されて来た。とくに江戸時代のそれは大分研究されて来たと言つてよからう。しかし各論的には、まだ未開拓の分野が山積しているといつてよい。

本稿では従来ほとんど等閑に付されて来た本邦における開腹術、中でも草創期の胆のう外科について、著者の研究の結果を報告したい。

欧米の胆のう外科の歴史も、大して溯る必要はない。J. E. Schmidt<sup>(1)</sup>の「医学の発見」に拠れば、アメリカの外科医 John Stough Bobbs (1809—1870) が一八六八年(明治元年)胆石症のため胆のう切開術 cholecystotomy for removal of stones from the gallbladder を行ったのが、胆のう外科の嚆矢である。

十年後の一八七八年(明治十一年)同じくアメリカの外科医 James Marion Sims (1803—1883) も Cholecystectomy 胆のう切開術を行っている。彼はシムズの体位、子宮頸部の手術などで有名である。

<sup>(2)</sup>胆のう摘出術 Cholecystectomy に関しては、一八八二年(明治十五年)七月十五日、ドイツの外科医 Carl Johann August Langenbuch (1846—1901) によつて施行されたのが最初である。この年 Robert Koch (1843—1910) は結核菌を発見

し、前年の一八八一年（明治十四年）には Theodor Billroth (1829—1894) が初めて十二指腸の切除に成功した。このように欧米では一八八〇年代に入り急速に内臓外科が発達し始めたのであった。

## 一、本邦の内科における胆石症

この頃日本では胆のう疾患とくに胆石症は余り注目されておらず、偶々剖検に際して胆石が胆のう、胆道に発見されるのみであった。

穂積孝春は明治二十三年、六十二歳の男子の剖検例で一個の胆石を発見報告した。胆石症についての極めて早期の文献である。

明治三十一年菅野<sup>(4)</sup>と八田<sup>(5)</sup>は、胆石による胆のう拡張症の一例を報告した。しかし日本で胆石疾患についての知識が普及したのは、明治三十二年四月十五日、胃腸研究会の例会において、東京帝国大学の入沢達吉<sup>(6)</sup>が「胆石症に就テ」と題して、胆石症の統計、胆石の部位、症状、自験例の紹介などを講演してからであった。この頃から胆石症についての論文が急増したが、これは胆石症についての知識が普及し始めたことを示唆するものであろう。

鈴木主計<sup>(7)</sup>は明治三十三年「胆石症ノ一例」と題する論文を発表したが、主として欧米の知見を紹介したものであった。明治三十五年片山誠治<sup>(8)</sup>は、ヨハネス・ミュルレルらの「胆石病ノ合併症」を翻訳し、胃腸病研究会に発表した。診断、治療法（内科的、外科的）、予後について詳細に述べたものである。

明治四十一年、京都府立療病院の吉田素兄<sup>(9)</sup>がビリルビン結石の原因となった一症例を報じ、明治四十四年、京都医科大学の渡辺喜三<sup>(9)</sup>は、日本人の胆石症の統計を発表し、明治三十二年から四十三年に至る外科入院患者八一八五人について調査し、胆石症の手術を受けた者一三例（〇・一五％）、手術しなかった者二例であったとした。明治三十三年から四十三年に至る約十年間の内科入院患者二六八八人の調査では、胆石症の診断を受けたもの三十九例（一・三九％）で、

わずかに男性に多く、年齢では四十代から五十代に多かった。さらに同大学での同時期の剖検一五五九例中、胆石が発見されたものが二十三例（一・五％）であったという。

右に述べた如く、本邦に於ける胆石症についての研究は大約して、明治三十年頃から始まり、その十年後の明治末年には、日本人を対象にした統計的研究まで発表されるに至ったのである。

### 三、本邦外科における胆石症

著者の調査によれば、本邦最初の胆のうの手術を行ったのは中川越郎<sup>(10)</sup>で、明治二十九年十二月三日、四十六歳の男子の化膿性胆のう炎と胆石症に対して、二次的に胆のう切開術を行い、胆石一個を摘出した。患者は翌年二月五日全治退院した。

明治三十一年六月の中外医事新報に、小林参三郎<sup>(11)</sup>は、ハワイの日本人病院における胆石摘出術の経験を述べているが、本邦における手術でないので、これを省略しておく。

なお小林は松本順に従って欧州に遊学し、英国のセント・トーマス病院で外科を研修した医師であった。

第二番目の手術は、大阪の田中喜市<sup>(12)</sup>に拠るもので、明治三十二年六月一日、三十二歳の女性の胆肝内胆道結石による肝の膿瘍に対して、切開術を施した症例である。

東京帝国大学外科の近藤次繁<sup>(13)</sup>は、明治三十二年九月十八日、三十二歳の女性で、四年前から胆石仙痛の発作と黄疸に苦しんでいた症例を手術した。患者は初め手術を拒否していたが、高熱と激痛に耐えかねて、手術を受けることになった。開腹所見では、炎症のため胆のうは肝臓などと癒着して、解剖学的位置は不鮮明であったが、胆道を切開して膿汁と共に八個の胆石を摘出した。患者は百日後に全治退院した。

同年十二月二十日、中川越郎<sup>(10)</sup>は四十五歳の女性に胆のう切開術を施して胆石一個を摘出し、患者は翌年四月十六日全治

退院した。

翌明治三十三年には計四例の胆のう手術の症例が報告されている。

まず三月十八日東京慈恵会の高木兼寛は三十五歳の患者（男女別不明）に、一年前からの仙痛発作のため胆石症の診断を下して胆のう切開術を施行し、八月末日に全治退院した。

次いで、中川越郎は四月九日右季肋部の膨大と疼痛、発熱を認めた五十六歳の女性に胆のう切開術を施し、大小三十一個の結石を摘出した。術後大便中にさらに八五個の結石を排出したという。術後七週で全治退院。

六月十五日竹田英貞は、四十三歳の医師で、右季肋部の疼痛、黄疸、発熱、灰白色の便を訴え、便中に胆石二個を排出した症例に、全身麻酔下に開腹したが、胆のうと肝が癒着し、肝は膿瘍を形成していた。膿瘍を切開したが、胆のう中には結石は認められず、閉腹したが、術後創口より大小八個の胆石が排出された。

十二月十四日渡辺慶太郎は四十二歳の女性の手術を行った。患者は一年来、右季肋部痛と膨隆、発熱を認めたが、黄疸は認めなかった。しかし右季肋部の触診で右の摩擦音が聴取可能であった。胆石症と診断し、クロロフォルム麻酔下に胆のう切開術を施行し、八個の胆石を摘出した。

明治三十四年は本邦の胆のう外科にとって画期的な年であった。

九州の大森治豊は、明治三十四年一月十五日、四十五歳の男に胆のう切開術を施した。しかし大森はこの年実に十三例の胆のうの手術を施行したのであった。症例の詳細は後に一九〇八年弟子の溝口喜六によりドイツの外科学雑誌に投稿掲載されたのである。それによると、前述の大森自身の報告が最初であり、次いで三月十八日六十五歳男の胆のう癌に対する試験開腹術、三月十九日四十五歳の男性の胆のう炎の胆のう切開術、七月五日三十七歳の男性の胆石に対するドレナージ、八月二十六日五十六歳の男性の胆石症に対する胆のう切開術、九月十八日四十九歳の男性の胆石症に対する胆のう切開術、十月十八日四十五歳の女性に対して十二指腸切開術、十一月四日三十三歳女の胆のう炎の試験開腹術、十一月六日五

十八歳男の胆道切開術、十一月八日三十八歳女の胆のう切除術、十一月十三日三十四歳女の胆のう切開術、十二月六日三十六歳女の胆のう炎の試験切開術、十二月二十三日四十八歳女の胆のう炎の胆のう切開術であった。死亡例は一例もなかった。

この中で特筆しなければならないのは、十一月八日の三十八歳の女性の胆石症に対して行われた手術で、これが本邦最初の胆のう摘出術の症例であろう。月余にわたる疝痛発作はあったが、発熱、黄疸はなく、胆のうに結石が認められた症例で、十二月二十八日全治退院した。

なお大森<sup>(18)</sup>らは、明治三十五年に十例、三十六年十一例、三十七年十二例、三十八年二十一例、三十九年三例と、明治三十四年から六年間で計七十例の胆のう、胆道外科の症例を発表し、この中死亡例はわずか九例であったことは特筆されるべきであろう。

明治三十四年の症例として、他に名古屋の北川乙次郎<sup>(19)</sup>は、三十七歳の女性の胆石症に対して胆のう部分切除術を行った。また内藤<sup>(20)</sup>は十二月三十一日三十七歳の男の総胆管切開術を行い、結石一個を摘出した。術前からの高度黄疸、腹水、全身衰弱のため一月三日に死亡した。

明治三十五年前述した内藤<sup>(10)</sup>は三例の手術を行った。四月二十二日、三十三歳の女性の胆のう結石に対して、胆のう切開術をして全治、八月二十八日四十六歳の男の胆石症に対して、総胆管切開術を行い結石を摘出したが、術後二日目に死亡、十二月十八日六十一歳の男の胃癌(?)による黄疸に対して、胆のう切除術を行ったが、術後二日目に死亡した。

中川越郎<sup>(10)</sup>は三月二十六日黄疸を伴う胆石症の診断で五十五歳の男性、手術を行ったが、胆石は発見出来ず、ゴムドレインを挿入したが、翌日死亡した。

東京帝国大学の近藤次繁も、女性の胆石症の手術を行ったが、詳細は不明である。

鶴田禎次郎<sup>(23)</sup>は、明治三十五年四月、一軍人に胆石症の診断で手術を行った。胆石は発見出来ず、胆のう瘻を造設した

が、十日後に死亡した。

鶴田はもう一例三十八歳の男の胆石症に対して手術を施行し、ビリルビン結石を摘出した。

十二月一日、江口と久留は、五十三歳の女の胆石に対してクロロフォルム麻酔下に手術を行い、胆石を摘出したが、術後十時間で死亡した。

明治三十六年内藤は、三十八歳、四十七歳、四十八歳の胆石症の手術三例を報告したが、一例は死亡した。池田廉一郎は五十八歳の農婦の胆石症に対して六月三十日、四十二歳の男性に対して十月二十一日、胆のう切開術を施し、各々結石を摘出した。患者はいずれも全治した。

明治三十七年には、内藤業は一例、海軍病院の本多忠夫らは一例を報告したが、本多の症例三十二歳の男性は、術後二日目に死亡した。本多らは他に四例の胆石症の手術を経験しているが、詳細は知られるところがない。

明治三十八年から四十年にかけては、池原、内藤、三宅、高木、近藤らにより多数の手術例の報告がなされている。

第四回明治三十五年～六年の日本外科学会では、中川越郎と北川乙次郎ら胆のう外科の演題について討論がなされた。三宅の報告は、明治四十五年の第十三回日本外科学会総会で宿題報告されたものであった。

#### 四、おわりに

本邦における胆のう外科の歴史について簡単に述べた。

本邦において、胆石症の診断は、明治三十年頃までは余り普及されておらず、それ以前の剖検例においても胆石が発見される頻度は低かったようである。

明治三十二年入沢達吉が胆石症についての講演を行ってから徐々に本症に対する関心が高まり、その報告が医学雑誌に披見されるようになった。

著者の調査によれば、中川越郎が明治二十九年十二月三日、四十六歳の男性の化膿性胆のう炎と胆石症に対して、胆のう切開術を行ったのが、本邦の胆のう手術の嚆矢である。胆のう切除術の最初は、大森治豊が明治三十四年十一月八日、三十八歳の女性の胆石症に対して行ったものであった。

なお本稿の要旨は、昭和五十五年度の日本医史学会総会（東京）で発表したものである。

#### 文献

- (1) Schmidt, J.E.: Medical Discoveries. Who and When, C.C. Thomas Springfield, 1959, p. 94.
- (2) Garrison, F.H.: An Introduction to the History of Medicine. (4th Ed.) W.B. Saunders, Philadelphia, 1929, p. 504, 595.
- (3) 穂積孝春 胆石剖検記事 東京医学会雑誌 四巻五号 明治二十三年 二四四頁
- (4) 菅野徹三 胆嚢拡張の一例（通常会に於て「デモンストラチオン」）順天堂医事研究会雑誌 第二八七号 一一五六頁 明治三十一年
- (5) 八田広吉 胆嚢拡張の一例（通常会に於て「デモンストラチオン」）順天堂医事研究会雑誌 第二八八号 一二二三頁 明治三十一年
- (6) 入沢達吉 胆石症ニ就テ 胃腸研究会会報 第一巻 第二冊 二八九頁 明治三十二年
- (7) 鈴木主計 胆石症ノ一例 順天堂医事研究会雑誌 三一九号 三〇三頁 明治三十三年
- (8) 吉田素兄 蛔虫卵ニ因スル胆石症ノ一例 東京医事新誌 一五冊一号 三六五頁 明治四十一年
- (9) 渡辺喜三 本邦人ニ於ケル胆石ノ一二統計ニ就テ 医事月報 五巻三号 二四九頁 明治四十四年
- (10) 中川越郎 胆石症ニ就テ 日本外科学会雑誌 第四回 一八五頁 明治三十五年
- (11) 小林參三郎 腹部外科 胆石摘出術の一、二 中外医事新報 四三八号 八一頁 明治三十一年
- (12) 田中喜市 肝臓切開術ニヨリ摘出シタル胆石ノ「デモンストラチオン」 医事会報 第九六 三六六頁 明治三十二年
- (13) 近藤次繁 胆石症ノ外科療法ニ就テ 胃腸病研究会会報 第二巻第二冊 一四九頁 明治三十三年
- (14) 高木兼寛 胆嚢切開術ノ治験ニ就テ 成医会月報 二二七号 一頁 明治三十四年
- (15) 竹田英貞 胆石ニ基因スル肝膿瘍ノ一例 中央医学会雑誌 三七号 六九頁 明治三十三年
- (16) 渡辺慶太郎 佐藤琢三郎 胆石症ノ一例 中外医事新報 五〇〇号 九五頁 明治三十四年

- (17) 大森治豊 胆石病ニ就テ 医事新聞 五九三号 一〇二頁 明治三十四年
- (18) K. Mizokuchi: Über Operationen an der Gallenwegen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 96: 422, 1908.
- (19) 北川乙次郎 胆石拾個ヲ含有セル胆囊切除術ニ就テ 好生館医事研究会雑誌 八卷 四十四頁 明治三十四年
- (20) 内藤楽 胆石症ニ就テ 日本外科学会雑誌 十一回 五八五頁 明治四十四年
- (21) 北川乙次郎 胆石ニ胆囊癌及び化膿性胆囊炎ヲ併発セシ一例 好生館医事研究会雑誌 九卷 三五三頁 明治三十五年
- (22) 近藤次繁 二・三ノ標本「デモンストラチオン」 医事新聞 六二九号 三三頁 明治三十六年
- (23) 鶴田禎次郎 胆石ノ「デモンストラチオン」 医事新聞 六二三号 一五六七頁 明治三十五年
- (24) 江口襄 久留春三 胆石ニ因スル腸管閉塞ニ就テ 中外医事新報 五四七号 三五頁 明治三十六年
- (25) 池田廉一郎 胆石手術ノ二例附胆囊切開後ニ於ケル急性胃拡張ノ追加 東京医事新誌 一三三九号 十三頁 明治三十七年
- (26) 池田廉一郎 胆石手術ノ二例附胆囊切開後ニ於ケル急性胃擴張ノ追加 東京医事新誌 一三四五号 二九九頁 明治三十七年
- 年
- (27) 本多忠夫 根来祐春 胆囊及胆道結石ノ一例 東京医事新誌 一三九四号 一九一頁 明治三十八年
- (28) 池原康造 胆石症ニ就テ 北越医学会會報 一五四号 一九五頁 明治三十九年
- (29) 能谷幸之 胆石手術治療ノ一例 中央医学会雑誌 七〇号 六十七頁 明治三十九年
- (30) 藤野乱 胆石症ノ一異例 鎮西医報 九十八号 二五頁 明治三十九年
- (31) 三宅速 本邦ニ於ケル胆石症ニ就テ 日本外科学会雑誌 第十三回 二四五頁 明治四十五年
- (32) 高木喜寛 標本供覽 医事新聞 七三九号 一一六七号 明治四十年
- (33) 近藤次繁 胆石ノ一例 医事新聞 七五一号 二〇一頁 明治四十一年

# An Early History of Gall-Bladder Surgery in Japan

by

Akitomo MATSUKI

An early history of the gall-bladder surgery in Japan during Meiji era was briefly described. Before the thirties of Meiji-era, most of Japanese physicians were not acquainted with the gall-bladder stones.

Cholecystolithiasis became much familiar among Japanese physicians following Dr. Irizawa's lecture on this subject in Tokyo in 1899.

According to the author's investigation upon medical journals, published during Meiji era, Dr. Etsuro Nakagawa was the first to perform a cholecystostomy on a 46 year old male on December 3, 1896, who was diagnosed acute purulent cholecystitis.

The first cholecystectomy was undertaken by Dr. Jiho Ohmori of Kyushu University on a 38 year old female suffering from cholecystolithiasis on November 8 of 1901. Surgery of the gall bladder in Japan became popular all over Japan in the end of Meiji era.

## 日本解剖学史

酒井シヅ

西洋の科学が実証的であることを日本で認識したきっかけになったのが人体解剖であった。その認識が近代科学形成の主流を占めた天文学や物理学でなく、医学で始まったことは日本の学問の体質を知るうえで見逃せない。

西洋で近代解剖学の始まりは一五四三年に出版の Andreas Vesalius 解剖書 “Fabrica” をもってするといわれる。それより以前、すでにレオナルド・ダ・ヴィンチの解剖図に知られるように、芸術家が医学的立場よりむしろ人間を描くために解剖図を描き、そのための技法を完成していた。かくして “Fabrica” では見事な筋肉系や骨格の絵を見ることができ<sup>る</sup>。

こうした素晴らしい絵の入った解剖書は江戸時代の初期にすでに日本に入り、それを見た者を魅了したのであ<sup>つた</sup>。しかし、その時代は解剖図は好奇心から求められたが、のちに杉田玄白らがターヘル・アナトミアを見た時は、西洋医学が実証的であることを知り、それを完全に理解し、普及させたいという欲望を起させたのである。そして『解体新書』を出版するに至ったが、この時点で日本の解剖学ひいては医学が質的変換を遂げたのである。そこで、ここでは解体新書の出版をもって前期と後期に時代を分けた。

『解体新書』出版以前（前期）

五臟六腑説

古来から人体の内景は五臟六腑であるという説が伝わり、信じられてきたが、五臟六腑の絵でいちばん古いものは鎌倉時代の梶原性全（一一二六—一三三七）の著わした『頓医抄』に載るものである。『頓医抄』は正安四年（一一三〇—一一三二）から嘉元二年（一一三〇—一一三二）にかけて書かれた医書で、現存するカナ書きの医書では最も古いものである。その巻四四に五臟六腑と十二経脉の経絡について記載があった。ところが、のちにこの部分だけ性全の晩年の著書『万安方』の第五四巻に移され、今日に至った。その理由を頓医抄の巻四三の巻末の文章が示唆している。巻四三は「五臟六腑形候」と題して、五臟六腑の各臓器と疾患の関係や他の器官の関連を、実証的ではなく、陰陽五行説などで説明している。そしてその巻末に、

「五臟六腑ノスカタアラアラ是ヲ明ス 委キコトハ本書ニアリ 是モ肝要ニアラストイヘドモ 大方アルモノト知（リ）スレバ不審ヲ散スル分（計）リ也 治方ノ次第ハ余ノ巻ニ明セリ故ニ此一書ハアナカチ至要ニアラサル歟」（点、（）は筆者）

とある。漢方では五臟六腑の説明は治療するのに必須の知識ではないが、これを知れば、疑問も解決することもあるという程度に五臟六腑の説を受けとめていたのである。そして、巻四四の五臟六腑の絵は、頓医抄から万安方に移されたのであるが、移した理由を、この絵が「アナガチ至要ニアラザル故ニ萬安方ニユヅリテ此ニ省クトミヘタリ」と奈須恒徳（一七七三—一八四一）が註を入れている。<sup>(2)</sup> それに対して、室町末期、頓医抄から万安方に誤って編入されて今日に伝わったという説もある。<sup>(3)</sup>

それはともかく、日本では、この時代は解剖学が治療には必ずしも至要のものでないと考えていたのは事実である。

しかし、中国では、それを至要と考えたからこそこの解剖図ができたのである。それは北宋の時代であった。一〇四五

年、宜州で叛乱を起して捕えられた欧希範以下五六名が凌遲刑に処せられ、それを医師たちが二日間かけて医学の目的で解剖して作り上げたのが「欧希範五臟図」である。ついで崇寧年間（一一〇二—一一〇六）に安徽省泗州で賊が刑に処せられた時にも解剖が行われた。その時得た所見をもって、のちに泗州の医師楊介が「欧希範五臟図」を補足修正して、政和三年（一一一三）に「存真環中図」を著わしたが、これが鎌倉時代に日本に渡り、梶原性全が摸したのである。これはいまは中国では湮滅したが、日本に残り、またペルシャ語に訳したものの一部がトルコに残る。<sup>(5)</sup>

この解剖図を当時の欧州のそれと比すれば少しも遜色しないどころか、すぐれているといえる。それが、その後中国で発展した様子もない。それには儒教が人体解剖をよしとしなかったことがあるかもしれないが、中国医学が、陰陽五行説や経絡説で人体の生理を説明し、治療は証をもって方針を立てるといふ体系を持つための宿命といえる。

江戸時代に入り、「華化内照図」が刊行されたりしたが、いずれも「存真環中図」と大きな違いはなかった。それらは中国の医書の内景説をそのまま遵奉して、ほとんど異論をはさまなかったが、將軍吉宗の時代、服部範忠が『内景図説』（享保七年）を著わし、内景の新説を立てた。これは、彼自身が鳥獸を剖いて得た所見をもとに立てたとあるが、陰陽五行説を論拠として、推論しているために五臟六腑説を改悪した点も少なくない。<sup>(6)</sup>しかし、ここで従来の説に疑問を呈したことは解剖史上、大きな意義があった。

#### 西洋の解剖学の移入

日本人が西洋医学の価値を認めたのは、室町時代にキリシタンを介して知った南蛮医学に始まるが、なかでも外科の価値は早くから知っていた。それで鎖国したのちも、日本に滞在を許したオランダ人のなかに必ず外科医を入れさせ、日本人医師に外科を教授させた。<sup>(7)</sup>そして、印刷本の輸入制限をしても医書は航海術の本とともに制限外に置かれたのである。<sup>(8)</sup>

これには時の幕府の大目付井上筑後守政重がオランダの医学、薬学、砲術、地理学、天文学の諸科学を非常に高く評価していたことに大きく関係する。ことに、政重には結石の持病があったために、オランダ人の医学を頼り、自分の主治医

を蘭医のもとに遣わしたり、自邸に蘭医を招いて医術のみならずさまざまな事項について質問をあげせかけたのであった。<sup>(9)</sup>そして、解剖書をオランダに注文させ、承応三年（一六五四）にようやく入手したが、この時、七、八年来の希望がかなったと大いに喜んだ。<sup>(10)</sup>その後、政重は自邸に蘭医を再三招き、Vesaliusの解剖書について講義をさせたり、猪の解剖をやらせたりしている。<sup>(11)</sup>

解剖書を欲しがったのは井上筑後守にとどまらず、ほかの大名もそうであったので、一七世紀の前半にすでに数種類の立派な解剖書が日本に入っていた。しかし、いずれも、解剖図が好奇心を惹き起したのであって、医学にとつて解剖学的知識を持つことが至重なことだと考えた様子は無い。

一七世紀後半に入ると、解剖図や本草書の内容を知りたいと望む者も現われた。それを受けてか、一六八二年ごろ阿蘭陀通詞本木庄太夫が Johann Remmelin の解剖書 Pinax microcosmographicus（一六六七年アムステル刊）<sup>(12)</sup>を訳している。その出来映えは必ずしもよくない。<sup>(13)</sup><sup>(14)</sup>しかし、当時のオランダ通詞の語学力がまだ貧弱であったことから考えれば、よくできたものかもしれない。庄太夫は、この訳にあたって、原文をオランダ人に見せ、聞き書きをしたとみられる節もあり、神経や脈管系も東洋医学の概念で理解しようとしたために内容が一層複雑になり、いまこれを通読しても、とても理解できない。まして、当時の西洋医学の予備知識のないものがこれを読んだだけでは異質のものと考えた程度で、これから、西洋医学の優秀さを知りえないのは当然である。

それを、それから九〇年余りたった時、鈴木宗云が見て、その価値を認めたのも、すでに山脇東洋が人体解剖をして、西洋解剖書が実物を写していることを立証していたからであった。それで、宗云はこの書の欠損部を補修して、明和九年（一七七二）に『和蘭全軀内外分合図』の題名で出版した。それは解体新書の出版よりわずか二年前のことであった。

一方、一七世紀なかばから一八世紀にかけて、紅毛外科が盛んとなり、その秘伝書に断片的に西洋解剖学の知識が書かれたが、秘伝書の大部分が、膏薬の作り方や、治療法に占められており、解剖や生理学知識が重視されていなかったこと

がうかがえる。

こうした情勢のなかで、遡源的学風をもち親試実験を主義とする学派が生れた。これを古方派といい、名古屋玄医（一六二八〜一六九六）をもって起りとするが、後藤良山（一六五九〜一七三三）が出るに至って、いっそう発展した。その門人の一人が山脇東洋であった。

#### 山脇東洋の解剖<sup>(17)</sup>

宝暦四年（一七五四）閏二月七日、山脇東洋は鬱陶梗塞すること一五年ののち、人体解剖を覬た。これが日本で官許を得て行われた人体解剖の最初であった。<sup>(16)</sup>この解剖で東洋は永年の大夢が頓に覚まされたので、この解剖された刑死人に夢覚と戒名をつけたことは、その時の東洋の心境を非常によく現している。この解剖の結果を、それから五年後の宝暦九年（一七五九）に『蔵志』と題して出版したが、この本の果した啓蒙的役割は非常に大きかった。その本の示す解剖内容はきわめて幼稚で、現在のわれわれの目から見れば、五臓六腑とさして変らない。ただ、その全篇に溢れている親試実験の精神こそ、解剖史のみならず、日本の文化史上きわめて意義があった。この解剖によって、東洋が漢方を否定したことに意義を認める人もいるが、<sup>(18)</sup>蔵志の内容は漢方の内景説にとられており、東洋自身もこの解剖をきっかけに西洋医学を学ぼうとした形跡は全くない。ただ、西洋解剖書の絵が五臓六腑図とあまりにも違うので疑問を持っていたところ、その解剖で、西洋解剖書が事実を描いていることを確認したのである。

そして、真理は万里を隔てると言えども一致するから、物を視ることが理を考えることより先にならねばならぬと、親試実験を高唱したのである。もちろん、東洋によって人体解剖の前例が作られたことや、『蔵志』を出版したことによって、親試実験の精神が広く知られたことも大いに意義がある。

#### 解体新書刊行までの解剖

山脇東洋の第一回の解剖のあと、東洋の高弟で、萩に住む栗山孝庵が宝暦八年と九年に解剖をした。二回目の解剖は日

本ではじめて女性の解剖であり、しかも、この時は長崎から来た医師が執刀した。それで、解剖の所見は前回よりはるかに詳しい。山脇東洋がはじめて行った解剖も、その後、杉田玄白らが小塚原でみた解剖も屠者によって解剖が行われ、それを医師が見学したが、栗山孝庵が先鞭をつけた医師の執刀による解剖は、後述する河口信任の解剖にもみられる。<sup>(19)</sup> いずれも長崎で外科を学んだ者が執刀したが、解剖の術式の確立はこうした人々の果した業績に負うところが少なくない。

栗山孝庵の解剖は二回とも、師の東洋の説に拘泥したままであり、依然として東洋医学的な概念に捉われているが、これは解体新書出版以前の解剖のすべてにいえることである。<sup>(20)</sup>

明和年間に入ると、平戸<sup>(21)</sup>、福井<sup>(22)</sup>、京都<sup>(23)</sup>、江戸と各地で解剖をしているが、この記録に残るもの以外にも解剖がたびたび行われたと思われる。<sup>(24)</sup>

京都では、山脇一門による解剖のほか、古河藩医河口信任が明和七年（一七七〇）四月二五日に首一級と断首した屍体を<sup>(25)</sup>得て解剖を行った。この結果は『解屍編』と題して蔵志に次いで本邦で二番目に公刊された解剖書であるが、この時に一緒に執刀した原田維祺の記録が、近年、河口家の遺品のなかに見つかった。<sup>(26)</sup> 原田維祺の名は『解屍編』にもでてこないのに、その原稿が河口家に所蔵されていたことは、複雑な事情を嗅わせる。原田は長崎で吉雄耕牛の門人であったが、明和のはじめ京都に移ったらしい。河口はかつて長崎で、栗崎の門に入り外科を学んだ。

このように、この頃、解剖を志したものには紅毛外科を学んだ者と山脇東洋の古方派の漢方医とに分れるが、いずれも、解剖を行って内臓の真実の姿を知ることが、万人の病を治すことに必要であり、解剖は惨忍であるが、万人が救われるのだから止むを得ないことだと言っている。

このほか、解剖史上、見落せないのが、根来東叔の人骨の観察（享保一七年）と麻田剛立の解剖記録<sup>(27)</sup>である。根来は山脇東洋の解剖より二年前に人骨を観察して「人身連骨真形図」を著わしたが、根来自身は眼科医であり、この骨の観察が治療と直接に結びついたとは考えられないが、東叔が結語に「千歳の人また茫乎として遂に真を見ず、余幸に之を見」

と眞実を知った喜びを語っている。

麻田剛立は天文学者として有名だが、解剖学へも強い関心を持ち、時流をこえた研究態度と持ち前のすごい観察力を駆使して、みごとに解剖所見を残したが、彼自筆の著書はなく、それらは友人の手紙や著書の中に残ったにすぎない。そのため、これがどのくらい後世に影響を与えたかは知ることができないが、それから後の伏屋素狄にみるように大阪一流の実験派ともいふべき研究に少なからず影響していると思う。

### 解体新書発刊以後（後期）

#### 解体新書の刊行

『解体新書』を作った動機が明和八年三月四日、江戸の小塚原で杉田玄白、前野良沢、中川淳庵などが腑分けを見た時、持参したターヘル・アナトミアの解剖図が事実とよく一致することによい感動を受けたのであることは、『蘭学事始』によって広く知られている。

解体新書と本木庄太夫の訳した解剖書と比較して、最も異なる点は、解体新書が逐語訳であり、原文をできるだけ忠実に伝えるために文章の行のとり方、符号まで原文に従った点である。そこで、解体新書によって西洋解剖学、つまり近代解剖学を不完全ではあったが、日本に移植することにはじめて成功したのであった。

そこには、西洋医学に特有の神経やリンパ系の概念を東洋的に解釈しようとする姿勢は微塵もない。その結果、西洋医学が東洋医学と全く違った基盤にたつこと、つまり、実証的でしかも合理的な科学であることを日本人にはつきりと知らせたのである。したがって、ここではじめて、漢方より西洋医学がすぐれていることを認識し、漢方を否定する基盤が得られたのである。<sup>(28)</sup>

かつて山脇東洋が蔵志を出した時は、『非蔵志』と題して蔵志を反論する書が出たが、解体新書の場合は、真向からこ

れを反論する書がなかった。それは解体新書が前代未聞の西洋解剖書の完全な訳書で（訳文の不出来はあっても）、批判を与える余地がなかったからである。一方、それだけに、この書によって西洋医学の実証主義に目覚め、杉田玄白のグループに学ばんとする者が相次いで江戸に集った。その連中は蘭学を学び、西洋解剖書をつぎつぎと翻訳していった。一方、オランダ語の読み書きはできないが、翻訳書によって、医学が解剖を土台にしていることを知り、自ら解剖をして、その所見を著わす実験派ともいべき連中が現われた。その代表的な人物が小石元俊である。

#### 京阪での解剖

小石元俊<sup>(29)</sup>は京阪の蘭学の鼻祖といわれるが、彼自身は少しもオランダ語を解しなかった。しかし、解体新書の重大性をいち早く察知して、解剖を重ねたので、「元俊は解体者なり」といわれるほどになった。元俊の関係した解剖で記録に残るのは天明三年（一七八三）と寛政一〇年（一七九八）である。前者は「平次郎解剖図」と呼ばれる絵巻物で、その写しが各地でみつかる。後者は「施薬院解男体臓図」と呼ばれ、前者より所見が詳細になり、解体新書や他の西洋解剖書の影響を強く受けている。しかも、後者は橋本宗吉が臓器の名前をオランダ語で書き入れるなど、わずか一五年のちがいで、これほど蘭学が浸透したのかと驚嘆させるものである。

また、この二つの解剖図が当代の一流の画師吉村蘭洲の筆になったことも興味ぶかい。それは小石元俊の希望によるものであった。それまでの解剖図が稚拙で、西洋解剖図に遠くおよばないことに不満をいだいていた元俊が、性格が周密で描写力にすぐれた蘭洲に実物の写生を依頼したのであった。その結果、山脇東洋などの解剖図よりすぐれたもののできたが、やはり西洋解剖図に及ばなかった。しかし、当時の解剖は一日ですませねばならないという時間の制約があったので詳しく見る事ができないと嘆いている。そして、解剖を終ったあと「余は微細解屍し難き者、枚挙に堪えず、日後甚だ以て憾と為す。願くば後作之拳をまっして更に之を詳驗せんのみ」とその口惜しさを記している<sup>(30)</sup>。

それからさらに時代が下るにつれ、一屍体に一二〇名余の大勢が参加して分業して記録を残したり、一人の者が四〇回<sup>(31)</sup>

以上も解剖を見て、一回に一臓一腑を觀察して見事な解剖図を作り上げたが、そのほとんどが西洋解剖書の所見を確認するだけにとどまった。<sup>(33)</sup>

一方、大阪の解剖にみるきわめて特異な例は、寛政一二年（一八〇〇）、大矢尚齋が行った女屍の解剖である。この時、さまざまな器官に色素液を注入して検査をしたのであった。例えば、腎臓の腎盂に青い液を入れて、それが膀胱に達することを見て、尿が大腸から膀胱にしみ出るといふ漢説を否定したり、乳糜管が胸管をへて左鎖骨下静脈に入る経過を追跡しようとした。大矢尚齋は『和蘭医話』の著者伏屋素狄や、小石元俊の高弟の齋藤方策、大阪で最初の蘭学者橋本宗吉と親しい間柄にあり、常に集っては蘭学を講究していたのであった。<sup>(34)</sup>ここでは、江戸にはない、大阪ならではのと考えられる実験派のグループが存在していた。

#### 翻訳解剖書

実験派に対して、解体新書以後の解剖史を彩るのに翻訳派というべき人たちである。この一派は杉田玄白らの江戸の蘭学グループを中心に形成されるが、そのなかの代表的な人、宇田川玄真の著書『医範提綱』（文化二年刊）をみると、解体新書出版以来わずか三〇年足らずで、西洋医学が確実に日本に移植されたことを知る。この著書は解体新書のように一冊の本を逐語訳したのではなく、数冊の本を読みこなし、西洋医学を完全に消化して書き上げたものであるために人体の構造や生理をきわめて明解に説明している。それに、この本の付図が日本最初の銅版解剖図として文化五年（一八〇八）に出版されて、西洋解剖図に劣らぬ精密な銅版図をつくることができたのである。

また、杉田玄白や前野良沢の跡を継いで蘭学を隆盛にみちびいた大槻玄沢は、解体新書を重訂して文政九年（一八二六）に出版したが、ここでは解体新書の誤りを正しただけでなく、西洋医学の影響を受けた中国の医書も参考にして詳しく論じている。<sup>(35)</sup>そして、解体新書の付図よりはるかにすぐれた付図を銅版解剖図で出版しており、この重訂解体新書は江戸時代の解剖書では最も内容の充実したものとなった。

## 漢蘭折衷派の解剖

西洋解剖書の翻訳が相ついで行われるにつれて、漢方医のなかで、解剖の価値を認めながら、一方で素問靈樞が絶体正しいと信じて譲らぬ者が現われた。その代表的なのが三谷公器であつた。<sup>(36)</sup>その著書『解体発蒙』(文化一〇年刊)では解剖所見を漢方の既成概念で説明しようとする腐心し、西洋解剖書に載る詳細な記載もすべて内経に載るものばかりであり、後人がそれを攙入して妄説といわれるものにしてしまったと述べている。これと同じようなことは穂積惟正の『医経撻乱』(文政一〇年刊)や小出君徳の『導竅私録』(天保七年序文)にもみられる。<sup>(37)</sup>いずれもいままから見れば牽強付会としか見られないが、いずれも刊本であり、漢方医が圧倒的多数を占めていた状況からみて、こうした考え方は意外に素直に受け止められていたかもしれない。穂積も小出もたびたび解剖を見ていながら依然として漢蘭折衷の立場を固守したのもその一つの証であろう。小出君徳は解体新書を批評して、その内容は詳しいが、その書の「大半ハ蛮名ヲ用ユ、故ニ蘭ヲ学バザレバ読メドモ読マザルガ如シ」とスポンギウス、バンドと外来語をそのまま使っていることをあげて攻撃している。実際に解剖実習をして物と言葉を確める機会に恵まれない状況では、解体新書の詳しい説明も無用の長物にならざるを得ない。それで、蘭書も読めず、中途半端な訳書をたよりに人体の内景を知ろうとすれば、既成の概念で説明されたものの方が理解しやすく、また、日常の治療が経絡説や五臓六腑の概念の上ででき上った体系をもつ漢方であれば、それで充分であつたであろう。

漢蘭折衷派と目されるが、非常に独創的な着想で、解剖史に登場するのが、広島之星野良悦と大阪の各務文献である。いずれも精巧な木骨を作つた整骨医である。

星野は頸關節の整復術を会得するのに路傍で拾つた白骨を使って成功したことから、整骨術を完全に修得するには、骨骸がどうしても必要だとそれを入手する方法を考えていたのだが、当時は医療のためといえども人骨を所有することが禁じられていたため、木骨を作ることを計画した。寛政三年<sup>(38)</sup>、刑屍体を得て、骨骸を作り、工人の原田孝次に復刻させ

たのであった。いまとなつては、本物と寸分たがわぬその出来映えに感心させられる。のちに、大阪の各務文獻がこれに倣つて、木骨を作り、『整骨新書』を文化七年（一八一〇）に著わしたが、その内容は江戸時代にすでに骨学は高い水準に<sup>38</sup>あったことを示す。

#### 明治維新以後

内景を知るとは治術を習得する上で至重のことだとする考えは幕末には当然のことのように受け止められるに至つたが、解剖を行うことは惨忍な行為であり、できうるならば行うべきでないという考え方が依然として根強く残つていた。そのため解剖に付される屍体は刑屍体に限られ、しかも、刑場外への持ち出しは禁じられていた。それで、解剖は一日で終らねばならず、いきおい粗雑になり、内臓だけを視て、筋肉系や脈管を系統的に調べることは不可能であつた。それで、蘭学者たちは早くから病屍体の解剖を望み、刑場外での解剖を許可するように願ひ出たが、許されなかつた。<sup>39</sup>

それが明治二年八月、遊女みき女が病死のときに自ら篤志解剖を申し出て、医学校で解剖することが許可されたのである。これは日本ではじめての篤志解剖であり、また、刑場外で、しかも医学校での解剖の最初であつた。

この前例により、翌年一〇月から刑屍体や獄死して引取人のない屍体の解剖が大学東校で行われるようになった。このように解剖が容易に許可されるようになった背景には、明治政府が漢方に代つて西洋医学を採用し、それには解剖が必須であることが政府の当事者に認識されたからであるが、民情として解剖が惨忍だという考え方が拭い去られないため、全身の系統解剖は官公立の医学校および病院に限つて許可し、病因を知るための病理解剖は医学の進歩のために至重だからとして、遺族と協議が成立した時に限り許可する方針が明治一〇年ごろに確立した。<sup>41</sup>

一方、解剖書の出版は西洋医学の採用が決定し、各地に医学校ができたことにより、たくさん翻訳書ができたが、明治一〇年から一五年にかけて田口和美の著わした『解体攬要』はそれまでの翻訳書と違い、欧米の解剖書を参考にはしているが、立派な原著であつた。田口が明治三年に東校の教師となり、ずっと解剖に携つてきたその経験をもとに書いた本で

あった。このことは、日本の解剖学がようやく一人歩きができるようになったことを象徴していた。

また、明治一三年に東京大学医学部を卒業した小金井良精は官命を受けて、解剖学研究にドイツに留学し、主として Wilhelm Waldeyer について学び帰国して、田口とともに初代の東大医学部の解剖学教授となって、日本の解剖学の学問的發展に大きく寄与したが、同時にアイヌ人の研究で、日本の人類学の基礎をきづいたのであった。小金井のアイヌの研究につづいて、足立文太郎が軟部人類学の分野に属する日本人の脈管系のすばらしい業績を残したが、それによって、日本の解剖学者で人類学を専攻する者が輩出したのであった。

小金井に続いて東大の解剖学教授となった大沢岳太郎は日本の比較解剖学の草分けである。彼のハンザキの研究で、その後、それが多くの日本人の研究の対象となったのである。比較解剖学の第一人者には西成甫の名を挙げねばならない。彼の脊椎動物の固有背筋の研究は、世界に比類ない精密で広汎にわたるものである。

今日の日本における神経学の研究は医学界において痛と並んで膨大な研究者を擁しているが、神経解剖学の草分けは岡山大学の初代解剖学教授上阪熊勝であった。実験神経解剖学の分野を独学で切り開いた上阪の業績は特筆すべきもの<sup>(43)</sup>と思う<sup>(44)</sup>。以上、日本に解剖図が入ってから日本でごく当り前に解剖が医学に必要だと認められるようになった明治までを概観したが、西洋医学の受容に大きな役割を果たした蘭学者の活躍は多くの先人がさまざまな角度から論じているので、ここでは多くを触れなかった。また、明治以後すでに百年を経て、日本の解剖学は世界の水準に達し、電子顕微鏡の分野は世界に冠たる地位にあるが、その変遷を論ずることができなかったのは筆者の怠慢によるものにはかならない。機会を改めて、この点を論ずる責務を感じている次第である。

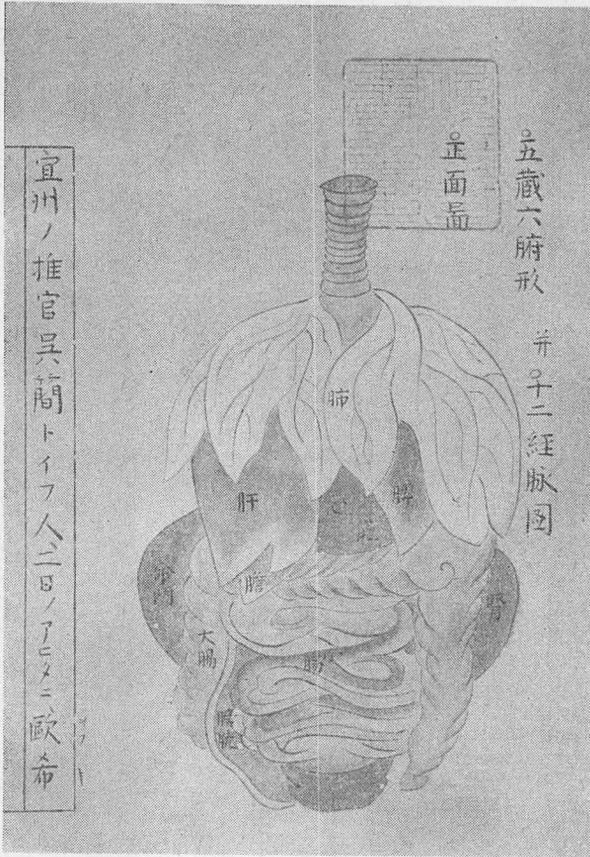
#### 文献および註

- (1) 岩生成一 オランダ史料から見た江戸時代初期西洋医学の発達、日本学士院紀要、第二六巻、第三号、一五七〜一七三、一九六八。

- (2) 奈須恒徳 江戸の人、字は士常、柳村と号す。日本の古医籍を涉猟攻究す。「本朝医談」の著者。
- (3) 石原 明 棍原性全の生涯とその著書、日本医史学雑誌、第六卷、第二号、九〇二〇。
- (4) 渡辺幸三 現存する中国近世までの五臓六腑図の概説。日本医史学雑誌、第七卷、一〇三合併号、八八〇一八二、一九五六。  
(本論文は中国の解剖史について、もっとも詳細な記述をみる)。
- (5) 宮下三郎 宋元の医療、宋元時代の科学技術史(藪内清編)一四九、一九六七。
- (6) 小川鼎三 明治前日本解剖学史、明治前日本医学史、第一卷、七二〇七四、一九五五(日本解剖学史の概観を知る上で、この論文がもっともすぐれている。巻末に詳細に文献が挙げてあるので、本稿では、特別の場合を除いてはこの出版以後の研究動向を示す文献だけを挙げる)。
- (7) 沼田次郎 洋学伝来の歴史、至文堂、一四〇一五、一九六〇。
- (8) 岩生成一 前掲書、一五八。
- (9) 永積洋子 オランダ人の保護者としての井上筑後守政重、日本歴史、三二七号、一〇一七、一九七五。
- (10) 岩生成一 前掲書、一六九。
- (11) 永積洋子 前掲書、七〇八。
- (12) 岩生成一 前掲書、一七〇一七二。
- (13) 酒井シヅ 和蘭全軀内外分合図について、蘭学資料研究会研究報告、二七二号、一〇三、一九七三。
- (14) 酒井シヅ 解体新書以前に翻訳、出版された西洋解剖書、日本医史学雑誌、二〇卷、三号、一九九二〇〇、一九七四。
- (15) 沼田次郎 前掲書、八〇一〇。
- (16) これより先、萩で人体解剖が行われたと蔵志の滝鶴台の序文にある。
- (17) 小川鼎三 前掲書、八四〇九五。
- (18) 布施昌一 蔵志と解体新書の差を繞って、日本医事新報、二四七九〇八一号、一九七一。
- (19) 河口信任の解剖には、長崎から京都に移住した原田維祺が信任と共に執刀した。原田はのちに平次郎解剖の時に執刀した医師と同一人と思われる。
- (20) 小川鼎三 前掲書、九六〇一〇二。
- (21) 森 優 「臍画」、日本医史学雑誌、一一卷二号、六〇七、一九六五。

- (22) 小川鼎三 前掲書、一〇三〜一〇四。
- (23) 福井県医師会編、福井県医学史、八九〜一三二、一九六八。
- (24) 蘭学事始(岩波文庫 二七〜二八)に、屠者に九〇歳の老人が出てきて、若い時より腑分は度々手につけ、数人を解きたりと語ったとあるが、江戸での解剖で記録に残るもっとも古い例は明治九年三月四日の杉田玄白らが観臓した時である。
- (25) 小川鼎三 前掲書、一〇五〜一一一。
- (26) 川島恂二 河口信任所蔵本、原田維祺著蔵府図示、蘭学資料研究会研究報告、一八七号、一九六六。
- (27) 日本医史学会編、医学古典集Ⅱ、造物餘譚、越俎弄筆(解説 小川鼎三)、一九五八。
- (28) 解体新書の凡例に「蘭書の解し難き所は十が七に過ぎず、漢説の采るべき所の者は則ち十が一に過ぎざるのみ」とある。
- (29) 山本四郎 小石元俊、人物叢書、吉川弘文館、一九六七。
- (30) 山本四郎 前掲書、七一〜八五、一三九〜一四九。
- (31) 文政四年、小森桃塙の門人が中心となって、京都の西刑場で行った解剖。その記録は池田冬蔵が『解臓図賦』と題して出版した。
- (32) 文政二年、南小柿寧一が著わした解剖図「解剖存真図」。江戸時代の解剖図としては最高のものに属す。
- (33) 賀川秀哲の解剖を一七人伊東丹山が上梓した『南陽館一家言』(天保一二年刊)に秀哲が子宮の解剖にあたって、西洋解剖書が事実と異なることを指摘し、子宮映部を発見している。この解剖書は女性生殖器だけを扱っているが、江戸時代の解剖書のなかでは、独創性のある点では唯一の本である。
- (34) 伏屋素狄 和蘭医話、日本医史学会編、医学古典集(解説 内山孝一)、四五〜四六、一九七三。
- (35) 渡辺幸三 「解体新書」に引用されたる漢訳西洋医書、日本医史学雑誌、七巻、四号、二二、一九五七。
- (36) 小川鼎三 前掲書、一八二〜一八七。
- (37) 小川鼎三 前掲書、二一六〜二一九。
- (38) 小川鼎三 前掲書、一八〇〜一八二。
- (39) 小川鼎三 前掲書、二二八〜二三一。
- (40) 大久保利謙 明治二年医学学校(東大医学部前身)に於ける解剖に就いて、中外医事新報、一二四〇〜二四二二号、一九三七。
- (41) 山崎 佐 日本解剖制度史、中外医事新報、一三二二号、三九七〜四〇四、一九四三。
- (42) 中山 沃 星野良悦の解剖、日本医史学雑誌、一八巻、三号、一六〜一七、一九七二。

(43) 緒方富雄・小川鼎三 現代の医学研究、一〇六〜一二九、日本の医学(太田正雄編著)、民風社、一九四六。  
 (44) 関 正次 碩学上飯熊勝先生、広島医学、四卷、五九二〜五九七、一九五一。



『頼医抄』に載る解剖図。「欧希範五臓図」と呼ばれるもの。本文54頁参照

帝国大学医科大学別課医学科第十九回、  
二十回卒業生名簿

小関 恒雄

さきに酒井・鈴木は「東京大学医学部別課生卒業生名簿」(日本医史学雑誌二三卷一号一九七七)を發表したが、第十八回(明治二十一年)までで終っている。しかし實際は第十九回、二十回卒業生を送っている(その分の名簿を追加する(官報一六四七、一七九一号)<sup>2)</sup>。明治十八年四月「別課医学生の新募を停止」(『東京帝国大学五十年史』一九三二)しているから明治十七、十八年頃の入学であらうか。

第十九回生は明治二十一年九月〜十二月の間卒業試験を受け、年末に卒業する(医事新聞二七八、二八八号)。図1はこの時の記念写真である(三宅典次氏提供)。

第十九回(明治二十一年十二月二十日卒業)

青木 宇橋 青柳 正辰 浅谷 時博 阿武隈三之助  
安藤 浩 飯田 廉平 伊藤迅一郎 伊東 成吉  
岩橋 義洋 植杉 富治 内野慶太郎 遠藤鐵太郎

大川 一郎	大河原健藏 <sup>3)</sup>	奥村愛次郎	小倉 脩平
忍田時二郎	河合 利正	菊池 義雄 <sup>4)</sup>	貴島 篤
久保田寅助	倉 亨吉	小島尤之助	佐藤 懇平
佐藤 松枝	佐山 玄真 <sup>5)</sup>	杉山 武三	鈴木 太伸
諏訪 慶祿	瀬尾 昌索	武田 薫	谷口常太郎
田淵 周造	鶴田記三郎	富岡實二郎	野村 晋
林 高佐	比企喜代助	久富 吉廣	水野猪三郎
水野駒之助	三村石之助	百瀬 興政	山田 誠介
米沢茂吉郎	渡辺 於菟	渡辺源次郎	

(四十七名)

第二十回卒業試験は明治二十二年一月より五月まで行われ全員及第、六月に卒業する。(六月十五日)帝国大学樓上に於て医科大学第二十回別課医学卒業証書授与式を挙行せられ当日は大学総長渡辺洪基君を始め医科大学の教官一同式場に列せられ先づ医科大学長三宅秀君卒業生各自に卒業証書を附与され終りに祝辞を述べらる即ち今回の卒業を以て別課医学も全く終結するものなれば最も祝すべき理由を述べんとて別課医学創設以来の経過を順次年月を逐て詳密に述べられ又全国医学学校の廢興を同く年月に従ひて述べられ其他欧州の例を挙げられたるか同君の言に拠れば別課医学は明治八年の創設にて爾来今日まで十有四年間に入学者総数千七百余名にして卒業生を出すこと千百余名、他の六百余名は病氣其他の事故にて半途退学の者なり依て之を比分数にすれば二、六%に概当す此数たる之れを英国医学生生の統計に依るに略ぼ同様の



図1 第19回別課医学科卒業生記念写真 (1888年12月20日)(3)

第二十回 (明治二十二年六月十五日卒業)

蘆野 純一	麻生 茂樹	荒木典次郎	飯島 隆
飯塚 次郎	泉 虎雄	井爪柴次郎	井爪 良平
井田 直人	乾 兵馬	岩倉郁太郎	江藤 清吉
榎本規矩衛	大高 五郎	大塚毅太郎	大峽 荒治
岡野 克巳	岡部 剛雄	小野田 勇	勝 謹爾
加藤 準彌	木村 豊	小島 利邑	小村 良平
近藤金次郎	近藤 元亨	阪部秀之輔	佐久間延次郎
佐竹鑑太郎	佐藤 利信	鈴木 庄助	鈴木陽太郎
高木秋五郎	高桑 範成	高瀬興一郎	高柳 昌俊
津田 真兄	鳥居 直哉	中島繁次郎	長島寅次郎
永野 壽造	中村春次郎	名倉 謙蔵	野呂 僕臣
濱田 伊織	原田吉次郎	藤田 聯治	堀川彌太郎
前田圭太郎	牧田清太郎	松坂 哲造	松下廣太郎
松本文次郎	松山敬之助	間宮 珪雄	三上 武廣
光藤 政造	宮島 四郎	森下幸太郎	山岸清左衛門
山口 乙八	山村 啓吉	横田菊三郎	渡辺 照

(六十四名)

結果を見る然れば此半途退学者の数は普通の準則と云も不可なきが如し。卒業生総代大高五郎の答辞、今田東、青山胤通の祝辞があり式を終了する(東京医事新誌五八〇〜五八二、五八六号、医事新聞三〇七号)。なお別課医学科廃止当時の事情は、大沢謙二『燈影蟲語』一九二八などに載っている。

末筆ながら、酒井シヅ、三宅典次両氏の御好意御教示に謝意を表す。

註

- (1) 配列順序は酒井ら(一九七七)にならい五十音順に直した。
- (2) なお、官報には第十四回あたりからの卒業生名簿が載っている(官報八六九、一〇五二、一一七九、一三五一、一四六四号)。
- (3) 「健造」ともある(図1添付説明文)。
- (4) 「菊地」ともある(医事新聞二八八号)。
- (5) 瀬尾は明治二十一年の暮、別課医学科を卒業したとある(『新潟県人物百年史』続頸城編、一九六八)。
- (6) 「芳樹」ともある(医事新聞三〇七号)。
- (7) 「服部秀之助」ともある(医事新聞三〇七号)。
- (8) 「説明文」に「卒業証書授与式ノ後之ヲ写ス」とある。前列左から甲野渠、伊勢鏡五郎、榊叔、浜田玄達、三浦守治、三宅秀医科大学長、大沢謙二、佐々木政吉、佐藤三吉、高橋順太郎、青山胤通、小金井良精、第二列左七人目坪井次郎、今田東、(他に柳琢蔵)各教官。

産科婦人科学のルーツを探る！

好評予約受付中！

復刻版

# 古代醫術と分娩考

Devils, Drugs and Doctors. (H.W. Haggard 原著)

巴陵宣祐 訳著

解説 石原力 (虎の門病院産婦人科部長)

B5判変型・上製本・豪華箱入り・500頁  
写真・図版150点/昭和57年2月刊行予定

定価13,000円 予約特価11,700円  
(昭和57年2月末日まで)

直接販売ですので弊社宛、電話またはハガキにてご注文ください。

一推せん者一

小川鼎三 (日本医史学会理事長)  
東條伸平 (日本産科婦人科学会々長)  
森山 豊 (日本母性保護医協会々長)  
若杉文吉 (関東通信病院ペインクリニック科部長)  
三浦豊彦 (労働科学研究所前副所長)  
鎌田久子 (日本民俗学会理事)  
吉岡 信 (東邦大学薬学部講師) <順不同>

産科婦人科学の生成と発展に視座をすえ、豊富な図版・写真を駆使して、  
わかりやすく解説した医学的文明史！

エンタプライズ(株)  
出版部 ㊞ 係

〒113 東京都文京区本郷4-29-14 内田ビル  
☎(03) 814-2910 振替 東京7-38076

# 医史学関係文献目録 (項目五十首順)

## 医学切手

第九回国際産科婦人科連合大会 古川 明 医学のあゆみ 一

一一(一)一九一九八〇

中世のヨーロッパの医学(Ⅲ)大学 古川 明 医学のあゆみ

一一(三)中付 一九八〇

ベネチーン Norman Bethune 古川 明 医学のあゆみ 一

一一(五)二四八~二四九 一九八〇

中世のヨーロッパの医学(Ⅳ)医学者 Hildegard, Albertus, Cusanus 古川 明 医学のあゆみ 一一(七)一九八〇

国際ヒポクラテス財団 古川 明 医学のあゆみ 一一(九)

五一七~五一八 一九八〇

華佗、孫思邈(古代・中世の中国医学より) 古川 明 医学

のあゆみ 一一(一)中付 一九八〇

聖ルカ St. Luke (1) 古川 明 医学のあゆみ 一一(三)

(一)一四(五)二九二 一九八〇

Paracelsus 古川 明 医学のあゆみ 一一(三)中付 一

九八〇

フラカストロ Fracastoro 古川 明 医学のあゆみ 一一(三)

(七)中付 一九八〇

鑑真 古川 明 医学のあゆみ 一一(一〇)八二二~八二

三 一九八〇

ラブレ Rabelais 古川 明 医学のあゆみ 一一(三)中

付 一九八〇

たばこ(一)たばこと健康 古川 明 医学のあゆみ 一一(四)

(一)一四 一九八〇

たばこ(二)タバコの科学 古川 明 医学のあゆみ 一一(四)

(五、六)二九五 一九八〇

ヴェサリウス Vesalius (二)フアブリカ、とくに扉絵と肖像画

古川 明 医学のあゆみ 一一(七)中付 一九八〇

たばこ(三)たばこの歴史 古川 明 医学のあゆみ 一一(四)

(一〇)一九八〇

ヒギエイア Hygieia と蛇 古川 明 医学のあゆみ 一一(五)

(一)一三 一九八〇

William Harvey 古川 明 医学のあゆみ 一一(三)中

付 一九八〇

インド伝承医学アーユルヴェーダ Ayurveda 古川 明 医学

のあゆみ 一一(五)二五四~二五五 一九八〇

ヘルモント Van Helmont 古川 明 医学のあゆみ 一一(五)

(七)中付 一九八〇

第三回医療情報科学国際会議 古川 明 医学のあゆみ 一一

五(一〇)八一~八二 一九八〇

## 医学教育

アユルヴェーダ大学、研究所訪問記 伊藤和洋 薬史学雑誌

一五(一)三九~四二 一九八〇

藩政期末加賀藩留学生異聞(その五) 加藤豊明 十全同窓会

会報 (一六) 一九八〇

佐渡医学所位置図 蒲原 宏 新潟県医師会報 (三六七) 一九八〇

八〇

日本史における価値観の変化に伴った各種学校、課程制大学、学

科制大学、講座制大学の動き (医療関係を中心として) 柴

田幸雄 日本医史学雑誌 二六 (三) 三二〇~三二二 一九八〇

ドイツ医学採用前の別な事情 (一) —主に太政官公文書よりの引

例 原口忠男 日本医史学雑誌 二六 (一) 一七~三二 一

九八〇

医学教育の反省 守屋正 日本医事新報 (二九一五) 五九~六

一 一九八〇

医家人名録

江戸今世医家人名録初編の異本について 中野操 日本医史学

雑誌 二六 (三) 三〇三~三〇五 一九八〇

医学用語

医学用語の起り

ガイ病院を訪ねて 小川鼎三 *Creata* (五六) 一九八〇

オクリカントリの話 小川鼎三 *Creata* (五七) 一九八〇

再び「カニの目玉」について 小川鼎三 *Creata* (五八) 一

九八〇

下垂体と松果体 小川鼎三 *Creata* (五九) 一九八〇

癪という字のルーツ 中野 操 大塚薬報 (三三三) 七三~

七六 一九八〇

比較語学的方法による身体意識史検討の試み (五) 成長・増殖

三輪卓爾 日本医史学雑誌 二六 (三) 三四五~三四七 一

九八〇

気になる二、三の医学用語 若杉文吉 日本医事新報 (二

九三七) 七一 一九八〇

筋肉の語源 日本医事新報 (二九三〇) 一三五 一九八〇

医学学一般

日本の医療史 (四三三) 酒井シツ 薬事新報 (二〇六七) 四四九

~四五四 一九八〇

日本の医療文化史

屠蘇 (とそ) 宗田 一 *Neue Informa* (四五) 二七~三三

一九八〇

『喫茶養生記』柴西 宗田 一 *Neue Informa* (四六) 二七~

三三 一九八〇

敬尊と忍性の救療事業 宗田 一 *Neue Informa* (四七)

二八~三三 一九八〇

褌と施浴 宗田 一 *Neue Informa* (四八) 二八~三三

一九八〇

開業の出現 病草紙 宗田 一 *Neue Informa* (四九) 二

七~三三 一九八〇

中世の芸能と医療 宗田 一 *Neue Informa* (五〇) 二八

~三三 一九八〇

外科の独立と産科 宗田 一 *Neue Informa* (五一) 二七

~三三 一九八〇

眼科唐物好みと唐人医 宗田 一 *Neue Informa* (五二)

二七～三三 一九八〇

医学の天下者・曲直瀬一溪道三 宗田 一 *Neue Informa*

(五三)二八～三三 一九八〇

キリンタンの世紀 宗田 一 *Neue Informa* (五四)二八

～三三 一九八〇

南蛮流外科 宗田 一 *Neue Informa* (五五)二七～三三

一九八〇

紅毛流外科 宗田 一 *Neue Informa* (五六)二七～三三

一九八〇

人間医学史序説 三木 栄 医学史研究 五四 四七一～四

七五 一九八〇

平安時代の医学・医療 日本医事新報(二九一八)一三〇

一九八〇

医療機器 CT スキャン開発とノーベル医学、生理学賞 松井孝嘉 脳神

経外科 八(四)三三九～三四二 一九八〇

医療制度史

小さな「共済」その歩みと展望 五木田和次郎 医学史研究

五三 四七三～四七九 四六五 一九八〇

日本・諸外国児童福祉の歴史 大阪府医看護学校専門Ⅱ科第一

〇期生大阪医師会報(一六九)四一～四六 一九八〇

わが国における母子福祉政策のあゆみ―母子(父子)福祉に関する

文献学的研究から― 川西康裕 日総合愛育研紀(一五)一

三七～五二 一九八〇

福井県、農協厚生連の発足 竹内駿男 医学史研究 五三 四

八〇～四八四 一九八〇

日本医療史―第三編 皆保険の基礎・国民健康保険法生まる―

日戸修一 日本医事新報(二九一一)七二～七四、(二九一二)

六八～七〇、(二九一三)六九～七一、(二九二〇)七〇～七三

(二九二二)六六～六八、(二九二二)七一～七四、(二九二三)

六八～七〇、(二九三二)六六～六八、(二九三三)六八～七〇

(二九三四)六六～六八、(二九四五)七〇～七三、(二九四六)

六六～六八、(二九四七)六八～七〇、(二九五六)六七～六八

(二九五七)五六～五八 一九八〇

衛生・公衆衛生

戦時体制下(一九三七―一九四五)の公衆衛生(第七報)学校保

健と体力 清水勝嘉 防衛医大誌 五(一)五六～六五 一

九八〇

古代インドの公衆衛生 杉田暉道 日本医史学雑誌 二六(三)

三一六～三一八 一九八〇

Public Health of ancient India Kido Sugita Yokohama

Med. Bull, III(四一六)八一～八六 一九八〇

労働衛生学史序説

―郵便事務能率の研究、海女の調査研究、産業医協議会(協会)

の創立、そして労研饅頭のこと― 三浦豊彦 労働科学

五六(一)一三～三〇 一九八〇

―保護具の開発、保護職工の深夜業・抗内労働の禁止、監獄部

屋の労働、新興医師連盟 三浦豊彦 労働科学 五六(五)  
二七五〜二九六 一九八〇

日本の食品衛生史―特に食品衛生法以前の食品添加物について  
山本俊一 食品衛生学雑誌 二一(五)三二七〜三三四 一  
九八〇

First Encounter of Medicine and statistics in Japan Shun-

ichi Yamamoto Behaviormetrika (七) 七五〜九三 一九  
八〇

解剖学史

ビシャ「一般解剖学」とその背景について 川喜田愛郎 科学  
医学資料研究(八〇) 七〜一一 一九八〇

いわゆる「ターヘル・アナトミア」と解体新書の比較(その一)  
酒井 恒 日本医史学雑誌 二六(三) 二六九〜二七一 一九  
八〇

平次郎解剖について、その場所と住民感情 杉立義一 日本医史  
学雑誌 二六(三) 三二四〜三二六 一九八〇

看護史

大正期の看護婦像―婦人雑誌に現われた看護婦 遠藤恵美子

医学史研究 五四 四九二〜四九九 一九八〇  
マスコミに現われた看護婦像―大正時代の新聞から 渡部喜美

子 医学史研究 五三 四六六〜四七二 一九八〇

外科史

臓器移植二〇年の歩み 稲生綱政 感染・炎症・免疫 一〇  
(三) 一七六〜一八三 一九八〇

アンブローズ・パレの世界―四〇〇年前の外科医をめぐって―パ  
レの前半生 大村敏郎 臨床外科 三五(二) 七〇〜七三、  
(二) 二〇九〜二二二、(三) 三九四〜三九七、(四) 五二二〜  
五二五、(六) 八七三〜八七七 一九八〇

ピアス術式の歴史 倉田喜一郎 日本医事新報(二九四六) 一  
八〇 一九八〇

一七世紀の外科手術 酒井シヅ 手術 三四(一〇) 一一〇八  
一九八〇

胃癌研究会の歴史 陣内伝之助 手術 三四(一一) 一三二九  
〜一三二九、(一二) 一四九七〜一五〇二 一九八〇

世界最初の開腹手術のこと 杉谷 章 日本外科学会誌 四九  
(一) 一〜二 一九八〇

カスペルの江戸での伝習動向について―『阿蘭陀外科医方秘伝』の  
紹介― 宗田 一 日本医史学雑誌 二六(三) 三五三〜三  
五四 一九八〇

わが国における草創期の胆のう外科について 松木明知 日本医  
史学雑誌 二六(三) 二七七 一九八〇

産婦人科  
正常胎位の発見者 蔵方宏昌 日本医事新報(二九五四) 一  
四二 一九八〇

江戸時代の腹帯論争 蔵方宏昌 新医療 七(六) 一三六〜一  
三七 一九八〇

賀川流産術免許状について 杉立義一 医譚(復刊五二) 一  
二〜二二 一九八〇

本邦における明治期の帝王切開について 松木明知 日本医史

学雑誌 二六(三) 二七七～二七八 一九八〇

### 歯学史

第四回内国勸業博覧会の歯科出品物第一報 歯科器材について

大橋正敬・仁平真佐秀 日本医史学雑誌 二六(三) 二八五～

二八六 一九八〇

東京府工芸品共進会の歯科出品物とその品評報告 第一報 歯科

器材について 大橋正敬・仁平真佐秀・竹井満久・片山幸太

郎・小田邦雄・芝原健夫・菅原明善 日本歯科医史学会誌

八(一) 三〇～三七 一九八〇

東京府工芸品共進会の歯科出品物とその品評報告 第二報 歯磨

・歯ブラシおよび楊枝について 大橋正敬・仁平真佐秀・竹井

満久・片山幸太郎・小田邦雄・芝原健夫・菅原明善 日本歯科

医史学会誌 八(一) 四五～四八 一九八〇

明治時代発刊の医学書に見られる歯科にかかわる医学用語につい

て 岡田治夫 日本医史学雑誌 二六(三) 三四九～三五一

一九八〇

口腔衛生学・社会歯科学・歯科医学史 神原悠紀田郎 日本歯

科医学会会報 六(三) 一三～一六 一九八〇

木製ハンドルの技術用エレベータが使用された時期 下総高次

日本医史学雑誌 二六(三) 二七一～二七三 一九八〇

中国口腔医学発展簡史 周大成 日本医史学雑誌 二六(三)

二六〇～二六二 一九八〇

中国口腔医学発展簡史 周大成 日本歯科医史学会誌 八

(一) 五一～五二 一九八〇

長谷川如是閑作喜劇「根管充填」について―大正末期の世相をは

んえいして―新藤恵久 日本歯科医史学会誌 八(一) 四九

～五〇 一九八〇

木床義歯の製作法について 新藤恵久 日本医史学雑誌 二六

(三) 三六九 一九八〇

日本歯科医学発展の回顧 鈴木勝 日本医史学雑誌 二六

(三) 二六五～二六八 一九八〇

明治初期に於ける入歯細工師の引札 竹内孝一 日本医史学

雑誌 二六(三) 三三八～三四〇 一九八〇

「松阪の入目・入歯師」と「明治期医学生の写真について」

拓植三郎 日本医史学雑誌 二六(三) 三三五 一九八〇

中国で口歯の医療に用いられた塩について 戸出一郎 日本医史

学雑誌 二六(三) 三七二～三七三 一九八〇

房楊枝について 中原泉・本間邦則 日本医史学雑誌 二六(三)

三二一 一九八〇

Bonwill 咬合器の史的考察 永田和弘 日本医史学雑誌 二六

(三) 三五五～三五六 一九八〇

下顎前突症に対する形成外手術の変遷 成田令博 日本歯科医

史学会誌 八(一) 一～六 一九八〇

佐藤運雄著『歯科診断学』の推移について 新国俊彦・工藤逸

郎 日本医史学雑誌 二六(三) 三六九～三七一 一九八〇

『臨床歯科』の歴史について 長谷川俊夫 日本医史学雑誌

二六(三) 三六二～三六四 一九八〇

歯固の変遷について(第一報) 長谷川正康 日本医史学雑誌

二六(三)三六四—三六五 一九八〇

伊沢信平関『小児歯牙衛生論』について 本間邦則・佐藤泰彦

日本医史学雑誌 二六(三)三六五—三六六 一九八〇

曲亭馬琴の義歯について 第三報 予後 本山佐太郎 日本医

史学雑誌 二六(三)三三〇—三三二 一九八〇

Karl Oba の壺とスキタイ人の歯科医療をめぐる論争 森山徳

長 歯科学報 八〇(四)五九七—六〇二 一九八〇

一九世紀前・中葉におけるリゾドントリピーの書誌学的研究

森山徳長 日本医史学雑誌 二六(三)三七四—一九八〇

古代ローマ帝国の歯科医学(その一) Aulus Cornelius Celsus とそ

の De medicina について 森山徳長 日本歯科医史学会

会誌 八(一)七—一四 一九八〇

大関和と実地看護法 谷津三雄・今田謙二・村木春長・武藤優

子 日本歯科医史学会会誌 八(一)一五—二二 一九八〇

日本歯科医史学会の学術展望 谷津三雄 日本歯科医学会会報

六(七)八—一二 一九八〇

疾病史

医学史展望(四) 近代医学の疾病観 海輪博太郎 医界新聞

(一四〇三)三 一九八〇

糖尿病の歴史に関する文献 大滝紀雄 日本医事新報 (二九

三〇)一三五—一九八〇

戦前の精神科病院における脚気の発生状況—巢鴨病院—松沢病院

の統計を中心に— 岡田靖雄 日本医史学雑誌 二六(三)

三四三—三四四 一九八〇

隋唐時代の歴史書にみられる疾病 山本徳子 日本医史学雑誌

二六(三)三二六—三二八 一九八〇

獣医学史

獣医学史に関する通史の紹介(補遺) 勝山脩 日本獣医史

学雑誌 (一三・一四)三七—三九 一九八〇

明治初年当時の牛疫診断に関する史的研究(補遺) 岸 浩

日本獣医史学雑誌(一三・一四)二七—三〇 一九八〇

家畜外科学の歴史(古代から近世) 黒川和雄 日本獣医史学

雑誌 (一三・一四)四二—四四 一九八〇

馬医方における『五輪碑』の獣医史学的研究 島田謙造 日本

獣医史学雑誌(一三・一四)一四—二六 一九八〇

馬の Grass の和訳について 添川正夫 日本獣医史学雑誌

(一三・一四)三四—三七 一九八〇

下総御料牧場ができるまで 谷垣康弘 日本獣医史学雑誌(一

三・一四)四五—四九 一九八〇

ルイーニ著『馬の解剖学と病氣』の調査 松尾信一 日本獣医

史学雑誌(一三・一四)四〇—四二 一九八〇

馬医巻物(文禄四年)について 村井秀夫・松尾信一・白井恒

三郎 日本獣医史学雑誌(一三・一四)一—二四 一九八〇

明治初年、陸軍で招聘した二人の外人教師について—アングー

とデシャルム— 山根定吉 日本獣医史学雑誌(一三・一

四)三〇—三四 一九八〇

書誌学

異版「大野文庫蔵版・海上砲術全書」について 岩治勇一 福

井県医師会だより (二一〇) 二一 一九八〇

長岡藩医柳澤績斎「病問雜記」 蒲原 宏 新潟県医師会報

(三六九) 一九八〇

ツェンペリーの「日本動物誌」 木村陽二郎 科学医学資料研

究 (七九) 一一〜一三 一九八〇

本邦最古の医書「医心方」編纂の沿革 酒巻英之助 通信医

三二(五) 三二六 一九八〇

浅田宗伯『皇国名医伝』を読む 布施昌一 日本医事新報 (二

九二) 五九〜六二、(二九二) 六四〜六六 一九八〇

荒利美短歌私稿『松籟』を読む 山形敏一 日本医事新報 (二九

四九) 六一 一九八〇

小児科史

『幼幼精義』について 深瀬泰旦 川崎市医師会報 (一三四)

五二〜五三 一九八〇

鹿児島の小児科医史 森 重孝 鹿児島市医報 一九(六) 二

一〜三三、(一〇〇) 四二〜四五 一九八〇

整形外科

整形外科の歴史 加藤正訳 整形外科 三二(一) 九九〜一〇〇

二(一一) 二二三〜二二四、(三) 三三三〜三三七、(四) 四三一

〜四三四、(五) 五四四〜五四七、(六) 六五三〜六五八、(七)

八三七〜八四一、(八) 九四三〜九四六、(九) 一〇五二〜一〇

五四、(一〇) 一一七〜一一七四、(一一) 一二七九〜一二八

二、(一二) 一八四三〜一八四七 一九八〇

目でみる整形外科の歴史

肩関節脱臼の整復術 酒井シヅ 整形・災害外科 二二(二)

四四 一九八〇

伸展器 酒井シヅ 整形・災害外科 二二(二) 二〇一 一

一九八〇

骨折した腕を正常位に復位する牽引器 酒井シヅ 整形・災

害外科 二二(二) 一八八 一九八〇

Paréの外科書から 酒井シヅ 整形・災害外科 二二(三)

二四八、二七四、(四) 三六〇、三八〇、三九八、(五) 四七

一、五〇七、五九八 一九八〇

「ハイステルの十字架」(コルセット) 酒井シヅ 整形・

災害外科 二二(六) 六四五 一九八〇

Erasmus Darwinの考案した牽引器 酒井シヅ 整形・災害

外科 二二(六) 六五〇 一九八〇

くる病の治療器械 酒井シヅ 整形・災害外科 二二(七)

八〇四

Francis Glissonの著書『へび病』 酒井シヅ 整形・災害外

科 二二(七) 八一 一九八〇

脊椎変形症の治療器 La vacherのホルセット(一七六八)

酒井シヅ 整形・災害外科 二二(八) 八五四 一九八〇

Delppeの牽引器(一) 酒井シヅ 整形・災害外科 二二

(一三) 一六六九 一九八〇

先天性内反足の歴史を振り返って 島津 晃 整形外科 三一

(八) 八八八 一九八〇

整骨法 石陽 山口県阿東町徳佐大草見龍の古文書を訪ねて 手

島宰三 北九州市医報 (三) (四) 一九八〇

精神医学史

日本精神医学と……

松沢病院序論 秋元波留夫 精神医学 二二(一〇)一〇

二三 一九八〇

日本精神医学研究史と巢鴨・松沢病院 石井 毅 精神医学

二二(一〇)一〇四一〜一〇四九 一九八〇

臨床精神医学研究史 宇野昌人 精神医学 二二(一〇)一

〇七七〜一〇八八 一九八〇

作業療法からリハビリテーションへ 加藤伸勝 精神医学

二二(一〇)一〇五一〜一〇五九 一九八〇

松沢病院の歴史的沿革 金子嗣郎 精神医学 二二(一〇)

一〇三一〜一〇四〇 一九八〇

松沢病院ハ特集V特集にあたって 後藤彰夫 精神医学 二

二(一〇)一〇二二 一九八〇

東京都立松沢病院創立百周年記念——資料展 鈴木芳次 精

神医学 二二(一〇)一〇九七〜一〇九九 一九八〇

松沢病院における精神科看護 関根真一 精神医学 二二

(一〇)一〇六一〜一〇六八 一九八〇

松沢病院 医学史の中の精神病院 中川米造 精神医学 二

二(一〇)一〇二四〜一〇三〇 一九八〇

江戸時代の随筆に書かれた狂気について 松田方一 医学史研

究 五三 四三七〜四四五 一九八〇

外部からみた松沢病院——病院精神医学懇話会——病院精神医学

会発足当時を中心に 元吉 功 精神医学 二二(一〇)

一〇六九〜一〇七六 一九八〇

学会報告 第四回国際医史学シンポジウム「精神病とその治療」

昼田源四郎 社会精神医学 三(一) 五四〜五六 一九八〇

松沢病院の戦後の医療実態 広田伊蘇夫 精神医学 二二

(一〇)一〇八九〜一〇九六 一九八〇

Evolution of the Ideas about the Nature of the Psychothera-

peutic Process in the Western World H.F. Ellenberger

日本医史学雑誌 二六(四) 五一四〜四八七 一九八〇

西洋医学史

西歐医学者遺聞

マラリアの話(Ⅰ) 病名の由来とキンコーナの樹 吉岡達夫

東洋薬事報 二二(四) 二二三〜二六 一九八〇

マラリアの話(Ⅱ) 偽せ医者ロバート・タルボー卿 吉岡達

夫 東洋薬事報 二二(五) 二二三〜二六 一九八〇

マラリアの話(Ⅲ) 薬剤師ベルチェと町医者サピントン 吉

岡達夫 東洋薬事報 二二(六) 二二三〜二六 一九八〇

脳外科の開拓者たち(Ⅰ) フェリアー博士とゴルツ教授の対決

吉岡達夫 東洋薬事報 二二(八) 二二三〜二六 一九八〇

地方史

足利の精神科医療史 青木信夫 足利の医史抄(二六) 一〜三

一九八〇

足利の精神科医療史補遺 青木信夫 足利の医史抄(二〇〇) 一

一九八〇

医界風土記

大分県 明治初期、大分県、医界の五先覚 荒巻逸夫 日医

ニュース(四四二) 一九八〇

茨城県 水戸藩医、本間玄調 伊藤英雄 日医ニュース(四

四七) 一九八〇

奈良県 森野旧薬園と森野賽郭 石崎直司 日医ニュース(四

五六) 一九八〇

熊本県 濱田玄達先生 上野四郎 日医ニュース(四六一)

一九八〇

三重県 橋本氏病の発見者 橋本策先生について 梅本金五

日医ニュース(四四〇) 一九八〇

山梨県 川村麟也 小野勇二 日医ニュース(四六二) 一九

八〇

神奈川県 ヘボン、エルドリッチと富岡海水浴場 大滝紀雄

日医ニュース(四五三) 一九八〇

熊本県 医学私塾「亦菜舎」(鳩野宗巳) 岡島寛一 日医ニ

ュース(四五五) 一九八〇

香川県 河田雄禎と種痘 香川県医師会 日医ニュース(四

四六) 一九八〇

新潟県 越後の漢蘭折衷派医学 蒲原 宏 日医ニュース

(四四八) 一九八〇

福島県 須賀川医学校と卒業生後藤新平 小泉衡平 日医ニ

ュース(四六三) 一九八〇

宮崎県 明道館記 田代逸郎 日医ニュース(四五八) 一九

八〇

滋賀県 伊良子家歴世名医伝 中神良太 日医ニュース(四

四九) 一九八〇

滋賀県 施薬院、悲田院の再興に寄与した人々 中神良太

日医ニュース(四四一) 一九八〇

宮城県 「阿部休悦」二宮以義 日医ニュース(四五九) 一九

八〇

岡山県 倉敷の医人石坂堅壯 原 三正 日医ニュース(四

四三) 一九八〇

秋田県 明治三五年に行われた開業医団の病理解剖 樋口潔

日医ニュース(四五二) 一九八〇

徳島県 三宅速博士墓碑のインシュタイン碑文 福島義一

日医ニュース(四五〇) 一九八〇

徳島県 関寛斎(寛一ゆたか) 福島義一 日医ニュース

(四四四) 一九八〇

高知県 人体解剖 藤原紫朗 日医ニュース(四六〇) 一九

八〇

山梨県 山梨県医師会「地方病との闘い」 保坂 傳 日医ニ

ュース(四五四) 一九八〇

富山県 山脇東洋先生の位牌 松田健史 日医ニュース(四

五一) 一九八〇

愛媛県 伊予吉田藩の医師たち 宮内孝夫 日医ニュース

(四四五) 一九八〇

医学歴史散歩

秋田県―秋田の鉱山と珪肺 石田 真 臨床科学 一六(一)

(二) 一五三五―一五三八 一九八〇

岩手県 岩淵憲次郎 臨床科学 一六(二) 一五三一―一五

三四 一九八〇

新潟県 蒲原 宏 臨床科学 一七(二) 一一七―一二三

一九八〇

奈良県、大阪府 宗田 一 臨床科学 一六(二〇) 一二九

三―三〇一 一九八〇

北海道 高山坦三 臨床科学 一六(二) 一四〇五―一四

〇九 一九八〇

福島県 鶴見膠一 臨床科学 一七(二) 一一二―一二六

一九八〇

青森県 松木明知 臨床科学 一六(二) 一四一〇―一四

一四 一九八〇

大阪の文化と医学の歴史

池田苗夫 日本医事新報 (二九四

一) 七四 一九八〇

△書評V「越前若狭の古代史」

岩治勇一 福井県医師会だよ

り(二一八) 二六 一九八〇

『京都の医学史』出版記念 京都の医の文化史展開催さる

緒 方富雄 科学医学資料研究(七二・七三) 一二―一三 一九八

○ 阿波ゆかりの医学書・医人たち 加藤和市 日農村医学会誌 二

八(六) 七四九―七五一 一九八〇

『佐夜中山 弘法大師 夜泣石名号』

菊地 卓 足利の医史抄 (二五) 五 一九八〇

足利の医家考

菊地 卓 足利の医史抄(二四) 二―五、(一

五) 一―四、(二六) 三―五、(二七) 一―七、(二八) 一―四、

(二九) 一―三、(三〇) 一―六、(三一) 一―三、(三二) 一―

三 一九八〇

『木村方衛生幻燈』

菊地 卓 足利の医史抄(二八) 四―五

座談会「足利の医史を語る」

足利の医史抄(二四) 四―五、

足利積善会について

菊地 卓 足利の医史抄(二〇) 二 一

「栃木県令乙第三百三十二号」―栃木県立足利病院入院規則・病室

規則― 菊地 卓 足利の医史抄(二〇) 二―三 一九八〇

明治三二年足利町開業医の広告から

菊地 卓 足利の医史抄

(二二) 五―六 一九八〇

疱瘡の流行と俗信 ―宇都宮の黄鮒のこと―

菊地 卓 足利

の医史抄(二二) 三 一九八〇

金沢における明治初期の体温表

寺畑喜朔 日本医学雑誌

二六(三) 二九九―三〇〇 一九八〇

私立足利葆光産婆看護婦学校について 荻野梅子 足利の医史

抄(一四) 一―二 一九八〇

青森県における最初の帝王切開術について―多沢多吉のことな

どー 松木明知 日本医史学雑誌 二六(一)三三〜四三  
一九八〇

治療史

日本温泉史ノート——上古〜奈良時代 中村 昭 日本温泉

気候物理医学会雑誌 四三(三・四)一二二〜一二四 一九八〇

〇

治療の歴史 金療法 宮本昭正 治療学 四(四)五五六〜五

五八 一九八〇

治療の歴史 ビタミンB<sub>1</sub>(サイアミン) Vitamin B<sub>1</sub>(Thiamine)

山下政三 治療学 四(三)四一五〜四一八 一九八〇

伝記(個)

緒方洪庵の薬箱について 青木允夫 日本医史学雑誌 二六

(三)三五六〜三五八 一九八〇

へボン 青島敏行 日本医事新報(二九〇八)六二〜六三 一

九八〇

バラケルスに学ぶ 青島敏行 日本医事新報(二九五二)五

九〜六〇 一九八〇

Laennecと聴診器 秋元寿恵夫 病体生理(二六)一三〜一六

一九八〇

野口英世とペンシルバニア大学 浅倉稔生 日本医事新報(二

九二九)六一〜六四、(二九三〇)六七〜七〇、(二九三二)

六五〜六八、(二九三三)六二〜六五、(二九三三)六四〜六七

一九八〇

岡山藩医学館教師ロイトルについて 石田純郎 日本医史学雜

誌 二六(三)二七四〜二七六 一九八〇

故竹内真一先生に捧ぐ 岩治勇一 福井県医師会だより(二一

三)二四 一九八〇

浅野嵩山先生(山本正伯宛)の書翰 岩治勇一 福井県医師会

だより(二二)三三 一九八〇

医・薬学の履歴書

臨床教授に任命されて充分に実力を発揮したベルハーベ 鵜

野 誠 新医療 七(六)一一〇〜一一一 一九八〇

薬局を経営する場合の規則を定めたプリン 鵜野 誠 新医

療 七(七)九〇〜九一 一九八〇

バリビールは一切の生命現象を力学的運動の立場で説明 鵜野

誠 新医療 七(五)九四〜九五 一九八〇

今日における洪庵と適塾

「緒方洪庵と適塾」展をめぐって 梅溪 昇 医学のあゆみ

一一四(三)一八一〜一八六 一九八〇

緒方洪庵と適塾をめぐって 緒方富雄 医学のあゆみ 一一三

(二)九二二 一九八〇

ギロラモ・フラカストロ 小栗史朗 公衆衛生 四四(七)五

〇八〜五〇九 一九八〇

トーマス・シデナム 小栗史朗 公衆衛生 四四(八)五六六

〜五六七 一九八〇

ヨハン・ペーター・フランク 小栗史朗 公衆衛生 四四(九)

六五四〜六五五 一九八〇

ヒポクラテス 小栗史朗 公衆衛生 四四(一〇)七一八〜七

一九 一九八〇  
 エドウィン・チャドウィック 小栗史朗 公衆衛生 四四(一)  
 一)八〇〇〇八〇一 一九八〇  
 マックス・フォン・ベツテンコーフェル 小栗史朗 公衆衛生  
 四四(一二)八八四〇八八五 一九八〇  
 後藤新平研究―二―地方衛生組織についての基本発想 小野寺  
 伸夫 医学史研究(五三)四四六〇四五一 一九八〇  
 後藤新平研究―三―中央衛生組織についての基本発想 小野寺  
 伸夫 医学史研究(五三)四五一〇四五七 一九八〇  
 高松凌雲とその兄 王丸 勇 日本医事新報(二九四一)六一  
 一六四 一九八〇  
 ガブリエル・プラバーズとその皮下注射器について 大村敏郎  
 日本医学雑誌 二六(三)三三二―三三四 一九八〇  
 アンブロアズ・パレの世界―四〇〇年前の大外科医をめぐって  
 パレの前半生 大村敏郎 臨床外科 三五(一)七〇〇七三  
 一九八〇  
 パレの後半生 大村敏郎 臨床外科 三五(二)二〇九二二  
 一二 一九八〇  
 パレとわが国の外科 大村敏郎 臨床外科 三五(三)三九  
 四〇三九七 一九八〇  
 「私が処置をし、神がこれを癒し給うた」という言葉 大村  
 敏郎 臨床外科 三五(四)五二二〇五二五 一九八〇  
 パレの生地をたずねる旅 大村敏郎 臨床外科 三五(六)  
 八七三―八七七 一九八〇

わが国における Jenner のわが子牛痘接種物語りの由来について  
 加藤四郎 日本医学雑誌 二六(一)一〇一 一九八〇  
 Jenner のわが子豚痘接種実験物語りの史実について 加藤四  
 郎 日本医学雑誌 二六(二)一八九〇二〇三 一九八〇  
 日本人にして最初に西比利亜を横断し露都へ遊学した嵯峨壽安の  
 生涯 加藤豊明 北陸医史 二(一)一五〇二一 一九八〇  
 “ドクトル・ベランメー”長谷川泰のこと 神谷昭典 日本医  
 事新報(二九四七)五九〇六二 一九八〇  
 国崎定洞の遺児タッコ・レトリッヒを迎えて 川上 武 医  
 学史研究 五四 五一二〇五一五 一九八〇  
 曲直瀬道三「養生訓」 川島恂二 古河市医師会報(一三)一  
 五〇一八 一九八〇  
 県立新潟医学学校教師フョック(一八四五―一八八三) 蒲原  
 宏 新潟県医師会報(三五八)一九八〇  
 儒醫黒田支鶴(一七七九―一八三五)の石綿論 蒲原 宏 新  
 潟県医師会報(三六一)一九八〇  
 県立新潟医学学校オランダ人医学教師ホルテルマン 蒲原 宏  
 新潟県医師会報(三六三)一九八〇  
 県立新潟医学学校オランダ人医学教師ファン・デル・ヘーデン編、  
 和訳世界語辞林 蒲原 宏 新潟県医師会報(三六六)一九八  
 〇  
 明治四年キング事件で新潟に來た英医エドウィン・ウィーラー  
 (一八四一―一九一三) Edwin Wheeler 蒲原 宏 新潟県  
 医師会報(三六八)一九八〇

リンゲル液かりンジャー液かりンガー液かーSydney Ringer (一)  
八三五〜一九一〇) のことー 蒲原 宏 ガン新病誌 二〇  
(一) 五二 一九八〇

医学をつくった人びと「腹部外科学の開拓者」ーテオドル・ピ  
ルロートー 蔵方宏昌 看護学生 二七(一一) 一五〜一七  
一九八〇

御雇教師ウィルヘルム・デーニッツ(二) 小関恒雄 日本医  
史学雑誌 二六(四) 四三二〜四四三 一九八〇

Harvey Williams Cushing 佐野圭司 脳神経外科 九(一一)  
三二〜三五 一九八〇

医学偉人伝

医学大発展の口火を担ったルイ・バストゥール 酒井シヅ

螢雪メデイカル 一(一〇) 六八〜七一 一九八〇

女子医学教育に賭けた吉岡弥生 酒井シヅ 螢雪メデイカル

一(一一) 六〇〜六三 一九八〇

パウル・エールリッヒ 酒井シヅ 螢雪メデイカル 一(一)  
二) 四四〜四七 一九八〇

医学の先駆者たち

何より患者を大切にしたい本居宣長 酒井シヅ 螢雪メデイカル

二(一一) 四二〜四五 一九八〇

麻醉に先べんをつけたホレリス・ウエルズ 酒井シヅ 螢雪

メデイカル 二(二) 四〇〜四三 一九八〇

胃の消化生理学に歩を進歩をもたらしたウイリアム・ポーモント

酒井シヅ 螢雪メデイカル 二(五) 三二〜三五 一九八〇

恐るべき探究心と実験で学説を書き換えたラツァロ・スバラン

ツァーニ 酒井シヅ 螢雪メデイカル 二(六) 三〇〜三  
三 一九八〇

一七世紀に体温計を作り「代謝の父」といわれたサントリオ・  
サントリオ 酒井シヅ 螢雪メデイカル 二(七) 三六〜  
三九 一九八〇

「医事不如自然」に達した名医 杉田玄白 酒井シヅ 螢雪

メデイカル 二(九) 二六〜二九 一九八〇

フレデリック・ルイシヤ(Frederick Ruysch)と著書「Thesaurus

Anatomicus」(解剖学宝函)について 酒井シヅ 科学医学

資料研究(八一) 一〜九 一九八〇

もう一人の「医聖」、ベチューンの話 品川信良 公衆衛生

四四(八) 五九一〜五九五 一九八〇

越前藩医・笠原白翁 白崎昭一郎 北陸医史 二(一) 九〜一  
四 一九八〇

今治藩医菅周庵と種痘史 菅 勝男 伊豫史談(二三九) 二三  
〜三一 一九八〇

一人の療法師の軌跡 わが国におけるリハビリテーション事始

砂原茂一 理療と作療 一四(三) 二〇二〜二〇六 一九八〇

華岡青洲 宗田 一 近世漢方医学書集成(二九) 一七〜六  
二 一九八〇

松岡恕庵 宗田 一 近世漢方医学集成(五五) 四五〜六七  
一九八〇

北里柴三郎先生のころ

- 北里における実学とその背景 添川正夫 日本医事新報  
 (二九一五) 六四～六六 一九八〇
- ベーリング研究所— 添川正夫 日本医事新報 (二九一〇) 六七～六九 一九八〇
- ツェンペリーの来日とその意義 高橋文・川瀬清 日本医史学雑誌 二六(三) 三四七～三四九 一九八〇
- ヒポクラテスと臨床検査 立川昭二 検査と技術 八(八) 六六四 一九八〇
- 大久保利通の銅像 寺師睦宗 日本医事新報(二九〇九) 六六～六七 一九八〇
- 松崎懐堂の書翰 戸塚武比古 日本歴史(三八二) 七〇～八一 一九八〇
- 戸塚家の文書から 戸塚武比古 日本医史学雑誌 二六(一一) 五五～六〇 一九八〇
- 島津斉興関係二文書 戸塚武比古 日本医史学雑誌 二六(四) 四四四～四四九 一九八〇
- 文庫の窓から 玉機微義(一)～(二) 中泉行信・中泉行史・斉藤仁男 臨床眼科 三四(四) 五九八～五九九、(五) 六四七～六五七 一九八〇
- 大庭政世の事績(Ⅱ) —島根県における医療組合事業の展開と産青連の運動 中尾 鱧 日本医史学雑誌 二六(三) 三〇八～三一〇 一九八〇
- 解説 福沢諭吉『西航手帳』の蘭文記事 長尾政憲 日蘭学会会誌 四(二) I~XXVII 一九八〇

- 医・薬学の履歴書(四二) 『医は仁術』を地でいった名医・永田徳本 永田徳本・鵜野誠 新医療 七(三) 五四～五五 一九八〇
- 来日宣教医 Wallace Taylor (一八三五～一九二三) について 長門谷洋治 日本医史学雑誌 二六(三) 二八一～二八三 一九八〇
- 医学をつくった人びと  
 「結核菌の発見者」—ロベルト・コッホー 中村禎里 看護学生 二七(一二) 一五一～一七 一九八〇
- 「ベニシリンの発見者」—アレキサンダー・フレミング— 中村禎里 看護学生 二七(一二) 一五～一七 一九八〇
- 山田顕義と公衆衛生 西川濱八 日本医史学雑誌 二六(三) 三五八～三六〇 一九八〇
- 広島と富士川游先生 西丸和義 広島医学 三三(五) 五七一～五七五 一九八〇
- 偉大なる郷土の先達 呉秀三先生について(下) 野間祐輔 科学医学資料研究(六九) 一～七 一九八〇
- 頼山陽の病歴— 服部敏良 現代医学 二八(二) 三一一～三一六 一九八〇
- 何故 W・ウィリス医師は江戸で高い俸給をのぞんだか? 原口忠男 日本医史学雑誌 二六(三) 二八六～二八八 一九八〇
- 断片医学史散歩 木下奎太郎の生家と歌碑を訪ねて 春田三佐夫 Mod Media 二六(七) 三七七～三八〇 一九八〇

高松凌雲と「西南の役」 伴 忠康 いずみ 二七(五) 二六

一九八〇

オスラー博士の生涯

傷心のうちにもオスラー文庫の目録作りにはげむ(一九二八年)

日野原重明 *Medicina* 一七(一) 三二二~三二六

一九八〇

“Aequanimitas”(一八八九年五月一日) 日野原重明 *Med-*

*icina* 一七(三) 四五六~四六一 一九八〇

一九〇二年一月 Boston Medical Library の落成記念講演

日野原重明 *Medicina* 一七(四) 六三六~六三九 一九

八〇

オスラーの最後の文化講演(一九一八年) 日野原重明

*Medicina* 一七(五) 八二〇~八二三 一九八〇

オスラー最後の文化講演古典協会長として、(一九一九年)

日野原重明 *Medicina* 一七(六) 九七二~九七七 一九

八〇

教えることと考えること (Teaching and Thinking) 医科大

学における二つの機能 一八九五年一月八日カナダのマガル

医学校での講演 日野原重明・仁木久恵 *Medicina* 一七

(七) 一一五二~一一五七 一九八〇

満七〇歳の誕生日を迎えて(一九一九年) 日野原重明

*Medicina* 一七(八) 一三〇八~一三一一 一九八〇

オスラーの最後の社会的活動(一九一九年) 日野原重明

*Medicina* 一七(九) 一四六八~一四七一 一九八〇

川崎の蘭方医家 太田家の事蹟 深瀬泰旦 文化かわさき

(六) 八〇~九二 一九八〇

歩兵屯所医師取締手塚良仙知見補遺 深瀬泰旦 日本医史学雜

誌 二六(三) 三六〇~三六二 一九八〇

杉田玄白と川崎 深瀬泰旦 川崎医師会報(一三二) 六八~七

一 一九八〇

肢体不自由児リハビリテーションの先駆者としての高木憲次博士

福嶋正和 日本医史学雜誌 二六(三) 三四〇~三四二 一九

八〇

緒方洪庵と適塾—適塾の修復と史跡公園のすすめ— 藤野恒三

郎 科学医学資料研究(七五) 四~九 一九八〇

杉田玄白犯罪者論 藤原 知 日本医事新報(二九一六) 六四

~六五 一九八〇

杉田玄白論の一視角 藤原 知 日本医事新報(二九二四) 六

二~六三 一九八〇

生誕一〇〇年を迎える茂木蔵之助先生 古川 明 日本医事新

報(二九五〇) 六三~六六、(二九五二) 六一~六三 一九八

〇

長谷川泰小伝 星野甚四郎 日本医事新報(二九二八) 六一~

六四 一九八〇

医学の散歩道

司馬凌海について 堀江健也 練馬区医師会だより(一四

五) 三二~三四、(一四六〇) 四六~五〇 一九八〇

関寛齋—波瀾の生涯をおくった理想追求者— 堀江健也 練

- 馬区医師会だより (一四七) 三五〜三八、(一四八) 二五〜二八、(一四九) 二四〜二八、(一五〇) 四二〜四五 一九八〇
- 慶応義塾医学所創設者 松山棟庵 堀江健也 練馬区医師会だより (二五一) 二五〜二九、(二五二) 一六〜一八 一九八〇
- マツチ製造における黄燐中毒と救世軍のブース大将 松勝 元医学史研究 五四 四六五〜四七〇 一九八〇
- 弘前藩医桐山正哲と天明元年の第一回躰寿館薬品会 松木明知 日本医学史雑誌 二六(二) 二三一〜二三七 一九八〇
- 渋江抽斎編『直舎伝記抄』について—とくに桐山正哲に関して— 松木明知 日本医学史雑誌 二六(三) 二七九〜二八〇 一九八〇
- 藤田利勝の「養生抄言」について 松木明知 日本医学史雑誌 二六(四) 四一三〜四一九 一九八〇
- E. V. ベルツの来日最初の学術論文 松木明知 日本医学史雑誌 二六(四) 四五〇〜四五四 一九八〇
- 山脇東洋先生の位牌 松田健史 北陸医史 二(一) 七〜九 一九八〇
- 公文書からみた緒方八重書簡について 松田 武 医学史研究 五四 五二〇〜五二二 一九八〇
- 「清水氏講義録」—東京大学初代産科婦人科教授清水郁太郎の講義録— 松永 勝 日本医学史雑誌 二六(三) 三〇五〜三〇七 一九八〇
- 産業医としての先覚者 佐藤英太郎 三浦豊彦 日本医学史雑誌 二六(三) 三一八〜三二〇 一九八〇
- 鳥取藩医・青木浩齋について 森 納 日本医事新報(二九四六) 一八一 一九八〇
- 薩摩医人群像補遺(その二六) 森 重孝 鹿児島市医報 一九(四) 二九〜三〇、(七) 二〇〜二二、(一一) 二五〜二六 一九八〇
- ローベルト・コッホ 森 優 臨床と研究 五七(一)〜(二) 赤ベージ、一九八〇
- 本間棗軒翁書簡について 矢数道明 漢方の臨床 二七(三) 三〜五 一九八〇
- 石原明博士の逝去を悼む 矢数道明 漢方の臨床 二七(八) 三八〜四〇 一九八〇
- 石黒忠憲と医事鈔 谷津三雄・武田利雄・木原忍・海老名京子 日本齒科医学学会誌 八(一) 二三〜二九 一九八〇
- 森井恕仙とその医学 山形敬一 日本医学史雑誌 二六(三) 二八〇〜二八一 一九八〇
- 打診法の発見者 レオポルド・アウエンブルッゲル(一) 和田正系 医道の日本 三九(四) 八八〜九四 一九八〇
- 種痘者の発見者 エドワード・ジェンナー(二) 和田正系 医道の日本 三九(六) 八七〜九四 一九八〇
- 近代医学事始め(三) 検眼鏡の発明者 生理学者にして物理学者ヘルマン・フォン・ヘルムホルツ 和田正系 医道の日本 三九(七) 八一〜八二 一九八〇

福沢諭吉『西航手帳』の蘭文記事 日蘭学会会誌 四(二)一

三四 一九八〇

緒方洪庵と適塾展 科学医学資料研究(七五)九 一九八〇

大塚敬節氏追悼特集 漢方の臨床 二七(一一)四七〇八一

一九八〇

鳥取藩医・青木浩齋 日本医事新報(二九四六)一八一 一九

八〇

ヒポクラテスに関する単行本 日本医事新報(二九一八)一三

〇 一九八〇

新宮涼庭に関する文献 日本医事新報(二九一四)一四一

一九八〇

伝記(双)

Hermann Boerhaave と小石元瑞 阿知波五郎 新医療 七

(五)一四四~一四五 一九八〇

頼朝と政子 王丸勇 日本医事新報(二九一一)六一~六二

一九八〇

横浜外人墓地に眠る医人・薬人 大滝紀雄 日本医史学雑誌

二六(三)三三六~三三八 一九八〇

明治期の英文「成医会月報」に投稿している外国人医師たち

蒲原 宏 日本医史学雑誌 二六(三)三二二~三二三 一九

八〇

本太郎と啄木 日戸修一 大塚薬報(三三四)七二~七六 一

一九八〇

お玉ヶ池種痘所開設をめぐる(その二) 川路聖謨と斎藤源蔵

深瀬泰且 日本医史学雑誌 二六(四)四二〇~四三一 一九

八〇

房総の医史と医師荻生方庵・理庵父子(その一~二) 堀部寿

雄 千葉医師会報 三二(三)一六九~一七五 一九八〇

民主医療運動の先駆者たち(四四) 金井広とスキーとエンゲルス

増岡敏和 民医連医療(九五)九四~九五 一九八〇

明治期京都の泊雲塾と塾友たち 水原 完 日本医事新報(二

九三七)六一~六四 一九八〇

蘭医杉田家・木下家代々遺墨、いわゆる「木下文書」当資料館に

寄贈さる 科学医学資料研究(七五)一~三 一九八〇

伝染病及予防史

種痘発明百年記念会のこと 緒方富雄 科学医学資料研究(七

二・七三)四~六 一九八〇

種痘物語 鍵山 栄 醫界佐賀(五九七)五~七、(五九八)

四~六、(六〇一)九~一、(六〇二)六~九、(六〇四)五

~七、(六〇五)六~八、(六〇六)六~九、(六〇七)九~一

二 一九八〇

ジェンナー「牛痘の原因および作用に関する研究」について

川喜田愛郎 科学医学資料研究(七八)八~一三 一九八〇

若越コレラ禍覚書補遺一五 竹内真一 福井県医師会だより

(二二〇)一八~一九 一九八〇

北海道・東北地方の痘瘡流行年表 寺畑喜朔 金沢医科大学教

養部論文集 八 一六九~一七二 一九八〇

明治前の東北地方における痘瘡流行と種痘について 寺畑喜朔

他一三名 金沢医科大学教養部論文集 八 一五九～一六八  
一九八〇

蝦夷地における種痘の研究 寺畑喜朔(他八名) 金沢医科大学  
教養部論文集 八 一五一 一九八〇

アテナイの疫病 羽田 同 日本医史学雑誌 二六(三)三〇

一～三〇三 一九八〇

天然痘の終焉 深瀬泰旦 川崎市医師会報(一三〇)四六～四

七 一九八〇

お玉ヶ池種痘所開設をめぐって 深瀬泰旦 日本歴史(三八

八)七九～八六、医学選料(二二三)二三～二四 一九八〇

天然痘との闘いを顧みて 藤野恒三郎・福見秀雄・加藤四郎・

大谷藤郎 日本医事新報(二九三四)二一～三四 一九八〇

痘瘡および麻疹史資料への疑義 三井駿一 日本医史学雑誌

二六(三)二九三～二九五 一九八〇

東洋医学史

出土針灸文物叢考 王雪苔著、黄夏梅訳 日本鍼灸治療学会誌

二九(一)三二三～三三二 一九八〇

「千金方」と其の作者孫思邈に関する史的考察 趙 有臣 日

本医史学雑誌 二六(二)二〇四～二一一 一九八〇

黄帝内经大素 戸田一盛 漢方の臨床 二七(一)一七～二九

一九八〇

仙台領の隠れた本草書『賢親本草』 ヒキノヒロシ 日本医史

学雑誌二六(三)三五二～三五三 一九八〇

阿波漢方受難史井上肇堂とその時代 福島義一 日本医史学雜

誌二六(二)二一二～二三〇 一九八〇

中国伝統医学における季節の問題 丸山敏秋 日本医史学雑誌

二六(三)三二九～三三〇 一九八〇

黄帝と医学―『黄帝内经』の成立事情をめぐって 丸山敏秋

日本医史学雑誌 二六(四)三九六～四一二 一九八〇

中国古代医学における五行論の考察―鍼灸系医学について―

丸山敏秋 倫理思想研究(五)一～一八 一九八〇

日本における漢方医学 今日にいたる歴史 室賀昭三 現代東

洋医一(一)七九～八二 一九八〇

昭和五四年漢方略史年表 矢数道明 漢方の臨床 二七(四)

二一～二七 一九八〇

東洋医学の風と疾病 山本徳子 小児科 Mook (一四)一六

三～一七二 一九八〇

唐代における翰林医官 山本徳子 立命館文学(四一八)四二

一)三四一～三五五 一九八〇

中国伝統医学(古代)と道教 吉元昭治 日本医史学雑誌 二

六(三)二八三～二八四 一九八〇

「上医は国を治し……」の典故 日本医事新報(二九一四)一

四一 一九八〇

内科史

呼吸器病学の変遷と共に歩いた三〇年 本間日臣 いずみ 二

七(五)六～七 一九八〇

江馬元恭著『五液診法』について 安井 広 醫譚(復刊五二)

四～一一 一九八〇

『鼈氏内科学』について 安井 広 日本医史学雑誌 二六

(三) 二八九～二九〇 一九八〇

小関三英と内科学 山形敏一 日本医史学雑誌 二六(二)一

五四～一六九 一九八〇

博物館

またあたらしく 緒方富雄 科学医学資料研究(七二・七三)一

～三 一九八〇

資料館だより 志柿 亨 科学医学資料研究(六九)七～八、

(七一)五～八、(七二・七三)一四～一七 一九八〇

北里研究所本館は明治村へ 藤野恒三郎 科学医学資料研究

(七九)一～七 一九八〇

野間科学医学研究資料館蔵書目録抄 科学医学資料研究(七二

・七三)一八～一九 一九八〇

病院史

作品をとおしてみる松沢病院一〇〇年史 岡田靖雄 日本医史学

雑誌 二六(二)一七〇～一八八 一九八〇

北海道大病院会議所の印 蒲原 宏 新潟県医師会報(三五

九)一九八〇

楠本県令筆 高田病院創立扁額 蒲原 宏 新潟県医師会報

(三二二)一九八〇

風俗史

錦絵医学民俗志 中野 操 一九八〇

続・川柳医療風俗史 山本成之助 日本医事新報(二九一三)

七二～七四、(二九一七)七二～七四、(二九二四)六六～六八

(二九二六)七二～七四、(二九三九)七三～七四、(二九四三)

六八～七〇、(二九五二)七二～七四 一九八〇

仏教医学 妙法蓮華經にみえる一症状について 杉本茂春 醫譚(復刊五

二)一～三 一九八〇

仏典にみえる健康観と特異な症候群 杉本茂春 日本医史学雑誌

二六(三)二九六～二九八 一九八〇

スシユルタを通して仏典の一症状を訓む 杉本茂春 医学史研

究 五四 四七六～四八一 一九八〇

長谷寺験記にみる治病の利生 関根正雄 日本医史学雑誌 二六

(四)三七九～三九五 一九八〇

仏教・アーユルヴェーダ医学の研究 日本医事新報(二九〇

八)一四六 一九八〇

放射線医学史 アイソトープ利用の初期事情 木村健二郎(外四名) Isotope

News(三二〇)二七 一九八〇

麻酔

麻酔の歴史 山村秀夫 治療学 四(五)六八九～六九一 一

九八〇

麻酔科学史研究最近の知見

―わが国におけるペインクリニックの先駆者・大久保適齋―

松木明知 麻酔 二九(二)一八二～一八四 一九八〇

―エルウィン・フォン・ベルツと産科麻酔― 松木明知 麻

酔 二九(三)二八七～二九〇 一九八〇

華岡青洲の麻酔法はいつまで行なわれたか 松木明知 麻酔

二九(八) 八二八-八三〇 一九八〇

漢の名医華陀は実はベルシヤ人だった 松木明知 麻酔

九(九) 九四六-九四八 一九八〇

— Hannah Greaser 事件 松木明知 麻酔 二九(一〇)

一〇七〇-一〇七四、(一一) 一五四一-一五四六

薬学史

『四氏月令』の薬品 赤堀 昭 日本医史学雑誌 二六(二)

一四三-一五三 一九八〇

アユルヴェーダの薬物 伊藤和洋 日本医史学雑誌 二六(三)

二六三-二六四 一九八〇

医・薬学の履歴書 ほとんど治療効果のなかったテリアカ 鵜

野誠 新医療 七(八) 一〇二-一〇三 一九八〇

薬祖神祭 酒井シヅ クリニシヤン 二七(二八七) 二-三

一九八〇

売薬の引札 酒井シヅ クリニシヤン 二七(二九二) 一-二

一九八〇

日本の売薬

— 梅檀ウメタンと棟ト 宗田 一 医薬ジャーナル 一六(五) 一三

〇-一三三 一九八〇

— ベアゾル石(鮭答) 宗田 一 医薬ジャーナル 一六

(六) 一〇七-一一一 一九八〇

— 福沢諭吉の売薬論をめぐる 宗田 一 医薬ジャーナル

一六(七) 一〇九-一一三 一九八〇

— 類似薬・偽薬 宗田 一 医薬ジャーナル 一六(八)

一一三-一一六 一九八〇

『紅毛談』のくすり 宗田 一 医薬ジャーナル 一六

(九) 一二五-一二八 一九八〇

— 樟脳 宗田 一 医薬ジャーナル 一六(一一) 一二

一-二五 一九八〇

— 含鉄の石薬 宗田 一 医薬ジャーナル 一六(一二)

一〇四-一〇七 一九八〇

水銀系薬物製法書九篇解説 宗田 一 江戸科学古典叢書(二

五) 三-一八 一九八〇

貝類生薬の本草学的研究(第三報) 文哈和名考 浜田善利・日

高啓子・村上誠愷 薬史学雑誌 一五(二) 一-一〇 一九八

〇

神農本草経の収載薬品の配列について(二) 植物性薬品 浜田

善利 薬史学雑誌 一五(二) 二六-三八 一九八〇

製癌剤の歩み 藤井喜一郎 医薬の門 二〇(六) 一二-二二

四 一九八〇

抗マリアア剤の史的展開—クロロキン剤について 松山恵子・

小川定男 医学史研究 五三 四五八-四六五 一九八〇

薬物研究の歴史 アドレナリンの歴史 吉田 博 治療学 五

(二) 二四八-二五一 一九八〇

— ポン膏とは 大滝紀雄 日本医事新報(二九〇八) 一四六 一

九八〇

蘭学

『蘭学事始』偶感 田崎哲郎 科学医学資料研究 (七七) 七〇

九 一九八〇

その他

科学の Irony 東、健彦 信州医誌 二八(二) 一六三〜一六

四 一九八〇

性教育の体系と方法 江川義雄 科学医学資料研究(七〇) 一

〜七 一九八〇

「おかた隠居」より「渡なへ御老母様卯三郎様」あて手紙について

神谷昭典 医学史研究 五四 五一七〜五一九 一九八〇

痛みの測定―その指標変化と概括 阪本志奈子 医学史研究

五四 四八二〜四九二 一九八〇

医学・歯学・薬学のシンボル「蛇杖」 古川 明 日本医史学

雑誌 二六(三) 二五七〜二五九 一九八〇

第八師団歩兵五連隊の雪中行軍の医学的考察(二) 松木明知

日本医史学雑誌 二六(一) 四四〜五四 一九八〇

お願い

医史学関係論文目録を毎年一回本誌に載せることが恒例となり、かなりの実績をあげてきました。

しかし、まだ遺漏したのも少なくなく編集部ではより多くの情報を集めることに努力しております。

そこで会員諸氏に自著あるいは地方誌または特殊誌に載り、人目につきにくい関係論文についての情報を編集部宛におよせいただきますようお願いいたします。

日本医史学会例会記事

四月例会 四月二十五日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

一、ドイツにおける医史学関係資料並に研究の現況

鹿子木 敏範

二、映画・くすりと日本人―古代から近代薬の黎明まで―

五月例会 五月二十三日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

一、吳先生・富士川先生が初めて出会った頃―わが国

医史学の濫觴を探る

二、土肥慶藏とその学統

岡田 靖雄  
長門谷 洋治

六月例会 六月二十七日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

一、維新前後の黴毒問題について

二、大目付井上筑後守政重のオランダ医学への関心

原口 忠男  
長谷川 一夫

九月例会 九月二十六日(土)

順天堂大学医学部九号館一番教室

(九月例会は蘭学資料研究会との合同で行なわれた)

一、伊予水軍―切支丹伴天連―日本洋薬事始め―ゼーラ

ンジャ城

升本 清

二、有田樹林の論文「日本種痘家ノ始祖」について

添川 正夫

予告

第八十三回日本医史学会総会お知らせ

来る六月五日(土)、六日(日)の両日、昭和五十七年度本学会総会並びに学術大会を京都府医師会館にて開催することになりました。守屋正会長のもとに副会長兼準備委員長に杉立義一氏、副準備委員長に中橋弥光氏と藤垣亀雄氏によって準備が着々とすすめられています。当日は学術大会のほかに「京都医学史」の編纂に供与された資料の展示会と医学史跡巡りが計画されています。いずれも個人的にはなかなか見ることができないものですので、この機会に大勢の方が参加されることをおすすめいたします。

京都医学史研究会報告

京都府医師会は、昨年八月に『京都の医学史』刊行の後、医学史編纂室を医学史資料室に改組したが、その機会に広く同学の方々に呼びかけて、京都医学史研究会を結成した。以来七カ月を経過したので、この間の活動状況及び今後の事業計画を報告して大方の御支援をお願いする。

○昭和十五年十月二十二日、設立総会、於京都府医師会館、出席三十九名

会則・幹事選出・事業計画の決定

記念講演「医学史研究の現状」宗田一氏

○十二月四日 例会 出席二十四人

抄読会「平安時代の医学」山田重正氏

会員発表「丹波家の家系」丹家元晴氏

○昭和五十六年一月十日 見学及懇親会 出席二十五人

南禅寺塔頭天授庵（新宮涼庭墓地）・西福寺（上田秋成墓地及

遺品）を見学の後、料亭順正（新宮涼庭順正書院跡）にて

竹沢徳敬氏の涼庭についての講演の後に懇親会を行う

○二月五日 例会 出席二十五人

抄読会「鎌倉時代の医学」山田重正氏

会員発表「医心方の伝書」杉立義一氏

○三月七日 山脇東洋観臟碑建立記念講演会 出席五十七人

「歴史と人物」歴史家奈良本辰也氏

○四月二日 例会 出席二十八人

抄読会「室町時代の医学」山田重正氏

会員発表「鎌倉・室町時代の疫疾」山下喜明氏

例会は毎月第一木曜午後二時―四時に行う抄読会は「京都の医学史」の執筆者が各々分担する。会員数は現在八十人で近畿一円に及び、職業・年齢等も各層にわたっている。

今年度の事業計画としては次の通りである。

五月 武田薬品杏雨書屋の春季見学、六月、七月 例会、八月 休会、九月 例会、十月は設立記念講演会、十一月 見学会、

十二月 例会、一月 懇親会、二月 例会、三月記念講演会を行う

なお一年に四回宛会報を配布し、論文集を適時発行の予定である。

本研究会の事務所は京都府医師会館内にある。

本会に関しましては『京都の医学史』について、御気づきの点がありましたら御連絡を待つ。

杉立義一記

小森玄良生誕二百年記念顕彰事業報告

一、生誕地碑建立

二、顕彰碑建立

三、記念展覧会

四、記念誌発行（小森玄良生誕二百年記念誌）

五、記念講演会

主催

小森玄良顕彰会

大垣市医師会

大垣市教育委員会

大垣市文教協会

一、生誕地碑建立

大垣市外渕一丁目三百九十三番地、大橋茂二氏邸内。「小森玄良生誕之地」碑裏面「昭和五十六年三月二十九日 小森玄良顕彰会」



大垣市外渕一丁目393 大橋茂二氏邸

二、顕彰碑建立

大垣市新田町三百八十番地、大垣市医師会館前庭。「小森玄良顕彰碑」、左側面「昭和五十六年三月二十九日 小森玄良顕彰会」、裏面「宮中洋医の小森玄良は天明二年大垣市外渕で大橋政右衛門正成の子として生まれ、寛政三年医家小森義晴の養嗣子となる。寛政七年江馬蘭齋の門に入り文政三年宮中に仕官す。」



大垣市新田町380 大垣市医師会館

天保十三年皇妹欽宮を診療したことは蘭方医として宮中に入った初めである。天保十四年従五位下信濃守に任ぜられ、同年五月十三日没した。享年六十二。永観堂（禅林寺）に葬る」

三、記念展覧会 昭和56・3・27—29

於大垣市室本町五 文化会館

出品目録

1 小森玄良に関する文献『典医の歴史』『近世名医伝』『洋方医伝』

- 『日本洋学史の研究』『京都の医学史』『岐阜県郷土偉人伝』『濃  
飛文教史』『山本亡羊物産会出品目録』等 2 小森玄良像幅彩  
色画像、墓碑銘と同じ賛あり 3 生誕地碑写真 4 年譜  
5 生家写真 6 解観大意図譜 7 江馬蘭斎墓碑拓本 江馬門  
人姓名録西本願寺御門跡御病氣ニ付京都へ罷越候一件覚書(江馬  
蘭斎) 8 宗門改帳天明四年外洩村碧還寺、玄良の幼名「巳之  
助」の記あり 9 新元会図幅 10 江馬蘭斎画像幅 11 江馬  
蘭斎石膏像 12 江馬元益画像幅 13 江馬家伝来のヒボクラテ  
スのレリーフ像 14 江馬蘭学塾跡碑写真 15 海上随鸕墓写真



大垣市室本町5 大垣市文化会館

- 16 海上随鸕位牌写真 17 小森玄良門人帳写真 18 小森玄良開  
業地写真二点 19 『藤渠漫筆』第二十八卷、小森義晴と玄良の  
出合いの記録等江馬家宛小森玄良書状三通 20 江馬信成勅方日  
記、信成が玄良に学ぶころの記録 21 文政13 医家大相撲番付写  
真 22 海上随鸕画像幅 23 不破為信筆華岡流手術記録図二十  
枚 24 『西医知要』 25 小森玄良陶像及従五位下位記写真  
26 神農図二幅 27 佐藤一斎筆神農図賛詩 28 西洋名医群像画  
幅 29 小森玄良筆ヒボクラテス画像蘭文賛幅及その複製 江馬  
元齡筆ヒボクラテス画像蘭文賛幅 坪井信道筆ヒボクラテス画像  
賛詩幅 30 黒川利雄筆扶氏医戒之略幅 間中喜雄筆ヒボクラテ  
ス画像と坪井信道賛詩幅 31 小森玄良筆医箴幅 32 小森玄良  
筆蘭文格言写真 33 シーボルトの手記『江戸参府紀行』中の小  
森玄良との交流部分写真 34 小森玄良金子千両永納についての  
大垣藩証書写真 35 祇園祭函谷鉾装具寄進の証書写真  
36 『泰西方鑑』『蘭方秘機』『病因精義』『解臟図賦』 37 小森玄  
良墓写真 38 小森玄良墓碑文拓本 39 桑原高美「原博学図」  
幅 40 藤林普山墓写真 41 京都医家年表 43 『蘭学巡』  
『和蘭語法解』『訳鍵』 44 大橋道塙墓写真と碑文拓本 45 小  
森家、大橋家系図巻 46 大橋家宛小森玄良書状五通 47 小石  
家宛小森玄良書状三通 48 打敷 小森玄良より碧還寺へ寄進  
49 ヒボクラテスブロンズ全身像 50 安藤守一宮中医口宣  
51 大橋家所蔵菊花紋入茶碗 52 華岡流手術道具 53 百味算笥  
54 江馬塾使用らんびぎ 等々

四、記念誌発行 B5横とし 28ページ

目次

- 小森玄良展によせて 大垣市医師会長 白木 茂
- (一) 小森玄良の生い立ち
- (二) 小森玄良の二人の恩師  
江馬蘭齋と海上随鷗
- (三) 江馬門人姓名録
- (四) 西本願寺御門跡御病氣ニ付京都へ罷越候一件覚書  
江馬蘭齋
- (五) 小森玄良の屍体解剖  
『解臟図賦』『解観大意』
- (六) 藤林普山著『訳鍵』
- (七) 小森玄良の著書  
『蘭方枢機』『病因精義』等
- (八) 小森玄良「解剖図」  
小森玄良とシーボルト
- (九) 小森玄良の書幅  
医者自然之臣
- (十) 小森玄良のヒボクラテス賛文
- (十一) 小森玄良の「医箴」
- (十二) 小森玄良千両献金に付き大垣藩証書
- (十三) 小森門人姓名録
- (十四) 原病学図  
小森玄良門人桑原高美

(五) 小森玄良の墓

(六) 小森玄良年譜

執筆者 青木一郎 (日本医史学会会員)

細川道夫 (大垣市文化財審議委員)

五、記念講演会 昭和56・3・29 文化会館

挨拶 文化会館長 鹿野幸吉

(一) 小森玄良の生涯 細川道夫

(二) 小森玄良と医学 青木一郎

(三) 小森玄良と語学 齋藤 信

附

六、小森玄良筆「医箴」複製 大橋茂二

七、岐阜テレビ対談「小森玄良を語る」

細川道夫、青木一郎 昭和56・3・26 18..30、19..00

(記青木一郎 記念誌、医箴複製希望者は各々五百円切

手封入、青木宛)

## 日本医史学会会則抄

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

第二条 この会は、事務所を〒113東京都文京区本郷二―一―  
順天堂大学医学部医史学研究室室内におく。

第三条 この会は、医史を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、学術展覧の開催等
- (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 正会員にならうとするものは評議員の紹介により、理事  
長の承認を得て入会金二、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 賛助会員になら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 大鳥蘭三郎、大塚恭男、蔵方宏昌、酒井ンヅ、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	大島蘭三郎	大塚 恭男
常任理事	高山 坦三	大島蘭三郎	大塚 恭男
會計監事	宗田 一	大塚 健也	大塚 健也
理事	石原 力	大滝 紀雄	大塚 恭男
	大島蘭三郎	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
幹事	山形 敏一		
	蔵方 宏昌	酒井 シヅ	杉田 暉道
	谷津 三雄	矢部 一郎	
評議員	青木 一郎	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 進三
	田代 逸郎	田中 助一	津田 進三

簡井 正弘 土屋 重朗 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 本間 邦則 丸山 博  
 松本 明知 三浦 豊彦 三輪 卓爾  
 室賀 昭三 守屋 正 矢数 圭堂  
 山下 喜明 山田 光胤 安井 広  
 山中 太木 米田 正治 渡辺左武郎  
 (理事の名は省略)

名譽會員  
 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

編集後記

外国の学者の論文が掲載される機会が近年増えたのは、いろいろな意味で喜ばしい。ここに書くのは、時おりの悩みと、立場をかえた小体験のことである。

同じ横文字圏でも、母国語以外で書かれたものには、私などの目にも、かなり無理な言い回しやくせが混ざったりする。しかし、明らかな誤綴だとか、直しても原意を曲げないというよほどの確信でもないかぎり、不自然さが残っても、やはり原文を尊重するほうにウエイトをかけるのが、編集サイドの人間の守るべき態度なのだろう。

先ごろ自分の書いた英文の論文が、米国の学者に直されて、結果的に事実の誤りが数箇所生まれる形で印刷になるという経験をした。母国語であるのと、そうでないとの差は決定的である。だが、根本的にいうと、母国語で書く場合も含めて、自分の書いたものを、読む側に回り直して、冷酷に検討する用意を尽くすということしかないのだからと思う。

(T.M.)

昭和五十六年十月二十五日 印刷  
 昭和五十六年十月三十日 発行

日本医史学雑誌

第二十七巻第四号

編集者代表 大 鳥 蘭 三 郎

発行者 日本医史学会

代表 小川 鼎三

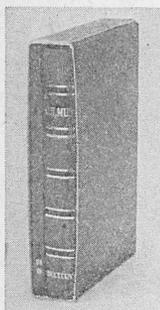
順天堂大学京区本郷 二一

医学部 医史学研究室内

印刷所 振替 東京 六一五二五〇番

三報社印刷株式会社  
 一三 東京都江東区亀戸

# クルムスターヘル ・アナトミア



校閲および解説  
東大名譽教授 緒方 富三  
東大名譽教授 小川 小川

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

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

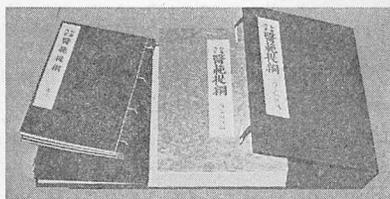
# 蘭景 和内 和内 蘭景 医範提綱 医範提綱

全3巻 全1冊

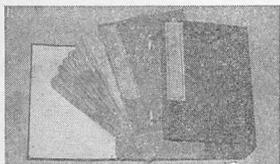
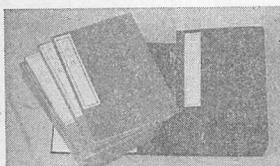
内象銅版図

医範提綱本文  
土佐椿手漉和紙・精巧オフセット印刷・濃紺地布貼特製快入内象銅版図  
福井手漉局紙厚紙芯折帖仕立・精巧コロタイプ印刷・濃紺地布貼特製快入

限 定 版 三 〇 〇 部  
価 三 八、〇 〇 〇 円



# 本間玄調 内科秘録 瘍科秘録 続瘍科秘録



全14冊

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

全12冊

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

全5冊

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

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

- 1974 Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: suicide, mental illness, malignant tumour, hypertension and coronary heart disease. *Hopkins' Medical Journal*, 134: 251-270
- Thomas, Lewis
- 1974 *The Lives of a Cell*. New York: Bantam Books
- Tseng, Wen-Shing
- 1975 The Nature of Somatic Complaints Among Psychiatric Patients: The Chinese Case. *Comprehensive Psychiatry* 16: 237-45
- Turner, Victor Witter
- 1969 *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine
- Otto von Mering, and Earley L.W.
- 1965 Major Changes in the Western Medical Environment. *Archives of General Psychiatry* 13: 195-201
- Vogel, Ezra F
- 1968 *Japan's New Middle Class*. Berkeley: University of California Press
- Weiss, Paul
- 1970 The Living System: Determinism Stratified, in A. Koestler and J.R. Smythies ed., *Beyond Reductionism: New Perspectives in the Life Sciences*. New York: The MacMillan Co.
- Weisskopf, Victor F
- 1972 *Physics in the Twentieth Century*. Cambridge: MIT Press

- 1962 *Science and Civilization in China* (Vol. II) Cambridge: Cambridge University Press
- Otsuka, Keisetsu  
 1971 *The Special Qualities of Kampō* Osaka: Sogensha
- Parsons, Talcott  
 1951 Illness and the Role of the Physician: a Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 21: 452-460
- Porkert, Manfred  
 1974 *The Theoretical Foundations of Chinese Medicine*. M.I.T. East Asian Science Series, Vol. 3. Cambridge: M.I.T. Press
- Powles, John  
 1973 On the Limitations of Modern Medicine, in *Science, Medicine and Man*, Vol I : 1-30
- Rasmussen, Howard  
 1975 Medical Education - Revolution or Reaction *Pharos* 38: 53-59
- Remen, Naomi  
 1975 *The Masculine Principle, The Feminine Principle and Humanistic Medicine*. San Francisco: The Institute for The Study of Humanistic Medicine
- Reynolds, David K.  
 1976 *Morita Therapy*. Berkeley: University of California Press
- Rohlen, Thomas  
 1974 *Ki and Kokoro: Japanese Perspectives on the Nature of the Person*. Paper presented at the Regional Seminar on Japanese Studies, Center for Japanese and Korean Studies, University of California, Berkeley  
 1976 *For Harmony and Strength: Japanese White Collar Organization in Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press
- Rosen, George  
 1958 *A History of Public Health*. New York: MD publications
- Roszak, Theodore  
 1970 *The Making of a Counter-Culture: Reflections on the Technocratic Society and its Youthful Opposition*. London: Faber
- Scotch, Norman and Geiger, H  
 1962 The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis *Journal of Chronic Diseases*, 15: 1037-1067
- Simmons, Ozzie G.  
 1955 The Clinical Team in a Chilean Health Center, in B.D. Paul, ed., *Health, Culture and Community*. New York: Russell Sage Foundation
- Simonton, O.C. and Simonton S.  
 1975 Belief Systems and management of the emotional aspects of malignancy. *Journal of Transpersonal Psychiatry* 7, no. 1: 29-47
- Thomas, C.B. and Dusynski, K.R.

- Heisenburg, W.,  
 1958 *Physics and Philosophy*. New York: Harper Torchbooks
- Jansen, G.,  
 1973 *The Doctor-Patient relationship in an African Tribal Society*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum and Co
- Kleinman, Arthur M  
 1973 Medicine's Symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine, in *Inquiry*, Vol 16: 206-213  
 1976 Depression Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry". *Social Science and Medicine* 10: 1-8
- Le Shan L.L  
 1959 Psychological States as factors in the development of Malignant Disease: A critical review. *Journal of the National Cancer Institute* 22: 1-18  
 1966 An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Annals of the New York Academy of Sciences* 125: 780-793
- Lieban, Richard W.,  
 1973 Medical Anthropology, in *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. J. Honigman ed. Chicago: Rand McNally pp. 1031-1072
- Lock, Margaret  
 1980 *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience*. Berkeley: University of California Press.
- Ludwig, Arnold M.  
 1975 The Psychiatrist as Physician. *The Journal of the American Medical Association* 234, no. 6: 603-604
- Marmot, M.G. and Syme L  
 1976 Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104(3): 225-247
- Marsella, Anthony J., Kinzie, David and Gordon Paul  
 1973 Ethnic Variations in the Expression of Depression. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 4, no. 4: 435-458
- McKeown, Thomas  
 1965 *Medicine in Modern Society*. London: Allen and Unwin  
 1971 A historical appraisal of the medical task, in G. McLachlan and T. McKeown eds., *Medical History and Medical Care*. London: Oxford University Press for the Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Morsbach, Helmut  
 1973 Aspect of Non-verbal Communication in Japan. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 157, no. 4: 262-277
- Nakane Chie  
 1970 *Japanese Society*. Berkeley: University of California Press
- Needham, Joseph

## References

Ackerknecht, Erwin

1947 Primitive Surgery. *American Anthropologist* 49: 25-45

Cassel, John

1964 Social Science Theory as a Source of Hypotheses in Epidemiological Research *American Journal of Public Health* 54, no. 9: 1482-1488

Caudill, William

1962 Patterns of Emotion in Modern Japan, in R. J. Smith and R. K. Beardsley, eds., *Japanese Culture*. Chicago: Aldine

1976 Everyday Health and Illness in Japan and America, in Charles Leslie, ed., *Asian Medical Systems*. Berkeley: University of California Press

Croizier, Ralph

1968 *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism and the Tensions of Cultural Change*. Cambridge: Harvard University Press

DeVos, George and Wagatsuma, Hiroshi

1959 Psycho-Cultural Significance of Concern over Death and Illness among Rural Japanese. *The International Journal of Social Psychiatry* 5, no. 1: 5-19

Doi, Takeo

1973 *The Anatomy of Dependence*. Tokyo: Kodansha International Ltd.

Douglas Mary

1970 The Healing Rite. *Man* 5: 302-308

Dubos, René

1959 *Mirage of Health, Utopias, Progress, and Biological Change*. New York: Harper

1965 *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press

Dunn, Fred L

1976 Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems, in Charles Leslie, ed., *Asian Medical Systems*. Berkeley: University of California Press

Engel, George L

1962 The Nature of Disease and the Care of the Patient: the Challenge of Humanism and Science in Medicine. *Rhode Island Medical Journal* 450: 245-51

1977 The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196, no. 4286: 129-136

Fabrega, Horacio

1975 The Need for an Ethnomedical Science. *Science* 189: 969-975

Foster, George

1958 Problems in Intercultural Health Programs. New York: Social Science Research Council Pamphlet no. 12

1969 *Applied Anthropology* Boston: Little Brown and Co.

phase, adjustments in the lifestyle should be made which allow better adaptation to the environment and a sense of having learned something from the experience of the illness.

Some advocates of such new approaches believe that treatment of all types of disease can be encompassed under such a model, but we must beware of falling into the old trap of trying to force everything to be subsumed under one model simply because it feels cognitively satisfying. With this reservation in mind we must continue to try to synthesize the world views of holism and reductionism so that there can be a variety of ways of dealing with the complexities of health and illness, but not with the ultimate objective of the conquest of all disease. Certainly pain and suffering should be relieved wherever possible but Dubos (1959) has pointed out the arrogance of imagining that we can overcome disease completely and we must also learn how to adapt, adjust and accept at times as well.

#### NOTES

- 1) In the practice of East Asian medicine in modern Japan the system of numerical emblems is totally disregarded and the Five Evolutive Phase theory is either only marginally accepted or also disregarded. Despite this, in the practice of *kampō* (East Asian medicine where the use of herbal therapy is central to the therapeutic process), emphasis is on Dubos' "physiological" model, multi-causation of disease, and the inter-relationship of all of the body parts (Otsuka: 1971). On the other hand, the practice of acupuncture, moxibustion or massage by licensed practitioners is often reduced to a highly mechanical process and the original principles of East Asian medicine are frequently almost totally abandoned today.
- 2) In North America, where there are fewer financial limitations on the expansion of technology than in Europe the biomedical model probably appears in the most extreme form. Articles such as that of Engel cited above have appeared largely in response to the North American Situation.

systems theory to justify this approach. He states that:

By treating sets of related events collectively as systems manifesting functions and properties on the specific level of the whole, has made possible recognition of isomorphies across different levels of organization, as molecules, cells, organs, the organism, the person, the family, the society or the biosphere. From such isomorphies can be developed fundamental laws and principles that operate commonly at all levels of organization, as compared to those which are unique for each. Since systems theory holds that all levels of organization are linked to each other in a hierarchical relationship so that change in one affects change in the others its adoption as a scientific approach should do much to mitigate the holist-reductionist dichotomy and improve communication across scientific disciplines (1977: 134).

Obviously this means a major re-organization of medical care involving initially a reversal of the trend towards more centralization. Medical students would have to be trained once again to put trust in qualitative data as well as quantitative data and probably in addition to accept that, for chronic sickness, the roles of paramedicals, the family and patients should be given equal value to that of the doctor.

There are of course groups both in Japan and the West who are already experimenting with these ideas. One such group (Remen; 1975) has visualized their basic model for the sickness episode as one of a spiral. They believe that the concept used in the biomedical model of returning the patient to the point where he or she started before the illness occurred is inadequate. In contrast they divide the illness episode into three basic periods on an ascending spiral. During the first period after the shock of sustaining the illness, the patient is relatively passive and willing to be acted upon; in the second phase (often labelled as the non-compliant phase in the biomedical world) the patient considers why this incident should have occurred; it is a time for questioning and reflection. Psychotherapy, family therapy and meditative-type techniques can help at this point. In the final

too long is one problem resulting in nausea, dizziness and fainting. The doctor's philosophy is still to remove the symptoms as fast as possible and it is justified by stating that the patients have pressures to get back to their regular life-style (personal communication). A second example is furnished by a doctor who believes strongly from his own experience of several years of practice that acupuncture works, but who states "I'm not paid by my hospital to sit around and talk to patients all day while I treat them." This young doctor believes that he only earns his money when he limits himself to the engineering approach.

In actual practice there are, of course, many doctors who deviate from the biomedical model, who acknowledge psycho-social factors in disease causation and who have good communication with their patients. It is these doctors who are today questioning the model and its philosophical foundations. Furthermore, medicine in North America is considerably pluralistic, though not to the same extent as Japan, and there are many doctors and patients who consistently use and seek alternative approaches to medical care.

## TOWARDS COMPLEMENTARITY IN MEDICINE

With changes in epidemiology of disease and an increase in the incidence of chronic problems some reassessment of the biomedical model is perhaps in order. If the work of Powles, Syme, Simonton and other is accepted and acted upon then it becomes imperative that we devote our energies towards preventive medicine and particularly towards social responsibility in care of the environment and in products for direct and indirect human consumption. There must therefore be better communication between the worlds of politics, business, science, health care, and lay people. The current involvement of various interest groups, including the general public, in the issues revolving around the problems of genetic engineering is an example of such an attempt. Secondly, once chronic sickness does arise, its management is best handled in the context of the life history and current lifestyle of the patient. Engel uses general

health" (Thomas, 1974: 96) and patients "have become health consumers." Influenced, no doubt, by the Christian view of man as a sinner, and of things of the flesh as weak, there is often an implicit assumption made in Western medicine that the body is a "teetering, fallible contraption, always needing watching and patching, always on the verge of flapping to pieces; this is the doctrine that people hear most often, and most eloquently, on all our information media. (Thomas, 1974: 98). This mistrust is enhanced by the notion that nature is also capricious and unpredictable, and that man, using objective and rational analysis, can do better. In medical practice this can mean, for example, that symptoms which prove hard to quantify tend to be classified as "all in the mind," unscientific, and therefore outside the realm of medicine. Moreover, since it is believed that man has little voluntary control over physical changes in his body, the doctor assumes a large portion of responsibility for the healing process.

Given this world view, a patient often learns to ignore and suppress early symptoms of illness, relinquish self-responsibility for health and to lean heavily on professional advice. One buys health, a commodity, from health professionals—health, like disease, has become an entity separate from human beings. In its extreme form, the doctor in this model can become a technician, a plumber and an engineer.

At the social level therefore, illness does not serve to unite primary groups as it can do in Japan. It is regarded as an individual event for the origins of which the immediate family, the employer and others feel no responsibility. Sickness frequently arouses feelings of anxiety and guilt—one's body has let one down causing trouble to self and others. Patients desire fast acting medicine and rapid symptom removal so that they can overcome this intrusion into their lives as quickly as possible.

Finally, it is of interest to note that a considerable number of the doctors who are experimenting with the application of acupuncture in the United States are running into predictable difficulties. Overstimulation of patients through using large needles too often and

tive aspects of health care have been relegated to secondary importance, a tendency which has become particularly prominent since infectious diseases no longer present a major hazard.

Diagnosis is designed to elicit specific causes and locations of disease by using theories of deduction and techniques to enable quantification. The patient is not required to participate more than minimally and personal feelings about the illness, other than general statements about the location of pain, for example tend to obstruct rather than aid diagnosis. Technology has, of course, improved the accuracy of diagnosis but often at the expense of doctor-patient interaction. Explanations for the benefit of the patient tend to be reductionistic and in terms of mechanistic or physical malfunctioning of the body.

In shamanistic medical models explanations for the origins of the intruding disease-producing entities are given largely in social terms—breach of taboo, jealousy and so on, but in the biomedical model original causes are not considered of great importance. The patient is given little cognitive information with which to try and fit the illness experience into his or her particular lifestyle and social circumstances—the disease is regarded as an unwanted intrusion, somewhat arbitrary, highly disruptive and with no meaning beyond the physical realm. The ultimate purpose of diagnosis is to categorize and label the patient as a disease type and thus objectify the problem. With objectification the experience of illness is no longer of importance, nor even are minor symptoms. Treatment is prescribed according to the disease label and not for the actual patient. It is thus standardized to a much greater degree than East Asian medicine and is designed to remove the principal symptoms as rapidly as possible.

Health and ill-health are viewed largely as a dichotomy, the one good, the other bad. Parsons' elaboration of the sick role as deviancy exemplifies this approach (1951: 453). Furthermore, there is an historical precedent, and still very apparent in American medicine, that one can buy perfect health. The "Health Industry" is alledged to turn out "on demand a single, unambiguous product which is

those of analysis in that it is assumed that entities can be investigated by reducing them to isolable causal chains or units from which it is believed the whole can then be understood. In order to undertake analysis successfully it is necessary for the investigator to assume a position of a rational, isolated observer, a position which has been defined as the "myth of objective consciousness" (Roszak, 1970: 205). Man, therefore, comes to be viewed as separate from nature, and from other men, a machine to be repaired when diseased, using a mechanistic, quantifiable approach wherever possible. In this model the focus is on the actual disease and attempts to cure it. The experience of the illness that the patient undergoes is of secondary importance and bears little relevance to efficacy which is measured largely in terms of symptom removal.

It is important to understand that for modern Western society biomedicine not only provides the basis for the study of disease but has become in addition the dominant folk model (Fabrega, 1975). Both patients and doctors are socialized into attitudes and beliefs regarding health and sickness which are derived from biomedical principles and hence as Engel states: "The biomedical model has become a cultural imperative, its limitations easily overlooked. In brief, it has now acquire the status of a dogma." (1977: 130).

## DISEASE CAUSATION, DIAGNOSIS AND THERAPY

The "ontological" doctrine is dominant in Western medicine and it is interesting to note that it shares this belief system with shamanistic medical systems-it is simply the nature of the intruding entity which has been redefined. When diseases are viewed as something apart and separate from the patient then both patients and doctors, and this is true even today (Engel, 1962), tend to consider the curing process as a battle in which the intruding agent must be attacked and destroyed. This means that therapy which is fast acting and which dramatically removes specific symptoms will be most valued, even at the expense of toxic side-effects.

Because of the disease oriented model of biomedicine, the preven-

the theoretical assumptions upon which modern medical practice is based<sup>2</sup>. Some of the historical antecedents of this approach can be found in Christianity. Rasmussen identifies one cause as the concession by the church to allow dissection of the human body as early as the 14th century, because the body was viewed as a "weak and imperfect vessel" unlike man's mind which was not open to medical investigation. (1975: 969)

Dualism in categorization, a characteristic feature of Western thinking documented since the time of Aristotle, was thus reinforced through Christianity. The mind-body split is still to be found in modern medical practice and a recent example is furnished by Ludwig, a psychiatrist:

What distinguishes the medical model from non-medical models ...is not so much its reliance on scientific method but rather a philosophical orientation toward dealing with symptoms and signs of patients, i.e., that sufficient deviation from normal represents *disease*, that the disease is due to known or unknown *natural causes*, and that elimination of these causes will result in *cure* or improvement in individual patients. (1975: 603).

Ludwig believes that this argument holds even for psychiatric diseases and adds:

According to this conceptualization, disorders such as problems of living, social adjustment reactions, character disorders, maladaptive learning patterns, dependency syndromes, existential depressions, and various social deviancy conditions would be excluded from the concept of mental illness, since these disorders arise in individuals with presumably intact neurophysiological functioning and are produced primarily by psychosocial variables. (1975: 604).

These problems are outside of the realm of medicine according to Ludwig and should accordingly be dealt with by nonmedical professionals.

Historically, classical Newtonian science added its influence to the doctrine of dualism and the notion of the body as a machine became dominant in Western medicine. The basic principles are

in that he takes responsibility for introducing changes at the physical level only; he expects active participation on the part of both the patient and the family. These ideas are reinforced by the belief system and philosophy used in the application of traditional East Asian medicine, a belief system which theoretically is neither mechanistic or reductionistic. However, in actual practice, as pointed out above, there is a tendency to focus on the physical aspects of the illness episode by all people concerned.

In conclusion it cannot be stated too strongly that modern Japan is an extremely complex society with numerous belief systems. Today of course most medicine is in the western style but in actual practice some traditional beliefs from East Asian medicine can be detected in its practice. (Lock, 1980: 257 ff). In addition, science has influenced the practice of East Asian medicine to a considerable degree—a topic which is outside the scope of this paper. Finally, the philosophy of Shintō (which uses an “ontological” doctrine regarding medical beliefs) still plays an important role in the Japanese ethos today.

#### MAN AS MACHINE: THE WESTERN MODEL

The dominant model used in cosmopolitan medicine today is biomedical, with molecular biology as its basic scientific discipline. Engel states of this model.

It assumes disease to be fully accounted for by deviations from the norm of measurable biological (somatic) variables. It leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness. The biomedical model not only requires that disease be dealt with as an entity independent of social behavior, it also demands that behavioral aberrations be explained on the basis of disordered somatic (biochemical or neurophysiological) processes. Thus the biomedical model embraces both reductionism, the philosophic view that complex phenomena are ultimately derived from a single primary principle, and mind-body dualism, the doctrine that separates the mental from the somatic. (1977: 130).

This statement is perhaps extreme but it is an attempt to clarify

Rather than suffering the indignity and the unbearable sense of obligation incurred by being dependent on her husband's family most young women, even today, opt to return to their own parents if they become more than mildly ill. It is only with their own mother that they can escape normal social restrictions sufficiently to relax and recover. That this lack of opportunity to *amaeru* is a source of stress is acknowledged by many people who see women as more vulnerable than men to sickness.

Society at large is modelled primarily on patterns of family structure and dynamics (Nakane, 1970). In return for the dedication and hard work that employers in Japan receive there is an implicit acknowledgement of partial responsibility for the maintenance of a worker's health among other things. Organized group exercise, which is customary throughout the day, is not simply to raise morale but to restore balance to the body. Moreover, sick leave is extremely generous by American standards - the usual policy is up to six months sick leave on full salary (Lock, 1980: 232). Finally it should be mentioned that medical insurance companies in Japan allow a much longer time for recovery from illness than is true for the United States, thus indicating implicitly a belief in the importance of a slow recovery beyond mere symptom removal.

## SUMMARY

The inter-relationship of society, the family and individual health is recognized and acted upon even in modern Japan. Becoming sick is not an event to be handled largely by the individual but to be shared by the primary groups to which he or she belongs. The sick role is not usually seen as deviant (Parsons, 1958) but is a natural situation which can be viewed quite positively as a time for growth, and hence symptom removal is not equated with a cure. Society is structured to allow time out, a "liminal period" (Turner, 1969: 67) in which the experience of the illness can be handled in terms of one of the central mythologies of Japanese society - the maintenance of good social relationships. The role of the doctor is relatively limited

care of by a woman to elicit reactions on the topic of illness. Responses to the picture were mostly, on seeing the man receiving sympathetic concern, that it gave a "good feeling." Minor and chronic illnesses can apparently have what Caudill termed an "ego-syntonic" quality. Moreover, the responses indicated that illness is a chance for non-verbal communication between people. Following is an excerpt from a story given in response to the picture:

Japanese won't express their feelings such as "I love you" or "I like you" or "I dislike you" or that sort of thing in words. Rather than using words, they often show their feelings in their behavior and sick time is a very good time for this.." (1962: 119).

The communicative nature of sickness has been confirmed by other informants. The following statement was made by a young male physiologist: "Some Japanese believe that illness is a favorable sign. It gives people a chance to stop and think about life and death and being human and things like that." (Lock, 1980: 230).

Enjoyment of mild illness and feelings of responsibility not to become ill are of course in conflict, and these two attitudes apparently symbolize the conflict of all societies, that of the individual and his needs versus group demands. Sickness can serve in a way to indicate just how hard one has been working for the sake of the group - imbalances have arisen due to excessive strain. The sick role can therefore be used as a time for taking stock, for reinforcing good family relationships and for psychological growth. Given these attitudes, therapy whose action is relatively slow and gentle will be valued. It should be pointed out that the pattern described above is more appropriate for men and that for a young woman the experience of illness can be rather different. Responses to TAT cards (DeVos and Wagatsuma, 1973: 131) show that both sexes are worried about the occurrence of sickness in women. There is no leeway in the traditional Japanese family system for a young woman to be overtly, emotionally dependent upon her husband or his family. She must nurture her husband, her children and her parents-in-law through illnesses but when she herself becomes ill there can be no role reversal.

Conversely, and perhaps even more important, the presence of a sick person indicates to those around him or her that the demands of society have become temporarily overwhelming and that social relations should be re-examined and possibly re-structured. Somatic complaints therefore often symbolize social and psychological problems about which open discussion and criticism is not culturally acceptable. Both patients and their families and doctors are able to come to terms with, and attempt to resolve the tensions by focusing discussion and action around somatic complaints.

### SICKNESS, THE FAMILY AND SOCIETY

The family, of course, is the archetypal group in Japan, a binding and cohesive force which because of its vertical orientation and emphasis on continuity from patient to child provides a strong influence throughout the life cycle of an individual. As a unit it is viewed as more important, more instrumentally effective and more enduring than the sum of its individual members.

Despite cohesiveness, within the family each member is assigned a clearly defined role which carries individual responsibility. Actions and experiences of any members of the group are thought to have repercussions on everyone in the family, and health and ill-health are no exception. Good health is prized, and one should be personally responsible in maintaining it; not simply for its own sake, however, but for the sake of the group, and should group demands necessitate it, then personal health should take second place.

In return for hard work, responsible behavior and submission of individual aspirations one can be assured of care and attention regarding one's personal needs by the group. In times of stress, and illness is just such an example, it is acceptable to become highly dependent upon the group. The Japanese term "amaeru," best translated as "a desire to presume upon another's love," is central in this respect (Doi, 1973). As a chance to escape temporarily from the pressures of society, mild sickness can be rather welcome. Caudill (1962: 115) used a picture of a man lying on a *futon* (Japanese mattress) being taken

without receiving some form of treatment directed towards the production of somatic change.

The results of work carried out independently by Kleinman (1976), Marsella (1973), Tseng (1975) and others are of great interest in this connection. Their results show that both Chinese and Japanese patients tend to present somatic complaints rather than psychological complaints when suffering from mental illness (diagnosed using cosmopolitan medicine) with much greater frequency than patients from Western cultures. Kleinman states that of a group of twenty-five patients with a depressive syndrome:

Twenty-two of these cases (88%) initially complained only of somatic complaints (i.e. they did not complain of dysphoric affect or report it when queried). During their subsequent treatment in the psychiatric clinic, ten patients (40%) never admitted to experiencing dysphoric affect. Seven of these patients (28%) rejected the idea that they were depressed even after they had been successfully treated (i.e. had experienced complete symptom relief) with anti-depressant medication. (1976: 3).

These patients looked upon their physical complaints as their "real" sickness. Leaving aside the important and unanswered problem to date, as to whether labels devised out of the practice of medicine in the West can be applied cross-culturally, let it simply be said that this pattern of somatization is significantly different from findings in the West and is apparently reinforced by the traditional medical system so that the experience and expression of disease, in this case depression, is manifested in a relatively culture-bound form.

Related to the above findings is the reticence of East Asians, when compared cross-culturally, to verbalize emotional problems (Caudill, 1962: 118). Possibly also originally due to Buddhist influences, high priority is given to intuitive understanding and non-verbal communication in social relations (Morsbach, 1973). The result is that among the lay public in Japan there is a highly developed awareness of psychosomatic illness in the sense that people assume that stress in social relationships is likely to manifest itself as physical sickness.

state.

This stress on physiological changes has apparently been true from early times because there is little mention in the classics of verbal psycho-therapy. In order to try to understand the reasons for this attitude we must turn briefly to some cultural factors. According to Confucian tenets, status and roles are ascribed rather than achieved and the needs of the individual should be subordinated to those of the group. One succeeds in life as part of a group, and group affiliation is a life-long commitment - there is little room for social mobility. The individual therefore, in order to succeed, should be compliant and flexible towards the group. Despite great changes in modern Japan this belief system is still apparently prevalent (Rohlen, 1976, Vogel, 1968). Neither doctors nor patients expect the patient to be able to alter his social environment to any great degree nor to be able to practice useful preventive medicine sufficiently to cope with all social stress. They assume that *because* the patient must forego many of his individual needs he is bound to be out of balance to some extent quite frequently.

There is also a widespread belief, possibly due originally to Buddhist concepts of *karma*, that personality is a relatively fixed entity. Emotional states may change, but these changes are transient and do not produce a lasting effect on basic personality structure. Secondly, therapy which involves extended verbal exchange has never been highly valued in East Asia. The result is that during treatment emphasis is placed upon bringing about changes at the physical level which in turn is thought to bring one's emotional state back into balance. The aim is to achieve adjustment to the reality of the phenomenal world and to try to accept certain things as given and unchangeable, the individual learns to bend to the social order and thus the vicious circle (*akujunkan*) is broken.

It is believed that minor physiological imbalances and somatic changes can be detected in all patients even those diagnosed as, for example, cases of neurosis (Lock, 1980: 237, Reynolds, 1976: 15). Consequently few patients ever leave a traditional medical clinic

other and patients often present themselves to the doctor with minor symptoms, and very early in the course of an illness.

## THERAPY

The fundamental premise underlying therapy in East Asian medicine is that human beings are naturally healthy and able to live in harmony with their environment. At times however, a push is needed to restore order when a number of factors have combined temporarily to upset the balance. Even then, the assumption is that the body will largely heal itself and that therapy should be used as a kind of catalyst to start the process. Therapeutic techniques are therefore characterized as "mild," "natural" and "slow." Therapy is designed to act on the whole body-removal of the main symptoms is not considered adequate as all the parts of the body are thought to be inter-dependent-in this sense the model is holistic.

It is also acknowledged that in order to prevent reoccurrence of the problem a search for original causes should be made. However, treatment is rarely focused on removing original causes unless they are physical in nature such as diet or due to climatic changes. It is believed that the functioning of man's mind and body is inseparable and that man's biochemical and physiological processes, which in turn depend upon climatic changes, diet, and heredity constitution as well as his social milieu, are constantly modifying his emotional and subjective state. The reverse, that emotional states can effect general body functioning, is also accepted. These inter-relationships are a perfect example of Needham's "correlative thinking" and pose a dilemma. No one factor is considered as primarily causal and therefore at what point should one intervene to start the therapeutic process? In actual practice it is generally agreed among both doctors and patients that it is easier to restore ballance at some levels than others. In therapy use is generally made of dietary changes, herbal medicine, acupuncture, moxibustion and massage with the ultimate objective of bringing about a physiological change within the body leading to tension reduction and incidentally to a calmer emotional

this means that the patient cannot be readily labelled and fitted into a relatively unchanging disease category - ideally each patient should be considered as a unique case presenting a vast array of variables to be taken into account. In actual practice there is a tendency to classify according to patterns of symptoms both major and minor which occur with great frequency but a thrust for precise classification and labelling is not present (Lock, 1980: 45 ff).

## PREVENTIVE MEDICINE

It is usual for systems of medicine which emphasize theories of balance to stress preventive measures, and traditional East Asian medicine is no exception. Because many diseases are expected to arise as a result of lack of harmony with the environment, and because the macrocosm is viewed dynamically with predictable alternations in the yinyang cycles, it is natural to try and compensate for the lack of equilibrium which is bound to occur at times. The sensitivity ascribed to Asians in general with regard to seasonal changes and consequent adjustments in diet and clothing is not purely on aesthetic grounds but is related to the medical belief system. Furthermore, individuals expect to be susceptible to illness at certain times due to their body constitution, emotional make-up, and social relations. Children in Japan are trained even today to try to maintain an even emotional temper and harmonious social relationships (Rohlen: 1974), but it is accepted that outside forces can become too great at times and that everyone can be vulnerable. Training is also directed so that attention is paid to small functional changes in the body system. These changes are accepted as indicators of imbalance and one's lifestyle should be adjusted accordingly (Caudill, 1976: 166; Lock, 1980). The old adage *kaze wa man byō no moto* (a cold is the origin of a thousand diseases) is often cited in this connection. It is in handling these minor imbalances that the practitioners of East Asian medicine are particularly adept; the diagnostic system is designed to detect small variations before they are quantifiable using standard laboratory techniques. Thus cultural beliefs and medical practice reinforce each

it is dynamic and not reduced to a static duality. In yin there is always some yang and in yang always some yin; this is what Porkert terms "qualitative overlaps between yin and yang aspects." He adds that "quantitative gradations of yin and yang may be derived only partly and conditionally from these yin yang polarities." Yin and yang can be diagrammed as the poles of a continuous cyclic alternation. In this model, as in nature, the transitions between the alternate polarities take place gradually and in unbroken progression.

When the Five Evolutive Phase theory (Porkert's terminology, see p. 43ff) and the system of numerical emblems (Porkert, p. 55ff), are fused onto the simple yinyang cycle, then every aspect of the universe from the traditional division of time into sixty year cycles to the occurrence of ulcers in the human population becomes part of a great, inductively patterned order.

On application of this dynamic concept in actual medical practice the patient as a whole person and the parts of his or her body can never be conceptualized in isolation. Furthermore, the patient's state is not believed to be fixed for the duration of the illness episode, but will be constantly modified by further environmental interactions. Ideally, the state of the patient should be checked several times a day and treatment adjusted accordingly as the diurnal cycle progresses and modifies the total picture. Moreover, diseases are thought to progress with time so that all patients initially exhibit predominantly yang symptoms, even if only for a brief period, but gradually change so that yin-type symptoms become prominent. Therapy should be modified as these changes occur. In addition, human beings have a tendency to be yin or yang in type and, as the life cycle progresses, everyone, whether predominantly yin or yang, changes towards the yin part of the cycle. In treatment, these variables should also be taken into account.

When using the East Asian medical model, therefore man is seen as part of Nature and constantly subject to its forces, and the model is designed so that therapy is adjusted and modified according to these forces. It is *not* designed to try to dominate them. Further,

intruding agent, although this aspect of disease causation is acknowledged, but rather due to a pattern of causes leading to disharmony. These causes can be at the environmental, social, psychological or physiological level; some are predictable and dependent upon annual and diurnal variations, others are of a more individual nature. Both types leave one vulnerable to specific pathogens whether originally found internally or externally. The function of diagnosis is not to categorize a patient as having a specific disease, but to record the total body state and its relationship to the macrocosm of both society and nature as fully as possible. The focus of explanations for disease causation is on "why", rather than on "how" did this illness episode occur, and the model allows explanations for the benefit of the patient to be in broad psycho/social and environmental terms which are readily understandable and cognitively acceptable. These explanations can be used by the patient to account for the occurrence of suffering in the context of his or her own life history at that moment.

Diagnosis is of necessity a lengthy process in which the patient must actively participate by contributing considerable information on his or her own life-style. A co-operative patient is one who has paid attention to the effects of the environment upon his health and can sense these effects as mild somatic changes which can be described verbally (Lock, 1980: 233). This information is welcomed by the doctor and positively incorporated into the diagnostic procedures.

The other standard techniques of diagnosis all rely heavily on the doctor's use of his own basic senses - those of touch, hearing and vision and to a lesser extent, that of smell. A diagnosis is then made on the basis of this body of qualitative data obtained through close interaction with the patient.

## UNITS OF MEASUREMENT

The units of measurement used to indicate imbalances in the system are qualitative and most frequently given a circular representation. The subtlety of the well known yin yang classificatory system (for a detailed analysis see Porkert, 1974: 7 ff), lies in the fact that

actions or impulses of other things, but because their position in the ever-moving cyclical universe was such they were endowed with intrinsic natures which made that behavior inevitable for them. If they did not behave in those particular ways they would lose their relational positions in the whole (which made them what they were), and turn into something other than themselves. They were thus parts in existential dependence upon the whole world organism. And they reacted upon one another not so much by mechanical impulsion or causation as by a kind of mysterious resonance. (1962: 281).

With the human body too, the basic model is not mechanical but one of mutually inter-reacting parts - the emphasis is on function rather than structure. Although anatomical description of the body organs is imprecise, the inter-relationship of each principle organ as part of a complex system is elaborated on at length in the East Asian classics. Holistic thinking rather than linear relationships is constantly stressed both within the body and in terms of relationships to the macrocosm.

The energy system *ki* (氣) which forms a means of communication between the body parts is also found outside the body wall, in various related forms, in the macrocosm. There is thought to be a continual exchange of *ki* between the body and the environment, thus enhancing the view of man as a microcosm. Imbalances, and hence disease, occur when *ki* does not circulate naturally due to either excessive or insufficient input into the system. However, the nature of all things, including man's body, is one of homeostasis; that is, there is a natural striving to return to equilibrium. Nevertheless, because of the dynamic nature of the model, perfect health is a hypothetical state which can never actually be fully maintained and in medicine, therefore, *perfect* health is not the ultimate goal of either patient or doctor. The aim is one of achieving the best possible adaptation to the total milieu that can be expected. Health and ill-health are both seen as natural and as part of a continuum and are not viewed as a dichotomy.

Sickness, in this model, is not seen so much in terms of an

models represent an abstract, theoretical system and that actual medical practice varies enormously. Despite this, the inter-relationship of a given set of cultural beliefs with a specific theoretical model usually leads to certain approaches to patient care which have distinctive qualities.

## MAN AS MICROCOSM: THE EAST ASIAN MEDICAL MODEL The Structure of the Body

Since 200 BC onwards the East Asian medical model has been formalized as a system of ideas which, despite historical variations in emphasis and factionalism and competition within the medical profession, has survived relatively unchanged in its fundamental form. According to Taoist philosophy, the cosmic system is thought to be in a state of dynamic equilibrium and man is viewed as a microcosm of the universe (both are essentially composed of the same building materials).

The traditional East Asian concept of the body is predominantly functional and concerned with the inter-relationship of parts rather than with precise anatomical accuracy.

Croizier (1968: 26) feels that historically this was due to a disdain among the Chinese literati for working with the hands - the great doctors were scholars and not technicians. In addition, Confucianism prohibited any tampering with the human body. Croizier also points out that the Chinese were relatively non-aggressive and that historically it can be seen that surgery and anatomy tend to make progress as a result of experience with war victims (this theory, however, does not account for the Japanese case).

While these factors were undoubtedly important, I feel that the East Asian method of categorization and "world view" are also crucial. Unlike the early Greek scholars, the Chinese were rarely interested in cause and effect processes but rather in the patterning of things and events. Needham (1962: 279) has aptly called this "correlative thinking." He states that for the Chinese:

Things behaved in particular ways not necessarily because of prior

extent: "If ... therapy works it is because the symbols (of medicine) are creative instruments of a particular social structure." (Douglas, 1970: 302). Symbolic communication, then, is thought to act as a mediating pathway between social and cultural events and psychophysiological reactions (Kleinman, 1973: 209). Researchers in this area do not decry the scientific method *per se*; what is wanted, they suggest, is an approach which takes into account and acts upon both the biomedical, and the socio-cultural systems model of medicine.

The East Asian medical systems are of particular interest in comparison with cosmopolitan medicine in this respect - they represent the culmination of long literate traditions in which empiricism was dominant and in which an "inductive and synthetic mode of cognition" (Porkert, 1974: 1) was emphasised over the causal and analytic mode characteristic of post-Renaissance science. This contrast is expressed by Dubos as the "ontological" versus the "physiological" view when applied to theories of disease causation (1965: 319). Either one or both of these two basic explanations appears to be applied universally in medical systems but greater emphasis is given to one or the other depending upon the prevailing ethos of the times. The "ontological" doctrine regards diseases as specific entities, "a thing in itself, essentially unrelated to the patient's personality, his bodily constitution, or his mode of life (p. 320), while in the "physiological" model disease is seen simply as an abnormal state due to imbalance experienced by the individual organism at a given time. The cosmopolitan and East Asian medical systems, of course, furnish an example of each point of view and to some extent in the practice of *kampō* (traditional East Asian medicine) in modern Japan, an attempt is being made to synthesize these two approaches.

It is possible that by drawing on both these models we can come closer to a medical system that takes into account the "complementary aspects...found in every human situation" (Weisskopf, 1972: 349).

The models for East Asian and cosmopolitan medicine will be presented below with reference to the effect of cultural beliefs on some aspects of actual medical practice. It must be emphasized that these

approach to medicine was always balanced with a basic concern for the social and cultural aspects of the maintenance of health and the etiology of disease (Dubos: 1965). This balance remained somewhat in evidence, even in the United States, until the almost total eclipse of family practice and house calls since the 1940's. In recent years, particularly since the advent of the computer, the biomedical mechanistic model has become overwhelmingly dominant but there are now signs of an attempt to achieve a more "complementary" approach. It is in this climate that an interest in the traditional medical systems of East Asia, ancient medical systems, and the folk medical systems of non-literate societies has arisen - medical anthropology and its sub-discipline, ethnomedicine, provide the academic framework for this interest.

By approaching the study of medicine from an anthropological point of view, as a coherent body of ideas designed to help codify, explain and manage health and illness, one is led away from the biologically-centered, disease-oriented perspective, characteristic of cosmopolitan medicine, to a broader framework. Medicine, in this context, can be seen as part of the larger social and cultural organizational and belief systems of the particular society in which it is practiced - it thus becomes a sub-system. Using this perspective, medical anthropologists such as Richard Lieban can state:

Health and disease are measures of the effectiveness with which human groups, combining biological and cultural resources, adapt to their environments (1973: 1031).

In order therefore to understand any medical system in action including that of cosmopolitan medicine, it is essential to consider the cultural context in which it is found. As Ackerknecht puts it:

disease and its treatment are only in the abstract purely biological processes...such facts as whether a person gets sick at all, what kinds of disease he acquires and what kind of treatment he receives depend largely on social factors." (1947: 25)

Indeed if medicine is to serve its prime functions of preventing and alleviating suffering, it *must* be culture-bound to a large

connections...what can be distinguished is the kind of connection which is primarily important in a certain phenomenon...The world thus appears as a complicated tissue of events, in which connections of different kinds alternate or overlap or combine and thereby determine the texture of the whole. (1958: 107)

The biologist Paul Weiss uses systems theory and a hierarchical model to make his point:

The interaction between a positive and a negative electric charge, or between the earth and a falling stone, can certainly be described at least in first approximation, without paying attention to what happens in the rest of the universe...But there is another class of interactions, which of necessity escapes the elementarian observer in his preoccupation with the smallest samples, because they pertain to properties peculiar to larger samples only of the universe, ignored in the communitive process which led to the concept of elements in the first place. It is in this latter class that the empirical dichotomy arises between "simple conglomerates" which we designate as "systems." In other words, systems are the products of our experience with nature, and not mental constructs (1970: 9).

Drawing on the theories of Niels Bohr, Weiss stresses that both "holistic" and "reductionistic" approaches are necessary; he states that both are in a "demonstrable complementarity relation in the sense that either one conveys information which the other cannot supply" (p.25). Victor Weisskopf, a physicist, comes to very similar conclusions and states that "the nature of most human problems is such that universally valid answers do not exist, because there is more than one aspect to each of them" (1972: 351).

Spurred on by these theoretical developments in the pure sciences, a critical re-evaluation of the medical world, including applied, theoretical, economic, political and philosophical aspects has been undertaken by some people, both medical and non-medical, of the industrial nations.

Until the last part of the nineteenth century the "engineering"

actual clinical practice and technological innovation related to curing disease rather than towards preventive medicine and the exploration of social and cultural factors in disease causation. Thomas McKeown believes that this is largely due to the "engineering" approach established in medicine as a legacy of the development of the scientific method:

The approach to biology and medicine established during the seventeenth century was an engineering one based on a physical model. Nature was conceived in mechanistic terms, which led in biology to the idea that a living organism could be regarded as a machine which might be taken apart and reassembled if its structure and function were fully understood. In medicine, the same concept led further to the belief that an understanding of disease process and of the body's response to them would make it possible to intervene therapeutically, mainly by physical (surgical), chemical, or electrical methods. (1971: 36)

Von Mering and Early put it this way:

It has...been our observation that the clinic physician and the general practitioner share a kind of "molecular man" orientation which seems to predispose them to be more concerned with the specifics of the presenting complaint and to look eagerly for major disease in every bed or consulting room. (1965: 198)

They believe that the "growth of medicine as a science of tests and measurements rather than an art involving the five senses" is largely to blame, along with the impersonal use of large hospitals as the usual site for diagnosis and treatment.

To add strength to the argument, the new models from the disciplines of physics and biology upon which the medical world is largely based have, of recent years, become holistic and hierarchical. Heisenberg's Uncertainty Principle demonstrates that the concept of a distinct physical entity such as a particle is an idealization which has no fundamental reality. He states:

(In modern physics), one has now divided the world not into different groups of objects but into different groups of

use of the literature on epidemiology in hunter-gatherer, agricultural and industrial societies, demonstrates that the phenomenal rise in chronic and degenerative diseases in the modern industrial world is not just simply due to increased life expectancy, but rather to maladaptation to the environment which we have created for ourselves. He states:

Industrial populations owe their current health standards to a pattern of ecological relationships which serves to reduce their vulnerability to death from infection and to a lesser extent to the capabilities of clinical medicine. Unfortunately this new way of life, because it is so far removed from that to which man is adapted by evolution, has produced its own disease burden. These diseases of maladaptation are, in many cases, increasing (p. 12).

This viewpoint is confirmed by many recent epidemiological studies in which a multicausal approach to the origin of disease is used (Cassel: 1964). The work of Marmot and Syme on changes in the epidemiology of heart disease in a population of Japanese, Japanese-Hawaiians, and Japanese-Americans exemplifies this approach. This work is still in progress but it appears that Japanese-American males who are susceptible to heart disease are those that are highly acculturated. Those that do not succumb remain traditionally oriented in the sense of retaining some affiliation to Japanese-American social groups. This holds true even when the study is controlled for cholesterol levels in the diet. (Marmot and Syme: 1976).

Other data though still controversial, are gradually being amassed which demonstrate the inter-relationship of personality type with the incidence of many kinds of disease including coronary heart disease, cancer, arthritis, migraine, low back pain and asthma among others. (LeShan: 1959, 1966; Scotch and Geiger: 1962; Simonton and Simonton: 1975; Thomas and Duszynski: 1974).

These developments have often been published by influential scholars, and for more than a decade now. But despite this, the vast proportion of expenditure in the medical world is still directed towards

assumptions of the innovating organization and to those of the recipient or "target" group, but the ultimate objectives remain, nevertheless, the same.

In recent years, as some of the by-products of the application of science such as pollution and over-population become unavoidably apparent, there has been some re-evaluation regarding the proselytation of the scientific method and with it a new field of enquiry has emerged - that of medical anthropology. While there is still considerable argument as to the scope and methods to be used in this discipline, most of its adherents are agreed on one point - that modern Western or cosmopolitan medicine, to use Dunn's terminology (1976: 135) has paid undue attention to the rationalization and quantification of its techniques while neglecting to take into account the social and cultural aspects of health and sickness. These views have received impetus from outside anthropology: from the medical world itself, from epidemiology, biology, and physics.

As Rosen (1958: 225 ff) Dubos (1961: 131) and McKeown (1965: 21-58) have demonstrated, the general improvement in health and decrease in mortality rates in the Western world largely took place *before* the advent of modern drugs and technology. These changes towards the end of the nineteenth century, are attributed to better nutrition and to the introduction of certain standards of public hygiene instigated by medical reformers who were sometimes actually opposed to the germ theory of disease. McKeown also stresses the importance of the introduction of birth control (1971: 36) and believes that this is the most significant variable to consider in accounting for improved health conditions. According to McKeown (p.36) the contribution of clinical medicine to general health standards was not significant until the second quarter of this century and by that time most of the total decline in mortality had already been achieved. The conclusions that are drawn from these articles are that social and cultural factors and man's relationship to his environment are of crucial importance in the occurrence of disease.

John Powles, in an illuminating article (1973) in which he makes

certainly an advocate of *l'homme machine* :

“You are to be in all things regulated and governed,” said the gentleman, by fact. We hope to have, before long, a board of fact, composed of commissioners of fact, who will force the people to be a people of fact and of nothing but fact. You must discard the word Fancy altogether. You have nothing to do with it... You must use...combinations and modifications...of mathematical figures which are susceptible of proof and demonstration. This is the new discovery. This is fact. This is taste.” (1854)

Many of the behaviorists of today seem to be the direct descendants of Mr. Gradgrind with their twin goals of total predictability and complete quantification. Although most social scientists do not take such an extreme stand as the behaviorists, nevertheless, social science, still in adolescence and hence often unsure of its ultimate goals, has usually sought to emulate the pure sciences. While there are some notable exceptions (for example, M. Mead, C. Geertz R. Bellah, and V. Turner), for the most part, descriptive and qualitative data, while acknowledged to make a work more readable, has generally been used only as a preamble to quantitative analysis. Quantification and objectification are the prime tools through which it is hoped to master the complexity of man both as social and biological animal.

It was relatively easy therefore for social scientists from technologically advanced countries, secure in the knowledge that science held the answers, to take on the role of organizers and assistants in modernization in pre-industrial societies, and it was in this setting that the field of applied anthropology came into being. The role of the anthropologist in these endeavors was usually to provide an analysis of the folk belief system regarding illness or agricultural techniques, for example, and hence to highlight points at which special efforts would be needed in order to facilitate the smooth introduction of scientific methods into the “target” society. A more sophisticated approach taken by Foster (1958, 1969) and others (Simmons: 1955, Jansen: 1973) is one in which consideration is given both to the culture and

# Man as Machine and Man as Microcosm: A Comparison of Western and Traditional Japanese Approaches to Patient Care

Margaret M. Lock\*\*

In 1620 Francis Bacon was moved to state:

There are and can be only two ways of searching into and discovering the truth. The one flies from the senses and particulars to the most general axioms...this way is now in fashion. The other derives axioms from the senses and particulars, rising by a gradual and unbroken ascent, so that it arrives at the most general axioms last of all. This is the true way, but as yet untried. (Novum Organum: 1620)

Since the 17th century the second method has been accepted in the West as the "true way". The ultimate purpose of scientific enquiry has been objectification, the attempt to attain single vision, a state in which an absolute distinction should be maintained between observer and the external world. Until recently it was generally accepted that, while we still had a long way to go, we would nevertheless through scientific enquiry, eventually be able to put all the pieces together and complete the jigsaw—we would eventually reach a point of total mastery over the environment, a position of dominance which would be, in effect, free of, and above culture. There have, of course, been a few distinguished dissenters to this viewpoint, such as William Blake, but on the whole, until the advent of Einstein, the belief was generally accepted as dogma.

Charles Dickens was one of the first novelists to portray, and censure this type of thinking. Mr. Gradgrind of *Hard Times* was

---

\* Paper Prepared for the Second International Symposium on the Comparative History of Medicine-East and West, October, 1977  
Department of History of Medicine, McGill University, Montreal, Canada

日本医史学雑誌二十七卷総目次

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……………一〇五  
 一八世紀日本の医学における科学革命  
 一蘭方の発展のための思想的な前提  
 (一)……………ウィリアム・D・ジョンストン……………一〇六  
 手塚良仙光亨知見補遺……………深瀬 泰旦……………一〇七  
 森井恕仙とその医学……………山形 徹一……………一〇七  
 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……………一〇七  
 弘前藩斜里越冬兵と瘰癧病……………松木 明知……………一〇七  
 Theory and Practice in British Psychiatry  
 from J.C. Prichard (1785—1848) to  
 Henry Maudsley (1835—1918)  
 ………………W.F. Bynum……………一〇七  
 戦前の精神科病院における脚気の発生  
 状況—巢鴨病院—松沢病院の統計を  
 中心に……………岡田 靖雄……………一〇七  
 御雇教師エルンスト・チーゲル……………小関 恒雄……………一〇七  
 鳥山松円の研究—「からすやま」か  
 「うやま」か……………松木 明知……………一〇七

一八世紀日本の医学における科学革命  
 一蘭方の発展のための思想的な前  
 提(一)……………ウィリアム・D・ジョンストン……………一〇六  
 馬王堆出土の帛書『足臂十一脉灸経』  
 札記(一)……………趙 有 臣……………一〇五

Concepts of Psychiatric Interest in  
 Chinese Traditional Medicine  
 ………………Hans Agren……………一〇六

“Psychiatry” of Paracelsus……………Hiroshi OHASHI……………一〇七  
 古京出土遺物の医史学的研究(その一)  
 木簡について……………樋口誠太郎……………一〇七  
 大槻玄沢と厚生新編……………山形 徹一……………一〇七  
 吳秀三・富士川游両先生がはじめてで  
 あった頃—わが国医史学の濫觴を  
 めぐ……………岡田 靖雄……………一〇七

日本眼科学の先覚・井上達也(一八四  
 八—一八九五)伝補遺……………福島 義一……………一〇七  
 本邦における草創期の胆のう外科……………松木 明知……………一〇七  
 Man as Machine and Man as Microcosm:  
 A Comparison of Western and Traditional  
 Japanese Approaches to Patient Care  
 ………………Margaret M. Lock……………一〇七

概説

日本解剖学史……………酒井 シヅ……………一〇七

資料

- 杉田(玄白)氏の家紋……………緒方 富雄…三〇四～三〇五
- 帝國大学医科大學別課医学科第十九回、二十回  
卒業生名簿……………小関 恒雄…三一九～三二〇

第82回日本医史学会総会演題目次

特別講演

アイヌ頭蓋骨の人類学的研究の史的考察

……………渡辺左武郎…三〇三～三〇五

会長講演

益満休之助と関寛斎……………高山 坦三…三〇六～三〇七

一般口演

- 1、薬師如来瑞応伝にみる治病信仰…関根 正雄…三〇八～三〇〇
- 2、病草子と平安時代の諸文献に見え  
る主な疾患……………MAC E 美枝子…三〇〇～三二二
- 3、医心方の伝写について……………杉立 義一…三三三～三三五
- 4、香月牛山編「老人養草」について  
……………山根 信子…三三三～三三六
- 5、天保期における藤堂藩と本草学…茅原 弘…三三六～三三七
- 6、「紅夷外科宗伝」と他種の紅毛外  
科書との比較……………酒井 シヅ…三三八
- 7、江戸時代の人体型模……………八十島信之助…三三九～三四〇
- 8、いわゆる「ターヘル・アナトミア」  
と解体新書の比較(その二)……………酒井 恒…三三〇～三三三

- 9、大槻玄沢と厚生新編……………山形 敏一…三三三～三三四
- 10、松岡恕庵の再評価……………宗田 一…三四四～三四五
- 11、伊東玄朴門人「徳岡左門」につい  
て……………末中 哲夫…三三六～三三七
- 12、中川五郎治の種痘に関する小資料  
——新潟県で発見された北方系種痘  
資料紹介……………蒲原宏・藤井正宣…三三六～三三九
- 13、甲斐における痘科及び牛痘種法の  
伝搬について……………神田 昌道…三三〇～三三一
- 14、江戸時代の麻疹流行……………松田 武…三三三～三三四
- 15、安政年度のコレラ流行の北限につ  
いて……………松木 明知…三三五
- 16、蝦夷地の壊血病と小林東鴻……………谷沢 尚一…三三五～三三六
- 17、近世農村の医療事情——守山領の  
場合……………星田源四郎…三三七～三三九
- 18、徳島時代の関寛斎……………福島 義一…三三九
- 19、戊辰戦争中の軍事病院(Ⅰ)奥羽  
出張病院について……………佐久間温巳…三四二～三四三
- 20、「籠氏内科学」神経系諸病につい  
て……………安井 広…三四二～三四三
- 21、東京大学医学部所蔵第一号頭骨標  
本の由来について……………小川鼎三・神谷敏郎…三四四～三四五
- 22、新島襄をめぐる医師・看護婦たち  
……………長門谷洋治…三四六～三四七

- 23、鷗外の友人・賀古鶴所……………澤井 清…二四八～二四九
- 24、本邦における皮下注射の濫觴と札  
幌梅毒院……………宮下 舜一…二五〇～二五一
- 25、北海道における明治期の帝王切開  
術について……………松木 明知…二五三
- 26、(誌上発表) 屯田兵村におけるわ  
が国初期の農村保健の統計について  
……………清水 勝嘉…二五三～二五四
- 27、比較言語学的方法による身体意識  
史検討の試み(六) 性……………三輪 卓爾…二五四～二五五
- 28、工場法の審議過程における条文修  
正の状況……………乾 修然…二五五～二五六
- 29、(誌上発表) 極東国際軍事裁判記  
録のなかにある「厚生省」記事につ  
いて……………清水 勝嘉…二五六～二五七
- 30、岡谷蚕糸博物館所蔵資料における  
製糸工女の医療費負担について(第  
三報・入院、死亡及び帰宅の場合)  
……………清水 勝嘉…二五六～二五九
- 31、岡谷蚕糸博物館所蔵資料にみる製  
糸工女の医療費負担について(第四  
報・一ケ年間の薬価支払先について)  
……………清水 勝嘉…二六〇～二六一
- 32、(誌上発表) 大正十五年の諏訪地  
方における各製糸工場病室の看護婦  
名簿について……………清水 勝嘉…二六一～二六二
- 33、ドイツ医学採用前後の別な事情(二)  
主に Public Record Office, London  
の資料よりの引例……………原口 忠男…二六四～二六六
- 34、明治中期における外科学講義の一  
例……………奥富 敬之…二六七
- 35、明治時代におけるわが国の造鼻術  
……………星 栄一…二六八～二七〇
- 36、戦時下において活用すべき歯科界  
の人的資源(昭和十八年) について  
……………本間 邦則…二七〇～二七三
- 37、中世ヨーロッパの医戒・養生訓—  
中世医学のメッカ、サレルノの養生  
訓から—……………大槻真一郎…二七三～二七四
- 38、同時代人としてのアンブロアズ・  
パレとフランソア・ラブレール……………大村 敏郎…二七五～二七七
- 39、George B. Newton と種痘事業…深瀬 泰旦…二七九～二八〇
- 40、世界最初のクロロフォルム麻酔死  
——ハンナ・グリーンナー事件——…松木 明知…二七九～二八〇
- 41、ビルロートの胃切除術成功百年…古川 明…二八〇～二八二
- 42、風の医学(中国古代の場合) ……家本 誠一…二八三～二八五
- 43、丁若鏞の医学思想について……………梁 哲周…二八五～二八六
- 44、中国における太医署の職務の史的

変遷について——唐代を中心とし  
て……………山本 徳子…三六〇三六

45、中国伝統医学における薬物及び方

剤の効能分類の変遷……………梁 哲宗…三六〇三六

### 例会記事

Vesalius の Fabrica の初版本と再版本

その他の比較について……………高木和男・保坂捷子…三六

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……………大島蘭三郎…三六

愛生館について……………片桐 一男…三六

来日宣教医 Wallace Taylor (一八三五—

一九二三) について……………長門谷洋治…三六

玉障院様御麻診諸留帳……………戸塚武比古…三六

Caulman 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…三六

幕府医官人見家の人々……………深瀬 泰旦…三六

芦原將軍一代記……………岡田 靖雄…三六

わが国の分婉様式の変遷……………蔵方 宏昌…三六

中国医学における薬物及び方剤の効能、

分類に関する考察……………梁 哲宗…三六

近世農村の医療事情——守山領の場合……………昼田源四郎…三六

E・ジェンナーの論文におけるグリースに

ついて……………添川 正夫…三六

福沢諭吉の杉田成卿観……………緒方 富雄…三六

ドイツにおける医史学関係資料並に研究の

現況……………鹿子木敏範…三六

映画・くすりと日本人——古代から近代薬

の黎明まで……………三六

呉先生・富士川先生が初めて出会った頃

——わが国医史学の濫觴を探る……………岡田 靖雄…三六

土肥慶蔵とその学統……………長門谷洋治…三六

維新前後の徽毒問題について……………原口 忠男…三六

大目付井上筑後守政重のオランダ医学への

関心……………長谷川一夫…三六

伊子水軍↓切支丹伴天連↓日本洋薬事始め

↓ゼーランジャ城……………升本 清…三六

有田樹林の論文「日本種痘家の始祖」につ

いて……………添川 正夫…三六



# NIHON ISHIGAKU ZASSHI

Journal of the  
Japan Society of Medical History

---

Vol. 27 No. 4

Oct. 1981

---

## CONTENTS

### Articles

- A Medico-historical Study on Unearthed Remains in  
Ancient Capitals of Japan (Part 1) on Mokkan, or Wooden  
tablets .....Seitaro HIGUCHI...( 293 )
- Gentaku Otsuki and Kosei-Shinpen .....Shoichi YAMAGATA...( 304 )
- The First Encounter of Dr. Kure Shuzo and Dr. Fujikawa  
Yu—Searching the Beginning of Full-Fledged Study of  
Medical History in Japan .....Yasuo OKADA...( 316 )
- Supplement to a Biography of Dr. Tatsuya Inoue, Pioneer of  
Japanese Ophthalmology(1848-1895)···Giichi FUKUSHIMA...( 324 )
- An Early History of Gall-Bladder Surgery in Japan  
..... Akitomo MATSUKI...( 335 )
- Man as Machine and Man as Microcosm: a Comparison of  
Western and Traditional Japanese Approaches to Patient  
Care .....Margaret M. Lock...( 422 )
- A Short History of Anatomy in Japan .....Shizu SAKAI...( 344 )
- Materials** .....( 359 )
- Miscellaneous**.....( 384 )
- 

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