

地方病関連資料

3. 「翻譯斷毒論」にみられる水腫について

梶原徳昭 薬袋 勝 米山達雄*

History of Schistosomiasis in Yamanashi

3. The Description of Edema (Hepatosplenic Scistosomiasis) in the 『Dan Doku Ron』
Authored by Hakuzyu HASHIMOTO.

Noriaki KAJIHARA, Masaru MINAI and Tatsuo YONEYAMA

筆者らは「山梨地方病撲滅協力会」の要請により、百年余にわたって地方病（日本住血吸虫病）と闘い続けてきた人々の苦闘の歴史、病原発見から対策の確立に至る医学者の足跡、長期にわたる対策を実施してきた行政機関と地域住民の連携など地方病関連資料の収集を継続している。

今回は、山梨の地方病に関連する記述が含まれていながらあまり知られていない「翻譯斷毒論」について若干の考察を試みたので報告する。

資料9 橋本伯寿著「翻譯斷毒論」文化8年出版
(山梨県立図書館・甲州文庫・図1)

著者橋本伯寿は市川大門村の儒医で通称善也、字は保節、父は保見。この家系は本州武田姓の出であるが、安田義定のとき遠州橋本郷に赴任し一族がそこで生活したことから橋本氏を名乗った。慶長のころ(橋本)外記が古府中に移り知足斎徳本の門人となり医家となった。伯寿はその4代目の子孫であるという。

天明の頃少壮にして長崎に赴き、吉雄流外科および志筑筑雄の門にも入って蘭学を学び、遊学後は郷里市川大門において内科、外科、眼科を業とした。

生年は不明であるが、遊学時期から類推して明和7(1770)年前後と考えられる。文政5(1822)年2月市川大門において歿した¹⁻⁴⁾。

文化8(1811)年に「斷毒論」天地2巻を、続いて「翻譯斷毒論」1巻を、文化11(1814)年には付録を追加した「國字斷毒論」乾坤2巻を出版した。

「翻譯斷毒論」は、凡例、1. 発端、2. 痘瘡の濫觴、3. 麻疹の濫觴、4. 癩瘡の濫觴、5. 疥瘡の濫觴、6. 方土の異氣、7. 天粟の毒氣、7. 一生一患の辨、9. 萬病

萬毒の辨、10. 痘瘡を避るの辨、11. 麻疹を避るの辨の各章から成っている。

山梨の地方病（日本住血吸虫病）に該当する具体的な記述は、第6章「方土の異氣」の末尾にあり、

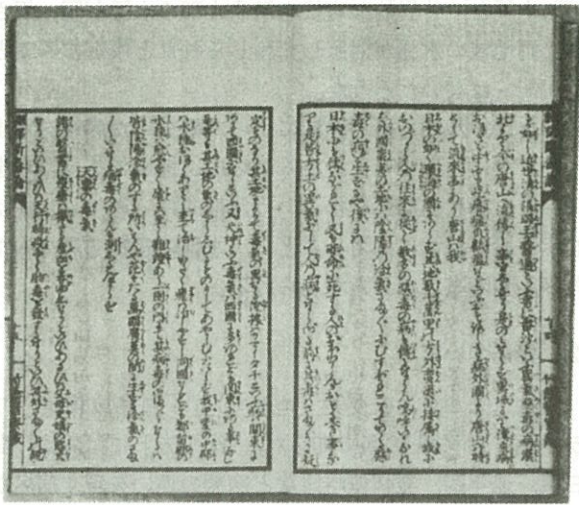
「(前略)其の土地によりて毒氣の異なる證據はカマイタチといふ病は關東にありて西國になしといふ 又犬神といふ毒氣は西國に多あれども關東にある事なし 是等も其土地の氣のしからしむるものにしてあやしむにたらず 我甲斐の中郡は水種(腫)おほくありて至て治しかたく瘡(ぎゃく)は治しやすし 同國なれども都留郡の水種(腫)は癒やすく瘡には至て難證あり 一國の内にて其病毒のさまざまなるは皆陰陽疹氣のする所いはんや茫々たる萬國廣莫の間に生ずる疹氣のさまさまいかなる病毒のあらんも測するべからず」とあり、甲斐の中郡(現在の甲府市の国母、住吉、山城、玉諸、田富町、玉穂町、昭和町、中道町や若草町の一部などを含む地域)に水腫が多いこと、瘡が存在すること、さらに水腫と瘡は中郡と都留郡で治癒の難易度が異なることが記されている。

中郡の「水腫」は明らかに日本住血吸虫病による腹水貯留状態を指していると考えられる。また、「瘡」は間歇的な熱発作を伴う病氣とされ、現在のマラリアに相当する。

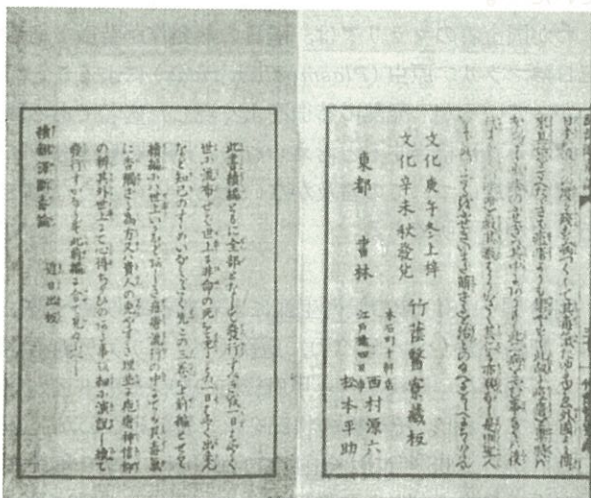
上記の記述は「翻譯斷毒論」と「國字斷毒論」には見られるが、漢文「斷毒論」には見られない。しかし、「斷毒論」にも「其の土地々々の陰陽の中に様々な毒氣を結び其々の病となる」例として瘡とともに「水腫の多い土地には歳々に水腫おほし 是則人の病とならざる以前に其々の病となるべき氣は陰陽のうちに定てあるなり」と水腫をとりあげ、これもまた土地ごとの毒氣による病氣であることを説いている。

「翻譯斷毒論」は、日本住血吸虫病に関する最古の文献とされる「片山記」に先立つこと36年前の著作である。

* : 元 県厚生部予防課



方土の異氣 末尾



巻末と裏表紙広告

図1 山梨県立図書館所蔵「翻譯斷毒論」(1811年)

考 察

日本住血吸虫病が明確に記載されている日本最古の文献とされるのは、弘化4(1847)年備後国(広島県)・沼隈郡の医師藤井第二郎好直によって記述された「片山記」である^{5~7)}。

著者藤井好直は、多くの患者を診察した経験から、

大略「患者には水瀉、下血など様々な症状が見られるが、しばらくして一様に四肢が痩せ、腹だけが鼓のように脹れ臍穴が凸出する。甚しい者は腹皮が光って物が映るようになり、終には浮腫をおこし鼓脹の状態になって死亡する。患者の年齢は七、八歳から四、五十歳と幅広く、この病気になると壮年であろうとも死を逃れることはできない。いろいろな治療を試みたが、

少しも効果はなく、半年か一年で治癒する軽い者もいるが、死んだ者は30人以上あり、牛馬も数十頭が死んでいる。」(図2)

と、現代にも通じる的確な病状を「片山記」として記録した^{5~7)}。

その後30年を経た明治10年頃綴られた「再記」には、「旧稿から30年が経過したが、人々が片山病と呼ぶ此の病気は未だ終息した訳ではなく、現在もしばしば片山病による死者を見かける。病状は様々であっても、足脛に小疹を発する微恙が原因に他ならない。近年は医療の技術も機械も発展し、西洋には分理の術があると聞くからその術で土質を分析すれば毒が何であるか分かるのではないか。病因が解明されれば治療も可能になり、人々が幸せになるのだが」

と全国の識者に早く病因を明らかにして欲しいと訴えている^{5~7)}。

藤井好直の願いは、明治37(1904)年に桂田富士郎が山梨で解剖した猫から病原虫(日本住血吸虫)を発見するまでさらに30年近くを要した。

ここに記された疫学的・臨床的な記載に対し、藤波鑑は明治41年当時、ようやく解明されつつあった本病の知見に照らしても、病状記述が精確であること、病因解明に対する医師としての責任感、病因の推定と解決方法の提起など藤井好直の科学的態度を称えている⁶⁾。

山梨における「片山記」に相当する文書の探索は、過去に何度か試みられたというが、その存在は確認できなかった。

資料9に示した「翻譯斷毒論」の記述は、的確さにおいて「片山記」に及ばないが、現時点で筆者等が把握している山梨の地方病に言及した文献としては最古のものである。

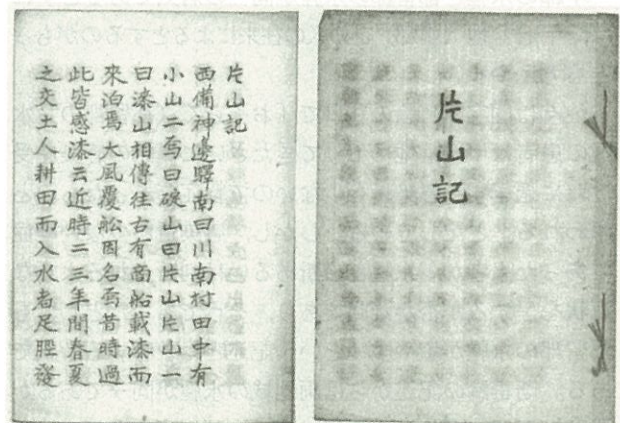


図2 復刻版「片山記」(1954年)

(1) 水腫について

当時の水腫は、一定した病状を表す病名ではなく、様々な原因（肝臓、腎臓、心臓などの障害に起因する）により体にむくみを伴う症状、浮腫と同様と理解してよいと考えられる。

永観2(984)年に著された日本最古の医書「医心方」は、中世から近世まで何度も筆写され、多くの医師たちに広く読み継がれた書物である⁹⁾が、水腫の中に大腹水腫、通身水腫、風水腫、身面水腫という病態の異なる水腫が挙げられている⁸⁾。また、寛永5(1852)年、宇田川槐園によって西洋の内科書として初めて紹介された「西説内科選要」は臓器系統ごとに疾病を論じているが、「発無定処」の病気12種の中に、間歇熱（往来熱）と水腫が含まれ、好直の言う鼓脹は「病属腹」21種の中に入っている⁸⁾。

現在でも、組織液またはリンパ液が体腔内に貯留した状態を水症（腔水症）、組織間隙に貯留した状態を水腫、皮下組織に貯留した状態を浮腫（全身水腫）と区別しているが、ほとんど混同して用いられているという¹⁰⁾。

伯寿の念頭に郷里の水腫が強く印象づけられていることは否定できないが、「翻譯斷毒論」にいう水腫がすべて同一の病気とは考えにくい。

中郡の水腫は、流行地の範囲が明治期に知られていた地方病流行地と一致する¹¹⁾ことから、日本住血吸虫による腹水貯留によるものと考えられる。

地方病との関連で問題となるのは、都留郡の水腫である。住血吸虫性の水腫がその地方で流行するためには中間宿主（ミヤイリガイ：*Oncomelania nosophora*）の生息が不可欠であるが、当時の都留郡に中間宿主が生息した可能性は気候条件や土壌条件などからほぼ否定できる。

中郡の水腫と都留郡の水腫が同一の病気であるとすれば、甲府盆地（中郡）との人の往来によるとするのがもっとも考えやすい。

佐々は国字断毒論の註¹²⁾で「おそらく（都留郡の）水腫の患者は甲府盆地に下りてきたさいに偶然の感染を受けたに過ぎず、感染量も少ないので軽症であったものと思われる」と記している。しかし、感染量が少ない軽症であった患者が、水腫と診断あるいは判断されるような症状を呈するか否か疑問であり、そうであったとしても都留郡の水腫が癒やすいという記述とは矛盾する解釈である。断毒論の記述からは両地域の水腫が同一であるか否かは不明であり、水腫症状を示す別の疾病を想定する必要があるのではないか。

各種の疾病が充満する当時において、現代から見ると特徴的な病状であるはずの「水腫」もその中の一つに過ぎなかったと考えるのが妥当であろう。とすれば、都留

郡の水腫と、特異的な病状を示す中郡の水腫が同一視され、両地域の水腫が対照して論じられたと仮定することも可能ではないだろうか。

さらに、水腫と瘧が地域によって異なった病態を示すという点に注目すると、古くから広い地域でその存在を知られ、間歇的な熱発作という比較的はっきりした症状を示す瘧を基準に据えることで、水腫の意味も異なった角度から考察できると考えられる。

(2) 瘧について

瘧は古来から「衣夜美（エヤミ）」、「和良波夜美（ワラワヤミ）」などの名で知られ、「医心方」には嶂瘧、間日瘧、連年瘧、発作無時瘧など病態の違いを現す病名が見られる。その後も間歇的な熱発作をとまなう病気として「発心地（オコリ）」、「瘧病」、「瘧疾」の名で呼ばれていた^{8,13)}。

わが国土着のマラリアは、隔日の熱発作が特徴である三日熱マラリア原虫（*Plasmodium vivax*）によることがわかっているが、発熱の特徴をよく現した病名である間日瘧がこれに相当すると考えられる。「翻譯斷毒論」には瘧の病態についての言及がないため、どのような瘧であったかは不明である。

明治14(1881)年の県衛生課による患者取り調べ書には、脚気、癩（ハンセン病）、瘧疾（マラリア）が地方病として扱われ、瘧疾1名と甲府総町の脚気患者8名が報告されている¹³⁾。その後の状況を示す資料はないが、死亡統計から1903年には全国で約20万人、1920年頃には9万人の患者がいたと推定されている¹⁴⁾。山梨における昭和2～6(1927～31)年の病類別死亡表では、昭和2年に2名がマラリアで死亡したことが記録され¹⁵⁾、厚生省の全国調査(1934～38年)では、山梨からこの間に18名の患者が報告¹⁶⁾されている(表1)。この時期のマラリア患者発生は、本州中部の石川県、富山県、福井県、滋賀県、愛知県と沖縄県が飛び抜けて多い地域的偏りを示しているが、隣接する静岡県からはこれらに次ぐ患者発生が見られる。

表1にみられる埼玉県と福井県のマラリア患者数の推移が、そのまま山梨県の推移に適用できるか否かは検討を要するが、これらの資料から山梨においても江戸時代後期に土着のマラリアが存在したであろうことは容易に推測できる。

明治15(1882)年、広島県では片山病の調査委員会を設けて調査したが原因をつかめないまま原因をマラリアと結論した¹⁵⁾。1889年には佐賀県においても奇病の調査が行われマラリアと報告¹⁶⁾された。いずれも後に住血吸虫病であることが明らかとなるが、住血吸虫発見以前

表1 隣接県と福井県におけるマラリア患者数の推移

	埼玉	東京	静岡	山梨	神奈川	長野	福井	全国
1916	1,102	—	—	—	—	—	—	—
1917	1,523	—	—	—	—	—	—	—
1918	1,112	947	—	—	—	—	22,836	—
1922	31	—	—	—	—	—	13,397	—
1923	23	—	—	—	—	—	12,282	—
1924	22	—	—	—	—	—	9,391	—
1925	20	—	—	—	—	—	8,832	—
1926	27	—	355	—	—	—	9,374	—
1934	0	38	102	0	2	0	7,970	21,622
1935	1	43	205	0	3	0	8,287	22,151
1936	0	43	144	1	0	0	7,980	20,111
1937	3	76	619	3	5	0	7,751	22,122
1938	8	141	706	14	19	0	6,738	28,540

(「日本における寄生虫学の研究3」より作成)

の短期間、この病気がマラリアと混同されていた時期があったことは事実である。

また、山梨の地方病(日本住血吸虫病)に関する最初期の文献「地方性腹水病ニ就テ」(1897)¹¹⁾には、「本病発生ノ地方ハ毎年夥多ノ間歇熱患者ヲ出スハ奇ト云ヘシ」とあり、山梨においても瘧との関連が疑われたふしがある。

マラリアが放置されたり治療が不完全な場合、再燃発作にともなって脾腫が見られ、小児の脾腫は住血吸虫性の水腫とよく似た外観を呈する¹⁸⁾ことからの誤診と考えられるが、当時台湾や八重山の熱性風土病(マラリア)が知られるようになり、1880年にLaveranによってマラリア原虫が発見されたこと、Scheubeによりわが国にもマラリア患者が希でないことの報告^{14,15,18)}など医学界の動向も影響していたと考えられる。

瘧の初期症状の特徴は間歇的な熱発作が中心であるが、フィラリア症の自覚症状もクサフルイと呼ばれる間歇的な熱発作から始まる^{18,19)}。しかし、発作の反復期間は不定期であり発作無時瘧に相当するのではないかと思われる。

八丈小島を除くわが国のフィラリア症は、バンクロフト糸状虫(*Wuchereria bancrofti*)によるものである。かつては西日本を中心に多くの患者発生をみたが、1970年頃には国内の新感染者はほぼなくなり、1988年には最後の流行地であった沖縄県宮古島でフィラリア根絶宣言がなされ、わが国のフィラリア保虫者はゼロとなった^{20,21)}。

陸軍省が1912年に行った連隊ごとのフィラリア仔虫

調査によると、陽性率は長崎県の13.5%を筆頭に九州地方で高く、次いで四国地方となっている。全体に西高東低の形となっており、隣接県の長野、埼玉、神奈川、東京の陽性者は僅か1~2名(0~0.1%)であるが、静岡の浜松連隊では5/253(2.0%)、甲府連隊では12/944(1.3%)と高い陽性率¹⁹⁾を示した(表2)。ほぼ同時期の東日本における他の調査では、表2のように局所的に高い感染率を示す地域があるが、表3に示した都留郡住民のフィラリア仔虫陽性率は、東日本の他地域に比して高い値であり¹⁵⁾、「斷毒論」との関連で重要と思われる。しかし、陽性者のほとんどは乳び尿以外に異常は認められなかった。

山梨の過去のフィラリア症流行状況はマラリア同様不明であり、表3の調査結果は都留郡に限定されたものではあるが、都留郡の瘧は重症であり、中郡のそれは比較的軽症であるという記述との関連に興味が持たれる。

(3) 「中郡の水腫は治しかたく瘧は治しやすし 都留郡の水腫は癒やすく瘧には至って難證あり」について

マラリアの治療薬としてすでにヨーロッパで知られていたキナ皮(アンデス原産のchinconaの樹皮)は、1750年の長崎奉行の注文洋薬リスト中²²⁾にみられるが、近世日本においてマラリアとの関連でキナ皮に関心が示された例は少なく、当時の瘧の治療は古方家の隆盛によって漢方優位に推移した¹⁴⁾。しかし、白寿と同時代に活躍した著明な医師であり、伯寿が師事した良雄流外科の先輩でもある大槻玄沢(1757~1827)がキナ皮の効果について触れている¹⁴⁾ことから、伯寿がキナ皮の効果を知っていた可能性は高い。また、蘭学の受容とともに文化文政期以降、マラリア治療薬であるキナ皮の輸入は増加して

表2 関東近県におけるマイクロフィラリア検査成績

県名	1912年軍調査	調査年	調査地域	+ / 検査数	(%)
栃木	1/2,714 0.04	1912	東京・八丈島・向里	18/ 33	54.5
群馬	2/2,553 0.08		八丈小島・鳥打	41/ 88	46.6
茨城	3/2,979 0.10	1913	富山・氷見・八代	—	8.3
埼玉	0/ 799 0		・戸津宮	—	6.1
千葉	1/ 863 0.11	1922	静岡・富士・川尻	5/155	3.2
東京	0/ 596 0		・鍛冶屋宿	5/ 96	5.2
静岡	1/ 767 0.13		・淀師	12/158	7.6
	2/ 580 0.34		・大宮裏	7/194	8.8
神奈川	— —	1925	新潟・東頸城・松代	14/ 97	14.4
長野	1/ 542 0.18		・刈羽・高柳	11/ 87	12.6
山梨	12/ 944 1.27		・中魚沼・仙田	2/ 23	8.7
新潟	2/7,199 0.02				

(「日本における寄生虫学の研究3」より作成)

おり²²⁾、一般的ではなかったとしても、遊学先で伯寿など甲斐の医師が瘧の治療を経験し、地元で治療に用いた可能性は残されている。

また、1946年2種類の抗マラリア有効成分が確認された²³⁾常山(中国・マレー・ヒマラヤ原産のアジサイに近縁の植物の根)は、キナ皮に比べると抗マラリア作用は低いが、古くから解熱剤として使われていた漢薬である。

文化元(1804)年に中国から輸入された常山の総量は、発汗解熱剤である肉桂の10,767斤よりは少ないが、2,142斤(1,285kg)であり²²⁾、瘧と診断された間歇熱に解熱剤として常山が使われた可能性は、特効薬であるキナ皮をはるかに越えていたと考えられる。

キナ皮と常山はマラリア以外には効果がないこと²³⁾を考えると、中郡の治り易い「瘧」は軽症のマラリアであり、都留郡の治り難い「瘧」はオコリやワラワヤミでな

く類似の熱発作を繰り返すクサフルイ(フィラリア症)、或いは両者を含んでいたと推測することも可能ではなからうか。

源氏物語補註には光源氏が罹った「わらわやみ」は「くさふるい」ではなかったかという異説が述べられている²⁴⁾。

以上(1)~(3)の考察をもとに表4を作成した。

表には、病原体として日本住血吸虫(*Schistosoma japonicum*)、マラリア原虫(*Plasmodium vivax*)、フィラリア虫(*Wuchereria bancrofti*)を仮定し、その初期症状^{15,16,18,19)}、この発熱にキナ皮あるいは常山が使われた場合の効果(治療しなかった場合は、効果(-)と同様と考える)、再発・慢性症状として再発熱と腹部鼓脹の有無、推定される当時の診断名と地域を記入した。

マラリア症とフィラリア症は40℃に達する高熱を出すのが、日本住血吸虫症の場合は38℃程度である。キナ皮・常山はマラリアにのみ効果がある。

日本住血吸虫(No.1, No.2): 感染後の再発熱は無いが、再感染では発熱もあり得る。慢性期に移行すると特徴的な肝脾の肥大が見られる。軽症の場合には自覚症状のないことも多い。

マラリア原虫(No.3, No.4): 土着のマラリアは三日熱マラリアで、隔日に熱発作を起こすが重症化しない。完全な治療を行わないと再燃発作にともなって脾腫が見られることがあるが、10~15歳以降はしだいに脾腫は見られなくなる。脾腫には遺伝的要素が関与する。

フィラリア虫(No.5, No.6): フィラリアは地域によって症状に違いのあることが知られているが、患者の約70%は熱発作を経験し、陰囊水腫に移行する者は25%程度である^{18,19)}が乳び腹水症は希である。流行地住民でも何等自覚症状のない者も多い。

表3 山梨県南都留郡検血成績(1912年)

町村名	字名	Mf 陽性数/検査数	陽性率(%)
宝村	大幡	10/159	6.3
	中川森	8/ 76	10.5
谷村町	下原	9/174	5.2
	天神町	4/ 74	5.4
東桂村	十日市場	8/ 92	8.7
山中村	山中	0/ 85	0
船津村	船津	1/103	1.0
	川口	1/140	0.7
大原村		3/ 28	10.7
元里村	杉沼	7/ 38	18.4
計		51/969	5.6

Mf: ミクロフィラリア, 元里: 広里か?

(「日本における寄生虫学の研究2」より)

表4 「翻譯斷毒論」に見られる水腫と瘧の考察

病原体	初期症状			病態 No.	キナ皮・常山 の効果	再発・慢性症状		当時の診断 (推定)	流行地域	備考
	発熱	貧血	下痢			再発熱	腹部鼓脹			
日本住血吸虫 (<i>Schistosoma japonicum</i>)	+	+	+	1	-	-	肝脾腫大	水腫	(中郡)	水腫脹満
				2	-	-	-	風邪?	(中郡)	軽症
マラリア原虫 (<i>Plasmodium vivax</i>)	++	+	-	3	+ or ±	- or ±	-	瘧	(都留・中郡)	間日瘧
				4	(-)	++	脾臓腫大	瘧・水腫	(都留)	小児に多い
フィラリア虫 (<i>Wuchereria bancrofti</i>)	++	-	-	5	-	++	-	瘧	(都留)	乳び腹水は除く
				6	-	-	-	風邪? (都留・中郡?)		不顕性感染

(-) : 治療しなかった場合

以上のことから「方土異気」に記された水腫と瘧は下記のように推定できる。

1. 中郡の水腫は、日本住血吸虫による肝脾腫であった。(No. 1)
2. 中郡の瘧は、常山などで軽快する軽症のマラリアであった。(No. 3)
3. 都留郡の水腫は、マラリアによる脾腫であった可能性がある。(小児期の脾腫が自然に縮小する経過が「治しやすし」と表現された)(No. 4)
4. 都留郡の瘧は、マラリアとフィラリアによる熱発作が混在していた可能性がある。(No. 3, 4, 5)
常山などで軽快・治癒しないフィラリアによる瘧が「難證」を示した可能性がある。(No. 5)

(4) 「斷毒論」の背景と評価について

漢文の「斷毒論」は、文化7(1810)年冬上梓され、翌8(1811)年秋天地2巻で出版された。続いて、前編のあらましを国字にてしるすとして「翻譯斷毒論」1巻が出版された。翻譯斷毒論の巻末には統翻譯斷毒論の出版広告(図1)があり、全3巻を前編とし、さらに1巻を統翻譯斷毒論として近日中に出版する予定であったことが窺える。

また、「國字斷毒論」は、文化11(1814)年に乾坤2巻で出版されている。乾の巻は翻譯斷毒論と同一版木が使われており、凡例を除いて内容は同じである。坤の巻は國字斷毒論付録から成っており、広告にある統翻譯斷毒論に相当する内容であると考えられる。

山梨県立図書館所蔵の「國字斷毒論」には、裏表紙に文化11(1814)年の奥書が見られるが、跋文の日付けのためか文化8(1811)年出版とされているものもあり^{2, 8, 12, 25)} 出版時期には不明な点が残されている。

「翻譯斷毒論」凡例には、冒頭に「有形伝染の四病、天地陰陽の内に万病の起こる由来、人の身内に毒氣の有無の本源、病の緩急軽重ならびに伝染の因縁、痘瘡麻疹の一生一度病の定理、この病にて古今無量の人の死ぬる

はみな非命にして決して定業にあらざるの理を説き明かして世の人々の天年を保たん事」を願って国字であらましをしるすと主旨が述べられている。続いて「これらの医論は古今の医家が論じていないが、古今の医書が不要なのではなく、医者たるもの医書を広く読んでその是非を弁えておくことが肝要である。しかし、有形伝染の四病の類は昔は無かった病気なので、その病源を明らかにした医書は今までに絶無であった。この斷毒論は、伝染毒氣の病気のみならず万病の本源を説明するものであり、人の非命を救わんことを専らとす」と記され、伯寿の自信と病源を追求したとする姿勢が読みとれる。

翻譯斷毒論は、前記のように11の項目で構成されているが、発端には、痘瘡、麻疹、微瘡、疥瘡は、気運や時候、土地の気で起こる(無形の邪氣)病気ではなく、有形の毒氣によって起こり、人から人へ伝染する病気であると、これら有形の4病を伝染病と位置づけている。

痘瘡の濫觴、麻疹の濫觴、微瘡の濫觴、疥瘡の濫觴の各項では、これらの病気の考証と伝染病であること、胎毒が原因ではないこと、外国から入ってきた病気であることが述べられている。

方土の異気では、「その土地ごとの気は陰陽のうちに定まっております、その中の様々な毒氣が結びあって病になる。病はまずその土地の人の病となり、人から人に伝わって広がるが、病の毒氣とその土地の気が相応しなければ蔓延らない」と現代では風土病として扱われる疾病観が述べられ、前述した瘧と水腫の例を挙げている。

天稟の毒氣では、「人は天地万物の気を身中に備え、様々な感情や病気に苦しむのは身内の気と外界の気が感応するからである。病の場合はこの気が毒氣に相当する。人によって病の現れ方が異なるのは、各人の毒氣に濃淡、厚薄、多少があるためだが、これは稟賦あるいは性質といて人為で定めることは出来ないものである」と述べ、身内の毒氣の濃淡、厚薄、多少は、現代で言う「感受性の個体差」と解釈できる具体例を挙げている。

一生一患の辨では、「万病は一生に一度患らうだけで、

幾度も病むように見えるのはその度に外から受けるのではなく初染（初感染）の時に毒を出し切らなかつたためである。天稟の毒気には濃淡や厚薄だけでなく、正気と毒気の和不和ということがあり、病状が千変万化なのはこのためである。正気と毒気の闘いが発熱煩悶を起し、正気が勝てば解熱する。万病が治る治らないはすべて正気と毒気の勝敗にかかっている」。ここで述べられている正気と毒気の勝敗は、そのまま「抗原と抗体」の闘いに置き換えることができるであろう。

萬病萬毒の辨では、吉益東洞(1702~1773)が唱えた万病一毒説を、冶工が金銀銅鉛錫を分別なく一つのカネなりと言うような誤りで、「毒をもって毒を攻める」という方法や「生死は人の預かる事にあらず天命なり」とする考え²⁷⁾を批判し、「かりそめにも医は司命の業なれば、万病を一毒とする空言に欺かれてみだりに薬を用いて人命を損なうことなかれ」と警告している。

痘瘡を避るの辨では、長崎遊学中あるいはその後各地を遍歴した際、痘瘡の流行地において体験した事例を基に、痘瘡患者の発する毒気を吸い込まないようにし、患者の使用した衣類や玩具に接触しなければ痘瘡は避けられるなど具体例をあげ、避痘によって感染を予防することが可能であることを述べている。

「斷毒論」が著された時代は、痘瘡の流行に呪術²⁶⁾で対応するのが一般的であった反面、対抗策として中国から伝えられた人痘種法は、1800年代初期から中期にかけて各地で実施され、医療としての有効性を発揮し始めた時期でもあった。しかしこの方法は、痘瘡患者の痂皮を鼻から吹き込む等の方法であり、発病者も多く当時あつては未だ十分な対応策とは言えない状態にあつた^{26, 27)}。

寛政10(1798)年幕府医学館に創設された痘科の教授兼医官であつた池田瑞仙は、文化初年(1805年頃)官命で入峽した際、自著を稿本とした巡回講演を行うなど峽中医界に大きく貢献した^{1, 3, 4)}。これに対し伯寿は、種痘は毒力の緩和を計るに過ぎず、効少なくかえつて流行を招く危険が大きいとし、避痘の実例をあげ痘瘡からの隔離こそが唯一の方法であると批判した。さらに、文化9年には市川陣屋と甲府勤番支配に避痘の法令化を請願するまでに至つた。

この批判と行動が、種痘法を推進していた幕府方を刺激し「斷毒論」の版木押収と取り戻し訴訟事件に発展したが、甲府医学所の中村八太夫の仲介で落着した^{1, 4)}という。

その後の経過ははっきりしないが、痘瘡が伝染病であることを指摘し、それぞれの病にはそれぞれの毒気があると万病一毒説を批判し、一生一度は病むものという人々の諦観に挑戦した「斷毒論」は、当時の医界に受け入れられなかつたばかりか、病気から健康者を隔離するとい

う方法が、人々に「無慈悲な狂医者」²⁸⁾と誤解され嫌われる結果をもたらしたと想像される。後年になって、問題の多かつた人痘種法は安全度の高い牛痘種法に移行し、その有効性が広く認知されていく状況下にあつて、避痘が公に実施されることはなかつた。

しかし、國字斷毒論付録の末尾にある痘瘡禦方には、避痘の有効性と理由に加えて、現代にも通じる具体的な注意事項とともに人々の懸念や批判への回答に相当する記述がみられる。病原体が発見される以前の蘭学勃興期にあつて、陰陽思想に裏打ちされた病原への言及は時代的制約によるものと言わざるを得ないが、伯寿の疾病観は「当時の日本の医学水準よりも格段と進んだ内容のもの」²⁹⁾であつた。

伯寿の卓見は、なによりも痘瘡、麻疹、黧瘡、疥瘡が人から人に感染する伝染病であることを看破したことにある。松田は「ウイルスの存在を挙げずに天然痘が伝染性の疾病であることを論証しようとするれば、今日でもこれ以上の説明はできないであろう」と、佐々は「痘瘡や麻疹を、いまでいう公衆衛生、予防衛生的な対策で防ぎ得ることを提唱し、近世の日本医学の歩みの中で、初めて伝染病の概念を確立した」と橋本伯寿を高く評価している^{2, 12)}。

「斷毒論」、「翻譯斷毒論」、「國字斷毒論」と立て続けに出版された伯寿の主張は、牛痘法の発展により時代に取り残された形となつたが、その主旨は現在の伝染病対策の根底に生き残っている。

ま と め

- 1) 文化8(1811)年橋本伯寿によって著された「翻譯斷毒論」は、現時点で筆者等が把握している山梨の地方病に言及した文献としては最古のものであり、「片山記」(1847)から36年遡ることができる。
- 2) 「翻譯斷毒論」に記述されている「中郡の水腫」は、日本住血吸虫による肝脾肥大と考えられる。また、「都留郡の水腫」は、マラリアによる脾腫の可能性がある。
- 3) 1800年頃の都留郡には、瘡と診断されるマラリアとフィラリアが混在していた可能性がある。

引用文献

- 1) 山梨県医師会誌(1969)
- 2) 富士川遊：日本疾病史 平凡社(1969)
- 3) 村松学祐：甲州医師伝(1940)
- 4) 山梨県立中央病院史(1982)
- 5) 沖波 実：藤井好直・片山記復刻版(1954)

