

湯本求真の 「東西医学融合統一」に学ぶ —漢方医学のさらなる発展をめざして—

あきば伝統医学クリニック 院長／
千葉大学大学院 和漢診療学 客員教授／
東邦大学佐倉医療センター 客員教授／
慶應義塾大学医学部 漢方医学センター
非常勤講師／
金沢大学大学院 分子情報薬理学
非常勤講師

秋葉 哲生 先生

金沢大学附属病院
耳鼻咽喉科・頭頸部外科／
和漢診療外来 特任准教授

小川 恵子 先生

明治維新以降、西洋医学が主流となった医療現場において、医療用漢方製剤148処方西洋薬とともに広く応用されている。その背景には漢方医学の復興、そしてそれぞれの医学の特長を活かす「東西医学融合統一」に尽力した先達である湯本求真の活躍があったことを忘れてはならない。

そこで今回は、湯本求真研究の第一人者である、あきば伝統医学クリニックの秋葉哲生先生をお迎えし、湯本求真が目指した漢方医学、それを受け継いでいるわれわれに課された使命について、金沢大学附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 和漢診療外来の小川恵子先生と対談していただいた。

I 漢方医学に希望を見出した 湯本求真

小川 私が金沢の地で漢方診療に取り組んで2年が経ちました。金沢でもあまり知られていませんが、金沢における漢方の先人である湯本求真(1876~1941年)の業績を踏まえ、われわれが取り組むべき課題とこれからの漢方医学が進むべき道について、湯本求真の研究の第一人者であり、秋葉先生とともに

写真 湯本求真



出典／湯本求真 著：皇漢医学、
燎原、1976。

考えてみたいと思います。

日本三名園の一つ、兼六園にある金澤神社の境内には「東西医学融合統一」と記された湯本求真(写真)の顕彰碑があります。

秋葉 「東西医学融合統一」とは、湯本求真の著書『臨床応用漢方医学解説』(1917年刊)の序文に記された言葉であり、西洋医学と漢方医学のそれぞれの長所を活かして相互補完しようという考え方です。本書では、明治末期から大正初期の西洋薬理学的な見解で漢方薬を解説しています。

小川 湯本求真は金沢医学専門学校(現、金沢大学医学部)を首席で卒業されたそうですね。

秋葉 首席で卒業するほど西洋医学に秀でていながら、西洋医学に対する敵愾心ではありませんが、彼は西洋医学者



小川 恵子 先生

1997年 名古屋大学医学部 卒業
 2004年 名古屋大学大学院 医学研究科 修了(医学博士)
 同年 名古屋第二赤十字病院 小児外科
 2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長
 2006年 あきば伝統医学クリニック
 2007年 千葉大学医学部附属病院 和漢診療科 医員
 2011年より現職

を挑発しました。その姿は、漢方医学に対する肩入れのようにも見えます。

小川 やはり漢方医学の復興には、大変なエネルギーが必要だったんですね。

秋葉 彼は非常に武断的と思えるほど、相手に選択の余地を与えない、物事を言い切るタイプだったようです。一方、彼とかかわりの深い和田啓十郎は、もう少し柔軟でインテリジェンスを感じさせる話し方をしていたそうです。

小川 湯本求真が漢方医学を志したのは、和田啓十郎の『医界之鉄椎』¹⁾との出会いがきっかけだと伺っています。1907年に石川県鹿島郡崎山村(現在の七尾市)鵜浦の実家に診療所を開設しましたが、その3年後に疫痢で3歳の長女を失い、さらに同じ病で祖母父を相次いで亡くしています。この出来事を通じて西洋医学の限界を痛感されたのですね。

秋葉 最愛の家族を相次いで失った苦しみを、後の『皇漢医学』の序文に「精神殆んど錯乱セントスル」と記しています。その失意のなか、『萬朝報』²⁾に掲載された『医界之鉄

図1 読書に関しての所感

見識なき者の多読は、恰も貧者が僅少の金を持ちて三越、天賞堂へ買い物に行きたるが如く…

読書は少なきよりも多きを可とす、然れども**多読は精読に若かず**、精読するも眼光紙背に徹せざれば著者と同化する事能ず、同化するに能はざれば著者の真意又何うに由なし。然れども**同化は畢竟盲従に外ならず**、盲従すれば著者の奴僕となり了りて、読書の効果大半没せん。故に一度は著者と同化し、一心同体となりて著者の真意を何うもその眞を得たる上は忽ち本来の自分に歸りて**批評的眼光**を以て著書に對せざるべからず。此れに於いてか始めて真偽良否明鏡を以て照破するが如くなるべし。

出典／和田啓十郎 著：医界之鉄椎 増補改訂版、南江堂、1915。

椎』の書評を目にすると、「これだ」とばかりに入手し、その内容に感銘を受けたのです。彼は和田啓十郎に入門を志願する手紙を書きますが、和田啓十郎は年端の違わない湯本求真を弟子ではなく同志として迎え入れ、数多くの蔵書を与えたり、数えきれないほどの書簡で質疑を交わすなど、惜しみない援助を行いました。そして『医界之鉄椎』増補改訂版(1915年)では、湯本求真のために新しく43ページを増やして彼の論稿や、跋文を掲載しました。

小川 和田啓十郎の論稿のなかに、「読書に関しての所感」(図1)があります。「多読だけでなく精読しなければならない。精読して真意をつかまなければ著者に同化できない。しかし、同化するだけでは著者に盲従してしまうので、それに対する批判的精神を持ちなさい」ということを「批評的眼光」という言葉を用いておっしゃっています。一見すると過激な考え方ともとれますが、漢方医学を勉強しているわれわれにも通じる言葉ではないでしょうか。

秋葉 「悉く書を信ずれば則ち書無きに如かず」、つまり、「批判の目を持たずにその書物を信じるなら、かえって書物を読まない方がよい」という孟子の言葉があります。尾台榕堂³⁾も「医書は涉獵泛覽すべからず」と『方伎雜誌』⁴⁾に記していますし、この考え方は『皇漢医学』に反映されました。

小川 『皇漢医学』には120冊の参考文献が挙げられていますが、当時これだけの書籍を集めるのは容易ではありませんか、本書は資料的な価値も高かったのでしょうか。

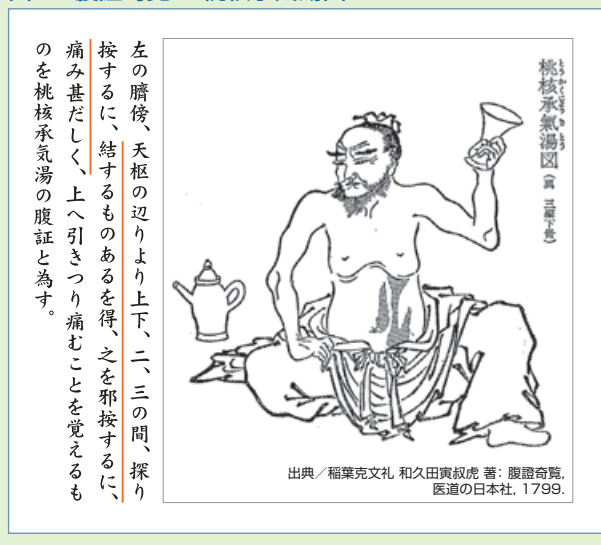
1) 医界之鉄椎(いかいのてつづい)：西洋医学と比較した漢方医学の長所、そして明治政府の政策で漢方医学が不当に貶められていることが収載されている。1910年に和田啓十郎が自費出版した。

2) 萬朝報(よろずちやうほう)：黒岩涙香(くろいわ・るいこう)が発行した日刊のゴシップ誌。権力者のスキャンダルを取り上げ、人気を博した。

3) 尾台榕堂(おだい・ようどう)：1799～1870年。古方派の漢方医。晩年に將軍 徳川家茂の侍医となった。

4) 方伎雜誌(ほうぎざし)：尾台榕堂が1870年に刊行した、医療哲学、臨床経験の集大成といえる書籍。

図2 腹證奇覽 一桃核承氣湯図一



秋葉 『皇漢医学』は過去の処方をも批判的に論じた書籍です。十分な引用がなされています。浅田宗伯⁵⁾や和田東郭⁶⁾など、100年以上も前の治療成績をも批判しています。そういう意味では資料や読み物としての価値も高く、医師や薬剤師だけでなく文学傾向の強い一般人にも好まれ、ベストセラーとなりました。



秋葉 哲生 先生

1975年 千葉大学医学部 卒業
同 年 総合病院 国保旭中央病院 内科・小児科
1979年 同病院を退職し、あさば医院を開設
1989年 あさば病院を開設し院長に就任
2003年 慶應義塾大学医学部 漢方医学センター 客員教授
(2010年まで)
2006年 あさば伝統医学クリニックを開設
2008年 東邦大学佐倉医療センター 客員教授
2012年 千葉大学大学院 和漢診療学 客員教授

II 漢方医学を西洋医学的な見地から応用する

小川 「腹ハ生アルノ本ナリ故ニ百病ハ此ニ根ザス」と『皇漢医学』に記しているように、湯本求真は腹証を非常に重視していますが、古方派⁷⁾のそれとは異なる独自性があるように思います。

秋葉 これは吉益東洞⁸⁾の言葉ですが、吉益東洞も曲直瀬道三⁹⁾の『百腹図説』¹⁰⁾から引用しています。

小川 興味深いのが、この言葉の後に「科学ニ立脚スル洋方ノ原理ニ照ラスモ亦多大ノ真理ヲ含蓄スルヲ知り得ベシ」とあり、西洋医学的な知識の記述がいろいろ続くのですが、最終的に「検尿上、腎上皮細胞、血球、圓柱、蛋白等ヲ認メザレバ直ニ腎臓障害ヲ否定スル科学万能主義ニヨルナリ」と、否定しています。

とりわけ湯本求真は瘀血を重視していたと思われますが、腹腔内の血液分布について考察するなど、腹証を生理学的・解剖学的に理解していた点が興味深いですね。

たとえば『腹證奇覽』¹¹⁾の桃核承氣湯図(図2)では、瘀血点を左の臍傍から天枢¹²⁾のあたり、そしてS状結腸部から胸脇の圧痛とされています。これを腹部の解剖図(図3)に当てはめると腹腔内の門脈系、体循環系の吻合部と一致します。また、『皇漢医学』の桃核承氣湯の瘀血の腹証では「膀胱部位ニ存スルコト殆ンド稀有ニシテ下行結腸部ニ位スルヲ常トス」と記されており、これを血管の分布に照らし合わせると、S状結腸部の体循環系と門脈系の吻合部に相当しています(図4)。ちなみに、瘀血点を右下腹部に限局するようになったのはいつごろですか。

5)浅田宗伯(あさだ・そうはく):1815~1894年。江戸幕府の医官。臨床医として活躍する一方で、明治政府の漢方医学廃止政策に反発した。著作に『皇国名医伝』『傷寒論識』などがある。

6)和田東郭(わだ・とうかく):1744~1803年。吉益東洞に師事し、朝廷の医官となった折衷派の医師。

7)古方派(こほうはい):江戸時代中期に興った漢方医学の流派。医学の原理を『傷寒論』『金匱要略』に求め、この中の処方(古方)を用いて治療を行った。代表的人物に名古屋玄医、後藤艮山、松原一閑斎、香川修庵、山脇東洋、吉益東洞、永富独嘯庵などがある。

8)吉益東洞(よしまつ・とうどう):1702~1773年。古方派の中心人物。伝統医学における理論性の否定を試み、「万病一毒説」を唱える。

9)曲直瀬道三(まなせ・どうさん):1815~1894年。「日本医学中興の祖」とされる。明代中期の医学を集大成して、現代の弁証論治とは同義の「察証并治(さつしょうべんち)」を確立し、後に後世派と呼ばれる流派の祖となった。

10)百腹図説(ひゃくふくずせつ):二代目 曲直瀬道三による腹診の指南書。

11)腹證奇覽(ふくしょうらん):古方派の稲葉文礼(いなば・ふみのり)が1799年に刊行した、腹証を図化したもの。

12)天枢(てんすう):臍のそばにあり、胃腸の不調を整えるツボ(経穴)。

図3 門脈系と体循環系の吻合

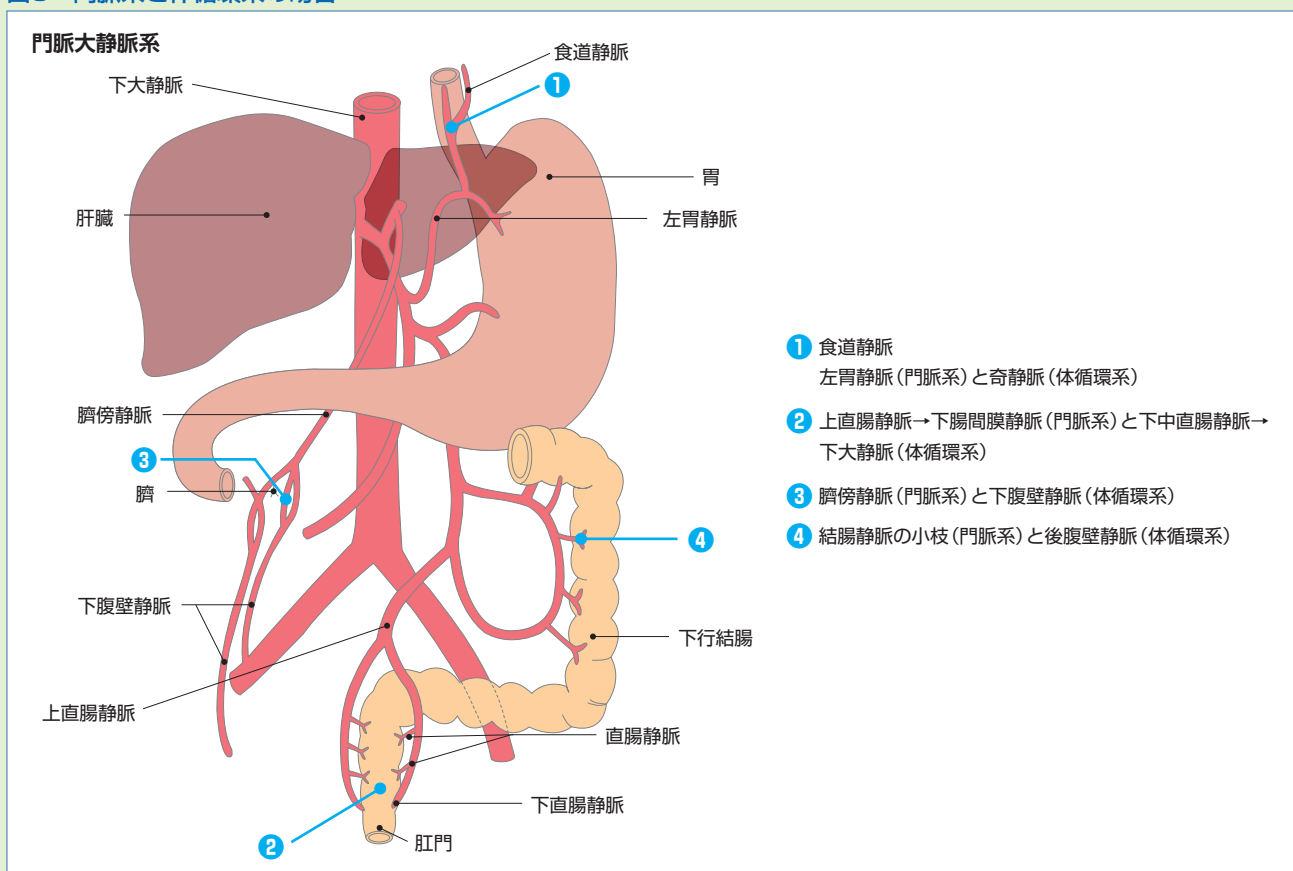
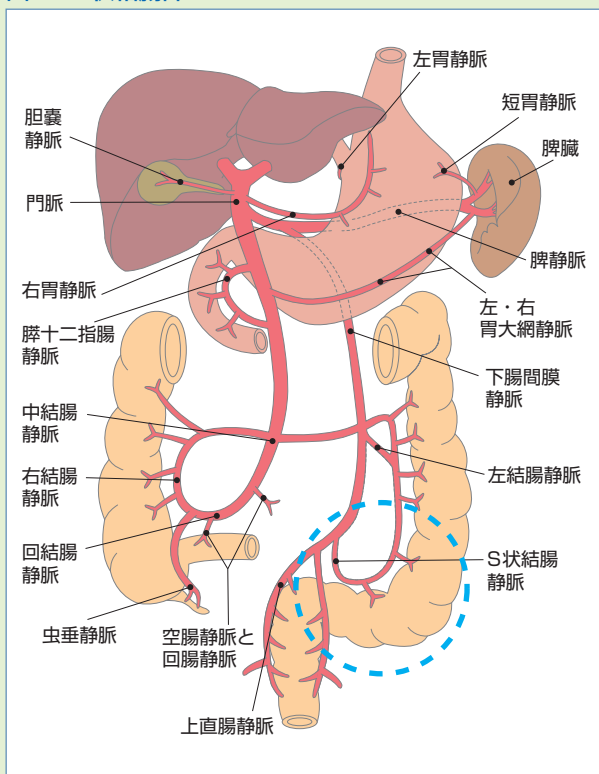


図4 S状結腸部



秋葉 藤平健¹³⁾先生が脾傍の四隅とS状結腸、回盲部を圧迫すれば、見落としなくすべてをスクリーニングできるという意味を込めて挙げた代表点であって、決して右下腹部だけを局限しているわけではありません。

小川 そうしますと、『腹證奇覧』のように広範囲であるということですね。湯本求真も「此ノ分ヲ（下行結腸の）横徑ニ沿ヒ腹底ニ向テ指頭ヲ以テ擦過シ強ク按壓シテ堅結物ヲ觸知シ病者急痛ヲ訴フルトキハ之ヲ以テ少腹急結アリト爲スベシ」と定義しています。S状結腸は長く弯曲しているので、そういうことも考慮したのですね。いずれにせよ、彼の瘀血の腹証には生理学・解剖学が活かされています。このような姿勢をわれわれも見習うべきではないかと思います。

秋葉 われわれは西洋医学を学んでから漢方医学の勉強を始めるので、入り方としては間違いではありません。

小川 湯本求真は過激な面ばかり注目されますが、彼の漢方診療のスタイルには論理的な説得力があったのです。

13) 藤平健（ふじひら・けん）：1914～1997年。日本東洋医学会設立時の理事。『傷寒論』の研究により、慢性疾患は同一個体に相関する2つの病位にまたがって存在するという「併病論」を明確化した。

図5 湯本求真 自験例

第7回 自験例

余は、56歳の時、半身不随に罹り、四肢痙攣・寒熱往来・口燥口渴・便秘し、軽度の言語障碍および識語、幻覚のごとき神経症を呈したるにより本方*の石膏を80.0より漸次増量して130.0とし、硝黄10.0より25.0として服用したが、瀉下傾くるがごとく、羸瘦骨立せんとするに至ったので、某医は下剤を緩和せんことを、某医は石膏を地黄に換えん事を忠告したるも所信にしたがって転方せず、続服すること約三ヶ月にして軽快し、四ヶ月にして全治するに至った。但し、この経過中悪寒発熱して耐え難いことがあったので、其の場合は白虎湯を用い、この証去ればまた前方を用いた。

*：大柴胡湯合桃核承気湯、大黃牡丹皮湯加薏苡仁石膏に黃解丸
黃解丸：黃芩3.0；梔子2.0；黃柏・黃連1.5に大黃1.0を加えたものをそれぞれ細末にし、米糊で丸薬とする

出典／湯本 一雄：求真医談（7）、漢方と漢薬、復刻第2巻、7（1）、東亜医学協会、1934。

III

病邪を徹底的にたたき 西洋医学的な治療

小川 湯本求真は、石膏や大黃などの生薬を大量に使いましたが、経験的に用量依存性を確信していたのでしょうか。

秋葉 そうだと思います。肺結核の処方為例に挙げると、「余は目下五人の肺結核患者を治療しつつあるから其の治療例を述べてみる」として、第1例に麦門冬湯加黃連3.5g、地黄10g、合桃核承氣湯去芒硝大黃、第2例に麦門冬湯加黃連3.5g、石膏130g、合桃核承氣湯去芒硝大黃3倍量桂枝茯苓丸および解毒丸（大黃、桃仁、蟄虫、金硫黃、甘汞を蜜丸としたもの）を兼用しています。3倍量とはすごいですね。

小川 彼の有名な自験例（図5）でも、石膏を80gから最終的に130gまで増やし、4ヵ月で全治させたそうです。『皇漢医学』を読んで感じたのは、彼の治療は実体のある病邪に対する攻撃が主ではないでしょうか。これは西洋医学的な考え方ですね。

秋葉 彼は実体のある疾病の治療は得意でしたが、一方で精神的な疾患はあまり得意ではありません。要するに、西洋医学的な診断技術で病因を明らかにし、そこに焦点を当てて治療したということです。

小川 また、大黃牡丹皮湯については、古方では芒硝は

4gですが、『皇漢医学』では11gです。また牡丹皮、冬瓜子が古方では各4gであるのに対し、『皇漢医学』では牡丹皮が7g、冬瓜子は9.5gです。このように、湯本求真の処方方は現代の処方に比べて生薬量が多いという特長があります。これはとくに駆瘀血剤に多くみられますが、瘀血を攻撃する目的だったのでしょうか。

秋葉 そうかもしれませんね。たとえば彼の感冒の治療では辛温解表の考え方はありません。いわばNSAIDsで徹底的に炎症を抑えるようなものです。しかし、これは誰もが真似できるものではなく、神業といえますね。彼の弟子の大塚敬節¹⁴先生がある時期、彼を真似たことが『漢方診療三十年—治験例を主とした治療の実例』（1959年）に記されていますが、このやり方をすぐにやめています。石膏を少し多めに使うにしても、恐る恐る試してはみたものの、懲りてしまったのかもしれませんね。



西洋医学の概念にとらわれすぎないことが重要

小川 たとえば小腹急結という言葉がありますが、この定義は非常に難しいと思います。大塚先生の著書『漢方の特質』（1971年）では「左の腸骨窩の部にひどく圧に過敏な部位があり、両膝を進展したままで、指頭で軽くこの部をこするようにすると、患者は『あつ』と声を出して膝をかかめる。」と記されていますが、結局は各々の経験則に頼らざるを得ないのではないのでしょうか。

秋葉 そうですね。ディスクレパンシーがあつて、圧痛がないのに擦るとひどく痛がる患者さんに遭遇することがあります。触ると圧痛があるからといって、それが本当に小腹急結かどうか、実のところ確証がもてません。

小川 湯本求真は西洋医学的な知識でこれを解決しようと試みたと思いますが、われわれの場合はどのように学べばよいのですか。

秋葉 まずは疑ってみることでですね。なぜなら、腹診が初めて登場したのは曲直瀬道三が書いたとされる『百腹図説』であり、その後、吉益東洞や和田東郭が行ったのが200年ほど前の話です。桃核承氣湯の腹証は約2000年前から存在するのですから、たかだか200年前の解釈に縛られるべきではありません。もっと自由な考え方で取り組んでもいいのではないのでしょうか。

小川 『腹証奇覧』では臍の下になっていますが、『皇漢医学』では「盲腸或イハ虫様突起部（盲腸・虫垂）ト之二對セル

14)大塚敬節（おおつか・けいせつ）：1900～1980年。昭和の漢方復興期に牽引的な役割を担った名医。現代医療における漢方医学の普及と発展に貢献した。北里大学東洋医学総合研究所を創設し、初代所長に就任。

左側腹部ニ各一個ノ凝塊或イハ堅塊アリテ之ヲ按ズレバ直ニ疼痛スルモノ反テ多シ」とあります。『金匱要略』では腸癰に使っているのですが、私なりに大黄牡丹皮湯の腹証を解剖学的に検証してみました。

大黄牡丹皮湯は右下腹部の圧痛を伴う腸癰に使われていますが、湯本求真も虫垂炎や大腸憩室炎に大黄牡丹皮湯を使っていたと思います。日本人の憩室は右側が多いことから、この処方には理にかなっています。しかし、日本人の食生活が欧米化し、現在は欧米人のように憩室が左側にある人が増えています。『腹證奇覽』でも大黄牡丹皮湯の証は「臍下に毒有りて」とありますので、瘀血をもっと幅広く捉え、今後は左下腹部の圧痛にも大黄牡丹皮湯を使ってよいのではないかと考えます。

秋葉 また、湯本求真は胸痺を『皇漢医学』で「狭心症なり」と記し、茯苓杏仁甘草湯、類方の木防己湯を心臓の痛みにのみ用いました。本来、胸痺には肋膜や胸壁の痛み、呼吸器疾患なども含まれますので、前述の処方はいくつかの疾病にも用いるべきだと思います。西洋医学の知識は大事ですが、その概念にとらわれすぎると、彼のように漢方薬本来の自在な運用に制限をかけることになりかねません。湯本求真は非常に優れた漢方医ですが、西洋医学の枠組みにとらわれすぎた点が残念でなりません。



西洋医学と漢方医学の「いいとこ取り」

小川 生薬のなかには、時代とともに使われなくなるものもあります。たとえば冬瓜子は後世派の腸癰湯に配合されている生薬ですが、現代でももっと使われてよいと思います。

秋葉 抗生剤の登場で冬瓜子の出番がなくなりました。しかし、耐性菌の問題もあって抗生剤を軽々に使えない現状を考慮すると、冬瓜子の感染症に対する薬効など、感染症に対する漢方治療を見直す時期かもしれません。

小川 そうですね。大腸憩室炎の患者さんに大黄牡丹皮湯を併用投与したところ、入院日数が短縮できた経験があります。西洋医学と漢方医学のお互いの長所を活かす、「いいとこ取り」が奏効した症例です。現代の西洋医学は湯本求真の時代よりも進歩していますし、「いいとこ取り」は意義のある使い方になるのではないのでしょうか。

秋葉 相互補完という考え方ですね。術後せん妄に対する抑肝散、術後イレウスに対する大建中湯、これらは開腹手術が行える現代の西洋医学水準があつてこそ意味を成す処方です。「この漢方薬や生薬はいまの時代は不要」と切り捨てるのではなく、「またいつか役立つかもしれない」と温存しておくことも大事だと思います。



漢方医学の発展に必要なこと

秋葉 さきほど「いいとこ取り」の話が出ましたが、湯本求真が活躍した時代と異なり、われわれは西洋医学・東洋医学、そして流派へのしがらみがありません。また、医療用漢方製剤148処方という武器もあります。これらを上手に活かさねばなりませんね。

小川 どうすれば、148処方を使いこなせるようになるのですか。

秋葉 148処方の薬理・薬性、そして薬能を知り、長い歳月の間に実臨床で積み上げてきたことのうち、必要な部分を自分のものにすることです。そうすれば、148処方は決して多すぎもせず、少なすぎでもないことが理解できると思います。

小川 つまり148処方を運用する根拠を知ることが重要なのですね。

秋葉 そうです。148処方のそれぞれが出来た年代を時系列に並べてみると、おのずとその処方がもつ歴史的な意味合いが見えてきます。たとえば、半夏白朮天麻湯と補中益気湯は非常によく似ています。それもそのはず、李東垣¹⁵⁾が同じ考え方で作った処方なのですから。

また、同じ薬効の処方が2000年前にも1000年前にも存在しますが、両者には1000年の隔たりがあります。その間に安全性やQOLなどの要素が補正されるなど、時代に合わせて変化しながら生き延びてきたことがわかります。このような歴史的な意味合いを学ぶことが、伝統医学を運用するうえで重要になると思います。

小川 漢方も「医学」という以上は「生の学問」なので、今後も発展する可能性はありますね。われわれは湯本求真の批判的精神と「東西医学融合統一」の想いを受けつぎ、漢方医学の発展に貢献したいと思います。本日はありがとうございました。

【参考文献】 湯本求真 著：皇漢医学、燎原書店、1976。

15) 李東垣(りとうえん): 1180~1251年。金元時代に活躍した金元四大家の一人。補中益気湯の創方し、消化器の重要性を説いた『脾胃論(ひいろん)』(1249年)に記した。後世派に大きな影響を与えた。