

記載與詮釋——日本腳氣病史的再檢討*

廖育群**

腳氣被稱為日本的「國民病」、「風土病」，足見其流行之廣、危害之大。史書、小說、日記、醫書等各類文獻對此病多有記載。進入江戶時期，患此病者更是數量大增，故史稱腳氣為江戶三大奇病之一。這自然也引起了醫家的廣泛關注，因而出現了大量專論此病的醫學著作。雖然日本醫史界對於早期的「腳氣」記載是否為「真腳氣」（維生素 B1 缺乏症）看法不一，但從未有人懷疑江戶以後的「腳氣」記載仍有可能不是「真腳氣」。但通過檢證可以看出：江戶時期的腳氣仍不能譯成現代醫學所言“beriberi”。其原因並不在於「腳氣」的記載與診斷中，含有腰腳痛、關節疾患等源于望文敷衍的成分，而是因為：腳氣作為一個歷史的病名，本身就是建立在以臨床表現為診斷依據的基礎之上。在明知病因為梅毒、膽道蛔蟲等時，只要症見肢體運動、感覺異常，特別是出現「沖心」（心臟症狀）之症，即名之曰「腳氣」。這是由於在當時醫家的思想中，沒有要將不同病因所產生的疾病加以區分的要求。明治海軍因飲食單一（只吃大米和少量鹹菜），因而腳氣多發；通過兵食改良，在預防此病方面獲得極大成功。但對於發生在一般民眾當中、具有相似症狀表現之「腳氣病」的性質，卻不宜過於簡單地斷言為都是「真腳氣」。至少，就腳氣多發于東京地區（故有「江戶煩」之名）、一定的多發時期，以及突發心臟病變而致人暴死的症狀特點觀之，就與曾廣泛流行於中國許多省份的「克山

*本稿為作者一九九五至一九九六年在日本訪問時所撰，當時日本的習慣是古書一律不用詳注，以致文中有些出處作者無法明確交代，特此致歉。本文引用的資料主要出自：1.大塚敬節、矢數道明編，《近世漢方醫學集成》（東京：名著出版，1980-1983）；2.日本研究圖書館收藏醫書、縮微膠片，如「狩野文庫」。

**中國科學院自然科學史研究所研究員

病」十分相近。

總之，「腳氣」病名及其存在歷史中包含著十分複雜的情況。對於這一問題重加考察，並不在於要分清哪些是真腳氣，哪些不是。其目的與意義僅為指出：古代之「症狀診斷」與當代之「病因診斷」的不同，此乃疾病史研究需加特別注意的問題之一。

關鍵詞：病因 診斷 疾病史 腳氣 梅毒

在遠東一些以精白米為主食的國家中，腳氣病已有一千多年的歷史。然而，直到十九世紀末，日本海軍報導了由於在常規飲食中增加了肉、魚、蔬菜等，海員中間的腳氣病已經根除這一情況後，人們才認識到腳氣病的發生與飲食有關。在此之前，幾乎有半數的海員易發生腳氣病，並且有不少人因此喪命。腳氣病在亞洲的發病率後來明顯降低，部分原因是由於生活水平提高，使飲食變得多樣化，另一部分原因則是由於人們逐漸接受了部分脫殼米、蒸穀米及強化米。在西方國家，維生素 B1 缺乏症幾乎只見於慢性酒精中毒的患者。¹

《不列顛百科全書》的這段描述，概括了近代以來有關腳氣病歷史的普遍看法，可謂頗具代表性的「經典之說」。但歷史的本貌，也許要比這複雜得多。首先，雖然東方的歷史文獻、醫學著作中有不少有關「腳氣」的記述，但是否真的都是現代醫學所說的「腳氣病」（即因維生素 B1 缺乏而引發的疾病），似乎還大有可商榷之處。因為維生素 B1 廣泛存在於各種食物當中，僅僅是「以米為主食」，並不足以導致腳氣病的發生。事實上，醫學史家大都注意到了在古代的「腳氣病」記

¹引自《簡明不列顛百科全書》（北京：中國大百科全書出版社，1985年中譯本），第4冊，第346頁。

述當中，曾經「歷史」地包含了某些其他疾病。但遺憾的是這種認識的深度還遠遠不夠。例如通常只是考慮到，限於當時的認識水平，恐怕未能將風濕性關節炎等一些其他肌肉關節病變排除在外。而對於某些按照現代醫學的病因分類來看，純屬風馬牛不相及的疾病也被「歷史性」地納入腳氣病範疇的可能性，則缺乏「大膽」的考慮。本文所欲說明的是：在醫學史，尤其是疾病史的史料詮釋中，沒有對現代醫學知識的充分瞭解，或不能正確地運用這些知識于史學分析，乃是導致研究結果「惑於似是而反失其真」的根本原因。

引文中所言「腳氣病在亞洲的發病率後來明顯降低」雖是事實，但將其原因歸結於「部分原因是由於生活水平提高，使飲食變得多樣化」，卻不夠嚴謹。因為生活水平的提高，與飲食結構單一還是多樣化，二者之間並無必然的內在聯繫。實際上，東方諸國雖然是以米為主食，但無論是權族豪貴還是平民百姓，其飲食始終都是多樣化的。同樣，認為「另一部分原因則是由於人們逐漸接受了部分脫殼米、蒸谷米及強化米」，亦缺乏必要的說服力。因為眾所周知，雖然科學教育不絕於耳，但並沒有人真的在生產與食用「部分脫殼米」(dehusked rice)、「蒸穀米」(parboiled rice)、「強化米」(enriched rice)；特別是近代使用機械脫糠後，大米的「精白」程度與古代相比，簡直不可同日而語，但腳氣病卻基本上銷聲匿迹。因而飲食多樣化在預防腳氣方面，只有對海員、囚犯等特殊人群才有意義。以日本海軍腳氣多發、實行「兵食改良」而大獲成功的事例，²來說明發生在處於完全不同生活條件下的一般民眾中的事情，並不完全合適。

²日本海軍於一八八四年實行兵食改良，增加飲食中的營養，從而基本解決了腳氣病的問題。參見拙文，〈麥飯男爵——高木兼寬〉，《古今論衡》6(2001/06): 89。

「腳氣」這一病名最早出現在中國，³且歷代的醫學著作中確也多有論說，但實際上其流行與危害程度均遠不及日本。在昭和十四年(1939)以前，日本民眾罹此者甚眾、亡於此者極多，故「腳氣」在日本素有「國民病」、「風土病」之稱。此乃本文欲就日本歷史上的腳氣病、及其史學研究中的一些問題，再加探討的原因所在。總之，腳氣對於我們來說，雖然已成爲某種歷史性的疾病，但就其歷史而言，仍有許多神秘之處值得思考。

一、日本的腳氣病流行史撮要

日本史書中首次出現「腳氣」一詞，是在《日本後記》⁴平城天皇大同三年(808)的記事之中：

甲子〔十二月十七日〕，藤原朝臣緒嗣言：「臣生年未幾，眼精稍暗，複患腳氣，發動無期，此病歲積。」

此後，藤原緒嗣終身爲腳氣所惱，七十歲時死於非命。

然而日本的腳氣病史研究，與中國方面的情況一樣，研究者大多認爲：在「腳氣」病名出現之前，這種疾病早已客觀存在。⁵這是在開始使用「腳氣」這一病名之前的日本古代文獻中，如同中國一

³腳氣作為病名，始見於晉代葛洪(281-341，或283-364)所著《肘後方》。但應該說這僅僅是就漢字文化圈中的記載而言。因為我們並不知道其他古代文字記載中是否有相當於「腳氣」的病名；以至在這一病名出現時，是否存在域外文化的影響。

⁴藤原緒嗣等撰，四十卷，成于仁明天皇承和七年(840)。

⁵一般認爲，今本《黃帝內經》(即《素問》與《靈樞》)所言「厥」、「痿痺」、「厥氣生足悞」之類疾病，以及《史記》、《詩經》、《左傳》等書中涉及腳病的記述，都可能含有腳氣病。

樣，可以看到許多有關腳病的記載。如《日本書紀》⁶允恭天皇（五世紀初）即位前記中有「我之不天，久離（罹）篤疾，不能步行」之語，皇極三年(644)記中有「皇子患腳不朝」之語；《古事記》⁷景行天皇記中有「然今吾足不得步」之語；《續日本紀》⁸聖武天皇天平十六年(744)記中有「安積親王緣腳病從櫻井頓宮還，丁丑薨，時年十七。」之語等等。史家以為這些記載足以說明，在腳氣病名出現之前，該病早已客觀存在。⁹

當日本的語言文字因受中國古代醫學的影響，開始使用這一病名之後，諸如史書、文學著作、日記、醫書等各類文獻中有關腳氣的記載也逐漸增多。但正因為僅僅依據歷史的病名記載和簡單的症狀描述，並不足以判斷其確屬真腳氣，所以對於這些記載是否屬於「真腳氣」，歷來就有兩種看法。否定者以為鎌倉時代(1191-1333)之後，¹⁰甚至要到江戶時代的寶曆(1751-1763)之後，始有「真腳氣」存在。¹¹但不管怎樣，進入江戶時代(1603-1867)之後，腳氣的確成爲一種普遍流行、並引起極大社會關注的嚴重疾病。例如在松井眾甫所著《腳氣方論》(1748)的「松井泰序」中，見有下述之語：

當今時也，腳氣大行矣。上之公侯貴主，下之閭閻鄉黨，罹此患者迺有焉。

又如秋山宜修《腳氣辨惑論》亦云：

⁶舍人親王等撰，三十卷，成于元正天皇養老四年(720)。

⁷太安麻侶等撰，三卷，成于元明天皇和銅五年(712)。

⁸藤原繼繩等撰，十四卷，成于桓武天皇延曆十三年(794)。

⁹以上所述均據山下政三，《腳氣の歴史——ビタミン發現以前》（東京：東京大學出版會，1983），頁 61-72。

¹⁰富士川游，《日本醫學史》（東京：日新書院，1941），頁 620。

¹¹詳見山下政三，《腳氣の歴史》，頁 61。

當今之世，王侯至庶人罹此疾者尤多。

由於腳氣在日本國民上迄將軍、下至庶民間廣泛流行、因此而亡的記載比比皆是，因而自江戶中期開始，專論腳氣的醫學著作即不斷湧現（表一）。這也可以說明江戶時期腳氣病確實十分猖獗。據日本疾病史著作¹²記載，其大體情況是：腳氣首先流行於江戶（東京）、大阪等大都會，有時達到極為猖獗的地步，引起了普遍的關心。元祿(1688-1703)、享保(1716-1735)、寶曆(1751-1763)年間，腳氣大行，被稱之為「江戶煩」。雖明和、安永、天明（1764-1788，此間有天災、饑荒）時未見流行，但到了國泰民安、庶民生活水平提高、飲食豐富的寬政、享和、文化、文政(1789-1829)年間，又見腳氣再度流行。自享保後，京都、大阪亦見此病，蔓延諸國。到了嘉永、安政(1848-1859)以後，江戶、京都、大阪之外的大都會亦廣見流行。

這種狀況一直延續到明治(1868-1911)、大正(1912-1925)及昭和(1926-1988)初期。不僅在一般民眾中仍舊廣泛存在，且尤以軍隊士兵的發病率最為驚人。據載，當時一艘周遊世界歸來的訓練艦，其 376 名水兵中有多達 169 名的腳氣患者，業已死去的不下 25 人。一八七八年，日本海軍計有 1,485 人患腳氣，占全員人數的 33%；次年為 1,979 名，發病率上升至 39%。¹³為此，天皇力主政府要設立專門病院進行研究，並破例給予二萬圓資助。明治十一年(1878)，由陸軍系統的要員、東京大學醫學部教授，及漢、洋兩方面的醫學權威為核心，組成了腳氣病院。儘管腳氣病院在經濟上獲得了政府的大力支持，權威醫家們也盡了最大的努力，但在研究與治療方面卻毫無成果。與此同時，海

¹²藤井尚久，《明治前本邦疾病史》，頁 373-376；載于《明治前日本醫學史》（東京：日本學術振興會，1955），第 1 卷。

¹³L.J.Harris 著，張鴻鈞、孫岩森譯，《維生素的理論與實用》（上海：上海科學技術出版社，1959），頁 34。

軍軍醫總監高木兼寬通過調查、比較，提出腳氣病是由於白米（碳水化合物）中含有某種毒素，而蛋白質具有解毒（中和）功能，因而當蛋白質缺乏時則不足以中和這種毒素的病因解釋。並據此積極推行「兵食改良」——增加飲食構成中的蛋白質含量與食物品種，從而使得海軍中的腳氣發病率大大降低。然而必須看到，飲食結構改善在預防腳氣方面，只是在軍隊、囚犯這些具有特定飲食結構的人群中才有顯著作用。根據山極勝三郎的報告，他在明治二十年(1887)後的若干年中仍在不斷地大量解剖因腳氣而亡之一般民眾的屍體，進行著腳氣病因的探索。¹⁴自昭和十四年(1939)後，腳氣發病激減，現在在日本已幾乎不見。本世紀中葉，曾有日本西部腳氣散發的報告，但並無確切的診斷。¹⁵

表一、江戶時代的腳氣專著¹⁶

書名	著者	刊行年代
《腳氣說》	後藤良山	？
《腳氣辨》	林一鳥	享寶中(1716-1735)
《腳氣方論》	松井眾甫	寬延元年(1748)
《腳氣辨惑論》	秋山直修	寶曆十一年(1761)
《腳氣類方》	源養德	寶曆十三年(1763)
《疑腳氣辨惑論》	多紀元簡	安永元年(1772)
《腳氣說》	桔宗仙院	天明七年(1787)
《腳氣說》	片倉鶴陵	天明七年(1787)
《腳氣論》	桔南谿	？（卒於1806）
《腳氣談》	福井楓亭	？

¹⁴山極勝三郎，《腳氣病論》（東京：報文社，1898）。

¹⁵山下政三，《腳氣の歴史・序》。

¹⁶據藤井尚久，《明治前本邦疾病史》作成。

《水腫腳氣辨》	內田土顯	寬政四年(1792)
《腳氣治驗》	大島玄洪	寬政七年(1795)
《腳氣發明》	飯野退藏	文化元年(1804)
《腳氣提要》	西田耕悅	文化四年(1807)
《導水瑣言》	和田東郭	文化四年(1807)
《一貫堂腳氣方論》	磐瀨玄策	文化五年(1808)
《腳氣辨正》	丸山元璋	文化八年(1811)
《腳氣分類篇》	岡本昌庵	文化十四年(1817)
《水腫腳氣證治辨》	多紀元堅	天寶十四年(1843)
《腳氣病論》	宇津木昆台	?
《腳氣新論》	三浦道齋	?
《腳氣擊要》	三浦道齋	?
《腳氣象防說》	黑田樂善	嘉永元年(1848)
《腳氣考》	上瀧良山	?
《腳氣方論》	乾乾堂主人	?
《腳氣集要論》	辻元崧庵	?
《腳氣提要》	淺田惟常	?
《腳氣鈞要》	今村了庵	文久元年(1861)

由於日本古代的漢方醫學基本上是蹈襲中國傳統醫學而成，所以兩者間雖有些寸長尺短的差異，但從總體上講，仍可謂是大同小異。然而就「腳氣」而論，儘管中日兩國皆屬東方米食大國、同樣具有腳氣多發的客觀條件，但實際上兩者間的差異卻非常明顯。例如就腳氣專著而論，中國自宋代以降，唯有董汲《腳氣治法總要》一本，且書中所雲「腿腫、皮肉紫白、裂破作瘡，內自膿壞」，「十年之間，凡七八發動，每發之劇而證候差異」等，與真正的腳氣病並不吻合。再

者，日本人在談到「腳氣」這種歷史的疾病時，「稍上年紀者會想起：『醫生要用木錘敲擊患者的膝蓋』；年紀再大一些的人會說：『腳腫得很大，很快就變得不能走路』；而老年人則視其為可怕的疾病，『一旦腳氣攻心，數日即亡』；還會有人告訴你：『日俄戰爭時，數十萬的士兵患腳氣，數萬人因此而亡』等等。」¹⁷而在中國民眾的語言中，「腳氣」通常只會被理解為是指因真菌感染所造成的「腳癬」（俗稱「香港腳」）；甚至藥店出售的「腳氣水」上，亦曾錯誤地寫著“beriberi”（腳氣的英文名）。可見，就中日兩國而言，只有日本才稱得上是真正的腳氣大國。然而歷史上的「腳氣」，是否都是真正的腳氣呢？

二、「腳氣」與「真腳氣」

腳氣者腳氣也，何以又有「真腳氣」之說？其原因在於腳氣這一病名所具有的兩重性。它既是一個歷史的病名——在中國及漢字文化圈中已然有千年以上的歷史，並一直沿用至今；又是一個在現代醫學中具有特定含義的病名——專指因維生素 B1 缺乏引發的疾病。為要標識兩者間的區別，所以在討論中就往往不得不將後者稱為「真腳氣」。

從某種意義上講，「病名」亦可說就是「診斷」。一個新病名的成立，代表著人們對於疾病認識的深化，並往往可因此而帶來醫學理論與治療方法的發展。一般說來，無論古、今、中、外，疾病的診斷過程不外是醫生根據自己的知識與經驗，對眼前之患者的種種不正常表現、以及其他各方面的因素加以綜合考慮，在此基礎上作出對於疾病性質的判斷。然而由於在不同時期、不同醫學體系中，實際掌握與

¹⁷板倉聖宣，《模倣の時代》（東京：假說社，1988），上冊，頁7。

利用的技術手段有所不同，故所能獲取的「症狀資訊」亦有所不同。儘管在大多數的情況下，這些物理、化學的先進技術手段，不過是感官認知功能的延伸，並不妨礙說診斷所依據的乃是最直觀的臨床症狀，但通過先進手段獲得的「症狀資訊」並非僅僅是量的增多，往往還有質的區別，由此決定了古今病名的本質不同。從這一點上講，古代的「腳氣」病名，只能被看作是「一個基於外表症候診斷的歷史病名」。一切將歷史文獻中所記載的「腳氣」等同於近代醫學所言「腳氣」的解釋，都是不夠謹慎的。再者，近代醫學所掌握與利用的技術手段，並非僅僅是用於獲取「症狀資訊」，而且在臨床診斷的檢證中亦具有重要作用。例如，腸傷寒的臨床診斷，一般是根據典型的發熱曲線、皮疹等等，但最後的確認必須等待兩周後血液細菌培養的結果。此外，屍檢對於疾病性質的認知亦發揮著重要的作用。而古代醫學自然不含這些實證醫學的要素，因而也就不可能產生實證性的、病因性的診斷。一般說來，古代醫學的病名或診斷，主要是源于外在的直觀症狀或推理性的病因學說。

嚴格地講，真腳氣的確切診斷，是在認識到病因為飲食中缺少某種物質的基礎上，以補充該物質可獲得療效為驗證手段而實現的。因而現代的醫學教科書在談到腳氣病的診斷時說：對於有腳氣症狀的患者，應給予具有治療與診斷兩方面作用的維生素 B1，如有明顯的症狀改善，則可做出最後的診斷。其原因在於腳氣的種種臨床表現，並不具有特異性，也可能出現於許多其他疾病當中，故很難做出準確無誤的判斷。因而對於古代之腳氣診斷的可信度，不得不大打折扣。

雖然日本醫史學家對於「日本歷史上真腳氣始於何時」的看法不一，但在承認「江戶以來的有關記載確屬真腳氣」這一點上卻是基本一致。其原因在於，儘管歷代有關腳氣病的描述並無本質區別，但通過考察農業生產與社會生活狀況，卻發現江戶前後的飲食有所不同一

一米食在江戶時代才相當普遍。總之，以米為主食則易患腳氣的「科學觀念」在研究者頭腦中佔據著重要地位，並成為分析問題的立足點。然而問題就恰恰出在「以米為主食則易患腳氣」這個立足的基石並不牢固。這就是本文前面已指出的問題：維生素 B1 廣泛存在於各類食物當中，並不會僅僅是因為以其含量較低的白米為主食，就導致腳氣病。好比「近親婚配則會產生劣質後代」的說法，雖然已成盡人皆知的「科學知識」，但卻並不正確一樣。¹⁸那麼，在江戶時期腳氣多發的大都市中，一般民眾的飲食結構究竟如何，是否匱乏到不具備從其他途徑獲取維生素 B1 的境地呢？桔宗仙院《腳氣說》(1787)在分析腳氣病因時涉及到了飲食問題，但從中所能看到的卻是反面的證詞：

太平累洽，大都福祐之地，雖擔人馬夫，恣口腹欲美食，十字街頭多皆食物，海陸鮭鯖無所不備。況復貴人，生而乳母精其食，長而膳膳得其宜，侍醫膳宰，口雖言其淡薄，亦每食自有魚。云云。

又如在山下政三所著《腳氣的歷史》中，雖然一方面強調江戶時期米食的普及，但同時也談到：「在江戶時代，隨著調味品的發達，與現代無大差異的菜肴已發展成熟。天婦羅、蕎麥麵、生魚片飯團、燒烤等新的菜肴被創造出來，野生動物的肉火鍋等亦行於世。」可見江戶時代的副食絕不匱乏。幕府「儉約令」中的一湯一菜、一湯三菜、二湯五菜之規定，被視為營養不足的證據，¹⁹但即便是最可憐的「一湯一菜」也還是要好於當代許多人的實際生活水平。顯然，僅僅是根據

¹⁸近親繁殖，只不過增加了有病基因相遇而成為顯性遺傳的可能。如果父本與母本皆為健康基因，則這種繁殖方式本身並不會導致劣質後代。動植物中近親繁殖的現象極為普遍，但並未出現劣質後代。

¹⁹山下政三，《腳氣の歴史》，頁 358。

江戶時期米食已然普及，並不足以斷言當時的飲食狀況具備了構成腳氣流行的必要條件。實際上，對於從一般民眾到統治階級的飲食結構，根本沒有進行詳細推敲的必要。因為只需看一下明治時期海軍的腳氣頻發，均是在遠洋航程過半之後才出現，即可明白特定的生活條件對於構成腳氣發病是何等重要。換言之，只要沒有這個特定的必要條件，就很難構成腳氣流行。同樣，一九三七年發生於中國難民中的腳氣流行，也是在吃了兩個月的陳米與鹹菜之後，才大量出現的。²⁰由此可見，除了海員、囚犯、難民等處於特定生活條件下的特定人群外，對於一般民眾來說，由於確實很容易從其他食物中獲得必要的維生素B1，因而「以米為主食」並不足以造成腳氣流行。

以上分析絲毫沒有否定歷史上存在著真腳氣的意思，更沒有要對當時之記載是否屬於「誤診」加以鑒別。因為當時的腳氣概念，原本就是一個歷史的病名。如果認為其中含有「誤診」，則純屬以現代病名的概念去規範歷史。這本身就是一種「誤診」行為。對於醫史研究者來說，以現代醫學的病因學或疾病分類來歸納整理古代的病名或概念，可以說是最容易的作業方法，但如果只是機械地套用則也最容易步入歧途。如前所述，古代的疾病分類與概念，乃是基於當時的理論與認識，一般說來主要是著眼於臨床的症狀表現。因而近代醫學中的一種疾病，在古代可能被分為若干種疾病；反之，從近代醫學的視角來看，性質完全不同的某些疾病，僅僅是因為臨床症狀相同，而被古人視為一種疾病的現象，亦不鮮見。甚至可以說：必然如此。腳氣，就是一個十分典型的例證。

²⁰侯祥川，《營養缺乏病綱要及圖譜》（北京：人民衛生出版社，1957），頁40。

三、依據症狀的診斷

爲要層層深入地說清古代腳氣病的問題，還得具體考察一下歷史資料中的有關記述。在日本的醫史著作中，幕府將軍德川家族的腳氣病，常被作爲食白米之人易患腳氣的代表而加以介紹。（以下所據爲山下氏收集整理的資料）²¹

（一）德川家光的腳氣

「寬永五年（1628；24歲）五月十八日，患瘧」；六月十五日，出現「腳痛」的症狀，被診斷爲「腳氣」。（《德川實紀》）其後，「成爲纏身痼疾」。例如，「寬永十年秋、十二年秋、十三年冬、十六年春秋、十七年秋，惱於『咳氣』」。至慶安四年（1651；47歲），有「煩心」、「胸悶」之記載，三月廿四日亡。史家據此分析說：「由於是廿四歲之年齡、六月這一季節，尤以明確記載了腳氣之病名，且召針醫施治，故毫無疑義可以認爲是『真腳氣』」；「可以推知，家光之死是由於突發性的腳氣沖心。」

然而如此分析與推知中的想像成分還是略嫌多了一點。因爲「腳痛」並非腳氣的特有症狀；而且在被診斷爲腳氣的一個月前，曾有「患瘧」（即發熱）的過程，這已與「得之無漸」（《肘後方》）、「多不即覺」（《諸病源候論》）等真腳氣的特徵不符。此後，春、秋、冬季咳病纏身，二十三年後胸悶而亡，看上去更像是一位慢性肺心病患者。

²¹山下政三，《腳氣の歴史》，頁173-191。

（二）德川家綱的腳疾

在有關家綱的史料中，僅可見「足痛」的記載。山下氏云：「由於既無病名之記載，又乏症狀之描述」，故疾病的性質「難以確定」。但同時又說：「並非不可想像，家綱難道不是如其父家光一樣，也被輕度的腳氣所困擾著嗎？」

看來腳氣研究者真是太想把「腳」和「氣」聯繫在一起了。再者，即便當時的醫生對於這樣一位「足痛」的患者，真的給出了「腳氣」的診斷，就可以相信其足痛是由於「真腳氣」引發的嗎？

（三）德川家定的腳氣死

在家定的《禦實紀》中僅僅記載了患「疝積氣」，經一月而亡。但《昨夢紀事》記述了在此一個月中，明顯表現出「氣喘」、「小便晝夜一合」、「虛脫」、「不食」等水腫病的症狀。而研究者又認為：「將其病狀解釋成腳氣最為妥當。即可以考慮是腳氣的急速加劇引起沖心」。「雖無引用文獻之記載，不明所據為何，但《本朝疾病沿革考》云：『如前大將軍家溫恭、昭德之兩廟，皆以此疾而逝』，的確是記述了真實的情況。」

按照上述症狀描述，完全有理由說家定是死於急性腎炎等以水腫為主要臨床表現的疾病。河內全節的《本朝疾病沿革考》(1902)，只能作為分析「腳氣病研究史」的資料，但卻不能用以作為說明家定死於真腳氣的證據。

（四）德川家茂的腳氣死

有關家茂病情的記載很多。其要點是：慶應二年(1866)四月，二十一歲的家茂曾一度覺得胸痛；進入六月後再發，下旬開始出現腳腫；七月水腫加劇，二十日薨於大阪城。在此數月之間，眾多醫生晝夜不停地忙於治療，但始終未能解決小便不利的問題，故水腫日見加重而亡。因漢方醫淺田宗伯將家茂之疾診斷為腳氣，故此病例一直是作為真腳氣的典型故事而廣被引用。然而何以斷定該時代的腳氣診斷確係真腳氣？何以胸痛、水腫的臨床表現沒有可能是其他疾病？從未見有任何說明。眾所周知，凡心臟病之場合，水腫、小便不利及喘息胸動等乃是最常見的症狀，或勿甯說應將其視為心臟病的主要臨床表現。然而有意思的是千萬不要忘記，這樣的心臟病概念乃是近代醫學的認識。在古代醫學中，除「心痛，旦發夕死」外，「心之病」通常都是指精神方面的疾患。在尚不知曉迴圈生理的時代，是不可能認識到上述症狀全都是來源於心臟疾患的。江戶時代的部分醫家，充分思考晉、唐醫書所述腳氣病的特徵——肢體症狀與「沖心」相關聯，最終是將心臟的見症與迴圈障礙視為腳氣診斷的要點。並以此作為鑒別腳氣與一般水腫、痹症等其他疾病的關鍵。今村亮所著《腳氣鉤要》，之所以備受腳氣名家淺田宗伯的稱讚，恰恰是因為該書強調了腳氣診斷的要點在於「心」：「鑒之之要，在於胸動、呼吸、小便，此三者須細察之」；「人身中，莫不有動氣，而動氣亦察病之一端，獨於腳氣動氣之候居重矣。」淺田宗伯在支援將此三點作為腳氣診斷之要點的同時，還點破了這一問題的本質：「蓋古今名一而病則異，和漢證齊而因不同。」

中國自宋代以降，時有全然不知腳氣為何，卻要強加解說之輩。

此類醫家亦同樣存在於日本古代。例如源養德的《腳氣類方》在列舉「肢體黃腫、胸腹爲脹」（肝硬變？）、「足脛爲腫、起居如常、甚者難步履，今時屢見兩足粗大、與疾偕老者」（絲蟲病所致象皮腿？）等等之後，總結說：「予謂皆是腳氣之類也」。又如：

腳氣為症……兩足脛腫大如瓜瓠之狀，不療者眾矣，故筆而備參考也。²²

一少年兩腳麻痺不能步。診之，源脈數而兩臂肉堅。曰：是腳氣也……。病者曰：且醫禁魚肉及米鹽，惟麥食之，乃一身無精力，先生亦然耶？曰：豈其然。肉益佳，況米鹽乎？²³。

腳氣，老年之男左腳痛甚。²⁴

諸如此類的論說與案例，在江戶時期的醫學著作中極易看到。其共同之處在於基本上均是從「腳痛」、「水腫」等症狀來認識腳氣的。其中，唯左腳痛甚的案例，絲毫沒有是真腳氣的可能（必須左右對稱）。而唯食麥，反致一身無力的案例，對於以爲「該時代已然形成了正確的腳氣概念」的看法，無疑是一個辛辣的諷刺。

實際上，在江戶時代的醫家當中，確也有個別人認識到真腳氣的若干特點。因此可以見到有關腳氣與一般水腫、痺症之區別的論說。例如，山本鹿洲在《橘黃醫談》中說，對於有「初覺足之不自由，由此而兩足不能屈伸」等症狀的患者，要考慮到「此症當中，有屬腳氣者、有屬痿躄者『二症』」。竟然能夠從相同症狀中區分出兩種疾病，實屬難得。村瀨豆洲的《方彙續貂》云：「診腳氣，試按足承山穴，而痛難堪者，是爲沖心之候。」承山穴位於腓腸肌中點，此處疼痛乃

²² 桐井丹山，《醫范聖意無盡藏》（刻本，年代不詳），「腳氣易難」。

²³ 山崎正亭，《診尺錄》（抄本），卷下，「腳氣」。

²⁴ 岡本玄治，《玄治藥方口解》（明曆二年[1656]刊本），二十八，「腳氣」。

是腳氣的特徵之一。然而細觀村瀨之語，他並不是將腓腸肌痛作為真腳氣的診斷要點，而是將其作為「沖心」的徵兆。關心的焦點仍舊是在「心」。

總之，如果想用現代醫學的某一個病名，來概括江戶時代醫學著作所描述的腳氣，必然會遇到種種問題。其原因恰恰就在於當時的整個醫學構造，是「依據體表症狀進行診斷」而不是「實證性的病因診斷」。例如在百分之百清楚病因屬蛔蟲症的情況下，僅僅是因為出現了「沖心」的症狀（膽道蛔蟲症），卻也要將其從蛔蟲病中區分出來，而名之曰「腳氣」。²⁵桔宗仙院《腳氣說》也同樣是將梅毒引起的「沖心」（梅毒性心臟病）納入腳氣的範疇，名之曰：「瘡氣發動」。今村亮《腳氣鈎要》云：「傷寒中風、鼓脹瘧痢、寒疝梅毒、娩產之後、皆癩此疾」，這也就是說：只要症見胸動、氣促、小便不利，即可診斷為腳氣。換言之，腳氣診斷的關鍵，僅僅在於要有「沖心」的症狀。

然而不管是真腳氣，還是假腳氣，在江戶時代醫家圍繞腳氣的論說中，畢竟還是可以歸納出一些要點：

1. 腳氣是日本古代沒有的新疾病

東方有腳氣之病，流行三十餘年。（松井翠甫，《腳氣方論·序》）
香川景輿亦有相似之說。²⁶

²⁵ 柘植彰常的《蔓難錄》（抄本）為專論蛔蟲病的醫學著作。其卷五卻將腳氣作為「併發症」之一，云：「沖心之際，可與蛔藥。」可見，凡有「沖心」，即為腳氣。

²⁶ 見於香川修庵，《一本唐行餘醫言》（天明八年[1788]刻本），卷18中的「景輿筆記」。

2. 升平時代多發

太平之時節乎哉！當今時也，腳氣大行矣。（松井翠甫，〈《腳氣方論·序》〉）

蓋升平日久，人人遊惰，奉身飽暖，處形安逸，加之膏腴過分，房闈越節，云云。（今村亮，〈《腳氣鈞要》〉）

3. 老、少、女性少發，多為壯年男性

尚見此病多在壯年，而少在老人也……多在四十、五十也……女子病腳氣稀於男子。（桔宗仙院，〈《腳氣說》〉）

男子春心未動，女子情竇未開，並不睹發腳氣；老人還童，欲念斷絕者亦復然。（今村亮，〈《腳氣鈞要》〉）

多在男子壯年之人，在弱齡之人及婦人者甚鮮矣。（淺田宗伯，〈《腳氣概要》〉）

4. 流行於都市

余漫遊諸州，熟視此病，江戶（東京）最多，京師（京都）、浪華（大阪）次之，僻陬地方希見。（今村亮，〈《腳氣鈞要》〉）

唯江戶稱最多此疾，而京攝次之。（《腳氣鈞要》，丹波元信〈序〉）

5. 關鍵在「心」

腳的症狀並不重要，《千金》等中國醫籍所描述的眾多症狀「是徒論派症，而似遺源本」。（今村亮，〈《腳氣鈞要》〉）所謂「源本」，即

心臟的症狀。

從總體上看，這些特徵與真腳氣的關係並不是很密切，甚至有相悖之處。例如，「發病與性別、年齡無關」乃是腳氣流行的特徵之一，且因哺乳期婦女需要更多的維生素 B1，故產後往往多發此病。又如宗田一《日本醫療文化史》將「戰時多發」與「平時暴減，幾乎呈終熄之姿」作為腳氣流行的時間特徵，與中國近代史上難民多發此病的實際情況相符，而此處卻言「太平盛世因生活優裕」而腳氣多發。因而如果承認「以米為主食」並非造成腳氣流行的充分條件，那麼就只能對流行於「太平盛世」之腳氣的性質表示懷疑。

結合社會生活對疾病的歷史進行考察，不僅是一種好的方法，而且是十分必要的。但是如果囿於現代醫學有關腳氣與飲食關係的認知，僅僅是將目光局限在「以米為主食」這一點上，則未免有盲人摸象之嫌。因而不妨摘掉這副「有色眼鏡」，嘗試一下更加寬泛的綜合研究，看看是否會有一些新的發現。

四、腳氣與梅毒

關於梅毒究竟是自古以來就存在於世界各地，還是伴隨著交通的發達，從某一特定原發地蔓延到各地的問題，學術界尚有爭論。在此只需知道，梅毒自十六世紀開始已流行於日本就足夠了。細觀江戶時期之腳氣與梅毒兩方面的醫學著作，確可發現在這兩種疾病之間存在著一定的聯繫。例如在桔宗仙院的《腳氣說》中，見有如下之語：

嘗視一病者。謂去年患疔瘡，近日悉愈，則腳攣麻痺、跟踝軟痛、不能步行，不但足部軟痛，而手指亦麻粗、如貼幹糊，於是予知：皆此諸症，名此為腳氣者，本因身內瘡氣鬱遏，不能發泄其肌表，而攻其筋脈者也。

見患其足，則以為痿躄脚氣；或眼目口舌及淋瀝痔痛，亦惟依其各門而立論，偏拘其見症而處方也。其不效者，本自為分。

是〔脚氣〕必下疳新瘰，而後多發此症。

是下疳梅毒新愈後，多有自汗、寐汗，不必為憂。

數月之後，忽然遍身發瘡如楊梅。

一內室產後月餘……延餘診，見傍則其主人疥瘡滿身，猶未愈。……主人亦曰：賤婦產前小發疥瘡，……方知相染者也。

予經試多有因鬱毒而見皮膚黑脹者。

以上所論，以及涉及的案例，在當時之人看來無疑都是脚氣患者。再看中神琴溪《生生堂治驗》中所載一例：

一男子自小腹引兩腳攣縮、不能屈伸，醫以為腎虛、若脚氣治之。先生目之曰：汝梅毒也。病者大驚，曰：然！

又，山崎正亨《診尺錄》中所載脚氣病例，亦強烈地表現出梅毒的特徵：

一夫請診，其臂肉硬而前段掌側熱，肘前如絮，尺澤兩側亦同。

此外因有「小便滴瀝有年」、「雙腳重」、「無氣力」等症狀，而被診斷為脚氣。

另一方面，在專論梅毒的醫學著作當中，也同樣可以看到有關兩種疾病共通之處的敘說：「或似脚氣」；²⁷「與脚氣相類，足腳疼痛」。²⁸在談到梅毒發病的「時」、「地」特徵時，亦與脚氣之書所言相同，即「夫升平二百有餘年，人人飽暖」；「都會繁華之地最易滋蔓」等等。

感染梅毒後，經潛伏期而現「下疳」、「橫痃」之症，謂之一期；

²⁷今村長順，《梅瘡奇驗》（敬業堂，文化十五年[1818]）。

²⁸和氣惟享，《梅瘡約言》（享和二年[1802]抄本）。

繼而出現楊梅狀的瘡，是為二期。此時如侵犯骨骼，「此常可與風濕病、神經炎、傳染性關節炎、淋病性關節炎、痢疾性關節炎、結核性骨炎及關節炎、急性骨髓炎、壞血病等相近」，或神經受到侵犯，則「與多種非梅毒性之病症，可呈相似之症狀，診斷困難。」²⁹江戶時代之所以會有將梅毒誤診為腳氣的醫家，正是因為從病理學的角度講，兩種疾病都能造成多發性神經炎等相同的病理損害，因而臨床表現也往往會十分相似。然而問題的複雜性並不僅在於此，最為關鍵的問題是：梅毒對於神經、骨骼內臟的傷害，往往要經歷數年、乃至十多年的時間，而此時早期梅毒的皮膚、粘膜症狀早已消失。因而現代醫學的教科書，在腳氣與梅毒的有關論述中，都要提醒人們注意這些病理改變相同而病因卻迥異之疾病的相互鑒別。然而這個正確的認識，卻是在經歷了漫長的歷史時期、通過大量的病理解剖才實現的。在早期，人們誤以為「人體有多處不受梅毒損害，……雖有若干權威敘述腦、心、胃、腎及其他內臟有梅毒損害，然吾等尚未見之。」直到「Warthin 氏詳細解剖 490 例梅毒屍體，結果達 90% 呈主動脈損害。」人們才知道，心臟損害的「發生率甚高，為各種晚期梅毒之冠。」而在此之前，據「近代 Moore 氏之調查，105 例死亡者僅 3.8% 在死亡前有正確診斷。」³⁰

既然存在著梅毒，也就必然存在著與其流行程度相應的梅毒性心臟病，這與人們對於該病是否有所認識毫無關係。有意思的是，梅毒性心臟病的發病特徵，竟在許多方面與前述的「腳氣」相似。首先，由於梅毒性心臟病的潛伏期通常為十五至二十年，因而發病大都是在年壯力強之時，平均年齡為四十歲；但潛伏期短者僅為六個月，重者

²⁹ 李洪迴，《梅毒學》（北京：人民衛生出版社，1956），頁 270。

³⁰ 李洪迴，《梅毒學》，頁 418。

暴卒。其次，男性較女性多發，其比例約為 3-5:1。³¹Frazier 與李洪迴氏曾調查 9,459 名男性及 7,209 名女性梅毒病人，其結果顯示女性之梅毒無論於早期或晚期中，除皮膚粘膜損害較多外，神經系及心臟迴圈系梅毒皆比較少（與雌激素有關）。³²再看梅毒性心臟病的一些主要臨床症狀表現：³³

1. 單純主動脈炎

症狀不典型，診斷不易。可見胸骨下不適，輕微不安至劇痛不等。陣發性呼吸困難，常驟然於酣睡時突發，心悸脈速、周身冷汗、可見足踝等處呈輕微水腫。稍勞累呼吸加促、心悸加劇。

2. 主動脈反流（男性較多）

呈水腫之病人常有厭食、腸胃充氣、噁心嘔吐、腹脹、尿量減少及端坐呼吸等。脈搏為水沖性急速高漲、急速退落。毛細管搏跳。下垂部呈少許水腫，重者尚有腹水、胸水。多於二年內死亡。

3. 主動脈瘤（80%為梅毒所致）

疼痛，多發於胸骨上部。跳動，胸或腹部自覺有搏動。呼吸困難、咳、吐血、呃逆、水腫、聲嘶、嚥下困難。

不難看出，梅毒性心臟病不僅在發病年齡、性別特徵方面與江戶

³¹中山醫學院，《病理學》（北京：人民衛生出版社，1978），上冊，頁 636。

³²李洪迴，《梅毒學》，頁 14。

³³據李洪迴，《梅毒學》，頁 418-445。

時期的「腳氣」暗合，而且在臨床表現方面尤與前述今村亮、淺田宗伯等腳氣名家所強調的「重在胸動、呼吸、小便」、「診斷之要在心不在腳」的觀點吻合。顯然，在古代是不可能將晚期梅毒的複雜表現，尤其是心臟病變，都與相隔十至十五年的早期梅毒聯繫在一起的。換言之，晚期梅毒所引發的「冲心」之症，在古代醫學中只能被視為是一種與梅毒毫無關係的獨立疾病。爲了慎重起見，還是應該看一下古代對於梅毒的總體認識究竟達到了怎樣的程度。

由於江戶時代梅毒的廣泛流行，因而該時代的醫家不僅對其傳播方式、可以遺傳等有充分的認識，而且對於各期梅毒的症狀與特徵，亦如現代醫學一樣，分而述之。最值得注意的，自然是有關晚期梅毒——「結毒」的內容。和氣惟享《梅瘡約言》在「結毒」與「梅毒屬證」項中，述之如下：

毒之結也，其狀不一矣。結於筋骨者，筋攣骨痛、動履艱澀，或不能纔起床，或偏枯似中風；結於裏者，咳潰盜汗、下利不食，似肺痿；結於肌肉者，肌肉關節腫嗽、腐爛膿水淋漓；結于頭項者，頭項強痛，或眩暈不能舉頭，或頸項生結核數個累累可數；結於面頭者，面目腐爛臭穢不可近；結於耳者，為聾為腫，或耳鳴如鍾、如風雨、如鳥雀之啾啾、如川流之瀧瀧之類；結於目者，目赤腫痛或內障失明；結於鼻者，腦漏、鼻淵，或鼻柱潰蝕；結於口舌者，口舌腐爛，或舌傍焦黑腫痛，或穿微孔、膿血時出；結於牙齒者，齒齦腫痛膿潰殆類牙疳，或為牙宣；結於咽喉者，失音聲啞，或咽喉腐爛飲食不能進；結于胃管者，噎膈反胃；結於心胸者，胸膈突腫、腫潰穿孔，或心痛、失心、狂妄；結于腹部者，腹滿、腹痛，或水腫癥聚；結於腰脊者，腰脊拘痛不可屈伸，或麻痺不仁；結于前陰者，陽物疳蝕；結于後陰者，痔疾漏瘡；結於四肢者，四肢生肉瘤、

結核、膿瘡，或疼痛，或潰爛。其他，膚則為頑癬如牛皮，骨則為附骨疽，或腿腳骨節摧出、變紫黑色之類焉。

屬證品類：淋疾、痔漏、疥癬、鵝掌風、結核、陰癬、囊痛、懸癰、腦漏、雜證。

以上論說真可謂十分全面了。但其中畢竟沒有包括最常見、同時也是危害最嚴重的梅毒性心臟病。據統計，死於梅毒者，有三分之一以上是由於心臟病變。³⁴

爲要證明能夠導致「沖心」之症的梅毒性心臟病，足以在廣泛流行於江戶至昭和初年的「腳氣」病中，佔據一定份額，還必須對該時期梅毒的流行情況有所瞭解。荻谷春郎《江戶の性病》一書對此有詳細介紹。³⁵其中談到，傳教士、外國醫生對於當時梅毒流行的嚴重程度皆深感震驚，以爲梅毒的蔓延已呈「亡國病」之狀；且這種狀況一直延續到二戰之後，以梅毒研究第一人而聞名的竹內勝博士曾深有感慨地說：「二戰結束後，約五年間，每日面對大量呈重篤之狀的梅毒患者，深感日本民族的沒落之日已然不遠！」再者，書中列舉了撰于江戶時期的梅毒專著（表二），其數量亦遠遠多於中國，這也從一個側面反映出江戶梅毒盛行的狀況。

³⁴ 中山醫學院，《病理學》，上冊，頁 636。

³⁵ 荻谷春郎，《江戶の性病——梅毒流行事情》（東京：三一書房，1993）。

表二、江戶時代有關梅毒的醫學專著

書名	著者	刊行年代
《梅花無盡藏》	長田德本	明和元年(1764)
《梅毒證治秘鑒》	橘尚賢	安永元年(1772)
《梅癩新書》	片倉鶴陵	天明七年(1787)
《梅毒口訣》	永富獨嘯庵	天明八年(1788)
《大西梅毒方》	大槻磬水	寬政五年(1793)
《梅毒備考方》	太田晉庵	寬政九年(1797)
《布欽吉梅毒論》	吉雄耕牛	? (卒於 1800)
《梅毒約言》	和氣惟享	寬政十二年(1800)
《梅毒奇效方》	末延守秋	享和三年(1803)
《梅毒鄙言》	伊東淑匹	享和三年(1803)
《梅毒一家傳》	和田泰純	? (卒於 1803)
《梅毒知要》	和田泰純	? (卒於 1803)
《梅毒秘錄標記》	和氣惟享	文化四年(1807)
《梅毒握機訣》	小石元俊	? (卒於 1808)
《梅毒秘錄別記》	村上圖基	文化五年(1808)
《梅毒要方》	石橋忠庵	文化七年(1810)
《梅毒奇驗》	今井長敬	文化十四年(1817)
《梅毒新書》	杉田立卿	文政四年(1821)
《梅毒一掃論》	日野鼎哉	文政十年(1827)
《梅毒秘說》	小石元瑞	天保三年(1832)
《梅毒私考》	佐藤有信	天保五年(1834)
《瘍科秘錄》	本間玄調	天保八年(1837)
《梅毒軍談》	船越敬祐	天保九年(1838)
《梅毒辨惑論》	渡邊競	天保九年(1838)
《驅梅要方》	高良齋	天保九年(1838)
《梅毒茶談》	船越敬祐	天保九年(1838)
《梅家捷徑》	宮本阮甫	慶應二年(1866)
《梅毒秘錄》	船越敬祐	
《梅毒知要》	樋山資承	
《疳瘡秘錄》		

與梅毒相關的另一問題是，在青黴素問世以前，曾廣泛使用含有砒霜（砷）、水銀（汞）的「輕粉」、「生生乳」治療此病。由於礦物藥中毒亦往往是以多發性神經炎為主要病理改變，故其臨床表現自然就與腳氣相同。雖然按照現代醫學的病因分類來看，這又是另一種性質完全不同的疾病，但畢竟與梅毒有著直接的關係。當然，最關鍵的問題還是在於，無論是梅毒也好，還是礦物藥中毒也罷，兩者都會導致「沖心」之症。

需要說明的是，以上雖對梅毒性心臟病的發病年齡做了必要的說明與強調，但絕非是說出現在壯年之期的心臟病就必然、或大部分是梅毒性心臟病。實際上，急性心內膜炎、風濕性心臟病的多發年齡雖與梅毒性心臟病有所不同，但亦多發於二十至四十歲之間（參見圖一），同樣符合日本歷史上所說「腳氣」的發病年齡特徵。但這不僅不妨礙我們從「沖心」的角度對腳氣病的歷史加以認識，而且可謂相得益彰。然而「沖心」的話題還無法結束。

五、還有未知的「沖心」之病

即便是在今天，也仍舊存在著未被認識的，在發病上具有明顯地區、時間、人群特徵的流行性「沖心」之症，這就是「克山病」。我們不妨再將此病與日本的腳氣做個比較。

克山病是一種地區性流行的原發性心肌病。一九三五年在中國黑龍江省克山縣首先被發現，故名。但其他國家也有疑似病例報導。本病起病突然，病後迅速發展為心原性休克、嚴重心律失常或心力衰竭，常伴噁心、嘔吐。有的以隱匿或緩慢發作的慢性心力衰竭或心律失常為主要表現。慢性、亞急型病人心臟明顯擴大、又多次發生心力

衰竭者預後較差。過去死亡率一直很高。

病因尚不清楚。多認為與水土和感染（可能是腸道庫克薩基 A 或 B 組病毒）有關，即病區的水土化學組成異常，可能病區的水及糧食中硒含量低，或有銅鎂等某些微量元素及有關營養物質的缺乏或失平衡，或水土中某些有毒物質通過飲水、蔬菜、糧食作用於人體，而干擾或破壞心肌代謝引起心肌損傷。亦可能是在以上多種因素協同作用下發病。

流行學特點：本病發生在中國由東北到西南的一條過渡地帶上，即黑龍江、吉林、遼寧、內蒙古、河北、河南、山東、山西、陝西、甘肅、寧夏、四川、雲南、貴州、西藏、安徽、湖南、湖北等省、自治區的一些地區，主要發生在農村。克山病在時間分佈上有明顯的多發年和多發季節。急性多發生在冬季，而慢性和亞急型則多發生在夏季和秋季。在人群分佈上的特點，本病主要發生在農業人口中的妊娠和哺乳期婦女和斷奶後學齡前兒童及自產自給的農民，而病區的非農業人口一般多不發病。且有家庭發病趨向。

診斷：根據流行學特點，即地區、時間、人群發病特點，結合心臟擴大，心律失常、心力衰竭的體徵，可考慮為慢性亞急型克山病。對某些發生在克山病地區、不能用其他心臟病解釋的心原性休克或心律失常，可診斷為急性克山病。³⁶

毫無疑問，不會有人要將克山病與腳氣混為一談，但兩者間的共性實在太多了，這不由得要引出些問題與思考：

(1)克山病的存在，足以證明疾病現象的複雜性。尤其是在病因學方面，上述所引現代醫學圍繞著水土問題對於克山病病因的種種分析

³⁶以上均據《中國大百科全書——現代醫學卷》（北京：中國大百科全書出版社，1993），頁 725。

與推測，實際上仍不足以解釋該病明顯具有「多發年」的特點。那麼，難道歷史上的疾病就不具有同樣的複雜性嗎？千餘年間形形色色的「沖心」之症，難道會簡單到都是因「以米為主食」這樣一個經不起推敲的原因所引起的嗎？

(2)廣泛流行於中國大地的克山病，或者像克山病這樣原因不明的流行性心臟疾患，是否同樣有可能出現在日本的歷史上？如果出現過，那麼，是否可以根據以上有關日本歷史上腳氣病，不過是以「沖心」為主要特徵的介紹而推斷：這種疾病理所當然地會被納入「腳氣」的範疇。

(3)近代以來，日本的一些醫學家對於屍檢以心臟擴大為主要病變之一般民眾的「腳氣病」，依據時間、地域、人群等方面存在的發病特徵，曾提出過與上述所引現代醫學有關克山病之病因推測極為相似的觀點。³⁷其後由於認為「江戶以來之腳氣皆為真腳氣，故病因只能是維生素 B1 缺乏」的觀點佔據了主導地位，因而也就宣判了其他觀點的死刑。然而如果充分考慮到疾病的複雜性，考慮到那些吃著一般的飲食但卻出現了以心臟擴大為主要病變之一般民眾的「腳氣」，未必都是真腳氣，那麼立足於時間、地域、人群等方面存在之發病特徵的病因推測，或許未必毫無價值。

六、關於米食的認識

與其說「米」與腳氣病有著密切的關係，還不如說實際上是與腳氣病史有著千絲萬縷的聯繫。

在江戶時期的若干醫學著作中，確實可以見到「患腳氣之時，應

³⁷詳見山極勝三郎，《腳氣病論》。

禁米食，只可食麥、豆」的說法。由於這種「飲食療法」完全符合現代科學對於維生素的認識，自然要引起醫史研究者的廣泛注意。例如，山下政三在詳加介紹後，給予了肯定性的評價：「在藥物基本上毫無作為的時代，依靠這一系列食餌療法的力量，挽救了相當多的腳氣患者。『腳氣食小豆飯、麥飯』，不久即成為巷間常識，並一直流傳到明治時期。」³⁸如果這種食餌療法確有療效的話，那麼其意義絕不僅僅是可以證明：當時的醫家非常了不起地發現了有效解決腳氣病的方法，更為重要的是，這就足以證明：當時的腳氣確是由維生素 B1 缺乏所引發的真腳氣。然而事實卻非如此。有意思的是，在多紀元堅《時還讀我書》中反有這樣的記載：「到都下見患腳氣者多。准都下治此之例，使淡食則反無療效。若敢令食膏粱、時時與肉、飯亦仍食稻米，必得愈。」恰如前引山崎正亨《診尺錄》中所載，醫令腳氣患者禁米食麵，非但病不愈，反見「身無精力」一樣。如果「腳氣食小豆飯、麥飯」這一「巷間常識」真的在腳氣預防與治療中發揮了重要的作用，那麼明治海軍的腳氣大流行、漢洋醫家的困惑、高木兼寬的苦心探索，就都喪失了存在的理由與必要。因此雖然在醫學著作的「飲食宜忌」項下確時有「禁米食」之說，但其本質勿寧說是像桔宗仙院《腳氣說》所云：「今俗習有病，則不問寒熱虛實，必禁厚味脂肪及豆腐，比比皆然耳。」米食的禁忌，同樣見於有關痘瘡的論說中，因而並不是什麼具有針對性的認識。

漢方醫遠田澄庵(1818-1890)的言論：「腳氣其原在米」，對於高木兼寬推行兵食改良、以麵代米具有極強的啓發與潛在影響。但這位內侍醫在面對家定、家茂兩位將軍的腳氣病時，亦不過只是給出了「腳氣沖心」的診斷而已，而在治療方面也是毫無建樹。足見所謂的「食

³⁸山下政三，《腳氣の歴史》，頁 260-270。

餌療法」並未在歷史上起到如同研究者所渲染的重要作用。實際上，在毫無任何「營養成分」理論指導的歷史時代，漢方醫之所以會將米與腳氣聯繫在一起，並不是得益於經驗，而是依據自身固有的理論。即腳氣源于水濕之毒，故先從腳起；米生於水，自然帶有水濕之氣，所以應加禁忌。中國醫學言腳氣禁麵，雖然從表面上看與此完全不同，但實質上也是依據同樣的思維模式，即麵具粘滑之性，不利於病因為濕的腳氣。即便是高木兼寬這位留學英國的海軍軍醫，在推行兵食改良時，也同樣是認為米（碳水化合物）中含有某種毒素，需要用蛋白質加以中和。還有相似者，一八八六年被派往東印度（今印度尼西亞）的荷蘭醫生艾伊克曼(C. Eijkman, 1858-1930)，雖然發現了米糠具有治療腳氣的作用、並因此與霍普金斯(F. G. Hopkins, 1861-1947)分享了一九二九年度諾貝爾獎，但他的理論解釋亦是認為白米含有毒素、米糠具有解毒（中和）性。直到艾伊克曼的弟子格裏金斯(G. Grijns, 1865-1944)在一九〇一年提出不是「毒素」與「中和」的問題，而是白米中缺乏某種存在於米糠之中的因數。才在理論上建立了正確的解釋。

研究者在討論腳氣與米食的關係時，可以說在極大程度上是受了「以米為主食，易發腳氣」這一說法的影響。以為日本民族既然是以米為主食，因而自古以來腳氣多發，乃是十分自然的事情。又據史書所載多為王公貴族罹患此疾，而進一步加以闡釋曰：因平民百姓是以雜糧為主食，故不患此疾。正如中國學者讀到唐代醫家孫思邈論腳氣流行時所說「自永嘉南渡，衣纓士人，多有遭者」，³⁹便強釋其病因為：南渡後改食米，故罹此疾一樣。又如在利用幕府將軍德川家族的腳氣記錄時，不僅不對其是否為真腳氣詳加考證，反而以此作為貴人才有條件食米、故腳氣多發的證據。似乎忘記了歷史文獻所載，必然

³⁹《千金要方》（北京：人民衛生出版社，1955），卷7〈論風毒狀第一〉：138。

多是權貴起居這一不言而喻的基本道理。

最後，來看一個當代著名漢方醫學家的腳氣病例，其中仍有許多值得思考之事：

某女……30歲

主訴：自十個月前產後患腳氣，持續注射維生素B劑而效果全無。

現症：下肢與下腹麻痺，及腳軟無力，步行困難。雖見氣促，但無動悸。小便正常。

處方：八味丸（即金匱腎氣丸）

效果：足漸有力，麻痺消失，服藥八周而痊愈。此間停止注射維生素B劑。

按，腳氣既有用維生素B劑獲效者，但亦有全然無效的情況。此例即為維生素B劑無效，而八味丸有效之例。若問何以對此患者要用八味丸，乃據「八味丸治腳氣上如小腹不仁」這一《金匱要略》之條文。⁴⁰

此患者被診斷為腳氣，顯然不是出自漢方醫，因而才會有持續注射維生素的過程。但何以效果全無？是現代醫學的腳氣診斷也發生了錯誤呢，還是像大塚氏所言：「腳氣既有用維生素B劑獲效者，但亦有全然無效的情況。」從現代醫學的立場出發，對於後一種解釋是絕對不能認同的。那麼剩下的只能是前一種解釋，即：由於使用了維生素B劑而無效，那麼就必定不是真腳氣。至此，自然就會引出下述兩個問題。

其一，既然存在著表現出如此典型之症狀，且經現代醫學診斷為腳氣，但在使用維生素B劑後卻全然無效的病例，那麼是否還存在著對歷史上的腳氣記述與診斷，做出何真何假之判斷的可能？對於諸如

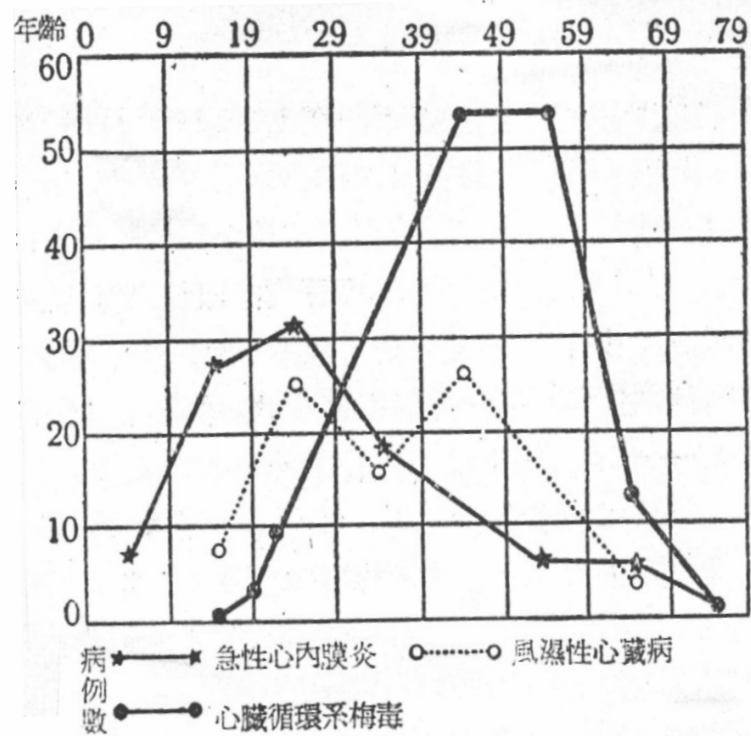
⁴⁰ 《大塚敬節著作集》（東京：春陽堂書店，1980），卷4，頁126-127。

德川家族等非典型性病情記述，何以無人質疑？除了前述「以米爲主食，則易患腳氣」錯誤觀念的強烈主導作用外，誠如醫史學家中川米造在批判不良學風時所指出的那樣：一旦形成了學說，則人人信而不疑，漸漸被凝固於不變的位置上。

其二，如果相信大塚所言並非無稽之談，那麼對於「不瞭解疾病本質，則沒有產生根本療法之道理」；「藥物基本上毫無作爲」；⁴¹「有關是等之記述，乃徒增煩雜」，⁴²即唯有維生素 B1 才是有效藥物之立足于現代醫學的「科學」論說，則有再加檢討的必要。但這已不是腳氣病史的研究，而是臨床醫學所要關心的問題。

⁴¹山下政三，《腳氣の歴史》，頁 260、270。

⁴²藤井尚久，《明治前本邦疾病史》，頁 379。



(圖一) 心臟迴圈系梅毒、風濕性心臟病及心內膜炎病人的發病年齡

Records and Interpretations: Reinvestigation on the History of *Kakke* in Japan

Yuqun Liao

Institute for the History of Natural Science, Chinese Academy of Sciences

Abundant informations on *Kakke* were recorded in Japanese historical works, novels, diaries and medical texts. *Kakke* existed widely in Japan, especially in the Edo period, so much so it was regarded as “one of the three surprising diseases” at that time. Medical historians of the Edo period study wholeheartedly to identify “true *Kakke*” (beriberi) in these documents. No one suspects the nature and credibility of these records. This paper, however, argues that *Kakke* of the Edo period is not beriberi. The false identification is because *Kakke* was dignosed and named by its symptoms rather than etiology. As long as the patient appeared to have certain symptoms, especially symptoms on the heart, s/he would be described by the doctor to have suffered *Kakke* even though the latter knew the causes may have been syphillis, ascarid, or other diseases.

Keywords: *kakke*, pathogenesis, diagnose, history of illness, beriberi, syphillis