

半夏・茯苓・白朮・乾姜・厚朴・川鳥頭・当帰・芍藥・生姜
某一方

大半夏湯加生姜
某一方

附子理中湯加柴胡・半夏・茯苓・芍藥・厚朴
某 方

白朮・乾姜・正坐(附子)・肉桂・木香・熟地黃・柴胡・甘草・人参
一婦

芍藥・乾姜・當帰・附子・厚朴・枳實・桃仁・延胡索
一某

當帰・用鳥頭・正坐(附子)・獨活・羌活・乾姜・桃仁・牛膝・杜仲・生姜

一某

四君子湯加厚朴・生姜

以上、少し引用が多すぎたかもしれないが、この配剤録を一通りながめてみて、いくつか気づいた点を列記してみたい。

①確かに、鳥頭・附子・乾姜といった温熱剤が多用されているが、入参はやや頻度が少ない。人参が高価なためであろう。
②必ずしも「桂枝湯加味」を用いていない。このことは、『医方規矩』に示されているように、營衛調和の本治法として桂枝湯をあげ、衛気を補うために附子や乾姜を加え、さらに症状に応じて数種の、薬味を加味するといった方法が、「理論上」の医説で、実際の臨床に際してはもう少し柔軟な対応をしていたことがわかる。あるいは、1689年以降の玄医の医説の発展であるのかもしれない。

③半夏・茯苓・厚朴などの使用頻度が意外に多いのに驚く。中国では「半夏」の燥性を嫌ってあまり用いられないのに対し、玄医が半夏を頻用したのは湿潤な日本の気候を考慮してか。また玄医のこの配剤をみて、後藤良山の「順氣剤」(半夏・茯苓・枳實・厚朴・生姜・甘草)の提出が既に予期される。

④「氣を破る」という理由で、防風・羌活・薄荷・紫蘇葉などを玄医は嫌ったが、絶対使わなかったわけではない。それはむしろ臨床家としての立場に拘れば、至極当然のことである。

11. 結語

一、名古屋玄医の学説は、曲直瀬の学説を否定する形で構築されたのではなく——つまり「後世派」の学説に

反対して「古方」を説いたのではなく——朱丹溪以降の中国医学の二つの大きな流れ——「易水学派」と「錯簡重訂学派」——の影響下に形成された。

具体的には薛己・張景岳・程應旄に負うところが大きい。

富士川游の「喻昌の『尚論篇』を読んで傷寒論に帰ることを説いた」という指摘は誤りである。

ただ、喻昌から程應旄へ連なる「傷寒論觀」が玄医に与えたインパクトは少なからぬものがある。それは『尚論篇』の主旨である「錯簡重訂」にあるのではなく、傷寒論の「本旨」においてである。

二、曲直瀬が李朱医学を日本的に受容しようとしたのに対し、名古屋玄医は「易水学派」

や「錯簡重訂学派」の医学をある理念に基づいてこれに見合うもののみを受容した。

その理念とは『易經』の本義「貴陽賤陰」あるいは「扶陽抑陰」であった。これは玄医の「生命輩であり、この理念に基づいて中国医学を批判的に受容し、自ら古典に帰ることを説いて、次第に独自の医学観を形成していく。こうした医学思想の基盤は、当時の儒学、特に「仁斎学一」にあると論じた。

三、玄医の医説とは、この生命観に基づいて生命の本源たる陽気を抗病反応の原点に据え、陽気を損なう、寒気を邪とし、扶陽」「補陽」を治療の本質ととらえる点にある。そこには、抗病反応全体の虚実を問題にするという意味で、「易水学派」の「臟象学派」から脱皮せんとする意図が窺える。

陽気が充分あって邪と抗している時は、瀉すことも「扶陽」のために必要であると認識される。

「易水学派」からの脱皮には「傷寒論觀」の認識が重要な役割を果した。

四、玄医は「貴陽」という本旨に沿って『素問』『靈樞』『難經』『傷寒論』『金匱要略』『諸病源候論』を統一した病理観によって説かれた書であると考えた。そして「貴陽」という「法」と「方」が兼備している張仲景方、特に桂枝湯を重視した。

ただ玄医にはまだ『傷寒論』をその六經の流れに沿って、条文の指示に依って運用するという立場は熟していなかった。

五、玄医の「万病はすべて寒気の一に傷(やぶ)られるによって生ず」という「病因論」や「歴試」という経験主義的実証主義は後藤良山や吉益東洞に連ねることができる。

また『素問』『靈樞』『難經』『傷寒論』『金匱要略』『諸病源候論』を統一的に解釈しようとした点で内藤希哲な

どに連ねてその影響力の大きさを追うこともできる。その意味で、名古屋玄医研究の意義は極めて大きいと考える。

〈註および文献〉

- 1) 「玄医は喩嘉言の書に因って始めて仲景を尊信す。然れども猶、温補を以て主と為す」とある。
- 2) 「壯なるに及んで始めて医を学び喩氏の書を得て、之を読み發憤して吉に泝(さかのぼ)り、直ちに仲景を以て、師と為す」とある。
- 3) 『丹水家訓』序に「人あるいは玄尚白し(道の未熟なさまを譏った語)と日うといえども、更に縕(くろ)にすべからざることの自有りて以て自保す」などとある。
『纂言方考評議』は玄医の方考に対し北山寿安が評議しているが、痛烈な皮肉や反発
が随所にみられる。玄医自・身も『丹水子』の中で、「惰慢放逸、世事を知らずして、人の咎むる所を顧みず。衆医を謗毀して、常に喙長きこと三尺……」云々と述べている。
永富独嘯庵『漫遊雑記』に述べられている「後藤良山の入門を金錢的理由で断わった」というエピソードは、歯に衣をきせぬ玄医に対する誇張か。
- 4) 『丹水子』に「我痺を病みて已来、固く謹戒を守り、服薬保養すること已に六年にして痺未だ癒えず……今、行年五十有二、能く辛苦して謹戒を守るも十年の内に過ぎず」とある。
『丹水家訓』に「將に老いんとして腰脚擁瘞して両手も亦た痿痺す。既に廢人となれり……躬親(自らすすんで)療養、撰生して幸に没せざることを得たり。ただ没せざることを得るのみにあらず、所痛訖(やま)んと少康して精神は却って他日に倍す」とある。
このことから多発性関節リウマチのような病気ではなかったかと推定される。
これに対し墓碑には「四十九歳にて病を罹らい左癱す。然れども志を励し……云々」とあり偏麻痺を凝わせる。しかし脳卒中のような病気なら、一般に知的活動は制限されるであろう。
- 5) 『金匱要略註解』「血痺虛勞病篇」桂枝加竜骨牡蠣湯の註にみる。
- 6) 『丹水家訓』吉(芳)村拘.益増註。
- 7) 例えば一. 金華の戴叔能が曰く、医は人を活(けか)すを以て務と為す。吾が儒道と最も切近なり。唐書に之を技芸に列ねしより、吾儒之を滌るを屢蟹よしとせず、世の医を習う者、一家の成説を誦し、一定の方を守り、以て其の病の偶中を幸(ねが)うに過ぎず、復(また)深く上に聖賢の意を求めて、以て夫の陰陽、造化の会帰を明かすことを索めず。人博(ひろ)く群書を極め、衆議を採択して、以て論治の権変を資(たす)くること能わず。
- 甚しきは古方を屏(しりぞ)け棄て、臆見を附会するに至る。展転して、以て相迷ふて其の患たること少なからず、是豈(あ)に聖賢の生民を慈惠するの盛意ならんや」及び「凡そ病を治するに、僕隸を以てするか、門戸を以てするか、弁佞を以てするか、抑々(そもそも)方剤を以てするか。苟しくも方剤を以てせば則ち書を読まずして、何を以てか方意を知らん。我病を治するに方を択ぶ。之を用いて応ぜざる時は則ち退いて巣孫(巣元方・孫思邀)已上の論を考え、金匱・千金已下の方を択びて之を用う。応ぜざる時は則ち又退いて弥(いまいま)々思うて已まず。若し応じて痊(い)ゆるこそ有るは学の力に非ずして何ぞ。彼らが思わずして徒らに偶中を求むるが如きに非ざるなり」などである。
- 8) 安井広迪「日本に於ける朱丹溪学説の受容について」(第八回日本医史学会抄録『日本医史学雑誌』第二九卷二号)
- 9) 『類經附翼』・求正錄
- 10) 『難經註疏』三十六難の注に「試みに鶏卵を取りて之を見るに、外の白水、内の赤水を包む。是、陰陽水火気皿の象なり。但し赤きは右に在り白きは左に在りて左右分列するのみに非ざるなり。水中に真陽を包みて之有り。即ち知りぬ、元陽、命原の水中に存すること」とある。
ここでは、玄医の「命門」は張景岳の如く「命門の火を元氣と謂い、命門の水を元精と謂う」を受けているように思われる。「三十九難」の解説では「左為腎、右為命門」「男子以藏精」「女子以繫胞」の「為」と「以一の字を味わうと「命門は即ち是れ腎中の真陽にして、左右の分ありといえども、その氣を通じて實に一腎のみ」というのである。玄医の「命門」は「水」の中に丹(あかあか)々と燃えている「真陽」ということになる。
- 11) 『金匱要略』「臓腑経絡先後病脈証、膝は是れ三焦、元真を通じるの処、血氣の注ぐ所と為す。理は是れ皮膚・臓腑の文理なり」
- 12) 『丹水子』序。
- 13) この点については『漢方の臨床』創刊三十周年記念特集号に拙稿「名古屋玄医の医学思想と桂枝湯類の運用について」として投稿中。

- 14) 任応秋『中医各家学説』(上海学術出版社, 1964年).
 15) 北京中医学院主編『中国医学史講義』夏三郎訳(燎原 1974年).
 16) 例えは「我在臨床運用『逆流挽舟法』的体会」(上海中医薬雑誌 1983年第一期), 「喻嘉言論治伏気春温的検討」(浙江中医雑誌 1983年第一八卷第六期)などである.

(17) 『続方考』「傷寒門」にみる桂枝湯・麻黄湯・大青竜湯の解説は、初めに「成無己曰く」「喻昌曰く」「李時珍曰く」「注機曰く」「李仲梓曰く」「李東垣曰く」「王三陽曰く」「吳昆曰く」と各家学説を披露したあとで次の如く、自論を提出している。

按するに、桂枝湯は本(もと)、虚を治す。麻黄湯は実を治す。邪氣虛に乗ずといえども、腎脾盛んにして衛氣強き者は、暴かに風寒に中(あたれば)則ち衛氣鬱閉して行(めぐ)らざるの処、皆發熱、疼痛、強急、窒塞す。その病む所の諸症、咸(ことここと)くこれ衛氣の運(めぐ)らざるの故なり。

一身皆然り。独(ひと)り太陽經を以て例を発す。故に頭痛といい、腰疼という。皆、太陽の脈氣行く所の処なり。骨節疼は寒の骨髓に在るにあらざるなり。……

李仲梓、寒の骨髓に在るとなし、骨髓もまた表部となすは大いに非なり。

麻黄湯は特(ひと)り太陽經の藥にあらず。十二經、身百脈、風寒に中(あた)りて衛氣の鬱閉するの症に尽く用いて之を治すなり。仲景、太陽經を提げて例となすのみ。

全て、麻黄は榮(營)に寒あるを治し、桂枝は衛に風あるを治すにはあらざるなり。

風は陽なり。衛もまた陽なり、氣なり。寒は陰なり。榮(營)もまた陰なり、血なり。

寒は血を傷り易く、風は氣を傷り易し。故に、風は多くは衛を傷り、寒は多くは榮(營)を傷る。この理、固(もと)より然るべきなり。榮(營)を傷れば則ち惡寒し、衛を傷れば則ち惡風するの説は非なり。之を詳らかにすれば、論中の上下の文に、惡寒あれば寒となし、惡風あれば風となすの別有ることなし。皆後人の注する者の説なり……

且つ神農本經に曰く、麻黄は中風、傷寒、頭痛、温瘡を治し、發表し汗出て邪の熱氣を去り、効逆上氣を止め、寒熱を除き、厥竪積聚を破るを主る。桂枝は上氣歎逆を治し、関節を利し、補中益氣し、久服すれば神に通じ、軽身して老いざるを主る。

細かく神農の言を考えれば則ち、麻黄は衛氣の鬱閉

を発舒し、桂枝は衛氣の虚微を補益するなり。麻黄は榮(營)寒を治し、桂枝は衛風を治すの言有ることなし。別録もまたこれ有るなし。皆後人の浅見なり。是れ以て人を誤るなり。……

仲景、桂枝湯を用いるは尽く衛氣の虚微の証の具わるなり。麻黄湯を用いるは尽く衛氣の強盛の証の具わるなり。……

桂枝の辛甘を以て衛氣を助け風寒を除き、芍薬の酸、衛氣を取む。汗を散すれば自ら風止めども必ず肝邪、脾の賊邪となるを恐る。芍薬、大陰に入り、兼ねるに大棗、甘平にして脾を補う。ここに直ちに脾を補…わざれども補脾の意あり。故に改めて建中という。……

或る人間う。風寒一にして別なしとは何ぞ。難經に傷寒・傷風の別ありや。曰く、難經を熟読していえば則ち傷風は肝に属す。傷寒は肺に属す。湿は水となし、寒は金となす。近代程応旌独り仲景傷寒論は凡て傷寒風病諸症の例を論別して、内經は熱病六日にして之を尽くすの証を論ずるにあらざるなりと言う。是の言なり。後世は揚子雲なり。予この言を以て、傷寒論を閲すれば則ち明らかに諸質の誤まる所の者の夥(おびなだ)しきを悟るなり。我正しく長沙の室に入りて、且つ之を募逢するなり。

以上が桂枝湯の解説の項に述べられている玄医の桂枝湯・麻黄湯に対する理解である。黃湯の解説においても同様の趣旨が述べられている。

按するに風寒の榮(營)衛を傷り、頭痛項強、發熱、身体疼痛するは有汗、無汗、惡風を問わず、その人の腎脾強くして表の実する者は麻黄湯これを主る。腎脾弱くして表の虚する者は桂枝湯これを主る。夏月炎熱の時といえどもなおこれを用う。諸腎皆惡風は風傷衛、有汗となして、桂枝湯これを主り、惡寒は寒傷榮(營)、無汗にして麻黄湯これを主るを以てす。然れども仲景の本文にこの意なし。

と断言するのである。

喻昌の如く、「衛氣」「營氣」を区別せず表の「虚」と「実」で区別しているのである。

大青竜湯の解説も全く同様である。

大青竜湯は即ち麻黄湯にして実邪を發散するに石膏を加え、煩躁を解するなり。石膏を加うるにて名称を改む。青竜は升潤を以て汗するなり。又按するに、傷風・傷寒は傷榮(營)、傷衛の別なくして、虚実の別あり。故に難經に曰く、中風の脈、陽浮にして滑、陰濡にして弱、傷寒の脈、陰陽俱に盛にして緊渋、經の言

を以てこれを見れば則ち、虚実の別、言うを得ずして自明なり。

桂枝湯を「衛強營弱」とみるのは、「邪」の実と「正氣」の虚を分けた時の桂枝湯の理解である。今、名古屋玄医は、「邪」と「正氣」という二つのパラメーターを使わず、「邪」と「正氣」によってもたらされた抗病反応全体の「虚」と「実」を問題にするである。日本と中国の『傷寒論』をめぐる「虚実」の相違をここに既にみることができる。

後藤流の『傷寒論』解説も全く、この文脈で語られていく。

また「石膏」は「煩燥」を治す、と玄医がすでに述べている点は大変興味深い。

『薬徵』の方法論につなげができるからである。

18) 学問は基の本つく所の者如何と視るのみ。本つく所少しく差(たが)へば、邪正相反す。聖人は天地を以て活物(かつぶつ)と為(し)、異端は天地を以て死物と為(す)。

此の処一たび差へば、千里の繆(あやま)りあり。蓋(けだ)し天の活物為(た)る所以(ゆえん)の者は、其の一元の氣有るを以てなり。一元の氣は、猶(なレハ)人の元陽有るがごとし。飲食言語、視聴動作、身を終(お)うるまで息(や)むこと無し。正(まさ)に其の元陽有るが為めなり。若(も)し元陽一たび絶すれば、忽(たちま)ち異物と為(な)って、木石と異なること無し。唯天地は～大活物、物を生じて物に生ぜられず、悠久窮まり無し(『童子問』)。

19) 例えば、宋学の存在論を確立したとされる周濂溪(れんけい)の『太極図説』の冒頭の有名な一節。

無極而太極、太極動而生陽、動極而静、静而生陰、静極而復動を朱子は『朱子語類』卷一陳淳録の中で次のように説明する。

陰陽についていえば、作用は陽にあり、主体は陰にある。しかし、動静に端緒なく、陰陽に始源なく、その時間的順序を区別できない。いまかりにどこから起るかについていえば、結局のところ、動の前はやはり静であり、作用の前はやはり主体なのだ(山田慶児『混沌の海へ』朝日選書二〇七、一九頁の訳による)。

動から静へ、静から動へと主体と作用は当然たえず相互に転化するが、「静的な」「より根源的な」ものをあらかじめ規定して、論理的齊合性を重視している点が特徴である。

20) 『方書摘要跋』、『金匱要略註解』序文中にも同様の表現を見る。

21) 『医学愚得』序文にこうした態度をみる。この点につき三枝博音は、『丹水子』

(日本科学古典全書卷八)解説で次の如く評価している。

『医学愚得』の序文で語ってゐる玄医の次の言葉は古医方の学風を示すものとして注意すべきものがある。即ち彼は、「先賢の言」を固く信じて疑はぬ人間にも】失あり、「非を探らんとする」人間にも一得ありと述べた後、次の如く云ふ、「予が心は邪なり。常に非を探らんと欲し、毎に陰陽大論を読む。前賢の説に因る時は則ち文順ならず。文順ならざる時は則ち疑を存す」このような良き懷疑主義的研究法は当時李朱学派を盲信してゐた一般の医学者のそれと正に対立するものであり、後に古医方を完成した吉益東洞のいはゆる「親試実験」を主とする研究態度の萌芽と見らるべきものであらう。

22) 『丹水子』。

23) 『語孟字義』卷の上、冒頭の一節。

予かつて学者に教うるに語孟二書を熟読精思して、聖人の意思語脈をして能く必目の間に瞭然たらしむるときは、すなわちただ能く孔孟の意味血脉を識るのみにあらず、又能くその字義を理会して、大いに謬るに至らざることをもってす。それ字義の学問における固に小なり。しかれども一もその義を失するときは、すなわち害をなすこと細ならず。ただ当に一「これを語孟に本づけて、能くその意思語脈に合して、後まさに可なるべし。妄意に遷就して、もつておのが私見を雜ゆべからず。いわゆる方柄円鑿、轍を北にして越に適く者、固に虚ならず。故に語孟字義一篇を著わして、もってこれを二重古義の後に附す。その詳らかなることは古義の在る有り。今ここに贅せず。天和三年歳癸亥に在り、五月、洛陽伊藤維楨謹んで識す。

24) 石田一良『伊藤仁斎』(日本歴史学会編集・人物叢書)(吉川弘文館・1960年)。

25) 辻哲夫『日本の科学思想』(中公新書・1973年)。

26) 深谷二氣留滞説と万病]毒説について]([『漢方の臨床』三〇卷第一〇号)。

27) 実際に症状を述べたものは最初の次の1例のみである。

一人、六十余、蟹を食し蓄毒、臓にあるによって、秋大便臓血を患う。日夜、三四度。

医卒かに止血の剤を用いて効かず。延いて半載に及び、気血漸弱・飲食漸減す。

筋肉漸痩。涼薬を服すれば則ち浮注ぐ。熱薬を服すれ

ば則ち腹癒えて痛み、血癒えて下す。諸医技窮まる。之を治するに用う。

人参・椿白皮・甘草あとは「治陰茎瘡し「風湿瘻」「老婦風邪咳痰」「上焦眩暈」などと記してあるものがあるのみである。

②名古屋玄医における桂枝湯類の運用について

(1) はじめに

私は北里東医研に来て三年。この間ずっと矢数道明所長の外来に付いて勉強させていただいてきた。昨今の先生はさすがに円熟の境地、博く衆方を采って処方に窮することがない。しかしそんな中でも私には一つの顕著な傾向がみうけられるようになったとの印象を受けている。

その傾向とは先生の示される処方の中に、桂枝加芍薬湯・桂枝加朮附湯・桂枝加苓朮附湯・桂枝加黃耆湯・堅中湯(即ち桂枝湯加半夏・茯苓)など、桂枝湯類の占める頻度が増えてきたことである。「後世派」の伝統を継ぐ第一人者として衆目に聞こえる先生にして、このように桂枝湯加味を多用されることは注目してよいことと思われる。

例えば桂枝加芍薬湯、頭痛や生理痛、関節痛、めまいなど雑多な愁訴をもつ患者に対し、その富沼に「脾虚」があるとみれば、まず桂枝加芍薬湯を出されることが多い。

例えば堅中湯、中皖あたりの圧痛や自覚的胃部不快感に用いられて卓効をとるのはよくわかるとして、先日は肋間神経痛を主訴とする患者に対してもこの処方を出された。確かに患者は胃部の不快感も訴えていたが、堅中湯では処方が甘い、などと初心者たる私の疑惑はみごとに裏切られる。三週間後に再診にみえた患者は「おかげさまで胃腸の具合もよくなりましたし、神経痛もおさまりました」と晴れやかな顔。ウームと感心することしきり。

オーソドックスな処方で病態を動かし、だめなら種々の加減や「後世派」の処方に変えてみるというのが先生の基本的態度とお見受けした。いわば、「太極療法」を第一義としているというべきか。

次に大塚敬節先生が書かれた次の文を紹介してみたい。

「東洞の晩年の治療について」とのザブタイトルの下に書かれた次の文である(注1)。

最近、私は面白い本を発見した。東洞の亡くなる三、四年前に先生の門人が外来患者の症状と醉処方を書いた写本がある。この中に出てくる処方を

統計的に見ると、桂枝加朮附湯と桂枝加苓朮附湯が圧倒的に多い、四〇〇位の症例のうち、一〇〇方近くはこの両者を使っている。東洞先生は石膏が好きだといわれているが、ほとんど使っていない。また柴胡剤は、東洞柴胡といわれているように多用しているのではないかと思ったが、大柴胡湯は二つか三つしか用いていない。むしろ、小柴胡湯を用いており、激しく攻撃するような薬は使っていない。桂枝加朮附湯などは、攻撃剤でなくてむしろ補剤に近い薬効を持っているが、東洞はいろいろの病気に用いている。身体の疼痛以外に、胃腸の弱い人など非常に広く使っている。私は最近先生の真似をしてみたが、音幽外に効くことがある。慢性冒腸病には、桂枝加苓朮附湯などは使い道はないよう思うが、使ってみると疲れなくなったとか、肩がこらなくなったとか、元気が出て来たということが多いよう思う。

こうしてみると漢方の大家ともなると桂枝湯加味に非常な愛着をもたれるものかなどと思い、改めて深く処方の運用について研究してみたい気持に駆られるのである。

いうまでもなく桂枝湯は『傷寒論』の最初に登場する処方で浅田宗伯も尾台榕堂もこの処方とその発展方の重要性を『勿誤方函口訣』や『類聚方廣義』の中で口を極めて絶賛している。

浅見をもってしても桂枝は表・陽・気、芍薬は裏・陰・血に働きかけるとみれば、これを佐する甘草を加えて表裏のベクトルをもち、生姜・大棗のもつ脾氣を中心とした上下のベクトルと合わせると、周身に遍ねく行きわたって万病の基本処方となることは容易にうなづける。私はかつて桂枝湯の五つのエレメントの分量を変えて、桂枝湯・桂枝加桂湯・桂枝去桂湯・桂枝加芍薬湯・桂枝去芍薬湯・桂枝湯加生姜大棗湯・桂枝湯加甘草湯を作つて飲み比べたことがあるが微妙な味わいのちがいを大変興味深く思った。桂枝湯は虚証の人の風邪薬とか、「衛氣」を整える方剤と軽く考えがちだが、經文の示す如く「嘗衛和すれば則ち癒ゆ、桂枝湯に宜し」の意味は極めて深長である。衛氣を整えるには嘗衛調和を図らねばならず、嘗衛の調和とはそのまま漢方治療の要諦であるからである。

さて前置きが大変長くなってしまったが、この嘗衛調和を金科玉条の如く重視して、万病に桂枝湯の加味方を応用しようとした人がいる。名古屋玄医(一六二八~一六九六)である。名古屋玄医という人は、万病は寒氣に傷されることによって生ず、もう少し正確に言うと、

寒氣にあたると、これに抗する陽氣・衛氣が損なわれ、これが万病の引き金になると考へたから、衛氣を扶げるこことを治療の本質とした。どうしてそんなふうに考へたかといふと彼の医学思想の基本に「貴陽賤陰」という儒学の生命觀があつたからである。生命とは陽の主宰するものだと生命觀からは、明代に流行した「滋陰降火法」は生命的法則に悖るものとしてこれを拒否し、「内經」も「難經」も「諸病源候論」も「傷寒論」も「金匱要略」も「貴陽賤陰」の考え方に基づいて著された書だと主張した。「陰虛」でさえ陰分の「陽虛」であるというのが彼の説である。例えは「傷津」の極みに生津益陰の薬物ではなく桂枝加附子湯を指示するといった「傷寒論」「太陽病篇」のこころをみれば彼の主張の一端がうなづける。

そんなわけで、彼はすべての病態に対し、衛氣を扶げることを主眼としたから、嘗て衛調和の本治法として桂枝湯を掲げ、個々の病態に応じてこれに薬物を加味するという方法を示した。

では玄医は実際に桂枝湯類をどのように臨床に応用したかをみてみたい。

(2) 「医方規矩」にみる桂枝湯類運用の実際

名古屋玄医が桂枝湯類をいかに臨床上応用したかを知るには『医方規矩』という書物をみればよい。この書は私の知る限りではすべて写本であつて刊本はない。国会図書館・大塚恭男先生蔵書などでみることができるが、つい最近『近世漢方医学書集成』一〇五・「名古屋玄医」(名著出版)にも収載されている。

写本であるから玄医がいつこの書を書いたか明らかでないが、『医方摘要』や『医方問余』など他の著作と比較して比較的晩年のものではないかと私は考へている。

この書の病門の立て方は聾廷賢の『万病回春』に類似しており、雙廷賢や李東垣・朱丹溪などを「前人曰く」として、それぞれの病門に対する彼らの処方をあげ、そのあとで家法云々と自説を抜瀝している点が特徴である。

この書の内容をすべて述べることはできないがその一部を抜粋すると次の如くである。(表1参照)

一瞥してその特徴を述べるならば、ひとつには先に述べたように「貴陽」という考えに基づいて桂枝湯類を掲げ、補陰薬・補血薬をあまり用いないことである。もうひとつは『万病回春』に示されるような多味な方剤、ごちゃごちゃした方剤を嫌ってなるべく簡単な処方で対応しようとしていることである。この点は江戸時代の古方派にみられる重要な特徴であるといってよいと思う。

「水腫」の項に「家法は外邪には桂枝湯加白朮・附子・虚には唯、人参・白朮・附子を用う」とある。桂枝加朮附湯は吉益東洞の創作とされているが玄医に既にこうした加味をみることができる。ただし東洞の朮は蒼朮であつて白朮でなくその点は異なる。

「黄疸」に桂枝湯加茵蔯、「泄瀉」に建中湯加赤石脂・乾姜などというのもおもしろいと思う。「自汗・盜汗」はそれぞれ陽虚・陰虚・だとして一般に方剤が異なるが、玄医は「自汗には桂枝湯加附子・乾姜・白朮・盜汗もまた然り」と、陽気が補なわれれば、津液は自ら再生されることを主張している。

桂枝湯に加味する薬物は、衛氣を扶ける意味で、附子・乾姜・白朮・人参が多いが、もうひとつの基準は、それぞれの症状に有効と思われる薬物を、薬効の実際的な経験から提示しており、『医方規矩』の巻末に『薬品規矩』としてまとめられている。(表2参照)

興味深いのは、例えは「頭痛」の薬物として、太陽經に川芎、陽明經に白芷、少陰經に細辛、厥陰經に吳茱萸など引經薬を提出する明代の医家に対し「家法は川芎・川烏頭、あるいは厚朴・引經を論せず」などと記している点である。長く瘡癰を患う瘡家に対し、「家法、黃耆・連翹を玖って主と為す。升麻もまた可なり」などとあるから、玄医は皮膚疾患に対して、桂枝湯加黃耆・連翹・升麻と言った処方を用いたものと推察される。

(3) 考案

以上が名古屋玄医における桂枝湯類運用の概括である。いろいろ批判もあるかと思う。例えば、すべての病態に対し「桂枝湯」ではあまりに芸がなさすぎるし、『傷寒論』の述べる治療指示の妙とは決してこのように桂枝湯加味の乱用ではないはずであるといった批判である。

私もそう思う。

しかしこうした傾向はいわゆる「古方派」と称される医家の間に少なからずみられる一つの特徴であるとみることもできる。彼らは臨床上の親試実験をさかんに主張した。玄医について言うならば「歴試」である。そのことと彼らの病因論との立場に注意したい。「万病寒氣説」とか「一氣留滯説」とか「万病一毒説」といった病因論は、千変万化してあらわれる個々の「病氣」のその病因とその発生病理について実は何もいっていないのに等しい。私は彼らが真に親試実験に徹するならば、万病はやはり種々の「原因」でおこると修正せざるを得ないのでなかつたかと思うのである。にもかかわらず、玄医はあくまで自らの病因論に基づいて桂枝湯を多用し、良山は順氣剤を、東洞は排毒剤を頃用した。その点が興味深

表1 (『医方規矩』一部抜粋)

病門	前人	家法
内傷	補中益氣湯, 調中益氣湯, 香砂平胃散, 參苓白朮散, 保和丸の類	人参・白朮・附子・乾姜・半夏等の類
瘧	七味清脾湯, 柴苓湯, 鱼甲飲子の類	桂枝湯加川烏頭・乾姜・白朮・驅邪湯など
痢疾	不換金正氣散, 六和湯, 參苓白朮散, 胃風湯, 連丸の類	初痢には大黃・黃連・枳殼香兼桂枝湯, 脾胃虛弱には桂枝湯加白朮枳殼・赤石脂など
泄瀉	胃苓湯, 胃風湯, 五苓散, 霍香正氣散など	建中湯加赤石脂・乾姜, 久瀉には白朮・乾姜・附子大劑, 小便短少, 水腫には白朮・附子を倍す
水腫	実脾飲, 分心氣飲, 八解散の類, 虚には六君子湯, 異功散, 補中益氣湯, 八味丸の類	外邪には桂枝湯加白朮・附子・虚には唯人参・白朮・附子を用う.
黃疸	茵藤四苓散, 茵藤大黃湯桂の類	桂枝湯加茵蘿, 虚には人参・白朮あるいは川烏頭を加う.
虛勞	滋陰降火湯, 加味道遙散, 六味丸, 大補丸の類	寒湿の五臟を傷るとなす, 故に桂枝湯加減を用う. 咳嗽には麻黃・杏仁・乾姜を加う. 粿賦瘦實には麦門冬・五味子・沙參を加う. 上にて血の見わるには犀角・生地黃・乾姜を加う. 久咳止まずして大便溏滑の者には白朮・人参・乾姜・附子・石脂を加う
汗証	自汗には參耆湯, 補中益氣湯, 茯苓補心湯, 盗汗には當帰六黃湯, 当帰地黃湯, 滋陰降火湯, 黃耆六一湯.	自汗には桂枝湯加附子, 乾姜, 白朮. 盗汗もまた然り. 自汗盗汗ともに宜しく白朮, 附子を用うべし.
癲狂	清血清心湯, 朱砂安神丸, 黃連解毒湯の類	癲には桂枝湯加竜骨・牡蠣, 狂には黃連瀉心湯.
虛煩	溫膽湯, 竹葉石膏湯の類	桂枝湯加半夏・麦門冬
不寢	酸棗仁湯, 溫膽湯	大半夏湯
大便閉	潤腸湯	麻子仁丸・桂枝湯. 寒邪去れば衛氣めぐる. 衛氣めぐれば腸潤し自ら通ず. 老弱者は人参・白朮を以て主となす.
痔痛	当帰連翹湯, 局方槐實丸. あるいは補中益氣湯, 六味丸, 十全大補湯の類を兼用.	人参・白朮・黃耆・附子を用いて元氣を補い, 血を生ず. 初起には桂枝湯加槐花・阿膠・連翹・乾姜.
心痛胃脱痛	清熱解鬱湯の類	桂枝湯加烏頭・附子乾姜. 脾胃虛弱の者は附子理中湯. 決して梔榔子・木香は用うべからず.
産後	補中養血湯, 補血定痛湯, 平胃散, 十全大補湯の類	唯, 脾胃を補うを主と為す. 血藥の地黃・当帰の類は用うべからず. 白朮・人参・附子・乾姜にて脾胃を補ない, 血を生ぜんとす. 少帶, 外邪には桂枝湯加減を用うべし. 諸の証の見われし余を聞いて, 各方を選用すべし. 小產もまた然り.
小兒諸熱	敗毒散, 升麻葛根湯の類	建中湯. 瘡疹を欲せんとする者は升麻を加う.

表2 (『薬品規矩』一部抜粋)

諸歪	前人主藥	家法主藥
中風	羌活, 防風, 桂枝, 白附子, 白僵蚕, 竹瀝, 天南星, 荆芥, 白芷	桂枝, 菊花, 白朮, 附子, 川烏頭
寒蟄	柴胡	芍藥, 桂枝, 麻黃
頭痛	川芎, 引經藥-太陽・川芎, 陽明・白芷, 少陽・柴胡, 太陰・蒼朮, 少陰・細辛, 厥陰・吳茱萸, 頸巔痛・蒿本去川芎	川芎, 川烏頭あるいは厚朴, 引經を論ぜず.
痢疾	芍藥, 黃連, 黃芩, 木香, 梔榔子	赤石脂, 禹餘糧, 芍藥, 黃芩, 大黃, 乾姜, 白頭翁.
明目		黃連, 菊花
老人失溺		牛膝
発黃		茵蘿
久瘧		知母, 龜甲
瘡家		黃耆, 連翹, 升麻もまた可なり.

いのである。

私は古方派の病因論は帰納的結論ではなく、演繹的仮説にすぎないと考えている。そしてその演繹主義の基盤は依って立つ「生命観」であると『近世漢方医学書集成・名古屋玄医』の解説で述べた(注2)。

大切なのは次の点であると思う。

玄医は「衛氣」を扶けることを治療の本質と考えて桂枝湯加味の臨床応用を最大限に敷衍しようとした。艮山ならば「順氣剤」、東洞ならば大黃や石膏の運用について、処方運用の妙味を追求した。その根底にはなるべく簡素な処方で多くの実をあげよう、薬物運用のコツを直に体得しようという意気込みが感じられる。それは裏返せば、思弁的理論の排除であり、中国医学の日本の受容的一面ということになろうかと思う。

唯、当然の如く、彼らの臨床上の実際の配剤録は必ずしも演繹的仮説の枠の中に留まっていた。玄医の場合、例えば、『名古屋玄医・経験方』を見ると、その配剤録が桂枝湯加味法ばかりでないことがわかる。

艮山にも「後藤家四剤」があって、順氣剤以外に潤涼剤・排毒剤・解毒剤が用意されていた。東洞の配剤について大塚先生の論述された如くである(注3)。

このことは、彼らの臨床の実際が、既に自らの病因論をある意味で形骸化していたとみてもよいだろう。

古方派の病因論とは、科学的アプローチによる「病因論」ではなく、「親試実験」するための「仮説」であると私は考えている。

玄医について言えば、生命は陽の主宰する法則として「扶陽」を掲げ、桂枝湯の臨床的效果を「歴試」したということになる。

その歴試の対象となった処方が、他ならぬ「経方の権輿」であり、この処方運用の可能性を最大限に引き出そうとした点に強く惹かれるのである。

あとがき

以上紙面の都合で簡単に「名古屋玄医における桂枝湯類の運用について」述べた。詳細については『近世漢方医学書集成・第百二巻・名古屋玄医』の「解説」を参照されたい。

なお桂枝湯について次の論文が参考になるから参照されるとよい。

大塚敬節他 「桂枝湯の研究」 『大塚敬節著作集 第七巻』 P186～225 春陽堂

大塚敬節 「妊娠に桂枝湯を用いた三例」 『大塚敬節著作集 第六巻』 P73～75 春陽堂

龍野一雄 「桂枝湯の構成」「桂枝湯及びその類方」

「桂枝湯」

『漢方医学大系』 P1909～2005 雄潭社

江部洋一郎 「桂枝湯」考—その雑病に対する応用と弁証—

『漢方研究』 137号 (1983) P2～11 小太郎漢方製薬

〈註〉

註1 「吉益東洞の功績について」 (『大塚敬節著作集』 第八巻 P192～209 春陽堂)

註2

	生命観	病理観	治法	方剤
名古屋玄医	命門から三焦へ絶えず湧き上がる陽氣(陽有余陰不足)	万病寒氣説	扶陽	温熱剤
後藤艮山	一元氣の順行	一氣留滯説	順氣	順氣剤
吉益東洞	生命のことば 疾医のあづかり知らぬこと (天命論)	万病一毒説	排毒	峻下剤

なお東洞の「毒」については拙稿「一氣留滯説と万病一毒説について」(『漢方の臨床』第30巻第10号)に若干の浅見を述べた。

註3 花輪壽彦 「後藤艮山の一氣留滯説について」

『矢数道明先生喜寿記念論文集』 P563～571 溫知会(東京都港区白金五-九一一 北里研究所附属東医研内)

③後藤艮山の「一氣留滯説」について

「一氣留滯説」は後藤艮山の医説として、吉益東洞の「万病一毒説」と並んで江戸時代中期の古方派の代表的病因論として有名である。

しかしこの医説はその名の通り「すべての病気の原因は身体を周循する一気が滞ることによる」というもので、こうした気の流通・閉塞をもって病気を説明することは、ある意味では中国医学の伝統的疾病観であり(注1)わが国においてもひとり艮山のみが主張した医説ではなく(注2)、従って「気が滞ることによって病気になる」という説自体は取り立てて注目すべきものとは思われない。

にもかかわらず、艮山が「百病は一氣の留滯に生ずることを識らば則ち思い半ばに過ぎん」と言うに至ったのはどのような理由からであろうか。

本稿はこの点に留意しつつ、艮山の医説の骨子とされている「一氣留滯説」の内容とその医学的意義について若干の考察をしてみたい。

(1) 背景となること

後藤艮山(一六五九～一七三三)はいわゆる「古方派」の開祖とも四大家の一人とも目される人物であるが、特定の師につかなかったこともあってか、従来の学説に固執することなく、自由な立場で医学のあり方を考究した。彼の医説の基本的立場は、臨床における実際の効果の有無を最も重視するといいういわゆる「親試実験」(注3)の態度にあるのだが、それは江戸中期という時代のもつ活動性、即ち治安が回復し、文教政策が押し進められ、あらゆる学問や技術が開花し、模倣にあきたらず批判的精神が抬頭するといった時代の動きと無縁ではない。

艮山が生きた時代には既に曲直瀬道三(一五〇七～一五九五)によって築かれた李朱医学の日本の受容および腹診書などにみる独自の工夫があり、名古屋玄医(一六二八～一六九六)による古医方の重要性を説く動きがあるなど、実証主義的な芽は確実に育くまれつつあった。しかし一方では、五運六氣説や天人合一説・易医論などとかく思弁に傾きやすい学説もあり、中国医学の受容とわが国独自の展開をめぐって、なおその方向は混沌としていた。

病因病理論についてみると、中国においては宋代に出された『三因方』の内因・外因・不内外因を受けて、金元時代には病因を外感病と内傷病の二つに大きく分類し、それらが生理的因子である気・血・痰(水)へどのような影響を及ぼすか、あるいはどの臓腑や経絡に不調和をきたすかといった形で病理論が説かれていた。

わが国ではこれを受けて例えば曲直瀬道三は、朱丹溪の気血痰鬱の論から「気血痰の三病、久しくして鬱を兼ね、或るいは鬱久しくして気血痰病を生ず」(注4)と述べて解鬱剤、例えぼ香蘇散を特に重視し、また名古屋玄医は喻昌の学説を受け「百病はすべて風寒湿より生ずるが、これを総括すれば寒気の一に帰する」(注5)といい、寒気に傷られないために防禦因子として衛気を強くすることが必要であるとして桂枝湯類を繁用するなど、中国医学の病因病理論をよく消化し、自家経験をふまえた医説とそれに対する処方を提示していることに注意したい。

艮山の医説がこうした諸論の上に立って論じられたことはいうまでもなく、防禦因子としての衛気を拡大して「元気」とし、気血痰の鬱のうち気鬱に特に注目して「気留滯説」を打ち出したと思われる。またその背景として、

儒学の復古主義があり、金元医学が宋儒の理気二元論に影響されて、理論的体系化を進めた如く、艮山の一氣留滯説には、伊藤仁斎(一六二七～一七〇五)の「=元気」が基盤として重要な役割を果したとされている。(注6)

(2) 一氣留滯説とその意義

艮山には自らの著作がないとされているため、弟子達に伝授された艮山の医説からコア留滯説の内容をまとめてみると次のようになる(注7)。

- ①生体をくまなく周循する = 元気に滞りがなければ内外の病因為あっても発病因子となることはない。つまり一元気とは生体の防禦因子である。
- ②ところがその一元気が飲食の不節制や思慮鬱抑によつて「留滯」すると、ある所は元気が「鬱」し、ある所は元気が「虚」す。元気の鬱が持続すると内傷病となり、元気の虚にはその不足に乗じて外邪が侵入する。
- ③臨床的にさまざまな姿をみせる見証として「病気」とは結局元気の鬱や外邪の「浅深久近緩急軽重」の差、つまり、気の鬱滞や進入する外邪の存在部位、病気の急性、慢性、病勢の軽重の差による相違である。と説明している。

これは『三因方』を基礎にして提出された、きわめて整然とした発生病理(pathogenesis)である。

しかし「一元気留滯説」の最大の力点は『師説筆記』の「宋明諸家の陰陽旺相、腑臟分配区々の弁に惑わず、百病は一氣の留滯に生ずることを識らば則ち思い半ばに過ぎん」(注8)に明らかな如く、「内經」に基づく陰陽五行・腑臟配当の説を「思弁」として斥け、これを言わぬために中国医学に伝統的な「気」の流通・閉塞といった「全体観」に立つ病因論を提出したことにある。その意味では「病因の穿鑿を保留する」ために伝統的な概念にひとまず病因を求めたともみることができ、例えば名古屋玄医が病因を寒気の一に帰し、吉益東洞が病因を一毒に帰すなど、古方派に共通した命題として思弁的な病因論を一旦捨て、臨床の中から新しい理論を導き出そうとする意図がみてとれる。

ただ慢性疾患や梅毒のような難治性のしかも局所の病態が問題となる疾病に対し、「腑臟理論」や「経絡理論」を思弁として排するのはよいとして、そのあとで個々の病態の相違や病気の局所観をどう説明しようというのであろうか。ただ一元気が滞るという説明だけでは不充分である。そこに「一氣留滯説」という発生病理論の苦心があり、艮山は「浅深・久近・緩急・軽重」という概念を導入して病態を説明しようとしている。

ただ「思弁を排する」という古方派の精神が徹底した形であらわれると、こうした艮山の発生病理自体も思弁として批判されることになり、吉益東洞の「万病一毒説」のように病因をいわぬためにすべて一毒という「実体のあるもの」から話を始めようという医説が提出されることになる。

もう一つ大切な点は、先にも述べたように「一元氣留滞説」の力点は「氣」の滞りに病因を求めたということ自体にあるのではなく、「一元氣留滞説」 = 「順氣剤」(半夏・茯苓・枳実・厚朴・生姜・甘草)という治療に直結した医説を出した点にあり、治療から導かれた病因論であるという点である。「順氣剤」「温泉」「灸」「熊胆(くまのい)」「蕃椒(とうがらし)」といった艮山の治療の特色は、一に気のめぐりをよくすれば病気はなおるという艮山の臨床から導かれた一つの結論であった。

従って艮山の面目は、中国医学に伝統的な氣の留滞で病気の理法を説くことの正しさを主張したのではなく「順氣剤」という処方を創造し、民間療法を上手に活用して治療の実をあげたという一点にある。そこにはいわゆる「後世派」の庸医がとかく打算に走って「人参」などの高価な補氣薬を乱用し、多剤乱用の割には治療成績が悪かったといった背景があり、医の倫理や経済効率に対する艮山の確かな目をみることができよう。

ただすべての病気に対し「順氣剤」等のみで対応できないことは、艮山自身よく承知していたようで、例えば「順氣剤」以外に、「解毒剤」「潤涼剤」「排毒剤」を創製していること(注9)からもうかがうことができる。そのことは治療から導かれた「病因論」の限界を示すものとも考えられる。またあらゆる病態に対して、順氣を主眼として対処することは、例えば病気の変遷に応じて、対応する薬方を指示する『傷寒論』の精神とどうかかわるのかという重要な問題が生ずるであろう(注10)。

純粹に「古方」をその条文に従って正しく運用しようとする立場からは、当然こうした「自家経験方」の多用に対して批判がおこった。艮山の高弟の一人、山脇東洋もその一人である(注11)。

古方派と一般に称される人々の問には、尚古主義というイデオオロギーの点でも、実際の処方の運用にあたっても、さまざまな立場の相違がみられることはいうまでもないが、しかし古方派が理論を捨てて「臨床」という経験主義を何よりも尊重したことは中国医学の日本の展開の最大の特長であり、艮山の出した「一氣留滞説」もこの文脈の中でとらえることができるだろう。

<注1>

例えば『論衡』「道虚篇」には「血脉は形体の中に在り、動搖伸せざれば則ち閉塞して通ぜず。通ぜずして積聚すれば則ち病を為して死す」とあり、『呂覽』「重己篇」にも「衣不蟬熱、憚熱則理塞、理塞則氣不達」など厚衣美食は氣の脈理を壅閉し、通達を妨げる旨の記載がみられる。『素問』には「百病は氣より生ず」(『挙痛論篇第三十九』)とある。

<注2>

例えば艮山と同時代の貝原益軒(一六三〇~一七一四)の『養生訓』には次の如く述べられている。

人の元氣は、もとは天地万物の生ずる氣なり。是人身の根本なり。

百病は皆氣より生ずる。病とは氣病むなり。故に養生の道は氣を調うるにあり。

艮山と同時代の「後世派」の雄、香月牛山(一六五六~一七四〇)の著『牛山活套』にも同様の記載をみる。

艮山以前にも例えば沢庵(一五七三~一六四五)は『医説』の中で

諸病とも氣なり。然れども氣滞ればその滞りたる所の肉血臟腑が病むなり。

氣のあつまる所が患う程に気が散れば病なきなり(諸病氣一の事)

とある。

<注3>

この言葉は吉益東洞の『東洞先生答問書』中にみられる。後藤艮山の説を述べた書の中にも「實に驗する」「實詣」などの語を見る。

<注4>

『切紙』上に「三証之外二鬱之一証有り」として六鬱をあげている。

<注5>

『医方問余』の冒頭に「万病皆莫不生於風寒湿、細分則風寒湿三氣也。總言則只一箇寒氣耳」とある。

<注6>

『語孟字義』上・天道に「けだし天地は一元氣のみ…」とあり、形而上の「理」を認めない仁斎の立場を明らかにしている。

<注7>

艮山の医説をもっともよく伝えるとされている『師説

筆記』には次の如く記されている。

凡て病の生ずる、風・寒・湿によればその気滞り、飲食によるも滞るなり。七情によるも滞るなり。皆元気の鬱滯するにより成るなり。故にその支ゆるものは大概此の如くちがえども、その相手になり滞るところは一元気なり

艮山の高弟・香川修庵述の『病因論』には『三因方』の三因の分類のうち、外傷を不内外因とすることや、七清(特に歓喜)が原因で病気になるといった記載に無理のあることを述べたあとで、「三因方」と比較しながら次の如く説明している。

若し元気の順運・充実・壯健・清爽・通暢すれば何ぞ内外の病の之れ來たらんや。苟も元気のわずかに微にして充たざれば、外の邪氣の侵あり、内の癥濁の滞あり。而る後、内外始めて種々の病患あり、外の侵襲、内も亦た患らわざること能はず。

内の鬱滯、外も亦た何ぞ逮わざるを得んや。是の如くなれば則ち所因を内外に分かつといえども、所病は煩惱にあらざるはなし。元気の事、元気もとより内外なし。内外に止まらずすべて上下左右前後皆是れ一元気の通貫・透徹するところなり。

……順すれば平にして存す。逆すれば病みて込む。平と病、存と亡は惟だ=元気の順と逆のみなり。故に治療の法、元気を順するを以て至要と為す。

備後尾道の赤沢容斎は艮山の孫・後藤慕庵門下の逸材であるが、彼の残した『救弊医話』(寛政五年〈一七九三〉自序)には「一氣留滯説」に関して、艮山の子・後藤椿庵の言葉として次の如き注目すべき記載を残している。まず「一元気」について次のように説明する。

人身の一元氣あり、天の元陽あるごときなり。天はその氣を以て運行し、息まずして動くは陽と為し、靜なるは陰と為す。

……人はその氣を以て順環して爽(ほろ)びず。覚すれば動き、寝すれば息す。皮肉臓腑以て形を奉じ、四肢九竅以て用を適う。亘なる哉。人を以て小天地と為す。……その氣を保護するは之を形と謂う。内外一貫してその形を活養するは之を氣と謂う。

形氣の二者相離れず。氣離れれば則ち形寒にして死すなり。人の体を為すなり、上下前後左右表裏、その氣の充実条暢するにあらざればなきなり。

人体を構成する「形」を「氣」の「聚」とみて、内外を自由に動きまわる「氣」を形而上学的な働きとし、氣の運行による flexible な tension を生の姿とみるというのであろう。

続いて発病にいたるプロセスを次のように説明する。

椿庵先生曰く、その氣の纏(わずか)に虛するなり。盛実ならずして鬱するなり。舒暢せざるによつて始めて原頭なし。虛するところ虚し、鬱するところ鬱す。故に人苟しくも節養を慎まざれば則ち虛を加え、鬱を増し、將に各々自ら受け易きの患を發するなり。

先子(=艮山)嘗つて曰く、百病は一氣の留滯に生ずと。今分ちて之を言へば、則ち虛鬱の二言以てその義を蔽尽すること可なり。それ鬱は暢の反対にして抑屈なり。言わば元氣抑屈して暢びざるなり。虛は實の反対にして空鬱(くうけい)なり。空の字と同じからず。

言わば元氣空鬱して實せずなり。師家虛鬱の二言を以て医を学ぶ者に示す。宜しく思い致すべし。

また別のところには、

人身の病、外感内傷を問わず、皆一氣の充ざる所に在り。一氣とは乃ち元氣なり。

元氣果して何者ぞ。即ち人身中に寒からず、熱からず、湿せず、燥せず、自から温々として活発の勢を得る者なり。若し人殻肉を節せず、起居を慎まず、陰慮暗籌、淫濶度を過ぎ、是を以て一氣纏かに留滯するなり。上下左右表裏前後、彼は有余と為し、此は不足と為す。而してその見証もまた浅深久近輕重緩急の同じからざるのみ、疝癰血虫豕(ちゆうち)隨生し隨醸す。動ずれば輒ち終身の宿疾と為す、或るいは剩し、或るいは缺し、遂に不完の身と成る者まま之を有す。實に百病の行(みち)を啓くと謂うべし。豈に燿れざらんや。

とある。

<注 8 >

『東洋洛語』『艮山先生遺教解』などに、土佐の一医生に与えたと語として記されている。

<注 9 >

有名な「後藤家四剤」である。

『養浩堂方矩』によれば次の如く著されている。

順氣剤 一切諸病出入加減無在不可

茯苓・半夏・枳実・厚朴・生姜・甘草

潤涼剤 主虛勞消渴諸血症

茯苓・括呂根・黃芩・知母・阿膠・甘草・生姜

排毒剤 主溫疫風毒痛痺眼疾瘡瘍疥癬之類

茯苓・獨活・川芎・柴胡・枳実・甘草・生姜

解毒剤 主一切痏毒

茯苓・土茯苓・忍冬・川菖・大黃・通草・甘草
また『救弊医話』には養庵(艮山)先生順氣剤は内積を主る、同排毒剤は外邪を生る、同解毒剤は淤血を主るとの記載もみられる。

<注10>

後藤家の傷寒論観を知る資料としては『傷風約言』『傷寒瑣言』『傷寒剔髓』『傷寒論析義』『傷寒論誌聞』などがある。「一元気留滞説」と「傷寒論観」の関係についてはそれ自体大変大きなテーマであるので別の機会に論ずることにして、ただ「一元気留滞説」中に解説された病気の「浅深・緩急・軽重・久近」が『傷寒論』の解釈に対しても重要な概念であり、「六經」を排して「浅・深・閉・脱」といった分類をしていること、及びそれぞれの病期に『傷寒論』の処方と対等に「順氣剤」を用いる機会のあることを示していることを記すにとどめる。

<注11>

『東洋洛語』には艮山の人格の高潔さと閭里の獲やすきものをとって治療に役立て、艾湯温泉熊胆などを巧みに医術に取り入れた功績を高く評価し「先生、時弊の華にして実を失するをにくみその術を貴ぶ」と賛えながらも

四剤の論一たび出でて古方地を払う。法言用うことなし。敏にして以てこれを求む。

そもそも先生賤伎を屑(いさぎよし)とせずして深く思わざるか。
と批判している。

(北里研究所附属東洋医学総合研究所)

④ 「一元気留滞説」と「万病一毒説」について

「一元気留滞説」と「万病一毒説」はそれぞれ後藤艮山(1659-1733)と吉益東洞(1702-1773)の医説の骨子で、江戸時代中期の古方派の代表的病因論として有名であるが、すべての病気の原因を「一元」や「一毒」に帰すという意図がどこにあるかをさぐることは古方派の医学観をさぐる上で重要な課題であると思われる。

というのも例えば「一元気留滞説」はその名の通り「すべての病気の原因は身体をくまなく周循する気が滞ることによる」というものであるが、こうした気の流通・閉塞を以て病気を説明することは、ある意味では中国医学の伝統的疾病観でありⁱ、わが国においてもひとり艮山のみが主張した医説ではないⁱⁱ。従って「気が滞ることが病気の原因である」という説それ自体は別段取り立てて注目すべきものとは思われない。

またよく言われるように「一元気留滞説」と「万病一毒説」を対立する病因論として両者の相違点を論ずるⁱⁱⁱことはもちろん必要な試みであろうが、筆者はむしろ古方派のめざした医学革新運動の必然的展開として、ふたつの病因論の意味する共通のテーマに主眼をおくべきであると考える。

本稿は以上の点に留意しつつ、両者の内容と医学史的意義について若干の考察をしてみたい。

(1) 背景となること

まず艮山の医説が提出される背景について簡単にまとめておきたい。

艮山が生きた時代には、既に曲直瀬道三(1507-1595)によって築かれた李朱医学の日本的な受容や、例えば腹診書などにみる如き独自の診療法があり、「察証弁治」というすぐれた診断治療学が創られていた。また名古屋玄医(1628-1696)による古医方の重要性を説く動きも興っており、中国医学から脱皮しわが国独自の医学を構築しようとする芽は確実に育まれていた。しかし一方では、五運六氣や天人合一説、易医論などとかく思弁に傾きやすい学説もあり、わが国の医学の行方はなお混沌としていた。

病因病理論についてみると、中国においては『三因方』の内因・外因・不内外因の3つの大きな病因分類法は、金元時代はおおむね外感病と内傷病に整理され、それらが生理的因子である気・血・痰(水)へどう影響して病理的産物となるか、あるいはどの臓腑や経絡に不調和をきたすのかといった形で病理論が展開されていた。そこには陰陽五行説や薬物帰経といった論理的齊合性とは裏腹にとかく思弁に傾きやすい傾向が顕著にみられるようになっていた。

わが国ではこれを受けて、例えば曲直瀬道三は朱丹溪の気血痰鬱の論から「気血痰の三病、久しくして鬱を兼ね、或るいは鬱久しくして気血痰病を生ず」^{iv}と述べて解鬱剤、例えば香蘇散を愛用し、また名古屋玄医は喻昌の学説を受けて「百病はすべて風寒湿気より生ずるが、これを総括すれば寒気の一に帰する」と言い、寒気に傷られないあめには防禦因子としての衛氣を強くすることが必要であるとして桂枝湯類を繁用するなど、中国医学の病因病理論から、独自の医論を展開する動きを見ることができる。そしてその方向がひとつは複雑な論理の簡略化であり、もうひとつは自家経験をふまえた「治療」に主眼をおいた医説の提出であるという点に注意したい。

艮山の医説がこうした諸論の上に立って論じられたこ

とはいうまでもなく、防禦因子としての衛氣を拡大して「一元気」とし、気血痰の鬱のうち「氣」に特に注目して「一氣留滯説」となっていったと考えられる。

(2) 「一氣留滯説」

艮山には自らの著作はないとされているので弟子達に伝授された艮山の医説から「一氣留滯説」の内容をまとめてみると次のようになる。

- ①生体がくまなく周循する一元気に滞りがなければ内外の病因があても発病因子になることはない。つまり一元気とは生体の防禦因子である^{vi}。
- ②ところがその一元気が飲食の不節制や思慮鬱抑がtriggerとなって留滯すると、ある所は元気が鬱し、ある所は元気が虚す。元気が鬱するとやがて内傷病となり、元気の虚にはその不足に乗じて外邪が進入して外感病となる。
- ③臨床的にさまざまな姿をみせる見証としての病態の相違とは、元気の鬱する部位(浅・深)、あるいは外邪の客する部位の相違、病勢の軽重・緩急に帰することができる^{viii}。
- ④『師説筆記』の言葉を借りれば、「薬は皆毒で飲まないに越したことはない。臨床的結論として多くの病人は皆、気の鬱滞が原因であって病態の精義は無用である。道三の「香蘇散」も気のめぐりをよくするために用いられた由だが、わが「順氣剤」(茯苓・半夏・厚朴・枳実・生姜・甘草)こそ治療効果が最も高い。」^{ix}

などである。

「一氣留滯説」の意義は次の二点にある。ひとつは『師説筆記』に

宋明諸家の陰陽旺相・臟腑分配区々の弁に惑わず、百病は一氣の留滯に生ずることを知らば則ち
思い半ばに過ぎん

に明らかな如く、『内經』に基づく陰陽五行・臟腑配当の説を「思弁」として斥け、これを言わぬために中国医学に伝統的な「氣」の流通・閉塞といった「全体觀」^xに立つ病因論を提出したことにある。その意味では病因の穿鑿を保留するための病因論であり、例えば名古屋玄医が病因を寒氣の一に帰し、艮山に続く吉益東洞が病因を一毒に帰すのも同様の意図とみられる。

ただ陰陽五行説に基づく「臟腑」や「経絡」による病態の説明を思弁として排すのはよいとして、そのあとで古方派がこれに替わる理論を何に求めようとしたのか、そこに問題がある。すべての病気の原因が氣の滞りによるというのは千変万化する病態について実は何も説明し

ていないに等しい。そこに「一氣留滯説」という発生病理(pathogenesis)の苦心があり、氣の滞りや外邪の進入に対し「浅深・久近・緩急・軽重」という「分類」を導入して病態を説明しようとする。そこには「病邪の存在部位」を見定めようとする理論への傾斜が窺えまい。

この点に関して例えば『医事傍観』^{xii}(1718)には気がどこに滞るかを問題にして

／衛→発疹

外

＼榮→膿(瘡癰)

／腹内→瘍

内

＼腸外・臟腑の間→塊

などに分類している。また艮山が「獣(かわうそ)」を解剖した動機が、紅毛外科医の手技をみてめで、獣を解剖したところ豆腐の糟のようなものがあり、これが積塊であると判断した云々の記載がみられ興味がある。艮山にみられるこの進取の態度は、そのまま山脇東洋(1705-1762)の『藏志』に連なり古方派の「実証主義」のひとつの方針を決定づけたことはいうまでもない。

「一氣留滯説」のもうひとつの意義は、この医説の力点が中国医学に伝統的な氣の留滞に病因を求めたことの正しさを主張したのではなく、「順氣剤」入手しやすい生薬の配合によって創製し「温泉」「灸」「熊(くま)胆(めい)」「蕃椒(とうがらし)」といった民間療法とあいまって治療の実をあげたという、「治療」から導かれた病因論であるという点である。そこには「思弁を排する」という古方派の精神が、思弁を排したあとで求めたものが「理論」ではなく「治療」という実践にあり、実際に効果のある処方を追求するという功利主義への移行してゆくのをみることができる。これも古方派の「経験主義的実証主義」のひとつの方針であろう。

(3) 「一氣留滯説」から「万病一毒説」へ

ところで「思弁を排する」という古方派の精神が徹底した形であらわれると、前述した艮山の発生病理自体もまた思弁として排されるのは当然の帰結であろう。

吉益東洞が「目に見えぬものは言わぬ」^{xiii}といい、「病気に原因がないとは言わないが想像がまじるから言わぬ」(12)といって、病因をいわぬためにすべて「一毒」という「実体のあるもの」から病気の話を始めようとしたのはこうした文脈の中にある。そして「もしあえて病因をいうならば、それは外邪と飲食だが、口より入るものは飲食以外ない。飲食が留滯すれば毒となる。」(12)といい、「毒は形があるが積氣は形がない。従って積氣

とは言わず毒という^{xiii} の発言には「万病一毒説」が「一氣留滯説」の中にある「思弁」を排するという形で提出されたものであることが如実にあらわれている。

東洞の「万病一毒説」の要旨は次の点にある。

- ①治療者（「疾医」）の考えるべきことは病気の原因をあれこれ憶測することではなく「治す」ことである^{xiv}。
- ②病気を治すためには、病因も病名も無用であり、唯「目標」があれば充分である。その「目標」を「毒」と名づける。（12）
- ③「毒」は後天的に体内に生じたものであり、多くは「腹中」にあるから「腹診」によって手に触れる「実体」として把握できる。「毒」があることが病気ではなく、「毒が動く」ことによって発病する^{xv}。
- ④「見証」としてのさまざまな病態の相違は「毒」の「存在部位」の相違である。（15）
- ⑤「毒」の「存在部位」によって「処方」が決まる。「処方」が目標に命中したかどうかは「瞑眩」によって知ることができる^{xvi}。
- ⑥体内に「毒」がなければ外邪があっても発病することはない。従って「毒」が動かぬうちに排除すれば未病を治すことにもなる^{xvii}。

などである。

漢方医学の歴史の中でもとりわけラディカルな東洞の医説は、細かく検討すれば誰でもさまざまな論理の矛盾を指摘せざるを得ないであろう。

例えば「腹中」の読破あるいはすべて手に触れることができるかもしれないが、胸部や頭部の「毒」はどうやってその処置を見極めるというのか、また「毒」のない体とはどんな体か、「毒」は本当に一種類なのか。

「毒」はどんな形で排されるのか、などである。

こした点については東洞の弟子もいろいろな疑問を提出しており『医事或問』にもさまざまな論議がみられるが、ここではそうした論議には加わらず、東洞の医説の医学史的位置づけについて考えてみたい。

（4）「万病一毒説」の意義

問われるべき点とは、中国医学の日本の展開にあたり、『内經』に基づく陰陽五行説や臟腑配当を「思弁」として斥けたあとで、何に依拠して医学の土台を築きなおすかということである。

「古方派」に共通した基盤は、それを「臨床」に求めたということで、『内經』による体系化された理論の「演繹的」説明を捨て、「親試実験」^{xviii} によって「帰納的」に新しい体系を導こうとしたことは前述した通りである。

艮山にとっては、この試みはひとつの「順氣」という実詣からの結論であり、もうひとつは「解剖学」への理論的傾斜となって敷衍されていく。

東洞にとっては、この試みは「治療学」の完成に終始した。「順氣」と同様「万病一毒説」も「峻下・解毒」といった臨床から導かれた東洞の結論であった。しかし東洞にとっては「治す」ことだけが主眼であり、従って「毒」の実体が何でどこにどのような形で存在するのかは、治療の何の役にも立たぬとする東洞にとっては、「万病一毒説」が「解剖学」へと移行する必然性は生じなかつた。そして、外にあらわれる症状としての「見証」と「腹診」から、「処方」と「証」を相対させることによって「治療学」を完成させようとした。

そうであるならば、その「目標」としての「毒」とはひょっとしたら、あの古方派が排そと試みた「思弁」にすぎはしないか。

そこで東洞にとって「毒」とはいったい何なのか、もう少し突込んで考えてみたい。

古典において、薬草を「毒」とみる概念は一般的で、艮山も東洞も「薬はみな毒」という立場をとっている。また『諸病源候論』や『金匱要略』にみる如く、皮膚疾患に「陽毒」「陰毒」といった言葉を用いることはある。しかし体内に生じた「病変」を「毒」と呼び、「必ず排されねばならぬもの」として「命名」したのは東洞がはじめてであろう。

東洞は「毒」という言葉を『呂氏春秋』から引用したと述べているが、例えば「畢數篇」に「形不動則精不流、精不流則氣鬱」の句はあっても「毒」の字はみあたらぬ。『古書医言』の注で「氣は鬱すべきにあらず、精流れざれば則ち鬱して毒をなし、毒あれば則ち氣行らざるなり」とあるので「毒」は東洞の「命名」であることがわかる。

筆者はこうした東洞の「言葉」の使い方には厳密な意図があるにちがいないと考え検討したところ次に示すような『荀子』を読むと、東洞の「天命説」が『荀子』に依っていることが明確に読みとれ、「疾医の道を悟るにいたった」とさえ述べているが、荀子の合理精神にはふたつの特徴があるとされている。

ひとつは東洞が引用した「天命論」で、「天の役割」と「人間の役割」を分け、人間のなすべきことに全力をつくせという理論である。もうひとつは「解蔽」「正名」の偏にみられる「論理学」である。他の学派の思想をきわめてラディカルに排撃する荀子の論理学の特徴は「言葉」と「実体」を正しく結合させるべく「名を正す」ところ

にある。

「正名篇」の一篇に次の文章をみる^{xxi}。

姿が同じでも存在する場所が別々であれば、たとえ同一の名称で呼ばれようとも実体は別々である。

姿が変わっただけで実体が分かれたのでなければ、たとえ異なった名称で呼ばれようと同一物が変化したのである。

変化はしても実体はひとつである。

こうして相手の用語をそっくり使って、その用語に新しい概念をもりこむといったことをたくみにやってのけた「荀子」の論理こそ東洞の「毒」の思想的基盤ではなかろうか。

事実こうした「言葉」に対する厳密な態度は、例えば「毒」が「有る」のではなく「在る」のだといって、「有」と「在」の相違を論ずるなどといった点にも、その一端をうかがうことができる^{xxii}。

またこうした「言葉」に対する厳密な態度は、仁斎・徂徠・宣長という系譜に共通した「古典の解釈をその言語から出発させる方法」^{xxiii}に根ざしていることも忘れてはならないだろう。

そうであならば、いよいよ問題とせねばならぬのは、東洞にとって「毒」とは正しくは何を意味するのかという点である。

思うに、その「毒」とは「邪氣」や「積氣」といったなにげなく使われてきた「実体のない言語」に対する東洞の厳格な反論であり、本来病むはずのない生命体に「対立する実体」として独立する存在を示す名称であろう。『素問』の「邪の湊まる所、正氣虚す」を受けて「毒はあっても正氣は虚さない」といい^{xxiv}、「毒が動くと病気になる」というのをみると、東洞の「毒」は例えばバラケルズにみられるような「存在論」的な病理館に一脈通ずるように思われる^{xxv}。

そこには「病気」を「毒」と「生体」のきわめて生物学的な闘争とみる視点があり、「毒」に対し「毒」である薬物を命中させ、瞑眩という形でその効果を実証しようとした東洞の鋭い洞察をうかがい知ることができよう。

東洞は「補氣・補養・補益」といった、いわば「間接的」な治療を嫌った。それに替わる東洞の治療学とは『傷寒論』→『類聚方』→『薬徵』という思考方法に如実に示されるように「毒の所在」もしくはその「体表への投影」としての「証」と、それに一对一に対応する、いわば「魔法の弾丸」(Zauberkugel)としての「薬物」の同定であつ

たとみることができるだろう。

もっとも「補益」という「間接的な治療」は在る意味では東洋医学のもとも本質的な治療とみるべきふしもあり、「自然治癒力」の補助とみれば、ヒポクラテスの「自然(ピュシス)」から今日にまで連なる医の本質であるだろう。そうであるならば、東洞の「天命論」を基礎にした攻撃的な治療が、この「自然治癒力」とどう関わるのかという重体な問題を指摘しうる。

この問題については、後世派の「補法」と、病気を「積氣」とみた艮山の「順氣」と、「異物」とみた東洞の「排毒」を併せて考える必要があるが、紙面の都合もあり、別の機会にまた詳細に論じたいと思う。

よく比較される如く、艮山の「順氣」と東洞の「解毒」について、その相違点をやはり思想的基盤に求めるならば、艮山の「一氣」は伊藤仁斎の「天地の間は一元気のみ」(『語孟字義』)や「天地は一大活物」(『童子問』)にみられる「元氣」であって、「五臓の氣」「五運六氣」「衛氣・營氣」といった修飾された後世の「氣」ではなく、例えば孟子の「氣は體の充なり」にみる如き「氣」であろうと思われる。

また艮山が「補氣」を認めず「順氣」を治療の本質としたのも、仁斎の「存在は必ず運動し、運動するもののみが存在する」という「生々して已まざる」「一元氣」論に根ざすもので、東洞との治療法の相違については、ここではこの一点のみ指摘しておく。

こうした点を鑑みると、古方派が『内經』理論を否定したあとで求めた異論の思想的基盤がまさしく「尚古主義」の表白として『内經』以前にまで溯って「聖人」の道に依拠しようとしたことが読みとれる。

そうした点をふまえて彼らが何故『傷寒論』を重視するに至ったのか、あるいはその『傷寒論』と『一氣留滯説』や『万病一毒説』はどう関わり合うのかといった重要な問題があるのだが、これもそれ自体大変大きなテーマがあるので、別の機会に論じたいと思う。

D. 結論

従来、ともすれば「一氣留滯説」と「万病一毒説」は全く別々の病理観に立つ異説として理解されがちであった。

筆者はその点に疑問をもち、医学史の必然的な流れとして両者を縦に連ねて論すべきであると考え、「万病一毒説」を「一氣留滯説」の発展としてとらえよう試みた。

またこれらの医説がめざす中国医学の日本の展開の共通性と相違点について論じ、また彼らの依って立つ思想

的基盤について若干の考究を試みた。

古方派の「経験主義的実証主義」は『内經』の理論を「思弁」として排したあとで大きくふたつの流れをみせる。

ひとつは、人体解剖に象徴される「蘭学」への接近であり、「西洋医学」を受容する器が「古方派」の中に醸成していたことが理解される。

もうひとつは「思弁の理」を「理に定準なし」^{xxiv}と排しながらも「疾に定証あり」として、形態学から出発せず「処方の学」としての完成を夢みた東洞の試みである。

東洞の「毒」は南涯に於いては既に「陰陽の偏勝」として無形の存在に集成され「氣血水論」となって伝統的な病因病理論に接近し、後世派の「補法」主体の処方論と古方派の「瀉法」主体の処方論も折衷されて、理論的な相剋ではなくに処方の運用の妙を求めて「口訣」として蓄積されていく。

こうした経験の蓄積をどのように「体系化」し、科学の土俵に載せるかおいう問題は、今に連なる重要な課題として残されているように思われる。

そして、その場合、医学が「科学的に客觀化される」ということの是非について、さまざまな難問の山積されていることも識者の等しく指摘するところである。

「目に見えるものはいわぬ」とした東洞の剛毅が一方で、なぜ「形態学」から出発する医学に対し「治療に役立たぬ」ときわめて冷淡でありえたのか、については実は深く考えねばならぬ重要な論点が隠されているようと思えてならない。

前述の通り、東洞の依つて立つ思想的基盤は「荀子」に代表される如き「尚古主義」であった。そして彼の「天命説」に代表される如く、東洞の医論の骨子とは「目にみえるもの」(Physik)と「目にみえないもの」(Metaphysik)を峻別する「不可知論」にあるといわれているが、それが例えば「科学の進歩」によって漸時、解消されるべき「不可知論」であるのか、そうではなくて「天」と「人」のあいだに決して埋められるはずのない溝として厳として存在する「不可知論」なのであるのか。

筆者は東洞の立場は後者であると考えている。東洞の治療学が『傷寒論』→『類聚方』→『藥徵』というプロセスを経たあとで、例えば大塚先生の言われるようにな當時の薬物治療の最小単位は生薬であったから、この段階で東洞の仕事は完了したが、もし生薬中の成分が単離される時代に東洞が生きていたら、当然ミクロへ、ミクロへと進んだであろうことは想像にかたくない」^{xxv}という論理に筆者は同感しない。

一方で、手にとってつかむことのできるものだけを問

題にした東洞は、しかし「天」と「人」の「分」に対し厳密にその役割を分け「分析主義」や「形態学」によって「生と死の理法」や「病理」を可知することを決して受け入れなかつたと思うのである。

そうであるならば、彼の唱えた「天命論」や「方証相対」は「漢方の現代的意義」を考える上で、まだまだ議論されねばならぬ問題が山積みしているように筆者には思われてならない。

附記

本稿の作成に際しては、北里研究所副所長の大塚恭男先生、併びに北里研究所医史学研究室客員研究員の丸山敏秋先生に多くの御教示をいただいた。深く感謝の意を表したい。

大塚先生は東洞の一毒について今日的な表現を敢えてあてはめるならば、"degeneration" というような概念を用いて説明したらどうだろうかと指摘して下さった。参考のために記しておく。

また東洞の「毒」について山本巖氏は、例えば「梅毒」のような具体的な疾病から導かれた概念である

文献

i 例えは『論衡』「道虚篇」には「血脉は形体の中に在り・動搖伸せざれば則ち閉塞して通ぜず、通ぜずして積聚すれば則ち病を為して死す」とある。『呂覽』「重己篇」にも厚衣美食は氣の脈理を壅閉し通達を妨げる云々の記載を見る。『素問』には例えは「拳痛論」に「百病は氣より生ず」とある。

ii 例えは良山と同時代の貝原益軒(一六三〇～一七一四)の『養生訓』には次の如く述べられている。人の元気はもと是れ天地万物の生ずる氣なり、是入身の根本なり。

百病は皆氣より生ずる。病とは氣病むなり。故に養生の道は氣を調うるにあり。

また良山と同時代の「後世派」の雄・香月牛山(十六五六～一七四〇)の『牛山活套』にも同様の記載を見る。

良山以前にも例えは沢庵(一五七三～一六四五)の『医説』「諸病氣一の事」には

諸病とも氣なり。然れども氣滞ればその滞りたる所の肉血臓腑が病むなり。

氣の聚まる所が患う程に氣が散れば病なきなり。とある。

iii 例えは『明治前日本医学史』第三卷五三ページには「一氣留滯説」は西洋に於いていう精氣論者 Vitalism に

通する、とあり、大塚恭男先生は「一氣留滯説」から「万病一毒説」への歴史的展開を考慮された上で、その相違点を「液体病理学的思考」と「固体病理学的思考」(例えば『日中傷寒論シンポジウム記念論集』"中医臨床 vol3")あるいは「東洞にあっては毒は毒薬を以て、これを攻めて除かねばならないのに対し、艮山にあっては、順氣剤を用いて、気の循環を正常化することが治療の原則」や「東洞は外因性の因子である毒を、艮山は内因性の因子である気をその理論の基底においている」(『日本東洋医学会誌第25巻第4号』)と述べおられる。

iv 『切紙』に「三証之外ニ鬱之一証有リ」としてこれを記す。

v 『医方問余』の冒頭にみる。

vi 『師説筆記』に

凡病ノ生ズル風、寒、湿ニヨレバ其氣滯り、飲食ニヨルモ滯也。七情ニヨルモ滯也。

皆元氣鬱滯スルヨリ成ル也。故其ササユルモノハ大概如此チガヘドモ、其相手ニナリ

滯トコロハ一元氣ナリ

とある。

vii 香川修庵著『病因論』や赤沢容斎著『救弊医話』中にみる。例えば『病因論』には

若シ元氣ノ順運・充実・壯健・清爽・通暢スレバ何ゾ内外ノ病ノ之來タランヤ。

苟モ元氣ノ纏二微ニシテ充タザレバ、外ノ邪氣ノ侵アリ。内ノ癥濁ノ滯アリ。

而ル後、内外初メテ種々ノ病患アリ。外ノ侵襲、内モ亦患ハザル事能ハズ。

内ノ鬱滯、外モ亦何ゾ逮ハザルヲ得ンヤ。是ノ如クナレバ則チ所因ヲ内外ニ分カツト

イエドモ、所病ハ煩惱ニアラザルハナシ。

など『三因方』と比較しながら説明する。『救弊医話』には

椿庵(艮山の子)先生曰ク、ソノ氣纏二虛スルナリ。盛實ナラズシテ鬱スルナリ。

舒暢セザルニヨッテ始メテ原頭ナシ。虛スルトコロ虚シ、鬱スルトコロ鬱ス。

故二人苟シクモ節養ヲ慎マザレバ則チ虛ヲ加ヘ鬱ヲ増シ、将ニ各々自ラ受ケ易キ

患ヲ發スルナリ。先子(艮子)嘗テ日ク、百病ハ一氣ノ留滯ニ生ズト。

今分チテ之ヲ言ヘバ、則チ虛鬱ノニ言以テソノ義ヲ蔽忌スルコト可ナリ。……

若シ人穀肉ヲ節セズ、起居ヲ慎マズ、陰慮暗籌渾渾

度ヲ過ギ、是ヲ以テ一氣纏二

留滯スルナリ、上下左右表裏前後、彼(内傷病)ハ有余トナシ、此(外感病)ハ不足トナス
……

とある。

viii 『救弊医話』に前述に続いて

而シテソノ見証モマタ浅深久近輕重緩急ノ同ジカラザルノミ

とある。

ix 『師説筆記』中にみる

x 「→氣留滯説」が「三陰三陽」や「經絡」「表裏」を言わぬために提出されたものであることは『傷風約言』や香川修庵の論述(例えば『五復田辺南甫書』)にみえる。

xi 三宅石庵(萬年散人)の著で次の如く記されている。

昔日豊臣氏官姫、大患積塊自奈何。使紅夷善医者治之。其医先以藥服之、然復後以刀
断開腹皮、乃以金篦削剥其塊屑。皆紫黑屑也。劍落既尽、於是縫皮促之、攤藥蓋之。
及痊則氣体輕快、宛如少壯之日云。屢聞紅夷治疾若華佗之為然。

聞其紫屑則積之有因瘀者可知。医嘗鮮懶取肝、視其腔中、藏府如数、忽見有物。

附有脾後剖而探內、則屑々然如豆腐糟、蓋積塊云。見其白糟、則積之有困瘀者又可知。

内謂腔内也、非謂腹内也。塊在腸外藏府之間、腸内則有成瘍、不有成塊矣。

所謂外者有榮衛之分焉。唯在衛者為能成瘍。如在榮者、久必發瘍。故不結瘍。

腸内不成積何也、日腸冒之為内也。水穀常導焉、湯藥時條焉。化物下去肛門、

不化上出脘口。雖有疤痕、未必持久、况遑成之塊乎。

xii 『医断』『病因』、『医事或問』にみえる。

xiii 『医事或問』卷下に

毒は形ある物なり。故に積毒とはいふべし。積氣とは言ふべからず。

とある。

xiv 『医事或問』卷上に

「医者は唯病毒を去って、人の疾苦を救う事なり」
「医者の主る所は疾也」

などである。

xv 『医事或問』卷下に

「扁鵲曰く、病應見于大表。是大表に在りといわず大表にあらはるるといふ時は、
則ち腹中に一毒ある事を知るべし。」

「腹を按じて毒のつく所を候ひ、その毒の形状見る
ゆえ憶見にあらず、」
「其毒動きて万病を発す。
頭にありては頭痛をなし、腰にありては腰痛をなし、
足にありては痺躰をなす。」
などである。

xvi 『医事或問』 卷上

相応の薬はかならず毒にあたり瞑眩して病治す。

xvii 『医事或問』 卷下

其静りである時、病毒を取り去らば百病を発する事
なし。是を未だ病ざるを治するといふらん

xviii この言葉は『東洞先生答問書』中に「是余四十年來，
所親試実驗也」とあるのに基づくと思われる。後藤
家の書にも「實に驗する」「實詣」などの同意の語は
みるが「親試実驗」の語はみあたらないと思われる。

xix 状同而為異所者、雖可合、謂之二実

状変而實無別而為異者、謂之化

有化而無別、謂之一實

xx 大塚先生藏書中にある『病毒所在論』(謙齋先生諭門
之語)に

病毒之所在転變者也。起於此者進至干彼、生於彼者、
終至于此。故不日所有而日所在

也。在也。有也。以譬論之、山有鳥、日鳥在山。山
常有者也。鳥非常有者。如以山為

主、則日山有鳥。有字對無字、有与不有之義自存其
中。以鳥為主、則日鳥在山。

鳥者在彼、在此、無定所者也。故不日有而在也。

とある。

xxi 『仁斎・徂徠・宣長』(吉川幸次郎 岩波書店)中に
仁斎・徂徠・宣長という系譜は、少なくとも大変顕
著な二つの点でつらなっている。

第一は宋儒への反発である。あるいは空泛な理論
によって複雑な現実を処理しようとする哲学の無知・
非良心、それへの反発である。第二は古典の解釈を
その言葉から出発させる方法である。

とある。

xxii 『古書医言』「内經」の注にみる

xxiii ここで西洋病理学の用語が登場するのは、いかに

も唐突であるが、筆者は東洞の意図が川喜田愛郎先生の『近代医学の史的基盤』上・「パラケルズスにおける医学と医術の問題」に述べられている「パラケルズスの存在論的病理観」及び彼の求めた「特効薬」といった「実体論的な思考方法」に一脈通ずるのではないかと考えたのである。

xxiv 『医断』「理」に「夫理無定準、疾有定証、豈可以
無定準之理、臨有定証之疾哉。」とある。これが荻生
徂徠の「理は定準なきもの」(『弁名』)からきている
ことは明らかであろう。

xxv 村上陽一郎編『知の革命史』第六卷、『医学思想と
人間』の89ページ参照。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 花輪壽彦：名古屋玄医について。漢方医学書集成
102卷、名著出版、pp.7-84、1984
- 2) 花輪壽彦：一氣留滯説と万病一毒説。漢方の臨床 30：
593-603、1983
- 3) 花輪壽彦：後藤良山の一氣留滯説について。矢数道明
先生喜寿記念文集、医聖社、pp.563-571、1983
- 4) 花輪壽彦：漢方の歴史③④。BIOmedica 6(NO.3～4),
1991

2. 学会発表

なし

F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業） 総合研究報告書

アジアにおける伝統医学（伝統医療）の比較に関する研究

研究分担者　日置 智津子　東海大学医学部 東洋医学講座

研究要旨 日本伝統医学の国際的立場の確立と、国民の健康促進に有用な伝統医療を推進するために、日本伝統医学の標準化の検討を行い、漢方標準テキストの作成を目的とした。本研究は、伝統医療が有用に活用される医療社会作りと、国民の健康推進を担う医療人の育成と、標準テキストのスタンダードラインの確立に向けて調査を行った。中国、韓国、台湾、日本の伝統医療について、国民の目線で調査した結果、いずれも経済的発展など、社会的背景と伝統医療に対する国民の意識は関係すると考えられた。在宅緩和ケアなど、地域医療の充実に向けた変革が求められている日本では、特に地域医療を構成する因子として、世代を超えて使われてきた伝統医療の有効活用は必要で、取り急ぎ人材育成や、各職能を活かす取り組みが必要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究では、国民の目線から、近代の伝統医療の状況を調査する。さらに、薬剤師が地域医療で担う伝統医療について探る。

B. 研究方法

B-1

日本、韓国、中国、台湾における漢方や伝統医療の現状や教育状況調査をした。

調査研究者

・日置智津子（薬剤師）

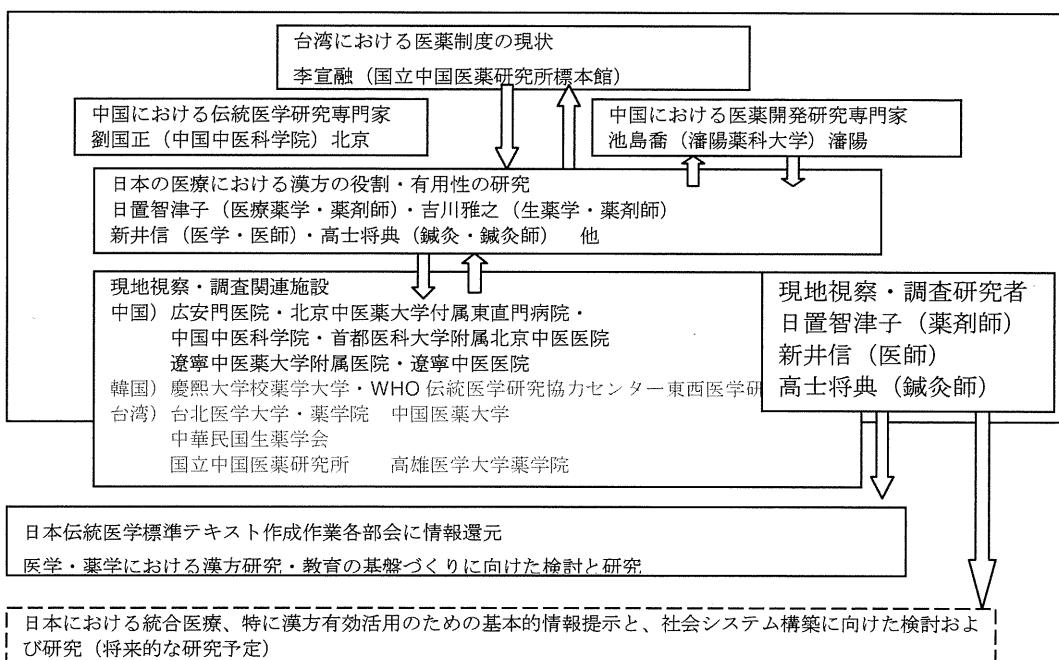


図 研究の流れ

- ・新井信（医師）
- ・高士将典（鍼灸師）

医師・薬剤師・鍼灸師の各立場から調査項目を揚げ、調査を実施した。学術的側面と医療的側面を視察した。医療的側面については、社会制度や各国の経済的また思想的相違が背景にあることから、過去から現在までの社会的経緯、医療的変遷を把握の上、視察を進めた。

訪問調査日程

参加研究者

- 中国：平成 22 年 10 月 10 日～14 日（日置智津子、新井信、高士将典）
 韓国：平成 22 年 10 月 14 日～15 日（日置智津子、新井信、高士将典）
 台湾：平成 23 年 9 月 26 日～29 日（日置智津子）

表 1

表者・所属	演題
東海大学医学部 東洋医学講座 講師 日置智津子	「アジアにおける伝統医療調査の意義」
京都薬科大学生薬学准教授 松田久司	「生薬分野における最近の話題」
台湾国立中国医薬研究所標本館 館長 李宜融	「台湾における伝統医学と科学」
東海大学医学部 東洋医学講座 准教授 新井信	「日本漢方の特徴と実践」
埼玉医科大学 東洋医学科 講師 磯部秀之	日本漢方漢方薬と鍼灸「鍼灸と漢方薬の併用」
東海大学医学部 東洋医学講座 講師 荒井勝彦	「外科と漢方」
東海大学付属大磯病院 鍼灸師 高士将典 とうめい厚木クリニック 鍼灸師 斎藤温子	「医療機関での医師の鍼に対する認識」
瀋陽薬科大学 教授 池島喬	中国における薬用植物の科学「植物抽出物質、sililbinin 誘発アポトーシス及びオートファジーの機序の解明」
中国雑誌社 社長 劉國正 (通訳)順天堂大学 医学部 朴将虎	「中国における伝統医学」

B - 2

薬剤師や医師、大学教員、研究者を対象にシンポジウムを開催した。視察前後においてシンポジウムを聞き、視察後は報告をおこない、意見交換をした。

以下にプログラムを示す。

日時：2010 年 9 月 19 日（日）

場所：京都薬科大学

協力：臨床漢方薬理研究会

参加者：薬剤師・医師・鍼灸師・研究者・中医師・学生

B - 2-1 第 1 回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会

課題 地域医療活性因子としての伝統医療に向けて「アジアにおける伝統医学の展望 I」

B - 2-2 第 2 回「統合医療を推進するための日本伝統医学の標準化」に向けた検討会

課題 「アジアにおける伝統医学の展望 II」

日時：2011 年 7 月 18 日（月）

場所：京都薬科大学

協力：臨床漢方薬理研究会

参加者：薬剤師・医師・鍼灸師・研究者・中医師・学生

表 2

発表者・所属	演題
東海大学医学部 東洋医学講座 准教授 新井信	「日本伝統医学の標準化への取り組み」
ニプロファーマ 顧問 武田立守	「薬物療法における薬剤師の役割」
台北医学大学薬学院 臨床薬学科 副教授 陳世銘	「台湾の伝統医療における薬剤師の役割と薬学教育」
京都薬科大学 生薬学分野 教授 吉川雅之	「漢方薬学構築に向けた取り組み」
東海大学医学部 東洋医学講座 講師 日置智津子	「アジアの伝統医療状況から鑑みた日本伝統医療システムの展望」
東海大学付属大磯病院 鍼灸師 高士将典	「日本鍼灸の特徴 中国・韓国と比較して」

表 3

	対象（年齢）
調査 1	薬剤師・非医療従事者 ¹⁾ (20 歳代～60 歳代) ¹⁾ 市民公開講座参加者
調査 2	韓国人留学生（10 歳代～20 歳代）
調査 3	薬局における漢方薬購入者 ²⁾ (10 歳代～70 歳代以上) ²⁾ 三重県における薬局来局者