

かつて、なにわにこんな中医学があった
—中島随象の遺産—

田川和光と中医学

Chinese Medicine in Naniwa from 1970's to present days.
—Inherited Genes from Zuisho Nakajima—

Kazumitsu Tagawa and his Traditional Chinese
Medicine

西本 隆
Takashi Nishimoto

医療法人社団 岐黄会西本クリニック 神戸大学医学部附属病院漢方内科
Nishimoto Clinic Division of Kampo Kobe University Hospital

抄録

田川和光先生（1942-1998）（以下敬称略）の漢方医としての人生は、創設期の兵庫県立東洋医学研究所に始まり、中島随象との出会い、中国黒龍省中医学院への留学と傷寒論研究家劉快紅老師との出会いを経て、兵庫県下の県立病院における東洋医学外来の創設と拡張という大任を果たしたのち、阪神淡路大震災の3年後、明石市の診療所において幕を閉じた。

田川が入所した当時の兵庫県立東洋医学研究所は、日本で最初の公立東洋医学研究所として、日本に紹介されて間もない現代中医学を導入しており、また顧問として、一貫堂医学の継承者であった中島随象を迎えていたことから、田川は、同研究所で中医学と後世方の両者を学んだ。その後、中国留学を契機として、田川の漢方は、『素問』『傷寒論』の研究から、さらに温病学へと広がり、遂には、「通膈湯」の創製により、独自の世界へと広がった。

彼の臨床は、詳細な四診と精緻な理論、そして「漢方は科学である」という一貫した思想にもとづいたものであり、没後17年が過ぎた今も、彼の薫陶を受けた多くの医師らが、彼の生き様を思い、彼の学問に対する姿勢を範として、漢方への思いを受継いでいる。

キーワード：田川和光、中医学、中島随象、兵庫県立東洋医学研究所、通膈湯

Abstract

In 1978, Mr. Kazumitsu Tagawa started his career as an expert of Traditional Chinese Medicine (TCM) at the Institute for Oriental Medicine of Hyogo, which was the first prefectural institute for research into oriental medicine in Japan. There, he studied both TCM and Ikkando-Medicine of which Zuisyo Nakajima, an adviser of that institute, was an authority. In 1985, Tagawa was sent to the Traditional Chinese Medical College in Heilongjian Sheng, China, where he met Dr. Liu Kuai Hon, an authority of Shanghan Lun. From Dr. Liu, he learned SuWen and Shanghan Lun in depth and also progressed to Wen Bin Xue.

After returning to Japan, Tagawa moved to the newly opened department for oriental medicine of the Hyogo Prefectural Hospital, and subsequently opened his private clinic in Akashi city. At that time, he created his own original formula “Tsukaku-to” and this greatly enhanced his academic status. But in 1998, three years after the Hanshin-Awaji earth quake, he died of renal failure.

Tagawa's medical treatment was based on a complex diagnostic approach and theory, which led to his strong conviction that “Kampo must be scientific” .

Even seventeen years after his death, many doctors still miss him and have adopted his influential ideas regarding Kampo and TCM.

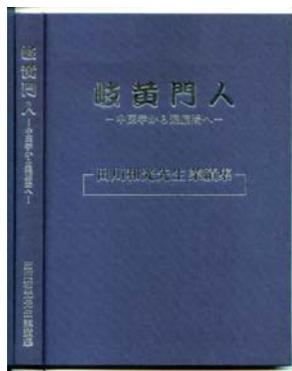
Key words : Kazumitsu Tagawa, Chinese Medicine, Zuisyo Nakajima, Institute for Oriental Medicine Hyogo, Tsukaku-to

はじめに

本稿は、第4回日本中医学学会学術総会、シンポジウム2「かつて、なにわにこんな中医学があった～中島随象の遺産～」において発表した「田川和光と中医学」の内容を加筆訂正したものであり、1998年に56歳の若さで急逝した田川和光先生の足跡・思想・生き様を、先生が残された論文を引用しながら紹介する。

略歴

「田川和光先生は、阿修羅の如き劇しきで漢方界に登場し、菩薩のような柔和さをもって去っていかれた」。これは、田川先生の死後、私どもが編集した「田川和光業績集」(写真1)に寄せられた安井廣迪先生による巻頭言である。田川先生は、1942年に鳥取県に生まれ、鳥取大学医学部卒業後、外科医として8年間を過ごした。学生時代はボート部に所属していたという。1978年、これまでの外科医としてのキャリアをすべて捨て去り、漢方医の道を志し、日本で最初の公立東洋医学研究機関として発足したばかりの兵庫県立東洋医学研究所に入所した。当時の研究所は、顧問として、一貫堂の中島随象先生を戴き、中国留学から帰国されたばかりの新名寛和・松本克彦の両先生が活躍しておられた。先生はこれらの先達に薫陶を受け、また、中島随象先生の診療所に通われながら、中医学と後世方を中心とした漢方を学ばれた。1985年には、県の公費留学生として中国黒龍江省黒龍江中医学院に派遣され、そこで、傷寒論の専門家である老中医、劉快紅医師と出会い、ここに、詳細な四診と中医学理論により精緻な中医学的弁



田川和光先生業績集「岐黄門人」

写真1



写真2

証論治をもって治療にあたるという、先生の診療スタイルが確立した。

この間、県下各地の県立病院での東洋医学診療を拡張するという兵庫県の施策により、1982年に兵庫県立柏原病院内科東洋医学科医長、1986年には兵庫県立加古川病院内科東洋医学科部長を歴任し、兵庫県での漢方の普及に大いに貢献した。しかし、その後、持病である糖尿病の悪化もあり、1995年に県職員を退職して明石市で開業されたが、1998年、かねてから患っていた糖尿病性腎症による透析中に急性心不全にて56歳の人生を閉じられた(表1・2)。

出会い

私は、1981年に神戸大学を卒業したが、医学部5年次の夏以降、将来東洋医学を専門とすることを心に決め、この頃から、兵庫県立東洋医学研究所に出入りするようになった。ちょうど先生が入所された直後であったと思う。ここに、当時の写真があるが、30歳半ばの、志にあふれた眼差しを見て取るように感じる(写真2)。

私の記憶のなかにある、最も古い思い出は、次の2つの場面である。最初は、私が卒後4年目に東洋医学研究所に入所した頃の頃だったと思う。「脈の見方がどうもわからない」と嘆いたところ(たしか阪神電車のなかだった)、「脈を診るときに大切なのは、あんたの指先で触れている脈がなんでそのように感じられるか、それを考えることなんじゃ。沈やの弦やのと名前をつけるのはそのあとでええんじゃ。」と答えてくださった(田川先生は鳥取弁交じりの関西弁だった)。この言葉は今も私のなかで忘れられないものであり、私のところに研修に来られる若いドクターたちにも、同じ台詞を使わせてもらっている(ただし、私は鳥取弁ではない)。もう1つの場面は、田川先生の外来にはじめて陪席させていただいたときの思い出である。先生の外来はとにかく「問診が丁寧」なのである。別の言い方をすれば、とにかく「長い」。よくこれだけ聞くことがあるな、と思われるほど、微に入り細に入り質問を続ける。これが、のちの「分析と統合」につながっていくのであるが、1人の患者からこれほどまでに大きな情報を引き出す先生の診察の姿勢を見たことは、たいへん貴重な体験であった。その後、ややもすると

田川 和光 先生 経歴

昭和 17 年 鳥取県倉吉市に生まれる
 昭和 42 年 鳥取大学医学部卒業
 昭和 44～52 年 倉吉北岡病院にて外科医として勤務
 その後、東洋医学を学ぶため、倉吉市を離れる
 昭和 52 年 京都南病院
 昭和 53 年 兵庫県立東洋医学研究所
 昭和 57 年 兵庫県立柏原病院内科東洋医学科の開設に際して医長として赴任
 昭和 60 年 6 月～8 月 中国黒竜江省黒竜江中医学院へ研修留学
 昭和 61 年 兵庫県立加古川病院内科東洋医学科の開設に際して部長として赴任
 平成 3 年 以前からの糖尿病の悪化のため県立加古川病院へ入院
 平成 5 年より糖尿病性腎症にて透析開始
 平成 7 年 明石市にて開業
 平成 10 年 1 月 26 日 透析中に急性心不全にて死亡

表 1



表 2

短時間で患者を「こなす」ことをよしとする自分に対して、ふと思い出すこの場面が、私に「反省しろ」と語りかけてくることも多い。先生の診察の丁寧さは、慢性腎臓病が進み、透析を受けられるようになって、最後まで変わらなかった。

■ 柏原病院時代

私が卒後 2 年目の研修を始めた頃の 1982 年 9 月、田川先生は、兵庫県のほぼ中央に位置する兵庫県立柏原病院に、内科東洋医学科医長として赴任された。ここでは、週 3 回の外来だけでなく、入院患者も担当され、薬剤部の協力もあって、常時 10 数名～20 名の入院患者に煎剤を投与していたという。はじめての東洋医学外来で、しかも入院患者も 1 人で担当することは、先生にとっても非常なプレッシャーであったようで、最初の入院患者に処方を行ったときのことを次のように述べておられる。

「……梔子厚朴湯を処方し、著効を得たものであるが、恥ずかしいことではあるが、この処方を決定し、投薬するまで、まる 1 日以上、傷寒論を読み返しながらかえに考えた」。先生の、臨床に対する真摯で謙虚な姿勢が偲ばれる言葉だと思ふ。

この頃、先生は、病院での診療だけでなく、地域の東洋医学の普及にも力を尽くしておられた。「丹波東洋医学研究会」は、丹波地方の医師と薬剤師による研究会であったが、田川先生はその指導者としても活躍され、月1回開催される研究会の日には夜遅くまで先生を囲んで討論が続いたという。

■ 黒龍江中医学院での研修

1985年6月から3カ月、兵庫県からの県費留学生として、田川先生は、中国黒龍江省中医学院（ハルピン市）での研修の機会を得た。はじめての外国人留学生である田川先生の教育を目的に特別に設けられた（！）外来には、先生が師事した『傷寒論』の専門家である劉快紅老師直筆の「岐黄門人」という横断幕がかけていたという。「岐黄」とは言うまでもなく『黄帝内経』における岐伯と黄帝のことであって「中医学の祖」という意味をもち、「門人」とは、狭い流派を超えて広く世界の中医学の徒を結集する門に入るという意味である、と田川先生は述べている。「岐黄門人」という言葉の響きは心地よく、また、その意味は深い。（余談であるが、先生の死後、私が自分の診療所を法人化するにあたり、先生の御遺族の許可をいただき、法人名を「岐黄会」とさせていただいた。）

黒龍江中医学院での先生のスケジュールは、週の半分を劉老師の外来の陪席にあて、残りは、内科の入院病棟で研修が行われ、そこでは、温病学についても活発に討論がされた。帰国後、田川先生は、「岐黄門人」（『漢方研究』小太郎漢方1988～1989）というシリーズで15編の文章を發表されている。そのなかでも、「傷寒論継承問題の討論」は、劉老師の傷寒論に対する基本的な考え方と知識を紹介したもので、ぜひ読んでいただきたい文章である。

■ 『THE KAMPO』時代

1988年になると、田川先生は、当時カネボウから出版されていた『THE KAMPO』に連続して論文を投稿するようになった。『THE KAMPO』は当時日本の漢方において中医学を志向する新進気鋭の先生方が投稿されていた、日本における中医学のレジェンドともいえる雑誌である。

最初の論文は1988年9月号に載せられた「桑菊飲の症例」で、このなかで田川先生は桑菊飲の奏効した6症例を提示し、その「まとめ」において、「外感病の治療にあたっては、外因・内因ともに十分考慮する必要があるが、外因に関してみると、病邪の種類を正しく鑑別することが、治療で最も大切なことである」と、邪気の性質認識の重要性を強調しておられる。日本での温病学の黎明期ともいえる当時の新鮮な空気が伝わってくるような一文である。

その後、先生は、翌1989年11月号より1995年9月号までの約6年間にわたり、「弁証論治〈分析と統合〉」シリーズとして、立て続けに17編の論文を發表した。各論文のテーマは別表のとおりであるが、第4回からはそれぞれのテーマにサブタイトルがつくようになる。第4回（主要な矛盾と矛盾の主側面）、第5回（邪正闘争）、第6回（概念的認識と感覺的認識）、第7回（概念的認識と本質的認識）、第8回（整体論と科学方法論）、第9回（概念的認識に関する諸問題）、第10回（整体論とその部分法則）、第11・12回（整体論の部分法則）、第13回（再び整体論

田川和光の言葉

弁証論における最も大切な点は、弁証の根拠を中医学の体系的理論に従って分析して中心になる証証を見つけたし、さらにこの証証を基軸として、患者の病証に発生している症候と病態を総合的に再構築することによって分析の正しさを検証することにある。この「分析」と「総合」の過程を、中医学の全体系を考慮に入れながら体系的に行うことによって、**中医弁証論は科学性を獲得しうるのである。**

(中略)

私はこの分析と総合の過程を、症例報告という形式で試みるつもりである。

(中略) 私が述べたいのは、弁証分析の正しさでなく、弁証分析の形式についてである。事象の分析結果が常に正しく得られるとは限らない。むしろ、必ず誤りを内包しているのが実情であろう。この誤りは、分析と総合という作業を系統的・体系的に行い、これを繰り返すことによって、初めて訂正できる性質のものである。

THE KAMPO Vol.7 No.6 1989

表 3

田川和光の言葉

疾患の発生や、病態の進展・変化の過程を分析することは、現時点での患者の病証を知るうえで欠くことのできない作業である。これらの過程を分析するということは、患者の生理的な状態に、どのような病因が作用して、いかなる病理的状态となり、これが現時点に至る間に、そのように進展・変化して、現在の病証となつたかを知ることである。このような**分析の過程を無視した診断による治療は、たとえ中医学に依拠して中医方剤を使用したとしても、中医弁証論としては不完全なものといえ、弁証論というよりも、むしろ**中医学類似の方証対応**でもいうべきものであり、欠陥の多い日本漢方への回帰の道である。**

THE KAMPO Vol.8 No.2 1990

表 4

田川和光の言葉

弁証論における分析と総合という作業は、疾病に見られる多彩な症候、すなわち標症を分析して、疾患を成立させている根本的で単純な病態（疾患の本）に帰納することから始まる。**中医学は科学であるが、科学であるためには、その成立を保証している方法論が明らかにされていなければならない。**

科学方法論が成立するには哲学が必要である。必要であるというより、哲学なくして科学方法論は成立しないのである。中医科学方法論は**唯物弁証法**によって成立しているが、この**中医科学方法論を臨床の場で可能としているのが、弁証論である。**この点を十分に認識しなければ、中医学の科学性を認識することも、また臨床において中医弁証論を科学的・体系的な診断治療法として実践することも不可能であろう。

THE KAMPO Vol.8 No.3 1990

表 5

田川和光の言葉

感性的認識の世界において、四診によって得られた診断素材は、一段階高い認識の領域である概念的認識の世界で分析されて始めて体系性を獲得し、科学的分析の門に立つことができる。

したがって、概念の領域における中医学の体系化が豊富で緻密であるほど、弁証分析は正しくなる。ただし、この概念の領域における体系化は、臨床実践に基づいたものでなくてはならない。臨床実践に基づかない**概念領域での体系化は、形而上学的、すなわち、観念論的体系化となり、現実の自然法則から遊離したものとなりやすい点に注意しなくてはならない。**

(中略)

日本漢方の特徴である、**方証相対と腹象を重視する思想は、これらのもつ諸概念規定の狭さゆえに、これらの概念の領域外での感性的認識を拒否し、この領域外にある膨大な診断素材を切り捨てていると同時に、その非体系性によって、概念的認識の領域での科学的分析を不可能にし、みずから科学となることを拒否している。**

THE KAMPO Vol.8 No.5 1990

表 6

について)、第 14 回(整体論と原因論)。

田川先生は各論文の「はじめに」のなかで、これらのサブタイトルに関して多くの文字数を割いて論説を述べている。当時の先生の論文は、症例に対する緻密な分析と豊富な知識を背景にした弁証論治によって、その価値は中医学的症例報告の高みに到達したものであるが、さらにその論文を特徴づけたのは、その論説である。

以下、田川先生の言葉として、私が強く印象に残ったものを紹介する(表 3～9)。

田川先生の論文に大きな転機が訪れたのは、1994 年である。この前年より、先生は、糖尿病性腎不全の悪化により透析を始められたと記憶している。そして、あの阪神淡路大震災の 10 カ月前、1994 年 3 月に発表されたのが、「通膈湯の症例 1 (自製方)」である。

このなかで先生は、「横隔膜の諸裂孔と脊柱を取り巻く空間の実体的・機能的変化により発生した胸部における組織間隙・血管・リンパ管の鬱滞などの変化が筋・筋膜の連続性によって形成される骨盤底面の筋・筋膜の緊張状態を変化させ、下枝と腹腔内臓との間のリンパ管等の流通障害を発生させる」と述べ、統一された一つの整体としての全身の気血津液の流通障害が、横隔膜の緊張により引き起こされる可能性を指摘した。

そして、その病態改善の基本処方として、「通膈湯」と名づけた処方を創製したのである。

実は、この「横隔膜の緊張が骨盤底面の筋・筋膜の緊張状態を変化させる」と

田川和光の言葉

臨床において、**本質的認識**の領域に到達するためには、上図のような過程を経た**分析と統合**が必要である。このように、**本質的認識の領域において明らかにされた個体の内部においては、もはや孤立した病因・病理・病態・症候は存在せず、すべてが有機的に関連した、一個の統一された個体の変化の運動として認識される。**

病める個体内の一部の臓器の異常である主要な矛盾が、個体の病態の独自性を決定している特殊条件規定を媒介として、個体の全病態と関連付けられ、部分的な病態である主要な矛盾と個体全病態との有機的関係が明らかにされた段階での認識が、本質的認識の領域における認識の形態である。このように、人体の構造・生理・病因・病理・症候まで含んで整理された認識が**整体論**である。**整体論**あるいは**整体感**は、中国古代の調気の医療実践に基づき、古代の唯物弁証法を指導理論として形成されたものである。

THE KAMPO Vol.9 No.1 1991

表 7

田川和光の言葉

日本の漢方家も、漢方の特徴として、「漢方は**全体医学**である」と**整体論**の重要性を強調している。ところが、多くの漢方家は体系化された概念的認識をもたず、臨床においても、科学方法論に基づかず、非体系的で恣意的・経験主義的な実践に明け暮れ、個々の患者を**整体**として認識できる最低の条件さえ整えていない。中医学は**整体論**なくしては**成立しないが、日本の漢方家は整体論の実像をもたず、「全体医学」という虚言が流行している。**彼らは、**全体医学**という言葉の意味さえ理解せず、ことばのみが独り歩きをしている。あるいは、現実の人体が**組織的・機能的に一個の統一体**であり、宇宙に存在しているという**自明の理**をもって**全体医学**というのであろうか。とすれば、この「**全体医学**」ということばが、**認識論的には、感覚的認識の領域における直観に過ぎない**のである。

(中略)

THE KAMPO Vol.9 No.1 1991

表 8

田川和光の言葉

日本の漢方家は、中国の先達が、**創造・発展させた医学の一部を技術論的に取り入れ、これらを直観的認識の領域において使用し、質的に低下させていることには気づかず、これらの技術の一部を使用していることをもって、整体論に基づいた実践を行なっていると錯覚している**のである。

整体論は、唯物弁証法に基づいた科学方法論によって認識しうる認識の形態についての概念である。これに含まれる技術面はこの整体論を支える必要不可欠な部分であるが、同時に全体としての整体論に指導されて、その正しい地位を保持することができるのである。

THE KAMPO Vol.9 No.1 1991

表 9

そして通膈湯へ

—中医学的認識 1—

『傷寒論・卷第四・弁太陽病脈証并治第七』

「第131、病発干陽、而反下之、熱入因作結胸。病発干陰、而反下之、因作痞。……巨大陷胸丸。」

「第138、小結胸病、正在心下、按之即痛、脈浮滑者、小陷胸湯主之。」

葉天士『外感溫熱篇』

「…按之痛、或自痛、或痞脹、当用苦泄、以其入腹近也。必驗之干舌、黃或濁、可小陷胸湯或瀉心湯、隨証治之；或白不燥、或黃白相兼、或灰白不渴、慎不可亂投苦泄、……」

THE KAMPO Vol.12 No.4 1994

表 10

いう考えは、2001年に刊行された『アナトミー・トレイン』や、「**ロルフイング**」としても知られるある種の**ストラクチュアルインテグレーション**（ボディセラピー）理論とも共通している概念であり、中医学の立場から独自に発想を組み立てた田川先生の知識と洞察力には、いまさらながら驚嘆するものである。

さて、**通膈湯**の処方構成は、次のようなものである。

黄芩 10g, 芍薬 15g, 牡蛎 20g, 栝楼仁 20g, 半夏 10g, 黄連 3g, 茯苓 15g, 乾生姜 3g。

処方創製に際して、田川先生は、まず、**傷寒論**における「**結胸**」の熱実に対する**大陷胸湯**と**小陷胸湯**の病証を分析し、次に、特に夏季に**湿温・寒湿**におかされることの多い日本では、**傷寒論**の「**苦泄の方**」を用いる場合、十分注意して使用する必要があるという葉天士の言葉を紹介している（**表 10**）。さらに、**温病条弁**の**小陷胸湯**加枳実方と**半夏瀉心湯**去乾姜甘草加枳実杏仁方を紹介し、**湿温・湿熱・暑湿**など**湿邪**を挟雑する病証では「**苦泄の法**」は禁忌であり、舌象を十分に参照して「**微苦微辛**」の**辛開苦降法**により対処すべきであると説明している。また、このことは、**結胸証**だけでなく**瀉心湯証**においても同様であるとし、**慢性病**の治療への応用に言及している（**表 11**）。

そして、先に述べたように、**横隔膜周囲の緊張**とそれによる**細胞間隙・血管・リンパ管の流通障害**が、**筋・筋膜の連続性**によって全身の**筋・筋膜の緊張**と**流通障害**を引き起こす、という理論にもとづいて創製された**通膈湯**は、さまざまな**加減方**を駆使することで、さまざまな病態に対応できるとした。

通膈湯の加味方の一部と適応疾患は、**表 12**に挙げている。

そして通膈湯へ

—中医学的認識2—

吳鞠通：『温病条辨・中焦篇』暑湿・伏暑

「38、脈洪滑、面赤身熱頭暈、不惡寒、但惡熱、舌上黃滑苔、渴欲涼飲、飲不解渴、得水即嘔、按之胸下痛、小便短、大便閉者、陽明暑湿、水結在胸也、小陷胸湯加枳實主之。」

小陷胸湯加枳實湯方（苦辛寒法）

黄連二錢 栝樓三錢 枳實二錢 半夏五錢

「39、陽明暑湿、脈滑数、不食不飢不便、濁痰凝聚、心下痞者、半夏瀉心湯去人參・乾姜・大棗・甘草、加枳實・杏仁主之。」

半夏瀉心湯去乾姜甘草加枳實杏仁方（苦辛寒法）

半夏一兩 黄連二錢 黄芩三錢 枳實二錢 杏仁三錢

THE KAMPO Vol.12 No.4 1994

表 11

通膈湯加味例

気管支喘息・気管支炎・アレルギー性鼻炎・慢性鼻炎 - 加杏仁10g

慢性湿疹・アトピー性皮膚炎・皮膚掻痒症など - 加滑石12g・連翹10g

慢性関節リウマチ・変形性関節症 - 加薏苡仁20g・威靈仙10g

or 防己15g 黄耆15g

狭心症・心筋梗塞などの心疾患 - 加薤白6~10g・桂枝10~15g

消化器疾患 - 加白朮10g・桂枝10g or 白朮10g・枳實10g

or 柴胡10g・枳實10g

THE KAMPO Vol.12 No.3 1994

表 12

通膈湯の背景にある田川先生の深い知識には及ぶべくもないが、筆者自身も、さまざまな疾患・病態に対して通膈湯を使用し、著効を得た例は枚挙にいとまがない。ちょうど第4回日本中医学学会学術総会での田川先生紹介の資料を作成中に、まるで、田川先生から送られてきたような症例を経験したので、提示させていただく。

通膈湯の症例（自験例）

49歳・女性 無職、身長148cm・体重55kg、初診X年9月1日

主訴：泡状の唾液がたくさん出る

現病歴：X-1年の真夏にエアコンをつけずに過ごしたところ体調をくずし、涼しくなってから冷房を入れたしたが、心下部膨満感、食欲不振、不眠などが出現した。胃腸科でPPI処方を受けるも改善がなく、体重が7kg減少。その後、心療内科を受診し、やや食欲も戻ってきたが、半年前から口粘口苦、胃液が上がってくる感じを自覚。3カ月前からはフワフワ感、泡状の唾液がたくさん出るなどの症状が出現している。

そのほか、口のなかで熱っぽく氷を入れておきたい感じ、咽頭閉塞感、空腹感がない、心窩部膨満感、冷のぼせ、多夢などを自覚する。

月経：整 便通：最初硬くあと柔らかい 飲酒・喫煙習慣：なし

脈：弦

舌：紅、やや胖大、苔白やや厚、ときに歯痕（+）褐色苔（+）とのこと

腹：心下部上方への圧迫により、胸骨上縁付近まで圧迫感を自覚

X-1年は猛暑であり、そのなかでエアコンをつけずに過ごしたことから、正気が虚し、湿温の邪が内伏したところへ、冷房により表閉となり、湿温の邪がますます凝聚して濁痰の邪となる。心下～隔周辺に停滞した濁痰の邪により気血津液の上下の昇降が阻まれ、患者の諸症状を引き起こしたものと考えた。

処方：通膈湯 加枳實厚朴

半夏8g、栝樓仁6g、茯苓6g、芍薬6g、黄芩4g、黄連1g、牡蛎4g、乾生姜g、枳實3g、厚朴6g。分2。7日分

経過：第2診

診察室に入ってくるなり、「あの薬がすぐ効きました！」

飲みにくい薬だが、一気に飲んだ。

薬を飲むと、背中からみぞおちのあたりが緩んで、パイプが一本通ってその中を流れるような感じ。息が吸いやすくなった。

口から泡が出るのも忘れていた。

お腹が空いてくる感覚が戻ってきて食欲が出てきた。

「もっと早く受診すればよかったです！」との患者の言葉であった。

『THE KAMPO』に連載された「弁証論治〈分析と統合〉」シリーズは、1994年の「通膈湯の症例3」のあと、1年間のブランクを経て1995年9月の「発熱の形態」をもって最終回となった。1995年1月17日未明に発生した阪神淡路大震災により神戸市内の透析施設が全滅したため、先生は、柏原病院の近くに開業されていた丹波東洋医学研究会会長の芦田乃介先生の御自宅に一時身を寄せられ、芦田先生の病院で透析を続けられた。その後、同年7月に、明石市にて開業され、1997年からは、『中医臨床』誌に「温病的治療の経験」(1)～(6)を発表されたが、1998年1月、透析中に急性心不全にて、その人生の幕を閉じられた。先生の最後の論文が掲載されたのは、先生の死から1年半後の1999年9月であった。

結語

大恩ある田川先生の生き様と業績を、今を生きる先生方に少しでも伝えたいと思い、力不足と知りつつ筆をとりました。漢方を志されてからの先生は、その人生のすべてを、漢方(中医学)に捧げられたと言っても過言ではないかと思えます。私は、田川先生に一番たくさん叱られた弟子であると自称しています。実際、飛行機のなかや、ホテルの静かなバーなどで、何度も、「おまえの漢方はなっちょらん」と(やはり鳥取弁まじりの関西弁で)叱られたことを今でも思い出します。そんな不肖の弟子ではありますが、いつの間にか田川先生の亡くなられた年齢を越してしまいました。それでもいまだに、田川先生の到達された高みの2合目にも達していないのではないかと、恥ずかしい思いを抱きながら、筆をおきたいと思えます。

文献

岐黄門人—中医学から通膈湯へ— 田川和光先生業績集. 田川和光先生業績集出版準備会, 2000年

トーマス・W・マイヤース: アナトミー・トレイニー—徒手運動療法のための筋筋膜経線. 医学書院, 2012年